

www.sintef.no





SINTEF RAPPORT

SINTEF Helse

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

Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Sensitivitetsanalyse og kostnadsgrunnlaget i SAMDATA; effekt på kostnadsindeks og totale utgifter

FORFATTER(E)

Heidi Torvik, Kari Nyland, og Ivar Pettersen

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A055003	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Marit Getz Wold	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03680-1	PROSJEKTNR. 78H036	ANTALL SIDER OG BILAG 66
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7850 NIS\Prosjekt\78H036 Analyseprosjekt A2 SAMDATA\78H03632 Forankring\Rapport forside.doc	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Heidi Torvik	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Kari Nyland	
ARKIVKODE E	DATO 2005-01-24	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Kari Nyland <i>Kari Nyland</i>	

SAMMENDRAG

Rapporten er todelt; en sensitivitetsanalyse av kostnadsindeksen og en dekomponering av ekstraordinære utgifter ved regnskapene i 2001.

Kostnadsindeksen, eller relativt kostnadsnivå, er en av de mest brukte indikatorene på helseforetakenes produktivitet. Per definisjon skal kostnadsindeksen vise kostnader per korrigerte opphold (DRG-aktivitet) for et foretak relativt til et landsgjennomsnitt. Denne rapporten tester ut alternativ oppbygging av kostnadsgrunnlaget som benyttes ved utregning av kostnadsindeksen. Det er flere forutsetninger som må være korrekte for at kostnadsgrunnlaget skal være korrekt, og den viktigste forutsetningen i så måte er knyttet til estimering av kostnader til poliklinisk virksomhet. Det konkluderes med at den kostnadsindeks som ble presentert for 2003 opprettholdes. Kostnadsindeksen vil fortsatt bli presentert på sykehus/helseforetaksnivå, men med ytterligere presiseringer av svakheter ved indikatoren ved sammenligning mellom sykehus/foretak.

Det var ekstraordinære forhold knyttet til sykehusregnskapene i 2001 som gjorde sammenligningen med 2002 vanskelig. Dette var i hovedsak knyttet til ekstra utgifter til pensjon og "13-måneders-effekten". Rapporten drøfter hvor store disse effektene faktisk var, og *estimerer* hvordan utgiftene hadde vært dersom ekstraordinære forhold hadde blitt hensyntatt ved beregning av totale utgifter. Det konkluderes med at tidsserien ikke bør endres da det er mangelfulle data for noen fylker, men at det i senere utgaver av SAMDATA bør henvises til resultatene i denne rapporten.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Kostnadsindeks, poliklinikkforutsetning	
GRUPPE 2	13-månederseffekt, pensjonsutgifter	
EGENVALGTE		

Forord

SINTEF Helse utarbeider årlig SAMDATA publikasjoner på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Den første SAMDATA publikasjonen kom i 1977 (basert på data fra 1975), og hadde tittelen "Driftsøkonomisk oversikt for somatiske sykehus 1975".

SAMDATA har som formål å presentere sammenlignbare styringsindikatorer samt analyser av utviklingstendenser for spesialisthelsetjenesten. Sammenlignbare styringsindikatorer vil være grunnlag for planlegging, styring og forskning i denne delen av helsetjenesten. Målgruppene er først og fremst offentlig forvaltning (departement/direktorat) og ledelse på helseforetaksnivå, men SAMDATA anvendes også av fag og forskningsmiljø, medier og publikum.

Kostnadsindeksen, eller relativt kostnadsnivå, er en av de mest brukte indikatorene på helseforetakenes produktivitet. Per definisjon skal kostnadsindeksen vise kostnader per korrigerede opphold for et foretak relativt til et landsgjennomsnitt. Det er flere utfordringer knyttet til måling av kostnader som har medgått til produksjon av korrigerede opphold. Den største av disse utfordringene er knyttet til kostnader for poliklinisk drift. Utfordringer og alternative forutsetninger for oppbygging av kostnadsgrunnet i SAMDATA vil bli drøftet i del I av dette notatet.

I SAMDATA for 2002 (SAMDATA 2/03) ble det tatt forbehold knyttet til ekstraordinære forhold ved sykehusregnskapene i 2001. To begivenheter ble vektlagt;

(i) den ene er knyttet til statens overtakelse av spesialisthelsetjenesten (13 måneders-effekten)

(ii) den andre er knyttet til ekstraordinære pensjonskostnader i 2001

Veksten i utgifter fra 2001 til 2002 var beskjeden sammenlignet med foregående år, noe som tyder på at de to nevnte forhold kan ha spilt en rolle. Del II i dette notatet har som hensikt å vurdere hvor store konsekvenser 13 måneders-effekten og høye pensjonskostnader hadde for utgiftsutviklingen fra 2001 til 2002.

Del II vil også studere utgifter til pensjoner som ligger inne i de utgiftsbegrep SAMDATA legger til grunn ved beregninger av kostnadsindikatorer og generelle vurderinger av utgiftsveksten i sektoren.

I del III presenteres vedlegg.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Innholdsfortegnelse	3
Del I Relativt kostnadsnivå / kostnadsindikator	9
1 Innledning	11
2 Definisjon og datagrunnlag	13
2.1 Definisjon av relativt kostnadsnivå (kostnadsindeks).....	13
2.2 Datagrunnlag: regnskapsdata og pasientdata.....	13
2.3 Beregningsgrunnlag relativt kostnadsnivå (kostnadsindikator)	14
2.3.1 Korrigerte opphold.....	14
2.3.2 Driftsutgifter DRG-virksomhet.....	14
4 Håndtering av kostnader ved poliklinikkene (poliklinikkforutsetningen) 17	
4.1 Poliklinikkforutsetningen.....	17
4.2 Tidligere gjennomførte beregninger	17
4.3 Andel av beregnede poliklinikk-kostnader regnskapsført ved poliklinikk.....	18
4.4 Andel beregnede poliklinikk-kostnader av kostnader DRG-virksomhet	18
4.5 Forholdet mellom polikliniske inntekter og -kostnader.....	19
4.5.1 Stor variasjon mellom ulike typer poliklinikker	19
4.5.2 Stor variasjon i dekningsgrad mellom sykehus	20
4.5.3 Utvikling i dekningsgrad over tid	21
4.6 Konsekvenser for kostnadsindeksen.....	21
4.7 Mulige løsninger på problemet framover	23

5	Andre korrigeringer i kostnadsgrunnlaget for DRG-virksomhet – sensitivitetsanalyse.....	25
5.1	Korrigerings for universitetstilskuddet.....	25
5.1.1	Vurdering.....	27
5.2	Korrigerings for arbeidsgiveravgift	28
5.2.1	Vurdering.....	30
5.3	Kostnadsindeks og pensjonsinnskudd.....	30
5.3.1	Vurdering.....	32
5.4	Korreksjon for polikliniske kostnader estimert lik polikliniske inntekter (gammel forutsetninger)	32
5.4.1	Vurdering.....	34
5.5	Sammendrag	34
5.6	Veien videre.....	35
5.6.1	Datagrunnlag.....	35
5.6.2	Poliklinikkforutsetning.....	36
5.6.3	Utfordringer.....	36
5.6.4	Konklusjon	36
Del II Pensjonsutgifter og 13 månederseffekten ved sykehusovertakelsen		39
6	Innledning	41
6.1	Et begivenhetsrikt år.....	42
6.2	13-månedseffekten.....	43
6.2.1	Data	43
6.2.2	Analyse.....	44
6.2.3	Analyse psykisk helsevern	45
6.2.4	Konklusjon	46
6.3	Ekstraordinære pensjonskostnader	46
6.3.1	En oversikt over dagens system.....	46
6.3.2	Data	47
6.3.3	Analyse.....	48
6.3.4	Analyse psykisk helsevern	50

6.4	Utgiftsvekst korrigeret for ekstraordinære kostnader 2001	51
6.5	En konsistent tidsserie?.....	52
6.6	Oppsummering.....	52
Del III Vedlegg.....		53
7	Utsendte tall for 2003 til referansesykehus september 2004.....	54
Grunnlagstall for 2002 og 2003		54
7.1	Totale driftsutgifter for 2003	54
7.2	Driftsutgifter DRG-virksomhet 2003.....	55
7.3	Driftsutgifter DRG-virksomhet 2002.....	55
7.4	Aktivitetstall for 2003.....	56
7.5	Aktivitetstall for 2002.....	57
7.6	Resultater av beregningene for 2003	58
8	Alternative kostnadsindikatorer, data for 2003	59
9	Alternative kostnadsindikatorer, data for 2002	63

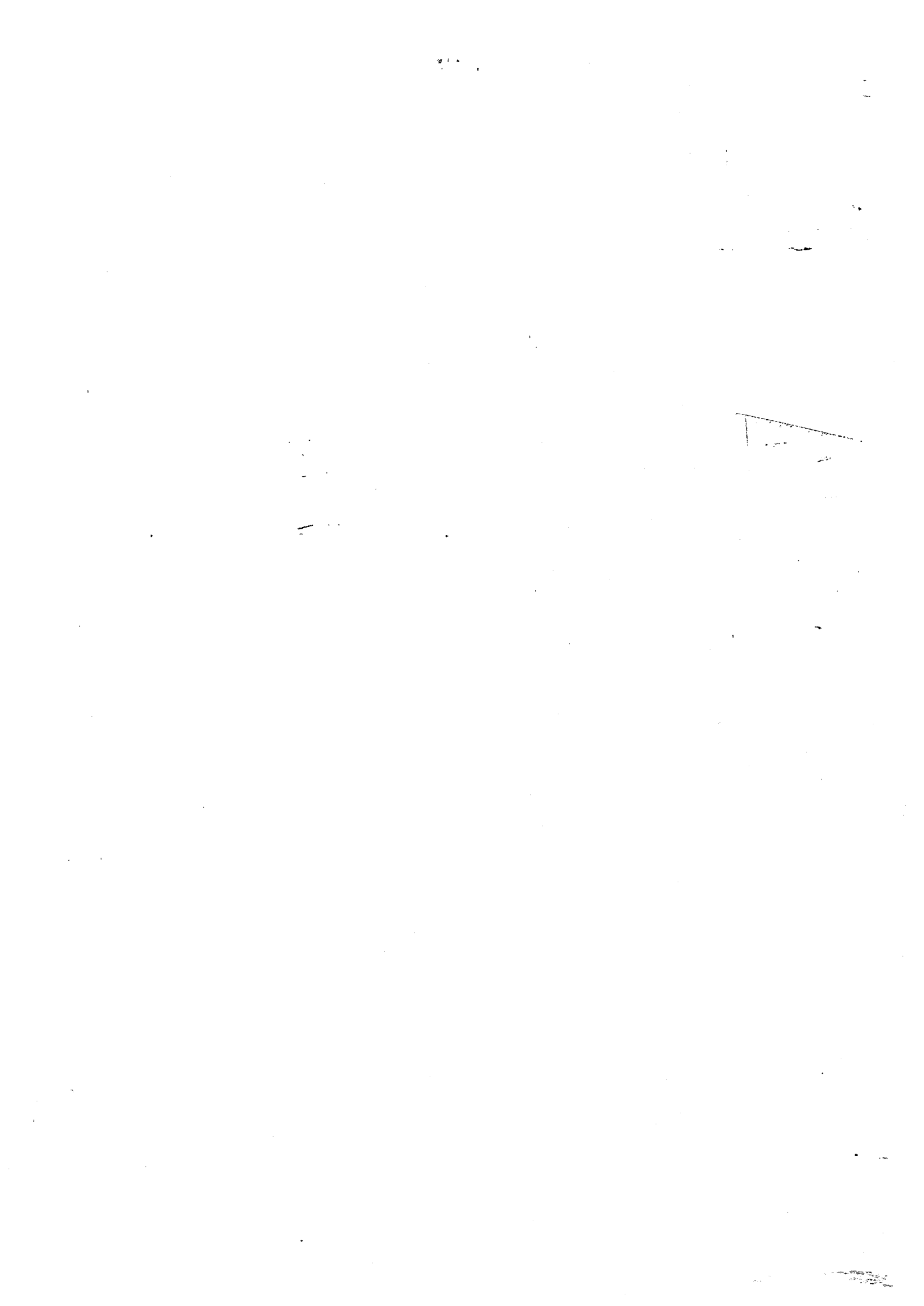
Tabelloversikt

Tabell 2.1	Formel for utregning av driftsutgifter til DRG-virksomhet.	16
Tabell 4.1	Feil-beregnet kostnadsindeks i SAMDATA, andel poliklinikk i prosent av kostnader DRG og dekningsgrad poliklinikk. Sykehus med størst endringer 2002.....	23
Tabell 5.1	Driftsutgifter per korrigerte opphold med og uten basistilskudd, og prosentvis forskjell. 2003.	26
Tabell 5.2	Driftsutgifter per korrigerte opphold med og uten arbeidsgiveravgift, og prosentvis forskjell. 2003.	29
Tabell 5.3	Driftsutgifter per korrigerte opphold med og uten pensjonsutgift, og prosentvis forskjell. 2003.	31
Tabell 5.4	Driftsutgifter per korrigerte opphold i SAMDATA og driftsutgifter per korrigerte opphold med estimerte polikliniske kostnader til polikliniske innekter. 2003.	33
Tabell 6.1	Utvikling i totale driftsutgifter for somatiske sykehus. Millioner kroner målt i faste 2002 kroner. Årlig prosentvis endring, samt samlet endring i prosent i periodene 1996-2002 og 1999-2002.....	42
Tabell 6.2	Oversikt over ekstra anordnede utgifter 2001, somatikk og psykisk helse. Andelstall gjelder kun somatikk.....	43
Tabell 6.3	Oversikt over utgiftsutviklingen i utvalget. Somatikk. 2000-2003.	45
Tabell 6.4	Oversikt over veksten i lønnsutgifter i utvalget. Somatikk. 2000-2003.	45
Tabell 6.5	Oversikt over veksten i totale driftsutgifter i utvalget. Psykisk helsevern. 2000-2003.	46
Tabell 6.6	Oversikt over opplysninger knyttet til ekstraordinære pensjonsutgifter. 2002.....	48
Tabell 6.7	Oversikt over pensjonsutgiftene som andel av totale driftsutgifter, somatisk sektor. Etter ulik praksis i regnskapsføring av pensjonsutgiftene. 2000-2003.....	49
Tabell 6.8	Utviklingen i totale utgifter gruppert etter ulik praksis i føring av ekstraordinære pensjonsutgifter, somatisk sektor. 2000-2003.	49
Tabell 6.9	Utvikling i totale driftsutgifter under ulike forutsetninger om pensjonsutgifter. Somatikk. 2000-2003.....	50
Tabell 6.10	Effekt av ekstraordinære pensjonskostnader på psykisk helsevern. 2000-2003.....	50

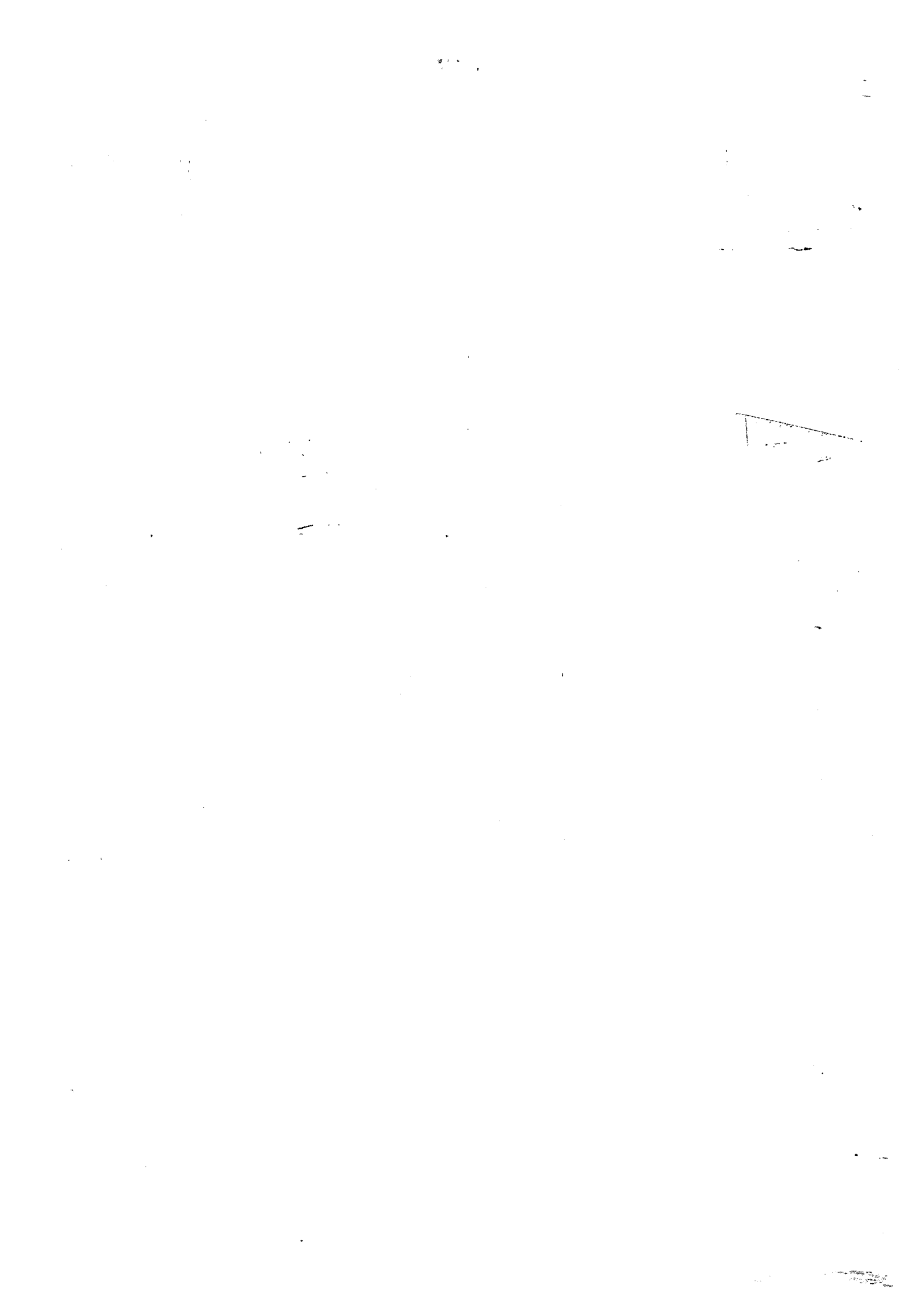
Tabell 6.11	Utgiftsvekst korrigert for både ekstraordinære pensjonskostnader og 13 måneders-effekt. Somatikk. 2000-2003.	51
Tabell 6.12	Utgiftsvekst korrigert for både ekstraordinære pensjonskostnader og 13 måneders-effekt. Psykisk helsevern. 2000-2003.	51
Tabell 7.1	Totale driftsutgifter for 2003.	54
Tabell 7.2	Driftsutgifter DRG-virksomhet for 2003.	55
Tabell 7.3	Driftsutgifter DRG-virksomhet for 2002.	56
Tabell 7.4	Aktivitetstall for 2003.	57
Tabell 7.5	Aktivitetstall for 2002.	57
Tabell 7.6	Driftsutgifter per korrigerte opphold og relativt kostnadsnivå for 2002 og 2003.	58
Tabell 8.1	Driftsutgifter per korrigerte opphold og kostnadsindikator under forskjellige forutsetninger om innholdet i kostnadene (del 1). Løpende priser.	59
Tabell 8.2	Driftsutgifter per korrigerte opphold og kostnadsindikator under forskjellige forutsetninger om innholdet i kostnadene (del 2). Løpende priser.	61
Tabell 9.1	Driftsutgifter per korrigerte opphold og kostnadsindikator under forskjellige forutsetninger om innholdet i kostnadene (del 1). Løpende priser.	63
Tabell 9.2	Driftsutgifter per korrigerte opphold og kostnadsindikator under forskjellige forutsetninger om innholdet i kostnadene (del 2). Løpende priser.	65

Figuroversikt

Figur 3.1	Poliklinikk-kostnader i prosent av kostnader til DRG-virksomhet.	19
Figur 3.2	Dekningsgrad på poliklinikk.	20
Figur 3.3	Kostnadsindekser med og uten inkludering av poliklinisk underskudd. 16 DRG-sykehus. 2002.	22
Figur 4.1	Kostnadsindeksen med og uten basistilskudd. 2003.	27
Figur 4.2	Kostnadsindeksen med og uten arbeidsgiveravgift. 2003.	30
Figur 4.3	Kostnadsindeksen med og uten pensjonsutgift.	32
Figur 4.4	Kostnadsindeks presentert i SAMDATA for 2003 og kostnadsindeks med gammel forutsetning, det vil si estimerte polikliniske kostnader lik polikliniske inntekter.	34



Del I Relativt kostnadsnivå / kostnadsindikator



1 Innledning

SAMDATA Somatikk inneholder en rekke indikatorer knyttet til bruk av sykehustjenester, ressursinnsats og ressursutnyttelse. Et mye brukt effektivitetsmål er relativt kostnadsnivå (eller kostnadsindikatoren, KI), det vil si driftsutgifter til DRG-aktivitet sett i forhold til DRG-aktiviteten. Dette analyseprosjektet har som formål å drøfte og analysere forskjellig oppbygning av kostnadsgrunnlaget til kostnadsindikatoren¹, og å forankre tenkning og resultat av prosjektet i sektoren.

Det ble opprettet en referansegruppe bestående av ti sykehus, to sykehus fra hver region, til prosjektet. Alle "de gamle" regionsykehusene er representert i referansegruppen. Referansegruppen ble opprettet for å få en ekstra kvalitetssikring av resultatene før SAMDATA for 2003 ble publisert, og for å forankre resultatene knyttet til kostnadsindeksen i sektoren.

24. juni 2004 arrangerte SINTEF Helse et møte med sykehusene i referansegruppen. Møtet hadde som formål å presentere de valg SINTEF Helse har gjort i forbindelse med utarbeidelse av relativt kostnadsnivå, hvilke data vi bygger på og hvordan det hele er bygd opp. Det var viktig å få forankret den tenkning som var gjort, for å øke mulighetene for at sykehusene/helseforetakene kan benytte kostnadsindikatoren på en fornuftig måte.

Videre var det viktig for SINTEF Helse at eventuelle forbedringer av indikatoren ble diskutert. Dette var i hovedsak knyttet til beregning av utgiftene til poliklinikk, men også til andre modifiseringer i kostnadsgrunnlaget til indikatoren. Alternative kostnadsindikatorer, basert på datamaterialet fra 2002, ble presentert. Som et resultat av møtet, fikk SINTEF Helse klare anbefalinger om følgende:

- o utgiftene på poliklinikken bør beregnes som polikliniske inntekter ganget med 1,5 (tidligere ble det i indikatorberegningen antatt at inntektene dekket utgiftene)
- o driftskostnaden per korrigerte opphold bør presenteres i avrundede størrelser
- o kapitalkostnader/avskrivninger bør innarbeides i indikatoren

Anbefalingen om å innarbeide kapitalkostnader i det relative kostnadsnivået ble ikke gjennomført for 2003. Hovedbegrunnelsen for dette er usikkerhet knyttet til hvor godt avskrivningene i sykehusenes regnskaper reflekterer reinvesteringsbehovet.

Som et ledd i kvalitetssikringen og forankringen i sektoren, sendte SINTEF Helse 8. september 2004 ut foreløpige resultater for de ti referansesykehusene. Resultatene viste i detalj hvordan utgiftene knyttet til DRG-virksomhet var bygd opp i 2002 og 2003, antall korrigerte opphold² som ble lagt til grunn og det relative kostnadsnivået for 2002 og 2003. Siden dataene var presentert veldig detaljert for referansesykehusene, fikk de anledning til å gjennomgå både data og resultat. For noen av sykehusene medførte gjennomgangen opprettelser i datamaterialet.

¹ Begrepene relativt kostnadsnivå, kostnadsindikator og kostnadsindeks benyttes synonymt i dette notatet.

² Beregningsgrunnlaget for korrigerte opphold er nytt fra 2003. Det ble i 2002 utarbeidet nye kostnadsvekter til DRG-systemet, og kostnadsvektene fra 2002 er derfor benyttet i SAMDATA for 2003 både på 2002-data og på 2003-data. Alle tabeller, der korrigerte opphold inngår, fra 2002 er utarbeidet på nytt med de nye kostnadsvektene. Dette kan medføre utslag for enkelte sykehus, slik at den endringen fra året før som presenteres kan avvike fra det som ble presentert i SAMDATA for 2002.

I denne rapporten ønsker vi å gå gjennom de datagrunnlag og beregningsmetoder vi benytter for å utarbeide det relative kostnadsnivået for somatisk spesialisthelsetjeneste i SAM-DATA. I forbindelse med kostnadsindikatorene kan det være aktuelt å teste om alternative måter å beregne driftsutgifter til DRG-virksomhet gir et bedre mål på ressursutnyttelsen. Alternative mål vises og diskuteres i rapporten. Det som har størst betydning for beregning av utgiftene knyttet til DRG-virksomhet, er beregningen av utgiftene knyttet til poliklinikkene.

2 Definisjon og datagrunnlag

2.1 Definisjon av relativt kostnadsnivå (kostnadsindeks)

Kostnadsindeksen defineres som *Driftsutgifter DRG-aktivitet per korrigerede opphold ved sykehuset relativt til gjennomsnittet for de somatiske sykehusene (ikke spesialsykehus)*.

Formel 2.1 Formel for beregning av kostnadsindeksen

$$KI_{\text{sykehus } A} = \frac{\frac{\text{Driftsutgifter DRG}_{\text{sykehus } A}}{\text{Antall korrigerede opphold}_{\text{sykehus } A}}}{\frac{\text{Driftsutgifter DRG}_{\text{alle DRG sykehus}}}{\text{Antall korrigerede opphold}_{\text{alle DRG sykehus}}}}$$

Det er store problemer knyttet til avgrensningen av driftsutgifter medgått til DRG-produksjon for et sykehus. Vi ønsker et inputmål (her driftsutgifter DRG) som er tilpasset outputmålet (her antall korrigerede opphold). En av de største utfordringene her er avgrensning av kostnader knyttet til poliklinisk drift (se kapittel 3).

2.2 Datagrunnlag: regnskapsdata og pasientdata

Regnskapsdata innrapporteres årlig fra helseforetakene til Statistisk Sentralbyrå (SSB), etter avsluttet kalenderår. Disse data er grunnlag for utarbeidelse av ressursinnsatsen i helseforetakene i SAMDATA. I tillegg benytter SAMDATA aktivitetsdata fra Norsk Pasientregister (NPR).

Regnskapsdataene gjennomgår en svært tidkrevende kvalitetssikring. Dette skyldes først og fremst at det legges ned et stort arbeid i å skille ut utgifter og inntekter knyttet til aktiviteter som ikke omfattes av DRG-systemet. Dette må det spørres den enkelte enhet om, da vi per i dag ikke har et godt nok innrapporteringssystem til å skille ut dette automatisk. Dette beskrives nærmere i avsnitt 2.3.2.

2.3 Beregningsgrunnlag relativt kostnadsnivå (kostnadsindikator)

2.3.1 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 antall korrigerede opphold lik antall sykehusopphold. Sykehus med en relativt sett ressurskrevende pasientsammensetning målt ved DRG-systemet, vil få et høyere antall korrigerede opphold enn sykehusopphold. Det motsatte vil være tilfelle dersom sykehuset har en høy andel lite ressurskrevende pasienter. På denne måten benyttes altså DRG-systemet til å gjøre sykehusenes produksjon mer sammenlignbar mellom sykehus.

Ved beregning av korrigerede opphold til bruk i kostnadsindikatoren, tar vi utgangspunkt i de empirisk beregnede kostnadsvektene som ligger til grunn for DRG-systemet. Disse kostnadsvektene er beregnet med utgangspunkt i faktiske kostnader ved et utvalg sykehus.

Det kommer stadig spørsmål fra sykehusene om årsaken til at aktivitetstallene i SAMDATA Somatikk avviker fra aktivitetstallene som ligger til grunn for ISF-refusjonene. Det er flere faktorer som forklarer hvorfor antall korrigerede opphold avviker fra det antall DRG-poeng som finansieres gjennom finansstøttet finansiering (ISF):

- 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 kostnadsindikatoren
- Avkortede opphold i ISF (for eksempel liggetid < 5 timer) blir tillagt en vekt i datagrunnlaget i SAMDATA
- Andre politisk satte priser (for eksempel DRG 470, dagopphold rehabilitering) blir tillagt den empiriske vekten i datagrunnlaget i SAMDATA

Det vil ikke bli gjennomgått ytterligere hvordan den tekniske beregningen av korrigerede opphold gjøres.

2.3.2 Driftsutgifter DRG-virksomhet

2.3.2.1 Totale driftsutgifter

Grunnlagstallene på kostnadssiden tar utgangspunkt i totale driftsutgifter for den enkelte institusjon/helseforetak. Totale driftsutgifter framkommer ved å ta alle utgiftene i resultatregnskapet og trekke fra avskrivninger (kto 60), husleieutgifter (kto 630), gjestepasientutgifter ført i regnskapet (kto 673³) og tap ved salg av anleggsmidler (kto 78). Kontonummeret referer til kontoplanen som Helsedepartementet fikk utarbeidet i forbindelse med helseforetaks-reformen.

Som nevnt over prøver vi å avgrense virksomhet knyttet til DRG-aktivitet, slik at det kun er kostnader som kan relateres til DRG-virksomhet som er med i effektivitetsmålet. Dette arbeidet er krevende, og det er mer krevende etter hvert som helseforetakene får et større ansvarsområde. Det som er nytt fra 2003, og som er forholdsvis stort i omfang, er knyttet til

³ I kvalitetskontrollen flytter vi gjestepasientkostnader som er ført andre steder i resultatregnskapet til kto 673. Interne gjestepasientoppgjør er ikke en del av dette, og er eliminert i regnskapene.

behandlingshjelpemidler og tilskudd til opptreningsinstitusjoner. Dette mener vi å ha avdekket i de helseforetak/institusjoner som har bokført slike utgifter i regnskapene.

2.3.2.2 Korreksjon for utgifter til poliklinikkene

Da vi ikke har de eksakte utgiftene knyttet til poliklinikkene, benyttes inntektene som et estimat utgiftene. Se mer om dette i kapittel 4 i årets SAMDATA-rapport benyttes inntektene til poliklinikkene (RTV-refusjon og egenandel) ganget med 1,5 som et estimat på utgiftene. Analyser gjennomført på data fra 2002 viser at poliklinikk-inntektene dekker mellom 43 og 94 prosent av utgiftene, og referansegruppen mener derfor at poliklinikk-inntekter ganget med 1,5 er et bedre estimat på utgiftene enn det som tidligere har vært benyttet (inntekter = utgifter).

2.3.2.3 Korreksjon for utgifter knyttet til universitetsfunksjoner

Universitetssykehus antas å ha en merutgift knyttet til pasientbehandlingen da de har ansvar for utdanning helsepersonell og spesialister. I SAMDATA benyttes regionsykehustilskuddets basis-, undervisnings- og forskningstilskudd for å korrigere for denne merutgiften.

For Rikshospitalet estimeres regionsykehustilskuddet. Utgangspunktet er en gjennomgang som Rikshospitalet selv gjorde på begynnelsen av 1990-tallet. Det som framkom er siden blitt justert med gjennomsnittet av endringen i regionsykehustilskuddet til de andre universitetssykehusene (tidligere regionsykehus). Regionsykehustilskuddet tildeles nå til langt flere sykehus enn tidligere, da det er flere sykehus som har fått oppgaver knyttet til forskning og undervisning av studenter og spesialister.

2.3.2.4 Andre korreksjonsposter

Sykehusene har inntekter knyttet til salg av varer, leieinntekter, gevinst ved salg av anleggsmidler og andre inntekter og tilskudd, det vil si inntekter som ikke er pasient- eller behandlingsrelaterte. Det gjøres en nøye kvalitetskontroll i SINTEF Helse av hva som føres som inntekt spesielt på kontonummer 35 Andre tilskudd, da denne kontoen erfaringsmessig inneholder mange forskjellige tilskudd⁴. I tillegg har sykehusene nettoutgifter knyttet til den virksomheten som ikke kan relateres til DRG-aktivitet (habiliteringsteam, kommunalt samarbeid mv).

2.3.2.5 Utgifter DRG-virksomhet

Utgifter til DRG-virksomhet blir dermed utregnet som følger:

⁴ Til det formål vi trenger i SAMDATA, flyttes beløp på inntektssiden slik at kontonummer 35 kun inneholder tilskudd som ikke direkte kan knyttes til pasientbehandlingen. Men det er ofte vanskelig å vurdere om det kan knyttes til pasientbehandlingen eller ikke, for eksempel forskningsmidler.

Tabell 2.1 Formel for utregning av driftsutgifter til DRG-virksomhet.

Totale driftsutgifter	Totale utgifter fratrukket avskrivninger (kto 60), husleieutgifter (kto 630), gjestepasientutgifter (kto 673, eller flyttet hit hvis det står på andre kontier) og tap ved salg av anleggsmidler (kto 78).
- poliklinikk	(Polikliniske refusjoner RTV og egenandeler) *1,5
- basistilskudd	Regionsykehustilskuddet basis-, forsknings- og undervisningstilskudd (inntektsført på kto 331, 332 og 333)
- andre inntekter	Inntekter som ikke er behandlings-/pasientrelatert (kto 30 og 31 salgsinntekt, kto 34 offentlig avgift vedr omsetning, kto 35 andre tilskudd, kto 36 leieinntekter, kto 38 gevinst ved avgang anleggsmidler og kto 39 annen inntekt)
- ekstern virksomhet mv	Nettoutgifter habilitering, kommunalt samarbeid, driftstilskudd til privatpraktiserende/institusjoner eller annen virksomhet som ikke kan relateres til DRG-aktivitet
<hr/>	
Driftsutgifter DRG-aktivitet	

4 Håndtering av kostnader ved poliklinikkene (poliklinikkforutsetningen)

4.1 Poliklinikkforutsetningen

En stor del av kostnadene knyttet til poliklinisk drift er ofte regnskapsført på sengeposten og dermed ikke mulig å fjerne fra inputmålet ved hjelp av sykehusenes regnskaper. Dette gjelder f.eks. felles bemanning. Med få unntak er legene ved sykehusene organisert og regnskapsført som en del av sengeavdeling eller klinikk. Kostnadsstedet poliklinikk mangler dermed en vesentlig del av kostnadene som er påløpt ved poliklinikkene.

I praksis har en derfor sett seg nødt til å estimere polikliniske kostnader i beregningen av inputmålet driftsutgifter DRG-virksomhet. Et slikt estimat bør fange opp omfanget av poliklinisk drift, det vil si både antall behandlinger og sammensetningen av pasientbehandlinger ved poliklinikkene. En måte å gjøre dette på, er å ta utgangspunkt i polikliniske inntekter som jo fanger opp antall behandlinger og til en viss grad pasientsammensetningen ved poliklinikkene gjennom differensierte takster. Fram til i dag er denne metoden benyttet, og vi har gjort følgende antakelse:

Formel 4.1 Formel for estimering av polikliniske kostnader benyttet i SAMDATA fram til 2003.

$$\text{Kostnader poliklinikk (estimat)} = \text{Inntekter poliklinikk}$$

Konsekvensen av denne antakelsen er at eventuelle underskudd ved poliklinikkene inkluderes i inputmålet "Driftsutgifter DRG-virksomhet".

4.2 Tidligere gjennomførte beregninger

Polikliniske kostnader er blitt beregnet i flere tidligere prosjekter. Vi har her erfaringer fra følgende prosjekter:

1. 1996 (1994-data): Poliklinikk-prosjektet

I dette prosjektet ble det gjort en detaljert kostnadsberegning av de enkelte poliklinikkene ved åtte sykehus. Tre av disse ble gjennomført av SINTEF Unimed, mens de resterende fem ble utført av en prosjektgruppe i Akershus fylkeskommune. I dette prosjektet ble det beregnet inntekter og kostnader ved de enkelte poliklinikkene slik at det ble mulig å studere dekningsgrad⁵ og forskjeller i denne mellom ulike typer

⁵ Med dekningsgrad menes hvor stor andel av utgiftene som dekkes av inntekter fra virksomheten.

poliklinikker ved ulike sykehus. SINTEF-delen av prosjektet er dokumentert i egen rapport:

Nyland og Kalseth (1996): Kostnadsberegning av poliklinisk virksomhet. En metodegjennomgang og resultater av kostnadsberegning for tre somatiske sykehus. SINTEF rapport STF78 A96511.

2. 1999 (1996-data): Kostnadsarbeidet til DRG

Dette er et prosjekt som hadde som hovedformål å beregne kostnadsvekter til DRG-systemet. I disse beregningene er det nødvendig å skille ut polikliniske kostnader. Polikliniske kostnader er derfor et "bi-produkt" av dette prosjektet. Grunnlag for dette prosjektet var kostnadsdata fra ni sykehus.

Nyland, Pedersen og Solstad: Kostnadsvekter til HCFA 12-versjonen av DRG-systemet. SINTEF rapport STF78 A99504

3. 2001 (2000-data): Kostnadsarbeidet til DRG

Som ovenfor. Grunnlag for prosjektet var kostnadsdata fra 17 sykehus.

Pedersen og Solstad: Kostnadsvekter til Norsk DRG-versjonen av DRG-systemet. SINTEF rapport STF78 A025803

4. 2003 (2002-data): Kostnadsarbeidet til DRG

Som ovenfor. Grunnlag for prosjektet var kostnadsdata fra 18 sykehus.

Sandvik: Beregning av kostnadsvekter til den norske versjonen av DRG-systemet. SINTEF rapport STF78 A035803

I alle disse prosjektene er kostnader påløpt ved poliklinikkene henført til eget kostnadssted. Kostnader knyttet til legeinnsats ved poliklinikkene er beregnet retrospektivt med utgangspunkt i opplysninger om legenes turnus gitt av den enkelte avdelingsoverlege.

I tillegg er poliklinikkene belastet med sin del av overveltede felleskostnader (for eksempel administrasjon, teknisk avdeling, renhold mv).

4.3 Andel av beregnede poliklinikk-kostnader regnskapsført ved poliklinikk

Hvis andel kostnader som faktisk er regnskapsført ved poliklinikkene av totale poliklinikk kostnader er konstant, kunne estimerte kostnader beregnes med utgangspunkt i regnskapsførte kostnader.

I 1996-studien så vi at dette ikke er tilfellet. Andel regnskapsførte poliklinikk-kostnader av beregnede poliklinikk-kostnader varierte fra 15 til 38 prosent mellom sykehusene. For de enkelte poliklinikker varierte andelen fra 0 til 68 prosent.

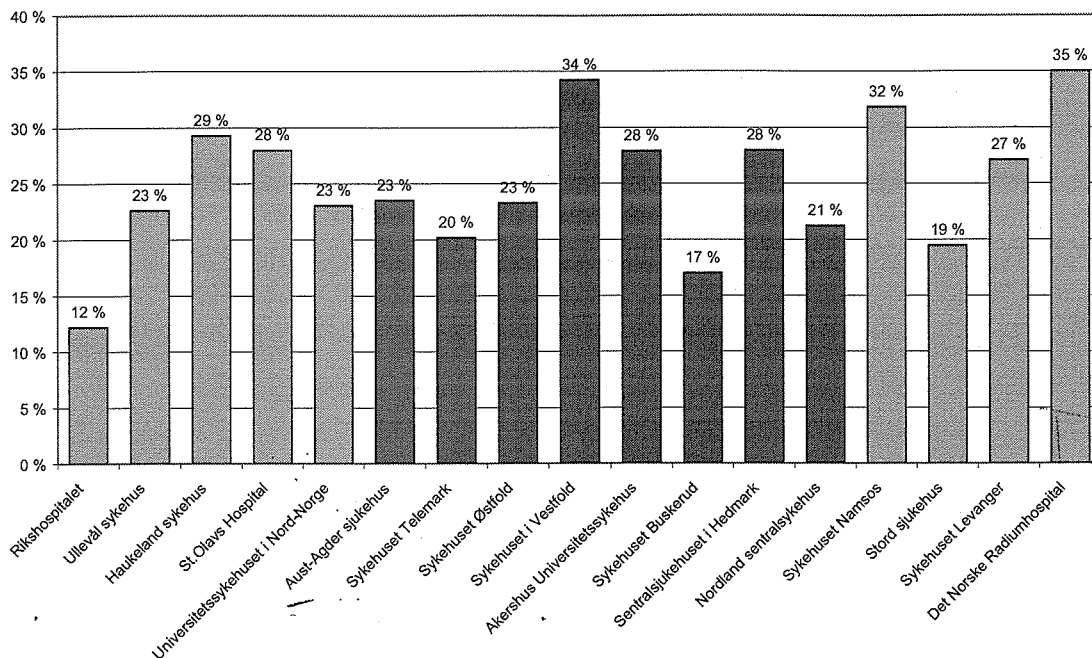
4.4 Andel beregnede poliklinikk-kostnader av kostnader DRG-virksomhet

Hvis andel polikliniske kostnader av kostnader til DRG-virksomhet er tilnærmet lik for sykehusene, kunne estimerte poliklinikk-kostnader beregnes med utgangspunkt i DRG-kostnader inklusiv poliklinikk-kostnader.

2003-studien viser følgende forhold mellom beregnede poliklinikk- og DRG-kostnader for sykehusene⁶ som inngikk:

⁶ I dette kapittel presenteres sykehusene med de institusjonsnavn som var gjeldende på det tidspunkt analysene ble gjennomført.

Figur 4.1 Poliklinikk-kostnader i prosent av kostnader til DRG-virksomhet.



Som figuren viser, varierer andel poliklinikk fra 12 prosent (Rikshospitalet) til 35 prosent (Det Norske Radiumhospital). I figuren er sykehusene sortert etter type sykehus. Andel polikliniske kostnader i prosent av kostnader til DRG-aktivitet varierer innenfor alle gruppene.

DRG-kostnader inklusiv polikliniske kostnader er altså ikke egnet som utgangspunkt for estimering av polikliniske kostnader da andel polikliniske kostnader varierer mye mellom sykehusene.

4.5 Forholdet mellom polikliniske inntekter og -kostnader

Fram til i dag har vi benyttet polikliniske inntekter (refusjon fra Rikstrygdeverket (RTV) pluss egenandeler) som grunnlag for estimering av polikliniske kostnader. Vi har antatt en dekningsgrad (forholdet mellom inntekter og kostnader) på 100 prosent. Vi vil her oppsummere hva tidligere undersøkelser har vist når det gjelder forholdet mellom inntekter og kostnader på poliklinikkene (dekningsgraden).

4.5.1 Stor variasjon mellom ulike typer poliklinikker

Undersøkelsen fra 1996 er den eneste som sier noe om dekningsgraden ved ulike typer poliklinikker. Denne viste at det er stor variasjon i dekningsgrad mellom ulike typer poliklinikker. Følgende eksempel er hentet fra poliklinikkene ved Regionsykehuset i Tromsø 1994 (nåværende Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)):

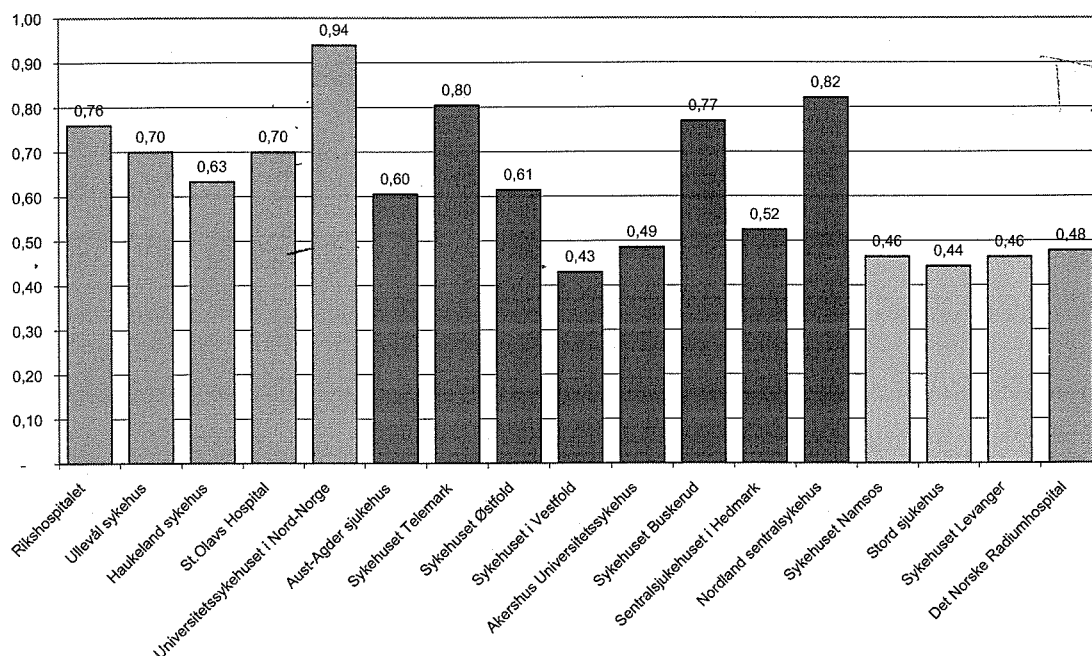
- Øre-nese-hals: 91 %
- Kirurgisk: 66 %
- Medisin: 63 %
- Kreft: 32 %
- Dagkirurgi: 20 %
- Laboratorier: 56 %
- Røntgen: 43 %

Selv om denne undersøkelsen bygger på relativt gamle data, og vi vet at takster for polikliniske undersøkelser er endret siden undersøkelsen ble gjort, er det grunn til å anta at sammensetningen av poliklinikker fremdeles vil påvirke faktisk dekningsgrad for poliklinisk drift totalt.

4.5.2 Stor variasjon i dekningsgrad mellom sykehus

Fra den ferskeste av våre undersøkelser (2003) finner vi at dekningsgrad på sykehusnivå varierer mellom sykehusene. Figuren under viser dekningsgrad for poliklinisk aktivitet for de sykehus som var med i undersøkelsen:

Figur 4.2 Dekningsgrad på poliklinikk



Totalt sett varierer dekningsgraden på poliklinikkene mellom 94 prosent (UNN) og 43 prosent (Sykehuset i Vestfold).

Det er en viss forskjell mellom type sykehus. Jevnt over har de store universitetssykehusene noe høyere dekningsgrad for sin polikliniske drift sammenlignet med mindre sykehus. De gamle sentralsykehusene har i gjennomsnitt noe høyere dekningsgrad enn lokalsykehusene i dette utvalget.

Dekningsgrad for sykehusstypene (sum inntekter dividert på sum kostnader) er som følger for vårt utvalg i 2003-studien (kategorisering av sykehus er her foretatt ut fra det den inndeling som gjaldt på det tidspunkt analysen ble gjennomført):

- Universitetssykehus: 72 %
- Sentralsykehus: 59 %
- Lokalsykehus: 46 %
- Totalt: 64 %

I beregning av dekningsgrad for universitetssykehusene er en andel av universitetstilskuddet henført til poliklinikkene. Dette er rimelig ut fra antakelsen om at universitetsfunksjonen også fordyrer driften av poliklinikkene. Det er en generell usikkerhet knyttet til omfanget av universitetstilskuddene er i overensstemmelse med merkostnader knyttet til universitetsfunksjonen ved de enkelte universitetssykehusene. Denne usikkerheten gjør seg også gjeldende her. Universitetstilskuddet i andel av totale kostnader er høyere ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) enn ved de øvrige universitetssykehusene. Dette kan være en forklaring til at UNN kommer ut med en langt høyere dekningsgrad sammenlignet med de øvrige universitetssykehusene.

4.5.3 Utvikling i dekningsgrad over tid

Den gjennomsnittlige dekningsgraden har endret seg over tid. Mens den i 1994 var på ca 50 prosent, var den for 2002 beregnet til 64 prosent.

Årsaker til denne utviklingen kan være:

- Endrede takster
- Kostnadmessige årsaker (mer effektive poliklinikker)
- Endret pasientsammensetning

4.6 Konsekvenser for kostnadsindeksen

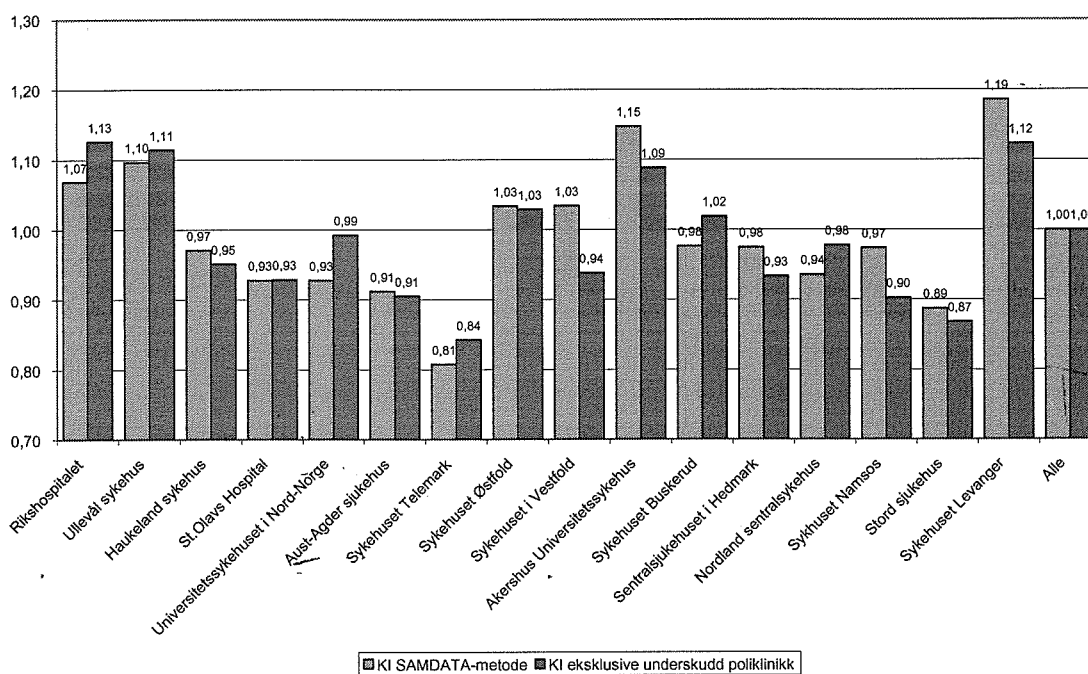
Ut fra gjennomgangen ovenfor ser vi at størrelsen på underskuddet for poliklinisk drift som inkluderes i driftsutgifter til DRG-aktivitet, varierer mellom sykehusene. Dette gjør fortolkningen av kostnadsindeksen som produktivitetsmål vanskelig.

Kostnadsindeksen for et sykehus vil bli høyere jo høyere underskuddet fra poliklinikkene er relativt til kostnader for DRG-virksomheten. Et relativt høyt underskudd kan igjen skyldes:

- Høyere andel poliklinisk virksomhet
- Lavere dekningsgrad ved poliklinikkene

For de 16 DRG-sykehusene vi har beregninger av polikliniske kostnader for fra kostnadsarbeidet 2003 (data for 2002), har vi beregnet kostnadsindeks med og uten inkludering av poliklinisk underskudd. Merk at her er det de 16 case-sykehusene som utgjør referansematerialet slik landsgjennomsnittet gjør for kostnadsindeksen i SAMDATA. Indeksen for det enkelte sykehus er derfor ikke den samme som den som ble presentert i SAMDATA for 2002.

Figur 4.3 Kostnadsindekser med og uten inkludering av poliklinisk underskudd. 16 DRG-sykehus. 2002



Figuren viser at det å inkludere underskuddet ved poliklinikkene i kostnadsgrunnlaget medfører at vi undervurderer kostnadsindeksen ved noen sykehus mens vi overvurderer den ved andre. Rikshospitalet, UNN, Sykehuset Buskerud og Nordland sentralsykehus er eksempler på sykehus der vi ved dagens metode underestimerer kostnadsnivået i SAMDATA. Her er dagens kostnadsindeks i SAMDATA undervurdert med fra seks til fire prosentpoeng. Dette er alle sykehus med en relativt liten andel poliklinisk virksomhet og høy dekningsgrad ved poliklinikkene. Disse sykehusene har altså en relativt liten andel underskudd fra poliklinikkene inkludert i sitt kostnadsgrunnlag for beregning av kostnadsindeksen i SAMDATA.

Det motsatte er tilfellet for sykehuset i Vestfold, Akershus Universitetssykehus, Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger der dagens kostnadsindeks viser et kostnadsnivå som er fra ni til seks prosentpoeng for høyt. Dette er sykehus hvor dagens SAMDATA-metode inkluderer en relativt høy andel poliklinisk underskudd pga høy andel poliklinisk virksomhet og lav dekningsgrad ved poliklinikkene.

Resultatene for de institusjonene som har størst endring i kostnadsindeksen, oppsummeres i tabellen nedenfor.

Tabell 4.1 Feil-beregnet kostnadsindeks i SAMDATA, andel poliklinikk i prosent av kostnader DRG og dekningsgrad poliklinikk. Sykehus med størst endringer 2002.

	KI eksklusive underskudd poliklinikk - KI Samdatametode	Andel poliklinikkostnader i pst av kostnader DRG	Dekningsgrad poliklinikk
Rikshospitalet	(0,06)	0,12	0,76
Universitetssykehuset i Nord-Norge	(0,06)	0,23	0,94
Sykehuset Buskerud	(0,04)	0,17	0,77
Nordland sentralsykehus	(0,04)	0,21	0,82
Sykehuset i Vestfold	0,10	0,34	0,43
Sykehuset Namsos	0,07	0,32	0,46
Akershus Universitetssykehus	0,06	0,28	0,49
Sykehuset Levanger	0,06	0,27	0,46

Seks av de 16 institusjonene har en endring i kostnadsindeksen på tre prosentpoeng eller mindre, fire endres med fire prosentpoeng, fire endres med seks prosentpoeng, en endres med syv prosentpoeng og en med 10 prosentpoeng.

Feilmarginen knyttet til kostnadsindeksen har først og fremst betydning når indeksen benyttes til sammenligning av kostnadsnivå mellom ulike institusjoner. Resultatene ovenfor tilsier at en ved sammenligning av kostnadsindeks mellom institusjoner bør ha kunnskap om omfanget av poliklinisk virksomhet og underskuddet ved denne ved de institusjonene som sammenlignes.

Feilmarginen har ikke like stor betydning ved sammenligning av kostnadsindeks for en institusjon over tid. Dette fordi det er mindre sannsynlig at omfanget av poliklinisk drift og underskudd endres betydelig over tid ved en institusjon sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Ved sammenligning av ulike enheter, får feilmarginen større betydning jo mer forskjellige enhetene er mht omfang og dekningsgrad ved poliklinisk drift. Dette innebærer bl a at poliklinikkforutsetningen neppe har betydning for bruk av kostnadsindeks ved sammenligning på RHF-nivå.

4.7 Mulige løsninger på problemet framover

Poliklinisk drift er en integrert del av sengeavdelingenes virksomhet. Det er i hovedsak legenes tidsbruk på poliklinikkene som regnskapsføres på sengepost eller på avdelingsnivå. Sykepleierne er i større grad ansatt på sengepost eller på poliklinikk. Det er per i dag ikke sannsynlig at sykehusene vil finne det formålstjenlig å skille ressursbruk på henholdsvis poliklinikker og sengepost i regnskapene.

Å gjøre beregninger av faktiske kostnader ved poliklinikkene ved alle landets sykehus, vil være en for arbeidskrevende løsning på problemet.

Den beste løsningen på problemet vil etter vår mening være et pasientklassifiseringssystem som gjør det mulig å måle aktivitet ved sengeposter og poliklinikkene under ett, det vil si gi oss et aktivitetsmål som sammenfatter dagens DRG-aktivitet og polikliniske konsultasjoner. Det eksisterer et slikt klassifiseringssystem som er under uttesting for norske forhold. Det er imidlertid ikke sannsynlig at et slikt system som omfatter all poliklinisk aktivitet vil være operativt for norske sykehus på kort sikt. Vi trenger derfor en midlertidig løsning som gir et best mulig estimat på polikliniske kostnader for et tilfeldig sykehus.

Ut fra det vi vet om dekningsgrad ved poliklinikker, er et *beste estimat* for et tilfeldig sykehus en dekningsgrad på ca 64 prosent. I samarbeid med referansegruppen har vi for SAMDATA 2003 besluttet å estimere polikliniske kostnader etter følgende formel:

Formel 4.2, Formel for estimering av polikliniske kostnader benyttet i SAMDATA fra og med 2004 (2003-data).

$$\text{Kostnader poliklinikk (estimat)} = \text{Inntekter poliklinikk} * 1,5$$

Dette betyr at vi legger til grunn en gjennomsnittlig dekningsgrad for poliklinikk på 66,7 prosent.

Den nye forutsetningen betyr ikke at treffsikkerheten for *kostnadsindeksen* for våre case-sykehus blir bedre. Den gamle forutsetningen (kostnader = inntekter) overvurderte dekningsgrad for alle disse sykehusene. Siden kostnadsindeksen regnes i forhold til et gjennomsnitt av landets sykehus, vil det være *andel poliklinisk underskudd (i prosent av kostnader for DRG-virksomhet)* sammenlignet med tilsvarende andel for gjennomsnittet av sykehus som avgjør hvorvidt kostnadsindeksen blir over- eller undervurdert.

Også den nye forutsetningen (kostnader = inntekter * 1,5) vil overvurdere dekningsgrad ved noen sykehus, og undervurdere den ved andre. Fremdeles vil det være forholdet til gjennomsnittet av norske sykehus som avgjør om kostnadsindeksen blir over- eller undervurdert.

Vi treffer altså ikke bedre med kostnadsindikatoren, men referansesykehusene synes likevel at vi burde velge beste estimat på dekningsgrad for å få et riktigst mulig uttrykk for *kostnader knyttet til DRG-virksomhet*. Betydning av ny poliklinikk-forutsetning for enkeltsykehusenes kostnadsindeks er beskrevet nærmere i avsnitt 4.4.

5 Andre korrigeringer i kostnadsgrunnlaget for DRG-virksomhet – sensitivitetsanalyse

I dette kapitlet vil vi gå gjennom andre korrigeringer i kostnadsgrunnlaget til kostnadsindeksen og se hvordan ulike forutsetninger slår ut. Alternative korrigeringer måles opp mot de tall som ble presentert i SAMDATA for 2003 (SAMDATA 1/04). I SAMDATA for 2003 ble kostnadsindeksen beregnet ut fra at polikliniske inntekter ganget med 1,5 dekket polikliniske utgifter.

Figurene i dette kapitlet viser kostnadsindeksen i SAMDATA for 2003 og kostnadsindeksen med andre beregninger av kostnadsgrunnlaget. Tabellene viser driftsutgifter per korrigerte opphold fra SAMDATA, driftsutgifter per korrigerte opphold med alternativ beregningsmåte og den prosentvise forskjell.

I vedlegg 7 vises de forskjellige driftsutgiftene per korrigerte opphold og kostnadsindikator for samtlige DRG-sykehus under forskjellige forutsetninger i 2003. I vedlegg 8 vises også kostnadsindeks for alle sykehus med data for 2002. Her vises også flere forutsetninger om dekningsgrad på poliklinikk, jmf kapittel 3. Sensitivitetsanalysen utført med data fra 2002 gir samme resultat og konklusjoner som data for 2003, se vedlegg kapittel 7 og kapittel 8.

5.1 Korrigering for universitetstilskuddet

I driftsutgiftene til DRG-virksomhet søker vi å trekke ut utgifter som ikke direkte kan knyttes til DRG-aktiviteten ved sykehusene/helseforetakene. Universitetstilskuddet søker å dekke ekstrautgifter knyttet til universitetsfunksjoner, det vil si forskning og utdanning av studenter og spesialister. Vi har i SAMDATA benyttet universitetstilskuddets basis-, forsknings- og undervisningstilskudd som et estimat på utgiftene knyttet til denne virksomheten da utgifter til forskning og undervisning ikke fanges opp gjennom regnskapene. Utgifter til forskning og undervisning er vanskelig å estimere da de er vanskelig å skille fra ordinær drift ved sykehusene. Andre typer forskningstilskudd som ikke direkte kan relateres til DRG-virksomheten er det korrigert for gjennom kontroll av regnskapsdata⁸.

Det er usikkerhet knyttet til hvordan utgifter til forskning og undervisning kan estimeres ved hjelp av universitetstilskuddet. Samsvarer forskjeller i andel universitetstilskudd mellom universitetssykehusene med størrelsen på universitetsfunksjonen? Andel universitetstilskudd ser ut til å øke jo lenger vekk en kommer fra hovedstaden, med unntak av Rikshospitalet. Vi vil i dette avsnittet se hvilke utslag det gir på driftsutgifter per korrigerte opphold og kostnadsindeks når estimerte utgifter til universitetsfunksjoner holdes utenfor.

Når universitetstilskuddet tas ut, får det betydning for driftsutgifter per korrigerte opphold for de sykehus som har slikt tilskudd, i tillegg til at landsgjennomsnittet påvirkes. Endringer i landsgjennomsnittet påvirker kostnadsindeksen til hvert enkelt sykehus. Driftsutgifter per

⁸ Dette er imidlertid en vanskelig oppgave, da det ikke alltid er like lett å kategorisere forskningstilskudd som DRG-virksomhet/pasientbehandling eller ikke. Det er brukt skjønn både i SINTEF Helse og ved sykehusene til dette.

korrigerede opphold for landet er vektet. Det vil si at store sykehus teller mer i landsgjennomsnittet enn små sykehus. Antall korrigerede opphold er vekt faktoren.

Tabell 4.1 viser at driftsutgifter per korrigerede opphold øker på landsbasis med i overkant av åtte prosent, fra kroner 25 081 per korrigerede opphold til kroner 27 150 per korrigerede opphold dersom det ikke korrigeres for universitetstilskudd. Jo høyere andel universitetstilskuddet har av de totale driftsutgifter, jo mer vil kostnaden per korrigerede opphold øke for enkeltsykehus dersom det ikke korrigeres for universitetsfunksjoner. Driftsutgiftene per korrigerede opphold øker med nesten 40 prosent for UNN og med i underkant av 18 prosent for Ullevål Universitetssykehus. Altså er finansieringsandelen av totale driftsutgifter knyttet til regionsykehusstilskuddet høyere for UNN enn det er for Ullevål sykehus. For de andre "gamle" regionsykehusene er økningen på mellom 24 og 30 prosent.

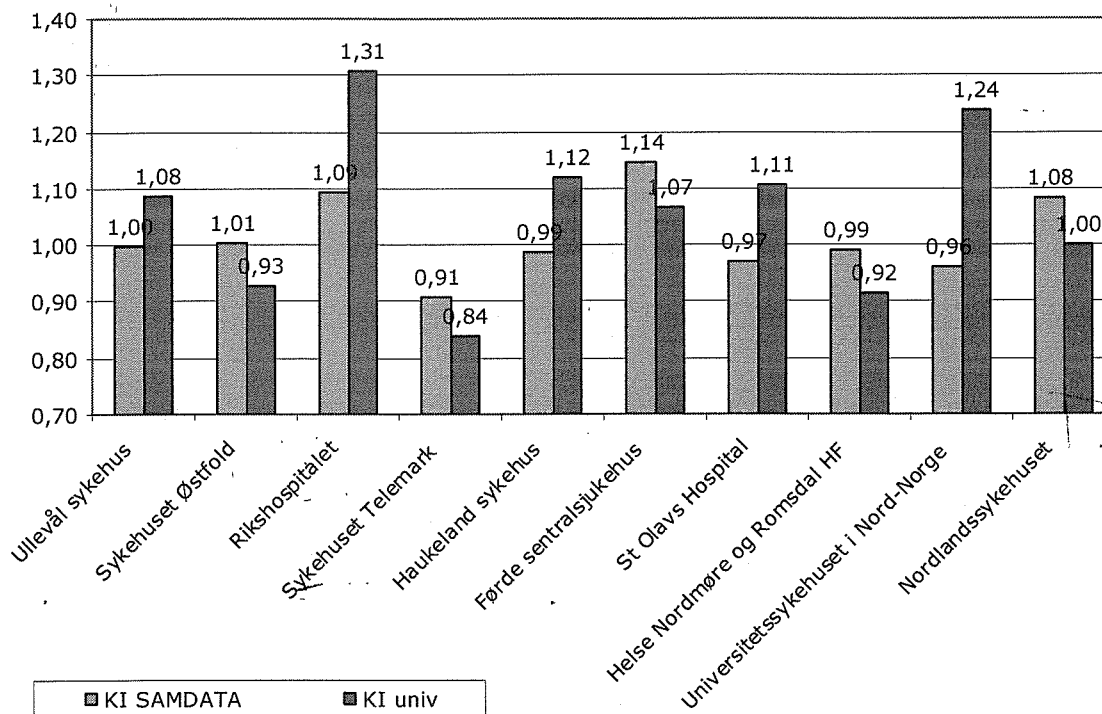
Tabell 5.1 Driftsutgifter per korrigerede opphold med og uten basistilskudd, og prosentvis forskjell. 2003.

	Dr.utg per korr opphold SAM-DATA	Dr.utg per korr opphold eksl univ-tilskudd	%-vis forskjell
Ullevål universitetssykehus	25 011	29 455	17,8
Sykehuset Østfold	25 212	25 212	0,0
Rikshospitalet	27 420	35 497	29,5
Sykehuset Telemark	22 765	22 765	0,0
Haukeland sykehus	24 793	30 369	22,5
Førde sentralsykehus	28 703	28 916	0,7
St Olavs Hospital	24 320	30 050	23,6
Helse Nordmøre og Romsdal HF	24 861	24 861	0,0
Universitetssykehuset i Nord-Norge	24 065	33 622	39,7
Nordlandssykehuset	27 155	27 155	0,0
Sum for landet	25 081	27 150	8,2

Figur 4.1 viser at kostnadsindeksen øker relativt mye for alle sykehus som har universitetstilskudd, men økningen i kostnadsindeksen endres ikke i samme størrelsesorden som driftsutgiftene per korrigerede opphold. For Ullevål universitetssykehus øker kostnadsindeksen fra 1,00 til 1,08, en økning på åtte prosent. For Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) øker kostnadsindeksen fra 0,96 til 1,24 og dette tilsvarer en økning på 29 prosent.

Sykehus som ikke har universitetstilskudd reduserer sin kostnadsindeks da driftsutgiftene per korrigerede opphold ikke endres for disse samtidig som driftsutgiftene for landet i gjennomsnitt øker.

Figur 5.1 Kostnadsindeksen med og uten basistilskudd. 2003.



5.1.1 Vurdering

Det kan argumenteres for at det ikke skal korrigeres for universitetstilskuddet, da det foregår forskning også ved andre sykehus som vi ikke klarer å fange opp gjennom kvalitetskontrollen. Det å ikke korrigere vil da likestille sykehusene ved at forskning og undervisning inkluderes i utgiftene til DRG-virksomhet (implisitt ligger da en forutsetning om at poliklinikkene ikke har forskning og undervisning). Imidlertid er omfanget av forskning, undervisning og andre basisoppgaver mye større på de største sykehusene enn de mindre, og det er et argument for å korrigere for dette i driftsutgiftene til DRG-virksomhet.

Driftsutgifter per korrigerede opphold benyttes til sammenligning mellom sykehus, og å sammenligne samme sykehus over tid. Imidlertid er virksomhetene såpass forskjellig hva angår funksjoner, at en det må utvises varsomhet ved sammenligning mellom sykehus, og spesielt mellom universitetssykehus og andre sykehus. Men er dette en korrekt sammenligning uansett om det korrigeres for universitetstilskudd eller ikke? Sykehus som ikke har forskning og undervisningstilskudd vil fremstå som mer effektive enn sykehus som har det.

Vil det å ikke korrigere for forsknings- og undervisningstilskudd til universitetssykehusene medføre bedre sammenlignbarhet mellom disse sykehusene? Tabell 4.1 over viser at driftsutgifter per korrigerede opphold øker med forskjellig prosent for de forskjellige universitetssykehusene når universitetstilskuddet tas ut. Det indikerer klart at andel universitetstilskudd av driftsutgiftene er forskjellig mellom universitetssykehusene, uten at vi har indikasjon på at forsknings- og undervisningsandelen er forskjellig. Det betyr videre at det ikke er gitt at sammenlignbarheten blir bedre dersom universitetstilskuddet tas ut.

Universitetstilskuddet er omgjort fra 2004, slik at selve tilskuddet er lavere enn det tidligere har vært og det er bygd opp på en noe annen måte. Det er fra 2004 opprettet et nytt tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra som omfatter alle

regionale helseforetak⁹. Tidligere ordning med søknad om tilskudd til særskilte funksjoner bortfalt fra 2004.

SINTEF Helse legger i *utgangspunktet*¹⁰ opp til å benytte det nye tilskuddet som et estimat på den merutgift sykehusene har med forskning og undervisning av medisinerstudenter. Det nye tilskuddet er som nevnt lavere enn det gamle universitetstilskuddet (regionsykehusstilskuddet), og det vil som det er vist i dette avsnittet medføre at driftsutgifter per korrigerede opphold vil øke for de enheter som rammes av en lavere korrigeringsfaktor.

5.2 Korrigeringsfaktor for arbeidsgiveravgift

Arbeidsgiveravgiften har fram til 2004 variert over landet. Dette er gjort av politiske årsaker, som en del av politikken med å opprettholde bosettingen i distriktene/utkantstrøk i landet. Procentsatsen for hva som skal betales i arbeidsgiveravgift har variert fra 14,7 prosent til null.

Hvorfor er det interessant å studere kostnadsnivået uten hensyn til arbeidsgiveravgift? Datsatsen for arbeidsgiveravgift har vært forskjellig rundt om landet, har også prisen på innsatsfaktoren årsverk vært forskjellig. Kostnadsnivået benyttes som en indikator på ressursinnsats i produksjon av helsetjenester, og dermed har slike priseffekter betydning for de sykehus som har en avvikende sats på arbeidsgiveravgift. Høyere kostnadsnivå betyr ikke nødvendigvis mer ressurser (volumeffekt), men en dyrere ressurs (priseffekt).

Alle korrigeringsfaktorer vi foretar av lønnsutgiftene er problematisk. Det skyldes i første omgang at det i større grad enn tidligere benyttes innleid personale gjennom byråer for å besette stillinger som er ubesatt, som ekstra personale eller lignende. Utgiftene til det innleide personalet kommer på en faktura, og blir således ikke belastet lønnsposten verken som vanlig lønn eller som sosiale utgifter. Dette medfører at lønn som andel av totale driftsutgifter ikke er en like god indikator på hva som personalutgifter som tidligere. Dette gjelder også punktet under knyttet til korreksjon for pensjonsutgift (avsnitt 4.3).

I det følgende har vi i kostnadsgrunnlaget til DRG-virksomheten tatt ut det som er betalt i arbeidsgiveravgift (kontonummer 540). Det medfører at sykehus som har betalt mest i arbeidsgiveravgift får den største korrigeringsfaktoren i driftsutgifter til DRG-virksomhet.

Tabell 5.2 viser at den prosentvise nedgang i driftsutgifter til DRG-virksomhet varierer med ni prosentpoeng, fra nesten 5,5 prosent til 14,7 prosent. Landsgjennomsnittet går ned med 11,1 prosent, og de sykehus der driftsutgifter per korrigerede opphold øker mer enn dette vil øke sin kostnadsindeks når arbeidsgiveravgiften holdes utenfor. Den prosentvise endring varierer mellom sykehusene avhengig både av arbeidsgiveravgiftens størrelse og hvor stor arbeidsgiveravgiften er av de totale driftsutgiftene. For Nordlandssykehuset er reduksjonen 5,5 prosent, for UNN 7,9 prosent og for Førde sjukehus 9,6 prosent. Det er disse tre sykehus som øker sin kostnadsindeks når det korrigeres for arbeidsgiveravgiften.

⁹ Universitetstilskuddet til Helse Sør/Rikshospitalet har i SAMDATA blitt estimert.

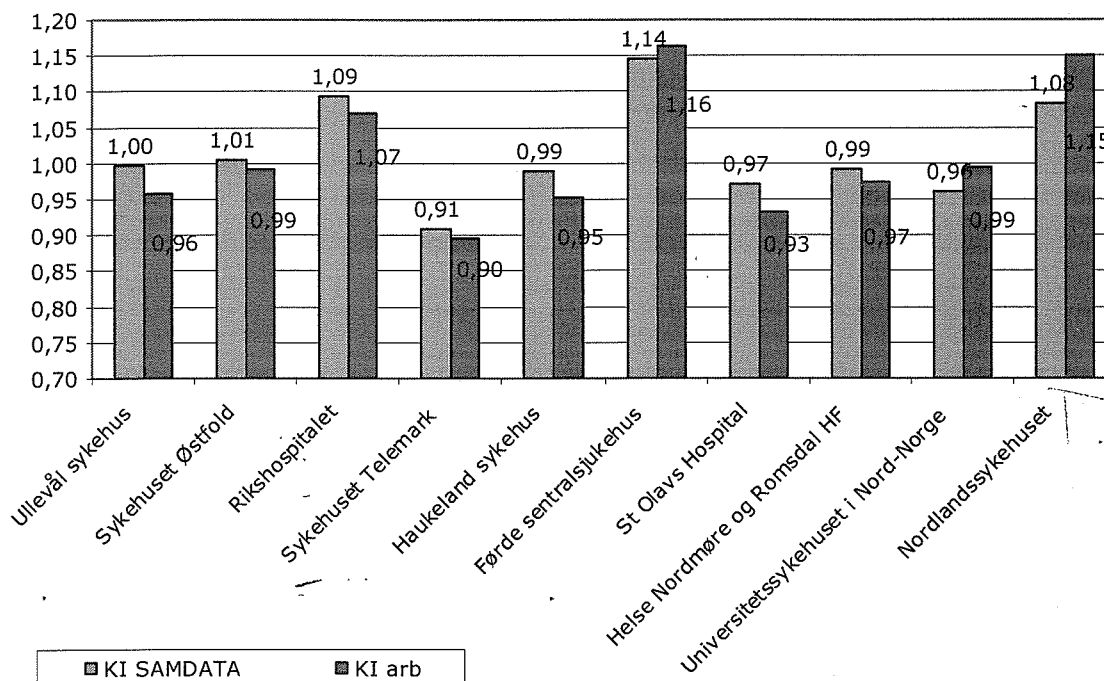
¹⁰ Dette arbeides det fortsatt med i SINTEF Helse.

Tabell 5.2 Driftsutgifter per korrigerede opphold med og uten arbeidsgiveravgift, og prosentvis forskjell. 2003:

	Dr.utg per korr opphold SAMDATA	Dr.utg per korr opphold eksl arbeids- giveravgift	%-vis forskjell
Ullevål universitetssykehus	25 011	21 341	-14,7
Sykehuset Østfold	25 212	22 089	-12,4
Rikshospitalet	27 420	23 869	-13,0
Sykehuset Telemark	22 765	19 957	-12,3
Haukeland sykehus	24 793	21 207	-14,5
Førde sentralsykehus	28 703	25 947	-9,6
St Olavs Hospital	24 320	20 749	-14,7
Helse Nordmøre og Romsdal HF	24 861	21 688	-12,8
Universitetssykehuset i Nord-Norge	24 065	22 157	-7,9
Nordlandssykehuset	27 155	25 648	-5,5
Sum for landet	25 081	22 285	-11,1

Figur 4.2 under viser at det er Førde sjukehus, UNN og Nordlandssykehuset som øker sin kostnadsindeks når arbeidsgiveravgiften tas ut av driftsutgiftene til DRG, mens de andre sykehusene reduserer sin kostnadsindeks. Tabell 4.2 over viste at disse tre sykehusene har lavere prosentvis nedgang i driftsutgiftene enn landsgjennomsnittet når arbeidsavgiften tas ut, og dermed vil kostnadsindeksen for disse øke. Ullevål universitetssykehus og St Olavs Hospital er de sykehus som har den største prosentvise nedgang i kostnadsindeksen, en nedgang på omlag fire prosent.

Figur 5.2 Kostnadsindeksen med og uten arbeidsgiveravgift. 2003.



5.2.1 Vurdering

Fra og med 2004 er det lik arbeidsgiveravgift over landet som helhet, og vi ser derfor ingen grunn til at vi i framtiden skal korrigere for arbeidsgiveravgift i kostnadsgrunlaget til DRG.

5.3 Kostnadsindeks og pensjonsinnskudd

Den andre priseffekten som vi skal se nærmere på, er utgifter knyttet til pensjon. Dette er interessant av samme grunn som korrigeringen som ble gjort i avsnitt 4.2, nemlig at pensjonsutgifter fører til forskjellig pris på ressursen arbeidskraft. Vi klarer ikke å skille mellom priseffekt og volumeffekt. Det er den beregnede langsiktige pensjonspremien som skal inngå i resultatregnskapet, jmf kapittel 5.4. Den beregnede pensjonspremien er avhengig av tidligere ansatte, og gjenspeiler i så måte ikke bare utgifter knyttet til dagens ressursinnsats. En endring i pensjonskostnaden fører til en endring i prisen på arbeidskraft, og det er interessant å studere ressursinnsatsen uten priseffekt.

Det har vært mye diskusjon rundt utgiftene til pensjon, se del II om effekter av pensjon, men det vi har korrigert for her er det som er utgiftsført på kontonummer 541 i resultatregnskapet. I utgangspunktet skal dette være det de ansatte trekkes for i lønn (om lag to prosent av lønnen til de ansatte), men også aktuarberegnet pensjon. Dette kalles den beregnede langsiktige pensjonspremien (pensjonskostnad).

Når det korrigeres for pensjonsinnbetaling reduseres driftsutgifter til DRG med gjennomsnittlig 7,9 prosent på landsbasis, se tabell 4.3. Sykehuset Telemark, Haukeland sykehus og St. Olavs Hospital reduserer sine driftsutgifter med vel ti prosent, mens den prosentvise reduksjonen på Rikshospitalet og Sykehuset Østfold er i underkant av syv prosent. Variasjon i hvor sterk effekten av pensjonsinnskudd er på driftsutgifter DRG avhenger sannsynligvis av hvilken pensjonskasse som er benyttet og hvordan de regnskapsmessig har håndtert den aktuarberegnete regningen fra pensjonskassen. I tillegg er det også i dette tilfellet avhengig

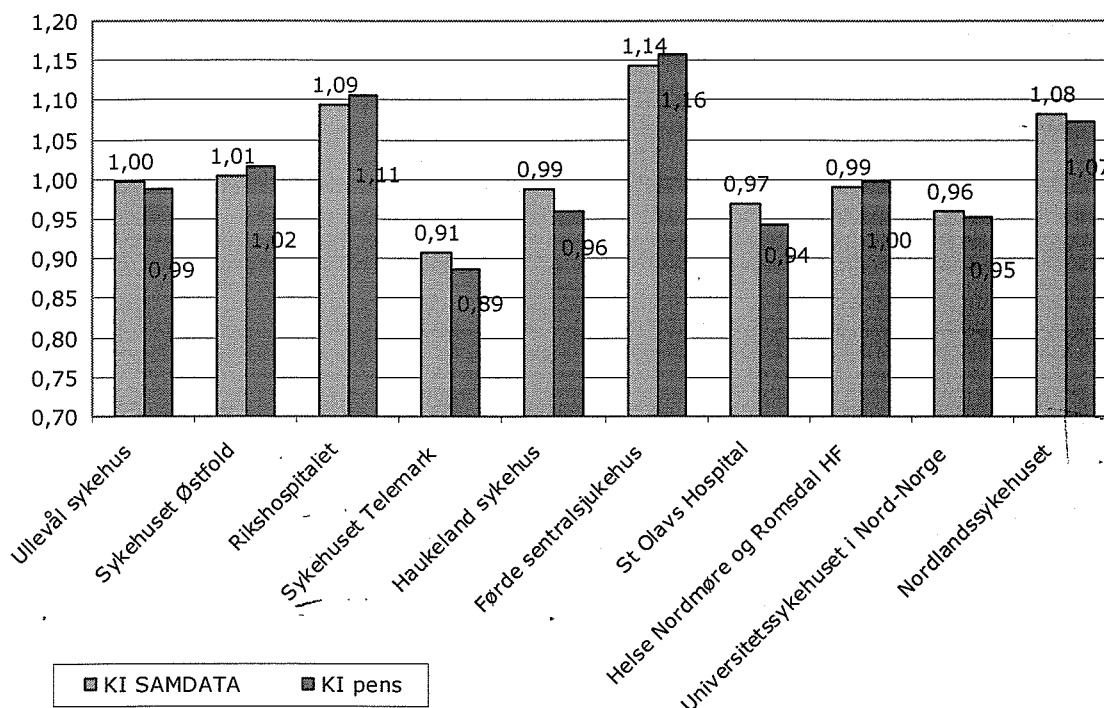
av andelen lønn av totale driftsutgifter og hvor mye pensjonsinnskuddet utgjør av de totale driftsutgifter til DRG-virksomhet.

Tabell 5.3 Driftsutgifter per korrigerede opphold med og uten pensjonsutgift, og prosentvis forskjell. 2003.

	Dr.utg per korr opphold SAMDATA	Dr.utg per korr opphold eksl pensjons-utgift	%-vis forskjell
Ullevål universitetssykehus	25 011	22 798	-8,8
Sykehuset Østfold	25 212	23 484	-6,9
Rikshospitalet	27 420	25 535	-6,9
Sykehuset Telemark	22 765	20 446	-10,2
Haukeland sykehus	24 793	22 150	-10,7
Førde sentralsykehus	28 703	26 737	-6,8
St Olavs Hospital	24 320	21 799	-10,4
Helse Nordmøre og Romsdal HF	24 861	23 053	-7,3
Universitetssykehuset i Nord-Norge	24 065	22 011	-8,5
Nordlandssykehuset	27 155	24 757	-8,8
Sum for landet	25 081	23 095	-7,9

Kostnadsindeksen, se figur 4.3 under, reduseres for de sykehus som har relativt høyere utgifter til pensjon enn landsgjennomsnittet. Alle regionsykehusene bortsett fra Rikshospitalet har større prosentvis utgift til pensjonsutgifter enn landsgjennomsnittet. Haukeland sykehus, St. Olavs Hospital og Sykehuset Telemark er de sykehus som har størst prosentvis nedgang i kostnadsindeksen når pensjonsutgifter trekkes ut.

Figur 5.3 Kostnadsindeksen med og uten pensjonsutgift



5.3.1 Vurdering

Når alle helseforetak nå har gått over til samme pensjonskasse, vil ikke dette i framtiden være et moment for variert pensjonsinnskudd. Det vil også være regnskapsmessige regler¹¹ for hvordan pensjonsutgifter skal håndteres, og de er like for alle etter eierskapsreformen og bør dermed håndteres på samme måte.

Denne vurderingen må ses i sammenheng med at utgifter til pensjon ikke bare er knyttet til dagens utgifter, men også til tidligere ansatte. Er det grunn til å tro at dette vil være veldig forskjellig mellom sykehus? Det er grunn til å tro at mesteparten av pensjonskostnaden er knyttet til dagens ansatte og dagens ressursinnsats. Forskjeller i effekter av pensjonskostnad til tidligere ansatte vet vi ikke, men det antas at dette ikke vil være avgjørende i en kostnadsindikator.

5.4 Korreksjon for polikliniske kostnader estimert lik polikliniske inntekter (gammel forutsetninger)

Det var fram til og med SAMDATA for 2002 lagt til grunn en forutsetning i kostnadsgrunnlaget om at polikliniske inntekter dekket polikliniske utgifter. Drøftelsen i kapittel 3 var grunnlag for at referansegruppen for prosjektet på et møte i juni 2004 foreslo å endre de estimerte utgiftene til poliklinikk ved å gange de polikliniske inntektene med 1,5. Dette gir som vist liten effekt på kostnadsindikatorerne, men referansegruppen mente at driftsutgifter per korrigerte opphold ble bedre med det nye estimatet for polikliniske kostnader.

I dette avsnittet vises de forskjellige driftsutgiftene per korrigeret opphold og kostnadsindikatoren med "ny" og "gammel" forutsetning om estimering av polikliniske kostnader.

¹¹ Det var det også tidligere.

Tabell 4.4 viser at driftsutgifter per korrigerede opphold for referansesykehusene går ned mer enn landsgjennomsnittet for alle sykehus i referansegruppen med unntak av Rikshospitalet og Førde sjukehus. Kostnadsindeksen ville derfor vært lavere for disse to sykehus dersom en hadde estimert polikliniske kostnader lik de polikliniske inntektene. Den største endring observeres for Rikshospitalet, som ville hatt en indeks som var 1,4 prosent lavere dersom den gamle forutsetningen hadde vært lagt til grunn.

De største utslag på kostnadsindeksen, der den "gamle" forutsetning om estimering av polikliniske kostnader benyttes, er ved UNN og St. Olavs Hospital. Kostnadsindeksen ville økt med henholdsvis 3,7 og 2,6 prosent dersom samme forutsetning som i tidligere hadde blitt lagt til grunn, dvs estimerte polikliniske kostnader lik polikliniske inntekter.

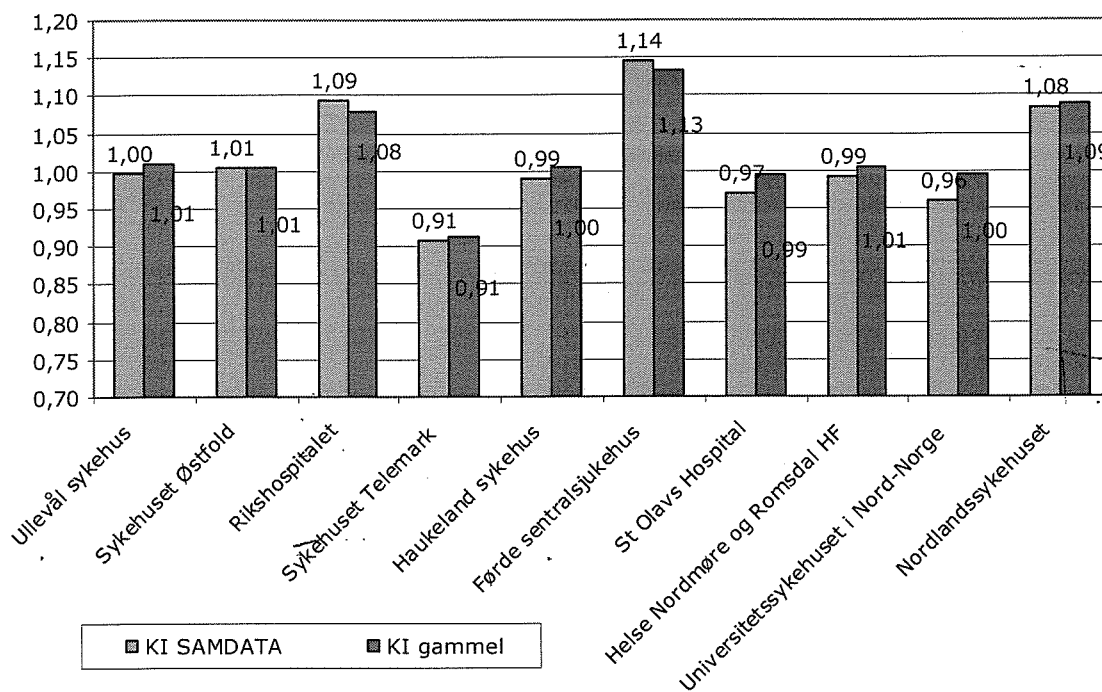
Disse resultater, med landsgjennomsnittet som vekt, viser konsistens med resultatene vist i kapittel 3. Kostnadsindeksen påvirkes i begge retninger med ny forutsetning, og vi treffer nødvendigvis ikke så mye bedre. Resultater fra data for 2002 gir samme resultat.

Tabell 5.4 Driftsutgifter per korrigerede opphold i SAMDATA og driftsutgifter per korrigerede opphold med estimerte polikliniske kostnader til polikliniske inntekter. 2003.

	Dr.utg per korr opphold med polkl innt * 1,5	Dr.utg per korr opphold med polkl innt = polkl .utg	%-vis forskjell	Kostnadsindeks SAMDATA	Kostnadsindeks med pol.innt. = pol.utg (gammel forutsetning)
Ullevål universitetssykehus	25 011	27 102	8,4	0,997	1,010
Sykehuset Østfold	25 212	26 988	7,0	1,005	1,005
Rikshospitalet	27 420	28 952	5,6	1,093	1,078
Sykehuset Telemark	22 765	24 502	7,6	0,908	0,913
Haukeland sykehus	24 793	26 964	8,8	0,988	1,004
Førde sjukehus	28 703	30 392	5,9	1,144	1,132
St. Olavs hospital	24 320	26 709	9,8	0,970	0,995
Helse Nordmøre og Romsdal	24 861	26 986	8,5	0,991	1,005
Universitetsh i Nord-Norge	24 065	26 713	11,0	0,959	0,995
Nordland sentralsykehus	27 155	29 232	7,6	1,083	1,089
Sum for landet	25 081	26 846	7,0	1,000	1,000

Figur 4.4 under visualiserer de to siste kolonnene i tabellen over, altså endring i kostnadsindeks som følge av ny forutsetning.

Figur 5.4 Kostnadsindeks presentert i SAMDATA for 2003 og kostnadsindeks med gammel forutsetning, det vil si estimerte polikliniske kostnader lik polikliniske inntekter.



5.4.1 Vurdering

Referansegruppen har allerede vurdert at denne måten å estimere driftsutgifter til DRG-virk-somhet er bedre enn det mål som tidligere har vært benyttet. Derfor er det i SAMDATA for 2003 lagt til grunn denne beregning. Driftsutgifter per korrigerte opphold er sannsynligvis bedre enn i de tilfeller der vi estimerte polikliniske utgifter til å være lik polikliniske inntekter. Virkning på kostnadsindeksen kan slå begge veier. Dette avhenger omfanget av inntekter ved det enkelte sykehus sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Fra 2004 ble det foretatt en nedjustering av taksten til poliklinisk virksomhet, i samme omfang som reduksjon av taksten til innsatsstyrt finansiering (reduksjon fra 60 til 40 prosent fra 2003 til 2004). Når polikliniske inntekter benyttes for å korrigere for polikliniske kostnader i driftsutgiftene til DRG-virk-somhet, får vi en utfordring for 2004. SINTEF Helse har ikke diskutert i detalj hvordan dette skal løses, men siden reduksjonen i takstene er fra 60 til 40 prosent er det mulig å beregne hva inntekten ville vært uten denne reduksjon i takst. Dette betyr at det ikke er noe i veien for å behandle poliklinikk-kostnadene i SAMDATA for 2004 på linje med det som ble gjort i SAMDATA for 2003.

5.5 Sammendrag

I dette kapittelet er forskjellige forutsetninger for oppbygging av driftsutgiftene til DRG-virk-somhet skissert, og forskjellige kostnadsindikatorer som følge av endring i innholdet i drifts-utgiftene.

Vedlegg 7 viser forskjellige driftsutgifter per korrigeret opphold og kostnadsindikator for alle sykehus på data for 2003, og vedlegg 8 det samme for 2002. Konklusjoner som er trukket i dette avsnittet ser ikke ut til å være påvirket av hvilket år analysen er gjennomført på. Det

er enkelte sykehus det er utslag på, men de vurderinger som er gjort vill ikke vært endret ikke ved å benytte 2002-data.

Hva gir de forskjellige indikatorene? Er det grunn til å endre på den kostnadsindikatoren som benyttes i SAMDATA? Som nevnt flere ganger er kostnadsindikatoren endret fra og med SAMDATA for 2003. Den analyse og de vurderinger som er gjennomført i dette kapittelet i forhold til forskjelling oppbygging av driftsutgiftene, mener vi ikke skulle tilsi ytterligere endringer i oppbyggingen av driftsutgiftene til DRG-virksomhet. Imidlertid vil vi fortsette å arbeide for å forbedre datagrunnlagene. Se kapittel 4.6 for en diskusjon av veien videre og bruk av kostnadsindikatoren framover.

5.6 Veien videre

I november 2004 ble det arrangert et møte i regi av Sosial- og helsedirektoratet med fokus på kostnadsindikatoren i SAMDATA. SINTEF Helse la fram de vurderinger som er gjort i forbindelse med kostnadsindikatorer og effektivitetsberegninger, og forespurte opponenter ga et kritisk blikk på arbeidet som gjøres og presenteres. Konklusjonen synes å være at effektivitetsberegningene er mer robuste jo høyere aggregeringsnivå de presenteres på.

Det var i hovedsak to retninger kritikken på møtet hadde. Den ene kritikken var knyttet til datagrunnlagene som benyttes, og i særdeleshet årsverkstallene, og den andre kritikken gikk på poliklinikkforutsetningen.

Kostnadsindikatoren presenteres i dag på institusjons-/helseforetaksnivå og regionalt nivå, mens teknisk effektivitet og kostnads effektivitet¹² presenteres på regionalt- og nasjonalt nivå.

Indikatoren brukes av de enkelte helseforetak for å få en indikator på hvor effektivt ressursene utnyttes i forhold til andre foretak det er naturlig å sammenligne seg med, og på egen effektivitetsutvikling. De innvendinger som har kommet fram til hvordan kostnadsindikatoren presenteres, er noe SINTEF Helse vil bruke konstruktivt til videreutvikling internt og i forhold til eksterne brukere av SAMDATA.

5.6.1 Datagrunnlag

I SAMDATA har en siden 1991 (data for 1989, SAMDATA sykehus 1990 Rapport 1/91) presentert kostnadsindikatorer (relativt kostnadsnivå). Tidligere utgaver av SAMDATA presenterte nettodriftsutgifter per opphold. Sykehussektoren har utviklet seg og blitt mer kompleks, spesielt de senere år, og derfor har SINTEF Helse arbeidet mye med datagrunnlagene som ligger til grunn for kostnadsindikatoren. Dette arbeidet pågår gjennom hele prosessen i arbeidet med SAMDATA. Arbeidet med kvalitetssikring setter også store krav til våre kontaktpersoner i sykehusene/helseforetakene i forhold til forståelse for avgrensning av kostnadsgrunnlaget. SINTEF Helse jobber videre sammen med SSB om å forbedre datagrunnlagene, både årsverkstallene og kostnadsavgrensningen.

Da vi vet at det er mye fokus og utstrakt bruk av kostnadsindikatoren ute i sektoren, er vi opptatt av å presentere datagrunnlagene detaljert. Etter sykehusovertakelsen har vi valgt en enda mer detaljert framstilling av datagrunnlagene i grunnlagstabeller i SAMDATA enn tidligere. Det medfører at helseforetak selv kan kontrollere datagrunnlagene og at eventuelle feil og mangler kan rettes. Vi tror at dette har økt nytten av indikatorene.

¹² Teknisk effektivitet er ressursinnsats målt i årsverk sett opp mot aktivitet, og kostnadseffektivitet er kostnader sett opp mot aktivitet. Se for øvrig SAMDATA 1/04 avsnitt 2.2 for en nærmere presentasjon av metode.

5.6.2 Poliklinikkforutsetning

Poliklinisk drift er en integrert del av sengeavdelingenes virksomhet. Det er per i dag ikke sannsynlig at sykehusene vil finne det formålstjenlig å skille ressursbruk på henholdsvis poliklinikker og sengepost i regnskapene. Det betyr at vi ikke klarer å få faktiske kostnader ved poliklinikkene direkte ut fra regnskapene. Å gjøre beregninger av faktiske kostnader ved poliklinikkene ved alle landets sykehus, vil være en for arbeidskrevende løsning på problemet.

Den beste løsningen på problemet vil etter vår mening være et pasientklassifiseringssystem som gjør det mulig å måle aktivitet ved sengeposter og poliklinikkene under ett, det vil si gi oss et aktivitetsmål som sammenfatter dagens DRG-aktivitet og polikliniske konsultasjoner. Det eksisterer et slikt klassifiseringssystem som er under uttesting for norske forhold. Det er imidlertid ikke sannsynlig at et slikt system som omfatter all poliklinisk aktivitet vil være operativt for norske sykehus på kort sikt. Vi trenger derfor en midlertidig løsning som gir et best mulig estimat på polikliniske kostnader for et tilfeldig sykehus.

Ut fra det vi vet om dekningsgrad ved poliklinikker, er et *beste estimat* for et tilfeldig sykehus en dekningsgrad på ca 64 prosent. I samarbeid med referansegruppen har vi før SAMDATA 2003 besluttet å estimere polikliniske kostnader lik polikliniske inntekter ganget med 1,5. Hvilken forutsetning om dekningsgrad som benyttes for å estimere polikliniske kostnader har liten betydning for sammenligning over tid innen en institusjon (gitt at institusjonen ikke endrer funksjonsområde mye), men det har betydning ved sammenligning mellom institusjoner da faktisk dekningsgrad varierer mye.

5.6.3 utfordringer

For kommende år er det flere utfordringer knyttet til avgrensning av DRG-aktivitet som det må jobbes med. Dette dreier seg blant annet om:

- redusert takst poliklinikk fra 2004 (som nevnt i avsnitt 4.4.1).
- nytt tilskudd til forskning og undervisning fra 2004. Dette tilskuddet tildeles alle helseregioner, og erstatter det gamle universitetstilskuddet. Dette medfører videre at den estimering vi har foretatt av universitetstilskuddet i Helse Sør bortfaller.
- kapitalutgifter (avskrivning mv) har hittil ikke vært inkludert i SAMDATA's utgiftstall, og derfor heller ikke i driftsutgifter til DRG-virksomhet. Det bør arbeides for at kapitalkostnader reflekteres i kostnadsgrunnlaget.
- videreutvikling av metoder for standardisering av utgifter til DRG-virksomhet på tvers av helseforetak, dette vil si kvalitetssikring av datagrunnlaget.

5.6.4 Konklusjon

Vi oppfatter poliklinikkforutsetningen som den største utfordringen knyttet til verdien av kostnadsindeksen. Som beskrevet i kapittel 3 har denne forutsetningen relativt stor betydning når det gjelder bruk av indikatoren i sammenligning mellom enheter som er forskjellige mht omfang og dekningsgrad på poliklinikkene. Forutsetningen har imidlertid mindre betydning når det gjelder øvrig bruk av indikatoren, f eks til

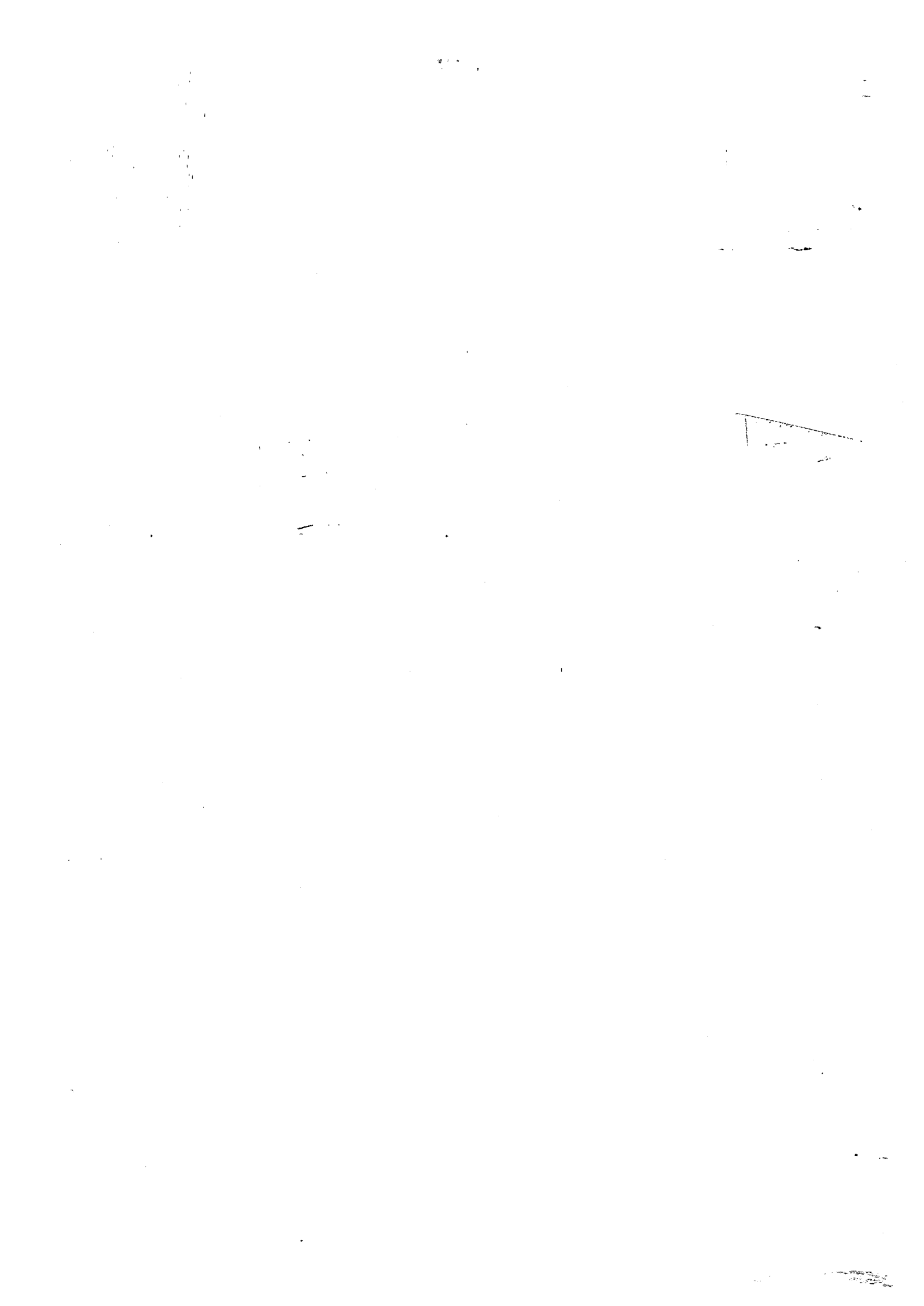
- Sammenligning av kostnadsnivå over tid, for sektoren generelt eller for en institusjon, fordi omfang av underskudd ved poliklinikkene relativt til landsnivået neppe endres mye over tid.
- Sammenligning på aggregert nivå, fordi forskjellene mhp omfang av underskudd ved poliklinisk drift mellom enhetene da blir mindre.

- Sammenligning mellom relativt like institusjoner - like mhp omfang av underskudd ved poliklinikkene.

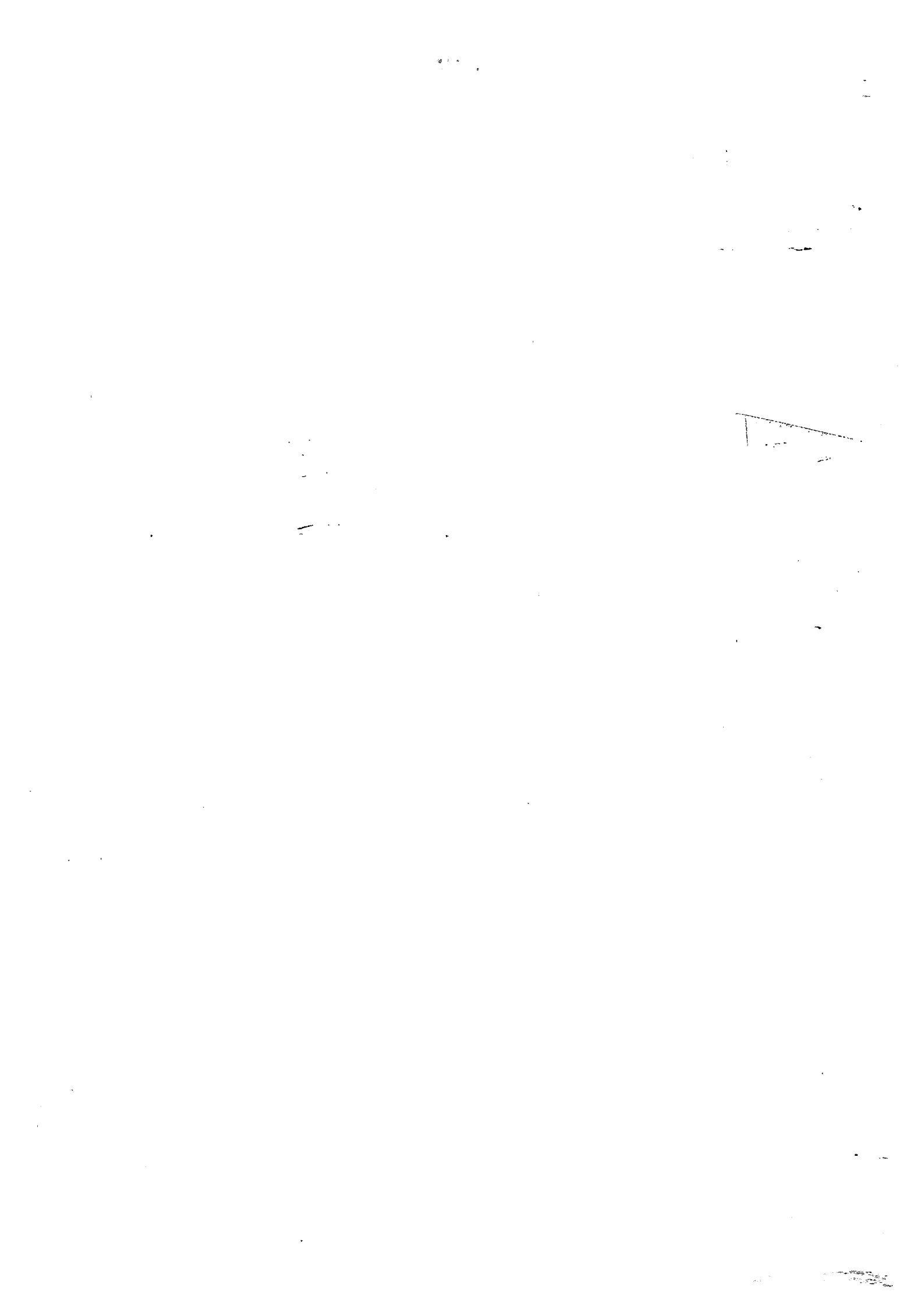
Ut fra dette anbefaler vi i SINTEF Helse at vi fortsetter å beregne og publisere kostnadsindeksen både på RHF og på foretaksnivå.

Foretakene er forskjellige hva angår funksjon og organisasjon. Tolkning og bruk av kostnadsindikatoren stiller derfor store krav til kunnskap om institusjoner som sammenlignes, og til kunnskap om svakheter ved indikatoren ved den type sammenligninger. Et av formålene med dette prosjektet er blant annet å gjøre muligheter for bruk av indikatoren bedre kjent i sektoren. Møtet i november 2004 var også med på å øke nytteverdien av presenterte indikatorer. Forankring i sektoren må det også i 2005 jobbes videre med.

Konklusjonen er at vi fortsatt ønsker å utvikle, utarbeide og presentere kostnadsindikatoren for helseforetakene. I tillegg ønsker vi å fortsette arbeidet for å øke kunnskapen om hvordan indikatoren kan benyttes i sektoren.



Del II Pensjonsutgifter og 13 måneders- effekten ved sykehusovertakelsen



6 Innledning

Utgiftene innenfor spesialisthelsetjenesten fra 2000 og fram til i dag har hatt en beskjedne økning. Dette gjelder spesielt innenfor de somatiske sykehusene. Innenfor psykisk helsevern har økningen vært større. Dette avviket kan skyldes opptrappingsplanen for psykisk helse og andre øremerkede tilskudd knyttet til denne sektoren.

Dette prosjektet har som formål å vurdere utgiftsutviklingen i lys av ekstraordinære utgifter som ble aktuelle fra og med 2001. Vi fokuserer analysene på somatisk sektor. Dette skyldes at det er særlig i denne sektoren utgiftsutviklingen avviker fra normalen, men estimerte tall for psykisk helsevern presenteres også. Det er spesielt to begivenheter som kan bidra til et misvisende bilde av utgiftsutviklingen:

1. Det ene er statens overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Denne overtakelsen førte til korreksjoner av 2001-regnskapene, den såkalte 13-måneders-effekten. Korrigeringen førte til at en del fylkeskommuner anordnet en større andel av utgiftene fra 2002 til 2001 enn det som var vanlig, for eksempel i forhold til overgangen 2000-2001.
2. Et annet særtrekk ved 2001 og framover til i dag er økte utgifter knyttet til pensjoner. Utviklingen i verdipapirmarkedet bidro til at pensjonsselskapene i mindre grad enn tidligere kunne dekke økningen i pensjonsforpliktelsene gjennom avkastningen i fond. Sykehusene, gjennom fylkeskommunene og senere helseforetakene, måtte resultatføre større utgifter en vanlig.

Dette kapitlet vil også studere endringer i pensjonsinnbetalinger generelt. Dette er viktig i forhold til den generelle utgiftsutviklingen fra 2000 og fram til i dag, men også viktig i forhold til vurderinger av utgiftsbegrep i framtidige utgaver av SAMDATA. Vi vil studere hvorvidt de løpende innbetalingene har endret seg i perioden 2000-2003, og mellom somatikk og psykisk helsevern.

Som nevnt innledningsvis er bakgrunnen for dette prosjektet den lave kostnadsveksten fra 2001 til 2002, da særlig innenfor somatikk. I SAMDATA sykehus for 2002 ble de ekstraordinære pensjonsutgifter og 13 måneders-effekten nevnt som forbehold ved tolkningen av utgiftsveksten i spesialisthelsetjenesten. Tabell 5.1 viser utgiftsveksten fra 1996 til og med 2002¹³ (vist i SAMDATA for 2002, SAMDATA 2/03).

¹³ Tallene er sammenlignbare over tid, da ny aktivitet er holdt utenfor tidsrekken.

Tabell 6.1 Utvikling i totale driftsutgifter for somatiske sykehus. Millioner kroner målt i faste 2002 kroner. Årlig prosentvis endring, samt samlet endring i prosent i periodene 1996-2002 og 1999-2002.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Pst. endr. 1996-2002	Pst. endr. 1999-2002
Totale dr.utg. somatiske sykehus	30 514	32 398	33 986	35 580	36 143	38 187	38 374	25,8	7,9
Prosentvis endring fra året før		6,2	4,9	4,7	1,6	5,7	0,5		

6.1 Et begivenhetsrikt år

Det er flere forhold som er verdt å bemerke ved året 2001. Statens overtakelse av spesialisthelsetjenesten skjer parallelt med endringer i pensjonssystemet, regnskapsrapporteringen og skattesystem. År 2001 var, foruten å være det siste året med resultatføringer av pensjonspremier, det første året med bruk av KOSTRA-rapportering for alle fylker og i tillegg året da momsreformen ble realisert. Endringene i pensjonssystemet var flere. Blant annet skjedde det endringer i pensjonsforpliktelsene gjennom endring av knekkpunkt og økt barne- og etterlattepensjon. I forbindelse med det siste ble det fra Kommunal- og Regionaldepartementet bevilget et ekstra tilskudd til kommuner og fylkeskommuner på til sammen 1,25 milliarder kroner. Herav 304 millioner til fylkeskommunene.

Året 2001 representerer som nevnt en overgang i pensjonssystemene. Fra 2002 gikk man bort fra resultatføringer av premiene over til et system som balanseførte premiene. Dette betyr i praksis at fra 2002 ble premiene ikke ført i resultatregnskapene. Resultatregnskapet (driftsregnskap) er det som danner grunnlaget for utgiftsbegrepene i SAMDATA. Det inneholder alle inntekter og utgifter knyttet til drift. Balanseregnskapet inneholder en oversikt over eiendeler, egenkapital og gjeld.

De nye reglene fra og med 2002 innebar at kommuner og fylkeskommuner kunne regnskapsføre et lavere beløp enn det beløpet som ble signalisert som realistisk pensjonspremie for 2002. Reglene skulle sikre at det beløpet som årlig ble regnskapsført ville være mer stabilt enn tidligere praksis som innebar regnskapsføring av årlig pensjonspremie. I denne nye ordningen skal premien føres i resultatregnskapet kun hvis avviket mellom estimert pensjonskostnad og innbetalt pensjon (korridoren) er større enn ti prosent. I så tilfelle vil dette avviket bli utlignet med resultatførte innbetalinger over 15 år. I praksis betyr dette at når avviket overstiger ti prosent må helseforetakene resultatføre 1/15 av avviket i en 15-årsperiode. Reguleringspremiene blir balanseført og påvirker driften i liten grad. Det kan imidlertid tenkes at stort avvik mellom innbetalte og opptjente forpliktelser kan få konsekvenser for helseforetakenes likviditet.

Satsene for løpende innbetalingene¹⁴ har ikke endret seg de siste årene for Kommunal Landspensjonskasse (KLP), som er den viktigste aktøren på dette markedet, men det er flere forhold som påvirker helseforetakenes årlige kostnader. Dette gjelder spesielt uttak av avtalefastet pensjon (AFP) og 85-års regelen. Disse ordningene er uforsikrede, slik at arbeidsgiver løpende må dekke utgiftene. Den nevnte 85-års-regelen er ikke relevant for fylkeskommunene.

I 2001 ble det innført ny kontoplan for fylkeskommunenes rapportering av regnskap for spesialisthelsetjenesten (KOSTRA ble gjennomført for alle fylkeskommuner). Det tar tid å tilpasse seg ny funksjons- og kontoplan, men det er usikkert hvorvidt dette kan ha hatt betydning for regnskapsføringen. I den grad fordelingen mellom resultat- og balanseregnskap endres av denne reformen kan det tenkes at den har hatt effekt.

¹⁴ 2% av arbeidstakerens lønn i tillegg til at arbeidsgiver betaler 9-11% av lønnsmassen til pensjoner.

Enkelte fylkeskommuner peker på flere årsaker til at helsebudsjettene for 2001 endte med store underskudd. Foruten høye pensjonsutgifter og ekstra anordnede kostnader påløp det kostnader i forbindelse med aktiviteter knyttet til den forestående overtakelsen av spesialisthelsetjenesten. Eksempler på dette er møtevirksomhet, kurs og lignende forberedelse av fagpersonell og administrasjon på nye eiere.

6.2 13-månederseffekten

Fylkeskommunens regnskapsprinsipper var basert på anordningsprinsippet. Dette betyr at utgiftene ble regnskapsført når de påløp og ikke når regningene ble betalt. I motsetning til kontantprinsippet som følger sistnevnte regel. Det er derfor ingen prinsipiell årsak til at en justering av 2001-regnskapene måtte gjøres. I praksis har det vist seg at deler av variabel lønn, oppgjør for gjestepasienter og annet kunne tilbakeføres til 2001.

13-måneders-effekten trekker i retning av økte utgifter for 2001, og isolert sett en lavere vekst fra 2001 til 2002. Statens overtakelse i 2002 kan ha ført til en økning av 2002-regnskapene som kunne helt eller delvis utligne dette. Fylkeskommunene kan i ulik grad ha overveltet kostnader knyttet til administrasjon og infrastruktur over i institusjonsregnskapene. Disse kostnadene var det behov for å synliggjøre i større grad på institusjonsnivå i 2002. Et eksempel på slike kostnader er leie av linjer til telekommunikasjon.

6.2.1 Data

Opplysninger om 13-måneders-effekten er samlet inn av Sosial- og Helsedirektoratet og SINTEF Helse. Datainnsamlingen har dels foregått gjennom direkte kontakt med fylkeskommunene og dels gjennom studier av fylkeskommunenes årsrapporter. I analysen av disse ekstrakostnadene vil vi se på utgiftsnivået i spesialisthelsetjenesten samlet. Det har vært vanskelig å få skilt data mellom somatikk og psykisk helsevern, så dette anser vi som den mest hensiktsmessige framgangsmåten. I tabell 6.2 ser vi at det kun er åtte fylkeskommuner som har spesifisert tall for psykisk helsevern. Det er lite trolig at de resterende fylkene ikke har slike utgifter innenfor denne sektoren. De følgende analysene vil derfor overvurdere effekten av 13 måneders-effekten innenfor somatikk. Siden vi tar utgangspunkt i 2001 vil enhetene vi studerer være fylkeskommunene. Hvis ikke annet er nevnt vil alle gjennomsnitt i analysene være vektet. I følgende tabell fins en oversikt over data.

Tabell 6.2 Oversikt over ekstra anordnede utgifter 2001, somatikk og psykisk helse. Andelstall gjelder kun somatikk.

Region	Fylke	13 måneders-effekt	Herav psykisk helsevern	Andel av totale utgifter(somatikk)
Øst	Østfold	34 000	6 000	1,49 %
Øst	Akershus	30 000	-	1,21 %
Øst	Oslo	-	-	-
Øst	Hedmark	45 000	-	3,18 %
Øst	Oppland	15 854	2 703	1,05 %
Sør	Buskerud	65 000	-	4,07 %
Sør	Vestfold	66 300	16 000	3,90 %
Sør	Telemark	8 033	-	0,65 %
Sør	Aust-Agder	3 228	640	0,39 %
Sør	Vest-Agder	-	-	-
Vest	Rogaland	28 300	4 700	0,92 %
Vest	Hordaland	55 000	-	1,33 %
Vest	Sogn og Fjordane	13 100	-	1,57 %

Midt-Norge	Møre og Romsdal	33 508	5 954	1,57 %
Midt-Norge	Sør-Trøndelag	32 100	-	1,06 %
Midt-Norge	Nord-Trøndelag	-	-	-
Nord	Nordland	55 000	5 000	2,94 %
Nord	Troms	-	-	-
Nord	Finnmark	10 385	1 928	1,64 %
	Sum	494 808	42 925	1,72 %

Vi ser av tabell 5.2 at det er relativt stor variasjon i forholdet mellom ekstra anordnede utgifter og totale driftsutgifter. Tar vi kun hensyn til de fylkeskommunene som har rapportert tall varierer andelen fra 0,4 prosent til 4,1 prosent. I snitt utgjør dette 1,7 prosent av totale driftsutgifter, der utvalget er basert på fylkeskommuner som har rapportert. Denne andelen vil brukt senere i analysen til å beregne 13 måneders-effekt også for de fylkeskommunene som ikke har rapportert tall.

13-måneders-effekten er for regnskapene i spesialisthelsetjenesten en engangshendelse. Vi tar allikevel med utviklingen i totale utgifter fra 2000 til og med 2003. Definisjonen som brukes i denne analysen er brutto driftsutgifter korrigeret for sykelønnsrefusjoner, husleieutgifter, gjestepasientutgifter og avskrivninger. Utvalg av sykehus er heller ikke komplett slik at institusjonenes utgifter ikke summeres til sum for landet. Med utgangspunkt i 2000 bruker vi et balansert utvalg av institusjoner. Dette betyr at det er de samme institusjonene som inngår i hele tidsperioden. Private og statlige institusjoner er ikke med i utvalget.

I hovedsak dreier 13-måneders-effekten seg om anordning av variabel lønn som tidligere ville vært utbetalt i januar 2002 til desember 2001. Det er derfor mest relevant å se på utviklingen i lønn med og uten denne effekten. I den forbindelse er det verdt å merke seg at lønn ikke inneholder utgifter til pensjoner.

6.2.2 Analyse

Utviklingen i utgifter for tidligere fylkeseide somatiske sykehus er summert opp i tabell 5.1. Bakgrunnen for dette prosjektet er den lave utgiftsveksten fra 2001 til 2002. I utvalget, det vil si fylkeskommunale sykehus som det eksisterer regnskapsdata for i hele analyseperioden, økte totale driftsutgifter med 0,8 prosent fra 2001 til 2002. Vi ser at veksten før og etter var betydelig høyere. Alle tall er i faste 2003-priser om ikke annet er nevnt.

Korrigerer vi for 13 måneders-effekten og gjør antagelser om at alle fylker som ikke har rapportert data for denne har null, ser vi at veksten i totale driftsutgifter øker fra 0,8 prosent til 2,1 prosent i tabell 5.3 under. I tredje rad har vi brukt informasjon fra fylkene som har rapportert tall til å beregne effekten som andel av totale driftsutgifter. Denne er beregnet til 1,7 prosent. Antar vi at alle fylker har lik andel, ser vi at utgiftsveksten øker til 2,6 prosent fra 2001 til 2002.

Tabell 6.3 Oversikt over utgiftsutviklingen i utvalget. Somatikk. 2000-2003.

År	2000	2001	2002	2003
Totale driftsutgifter	33 783 900	35 659 875	35 956 035	37 382 239
Prosentvis endring fra foregående år	-	5,55 %	0,83 %	3,97 %
Totale driftsutgifter ekskl 13 mnd effekt	33 783 900	35 207 992	35 956 035	37 382 239
Prosentvis endring fra foregående år uten 13månederseffekt	-	4,22 %	2,12 %	3,97 %
Totale driftsutgifter ekskl beregnet 13 mnd-effekt	33 783 900	35 046 525	35 956 035	37 382 239
Prosentvis endring fra foregående år uten beregnet 13månederseffekt	-	3,74 %	2,60 %	3,97 %

Tabell 5.4 inneholder, i likhet med tabell 5.3, endringstall for lønnsutgifter korrigert for henholdsvis rapporterte og beregnede effekter av 13-månederseffekten. Beregner vi effekten ser vi at veksten i lønnsutgifter øker fra 1,5 prosent til 3,3 prosent; en utgiftsvekst som er identisk med veksten før (2000 til 2001) og etter (2002 til 2003) statens overtakelse av spesialisthelsetjenesten.

Tabell 6.4 Oversikt over veksten i lønnsutgifter i utvalget. Somatikk. 2000-2003.

År	2000	2001	2002	2003
Totale lønnsutgifter ¹⁵	24 567 218	25 754 807	26 154 927	27 026 473
Prosentvis endring fra foregående år	-	4,83 %	1,55 %	3,33 %
Totale lønnsutgifter ekskl 13 mnd effekt	24 567 218	25 302 924	26 154 927	27 026 473
Prosentvis endring fra foregående år uten 13månederseffekt	-	2,99 %	3,37 %	3,33 %
Totale lønnsutgifter ekskl beregnet 13 mnd-effekt	24 567 218	25 311 824	26 154 927	27 026 473
Prosentvis endring fra foregående år uten beregnet 13månederseffekt	-	3,03 %	3,33 %	3,33 %

Resultatene viser, gitt at forutsetningene bak beregningene holder, at veksten i lønnsutgifter ikke utmerket seg i 2001. Ser vi på totale utgifter skiller 2001 seg ut fremdeles, til tross for korrigering for 13-månederseffekten. Veksten i andre utgifter enn lønn kan være påvirket av andre faktorer, deriblant utgifter til pensjon.

6.2.3 Analyse psykisk helsevern

Datagrunnlaget for psykisk helse er spinklere sammenlignet med somatikk. Vi har spesifisert 13 månederseffekten bare for åtte fylker. Vi velger derfor å bruke beregnede tall på 13 månederseffekten innenfor psykisk helsevern. Basert på de fylkene som faktisk har rapportert tall kan vi beregne hvis stor andel av totale utgifter de utgjør. Tallmaterialet viser at effekten utgjør ca 1,5 prosent av totale driftsutgifter. Tabell 5.5 under viser utviklingstallene

¹⁵ Rapporterte lønnsutgifter eksklusive sykelønnsrefusjoner.

fra SAMDATA for 2003. Vi skiller ikke mellom psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne.

Tabell 6.5 Oversikt over veksten i totale driftsutgifter i utvalget. Psykisk helsevern. 2000-2003.

	2000	2001	2002	2003
Totale driftsutgifter ¹⁶	9 988 740	10 149 100	10 683 985	11 089 976
Prosentvis endring fra foregående år		1,61 %	5,27 %	3,80 %
Totale driftsutgifter ekskl beregnet 13 mnd effekt	9 988 740	9 997 878	10 683 985	11 089 976
Prosentvis endring fra foregående år		0,09 %	6,86 %	3,80 %

6.2.4 Konklusjon

Opplysningene vi har om 13-måneders-effekten er på fylkeskommunalt nivå. Dette gjør oss ute av stand til å foreta korrigeringer tilbake i tid på institusjonsnivå. Utgiftsveksten fra 2001 til 2002 var oppsiktsvekkende lav. Datamaterialet vi har tilgjengelig kan brukes til å justere denne utviklingen på nasjonale tall, men det beste er å kommentere dette momentet ved 2001-tallene når nasjonal utvikling i utgiftene over tid vises. Da datamaterialet ikke er fullstendig, er det vår anbefaling at dette bare kommenteres (se forøvrig avsnitt 5.5).

6.3 Ekstraordinære pensjonskostnader

Overgangen fra 2001 til 2002 representerer en omlegging av pensjonssystemet. For å sikre større forutsigbarhet i kostnadene ble ordningen med resultatføring av premier erstattet av et system med balanseføring. I praksis betyr dette at 2001 var det siste året da premiene som regel ble belastet regnskapene. I det nye systemet kan man fremdeles resultatføre premiene, men forholdet mellom innbetalinger og forpliktelser blir linearisert over en lengre tidsperiode.

6.3.1 En oversikt over dagens system

Dagens regelverk for regnskapsføring av pensjonspremier har som delmål å sikre en utjevning av pensjonspremiene slik at en langsiktig pensjonspremie kostnadsføres hvert år. Denne kostnaden kan avvike fra den betalbare premien (utgiften) som i stor grad påvirkes av pensjonsleverandørens finansavkastning i øyeblikket. Lav løpende finansavkastning må kompenseres med høyere premiebetaling for at pensjons-leverandøren i henhold til Kredittilsynets pålegg skal ha full forsikringsteknisk dekning for sine forpliktelser.

Forskjellen mellom betalt forsikringspremie (pensjonsutgift) og beregnet langsiktig pensjonspremie (pensjonskostnad) kalles premieavvik. Pensjonskostnaden skal inngå i driftsregnskapet, mens premieavviket skal balanseføres som fordring/gjeld og tas til inntekt/kostnad.

Alle løpende og oppsatte pensjoner blir regulert hvert år etter økningen i grunnbeløpet G. Disse faktorer medfører at de senere års turbulente aksjemarked har rammet medlemsbedriftene i pensjonsselskapene direkte, da det ikke som tidligere år har vært tilstrekkelig finansavkastning til å delfinansiere reguleringspremien.

¹⁶ Definert som totale driftsutgifter eksklusive gjestepasientkostnader, husleie og sykkelønsrefusjoner.

Etter at staten overtok sykehusene har helseforetakene mottatt store reguleringspremier. Disse har ikke hatt betydning for resultatregnskapene til helseforetakene direkte. Regningene påvirker sykehusenes likviditet, noe som kan få betydning for kostnadene, men i beskjeden grad.

De løpende betalingene til pensjoner er basert på en sats av pensjonsgrunnlaget (lønnsmassen) ved institusjonene. I praksis er det flere forhold som bidrar til at innbetalingene vil variere fra år til år. Det er ulike pensjonsordninger for ulike grupper av ansatte innenfor helsevesenet. Foruten en fellesordning har legene og sykepleierne ulike ordninger. Utenfor dette kommer avtalefestet pensjon (AFP) som, avhengig av bruk, vil påvirke de faktiske og aktuarmessige beregningene av pensjonskostnader. Den løpende betalingen har økt i perioden 2000-2003. Arbeidsgivers sats ligger nå mellom 9 og 13 %.

En lønnsøkning vil ha to virkninger i en foretakspensjonsordning hvor pensjonsytelsene er fastsatt som en prosent av sluttlønnen. For det første må den forhåndsregnede årspremien ved en lønnsøkning omregnes slik at den dekker den økte lønnen for resten av året. Dette vil utgjøre et tillegg til den ordinære årspremien som er beregnet ved årets begynnelse og omfattes ikke av reglene om regulerings-premie. Den andre virkningen av lønnsutvikling er at det må innbetales premie som følge av at lønnsutviklingen også medfører økning av allerede opptjente pensjonsrettigheter (reguleringspremie). Det må således skje en regulering i forhold til premien som er innbetalt for tidligere år.

Pensjonskostnader og pensjonsforpliktelser regnskapsføres i henhold til Norsk regnskapsstandard om pensjonskostnad. Konsernets pensjonsordninger, både de sikrede som er finansiert via pensjonsselskapene, og usikrede ordninger som AFP anses som ytelsesplaner. Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og andre personalkostnader, og består av summen av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede forpliktelse og forventet avkastning på pensjonsmidlene. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot forutsetninger i beregningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger ti prosent av brutto pensjonsforpliktelse og brutto pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelser er beregnet og ført opp i balansen. Nåverdien av fremtidige forpliktelser beregnes ut fra forsikringstekniske prinsipper av uavhengig aktuar.

Denne beregnede forpliktelsen sammenholdes med virkelig verdi av innbetalte og oppsparte pensjonsmidler. Hvis pensjonsordningene er underfinansiert er de klassifisert som langsiktig forpliktelse.

6.3.2 Data

Innsamling av data knyttet til ekstraordinære pensjonsutgifter er gjort av SINTEF Helse gjennom kontakt med fylkeskommunene og studier av fylkeskommunenes årsrapporter. 2001 var det siste året fylkeskommunene hadde ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Dette sammenfalt med endringer i pensjonssystemet og med resultatføring av pensjonspremier. Minst tre forhold er viktige knyttet til pensjonsutgiftene dette året:

- o For det første førte utviklingen i verdipapirmarkedet til at avkastningen på pensjonsfondene uteble.
- o For det andre ble det gjort endringer i knekkpunktbestemmelsene for legenes pensjonsordning.
- o For det tredje ble det gjort endringer i barne- og etterlattepensjonene som trakk i retning av økte utgifter for fylkeskommunene.

I vår datainnsamling har vi konsentrert oss om "ekstraordinære" kostnader knyttet til pensjon. Om fylkeskommunenes forståelse av dette inkluderer alle momentene nevnt over er usikkert. Det er usannsynlig at alle fylkeskommuner har rapportert alle tre utgiftskomponenter. Dette fører til at de følgende analysene *underestimerer* effekten av ekstraordinære utgifter til pensjoner.

6.3.3 Analyse

Vi velger i utgangspunktet å ikke korrigere for 13-måneders-effekten, men vil senere skissere hvor stor effekt begge kostnadskomponentene sammen hadde for utgiftsutviklingen i sektoren fra 2000 til 2003.

Fylkeskommunene hadde ulik praksis ved føringer av ekstrainnbetalinger til pensjon. Data-innsamlingen har identifisert fem fylkeskommuner som har ført disse utgiftene sentralt i fylkeskommunenes regnskaper¹⁷. I den følgende deskriptive analysen vil vi se hvorvidt disse fylkene skiller seg ut både med hensyn på utgiftsvekst generelt og utgifter til pensjon.

Opplysningene vi har om ekstraordinære pensjonskostnader vises i tabell 5.6 under.

Tabell 6.6 Oversikt over opplysninger knyttet til ekstraordinære pensjonsutgifter, 2002.

Region	Fylke	Ekstraordinære pensjonsutgifter	Herav psykiatri	Andel av totale utgifter 2001 (somatikk)
Øst	Østfold	67 000	12 000	4,41 %
Øst	Akershus	Ført sentralt	0	0,00 %
Øst	Oslo	Ført sentralt	0	0,00 %
Øst	Hedmark	27 000	-	2,90 %
Øst	Oppland	31 038	7 385	2,84 %
Sør	Buskerud	20 900	-	1,99 %
Sør	Vestfold	Ført sentralt	0	0,00 %
Sør	Telemark	27 660	-	3,29 %
Sør	Aust-Agder	Ført sentralt	0	0,00 %
Sør	Vest-Agder	54 000	-	7,62 %
Vest	Rogaland	55 500	8 500	2,88 %
Vest	Hordaland	83 080	-	3,09 %
Vest	Sogn og Fjordane	26 500	-	4,71 %
Midt-Norge	Møre og Romsdal	43 794	9 374	2,96 %
Midt-Norge	Sør-Trøndelag	64 537	16 637	2,43 %
Midt-Norge	Nord-Trøndelag	-	-	-
Nord	Nordland	Ført sentralt	0	0,00 %
Nord	Troms	-	-	-
Nord	Finnmark	-	-	-
Sum landet		501 009	53 896	3,28 %

Vi ser av tabell 5.6 at det er relativt store forskjeller i de ekstraordinære pensjonsutgiftenes andel av totale driftsutgifter. Ser vi bort fra de fylkeskommunene som har ført disse utgiftene sentralt, varierer andelen fra to prosent til 7,6 prosent. Dette er muligens et uttrykk for at fylkeskommunene har ulike oppfatninger av hva som er "ekstraordinære" pensjonsutgifter. Som nevnt innledningsvis er det potensielt tre ulike komponenter som kan inngå i dette begrepet. Med utgangspunkt i de fylkeskommuner som har rapportert tall er andelen i

¹⁷ Dette gjelder Oslo, Akershus, Vestfold, Aust-Agder og Nordland.

gjennomsnitt 3,3 prosent av totale driftsutgifter. Denne andelen vil brukt senere i analysen til å beregne ekstraordinære pensjonsutgifter også for de fylkeskommunene som ikke har rapportert tall.

Det faktum at fem fylkeskommuner har valgt å føre de ekstraordinære pensjonsutgiftene sentralt i fylkeskommunenes regnskap gjør det mulig å foreta en enkel sjekk på hvorvidt de skiller seg ut med hensyn på andel pensjonsutgifter og vekst i totale driftsutgifter. Vi bruker her de totale pensjonsutgiftene som er ført under artskonto 090 i gammel kontoplan (til og med 2002) og konto 541 (fra og med 2002). I tabell 5.7 under viser endringstall gruppert etter ulike regnskapspraksis.

Tabell 6.7 Oversikt over pensjonsutgiftene som andel av totale driftsutgifter, somatisk sektor. Etter ulike praksis i regnskapsføring av pensjonsutgiftene. 2000-2003.

År	2000	2001	2002	2003
Totale pensjonsutgifter som andel av BDU	4,53 %	7,29 %	5,84 %	5,88 %
CV Totale pensjonsutgifter som andel av BDU	24,5	17,0	13,8	13,2
Totale pensjonsutgifter som andel av BDU. Utvalg av institusjoner som har ført kostnadene på institusjonsnivå	4,39 %	7,44 %	5,45 %	5,73 %
Totale pensjonsutgifter som andel av BDU. Utvalg som har ført utgiftene sentralt	4,37 %	5,46 %	5,89 %	5,59 %

I tabell 5.7 over er det inkludert et spredningsmål som viser variasjonen i andel pensjonsutgifter fra 2000 til 2003. Variasjonskoeffisienten (CV) er definert som standardavvik dividert på gjennomsnitt. Vi ser at variasjonen er størst i 2000 og 2001, mens forskjellene stabiliserer seg etter overgangen til nye regler for føring av pensjonspremier. Hvis vi ekskluderer de fylkene som har ført de ekstraordinære pensjonskostnadene sentralt, får vi en variasjonskoeffisient på 7,3 (mot 17,0 for hele utvalget) for 2001. Dette er en indikasjon på at det var mindre forskjeller i andel pensjonskostnader i 2001. Pensjonskostnadene var høye, men forskjellen mellom fylkeskommunene var små, gitt at man korrigerer for ulike regnskapspraksis.

Vi ser ut fra tabellen over at ulike praksis naturlig nok påvirker andel pensjonsutgifter. Denne virkelighetstesten viser at forskjellen mellom de som har ført utgiftene sentralt kontra på institusjon er på ca to prosentpoeng i 2001.

Sammenligner vi veksten i totale driftsutgifter etter samme gruppering, får vi bekreftet tallene. Tabell 5.8 viser at fylkeskommuner som har holdt de ekstraordinære pensjonsutgiftene ute av institusjonsregnskapene har lavest utgiftsvekst totalt sett i perioden fra 2000 til 2003.

Tabell 6.8 Utviklingen i totale utgifter gruppert etter ulike praksis i føring av ekstraordinære pensjonsutgifter, somatisk sektor. 2000-2003.

År	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Ført på institusjon	7,19 %	1,29 %	4,50 %
Ført sentralt	1,68 %	2,50 %	3,44 %

Fylkeskommunene som har ført de ekstraordinære pensjonsutgiftene sentralt har en betydelig lavere utgiftsvekst fra 2000 til 2001 og en noe høyere utgiftsvekst fra 2001 til 2002.

Tabell 5.9 under viser utviklingen i totale driftsutgifter innenfor somatisk sektor under ulike forutsetninger om pensjonsutgiftene. Første rad i tabellen er identisk med tilsvarende i tabell 5.3 der utgiftsutviklingen i utvalget er reproduisert. De følgende radene ser på utgiftsutviklingen korrigert for pensjonskostnader.

Tabell 6.9 Utvikling i totale driftsutgifter under ulike forutsetninger om pensjonsutgifter. Somatikk. 2000-2003.

År	2000	2001	2002	2003
Totale driftsutgifter	33 783 900	35 659 875	35 956 035	37 382 239
Endring fra foregående år	-	5,55 %	0,83 %	3,97 %
Totale driftsutgifter ekskl rapporterte ekstraordinære pensjonsutgifter	33 783 900	35 165 529	35 956 035	37 382 239
Endring fra foregående år	-	4,09 %	2,25 %	3,97 %
Totale driftsutgifter ekskl beregnede ekstraordinære pensjonsutgifter	33 783 900	34 858 270	35 956 035	37 382 239
Endring fra foregående år	-	3,18 %	3,15 %	3,97 %
Totale driftsutgifter ekskl alle pensjonsutgifter	32 253 617	33 059 198	33 857 097	35 183 878
Endring fra foregående år	-	2,50 %	2,41 %	3,92 %

Tar vi for gitt at de fylkeskommunene som ikke har rapportert tall for ekstraordinære pensjonskostnader ikke har noen, ser vi at utgiftsøkningen i sektoren øker fra 0,8 prosent til 2,3 prosent mellom 2001 og 2002. Beregner vi ekstraordinære pensjonskostnader for alle fylker som har kostnader på institusjonsnivå (3,3 prosent av totale driftsutgifter, se tabell 5.6), ser vi at utgiftsveksten fra 2001 til 2002 øker til 3,2 prosent. Siste rad i tabellen viser utviklingen i totale driftsutgifter eksklusiv utgifter til pensjoner (ordinære og ekstraordinære innbetalinger).

6.3.4 Analyse psykisk helsevern

Tallmaterialet for ekstraordinære pensjonskostnader innenfor psykisk helsevern er begrenset. Vi har detaljerte opplysninger fra fem fylker i tillegg til de fem fylkene vi vet har ført denne typen kostnader sentralt i fylkeskommunens regnskap. For de sistnevnte er ikke ekstraordinære pensjonskostnader ført på institusjonsnivå. Basert på de fem fylkeskommunene som har rapportert data er vi i stand til å beregne hvor stor andel av totale driftsutgifter disse kostnadene utgjør. Dette estimatet kan vi anta også gjelder for de fylkeskommunene som ikke har rapportert data. Tabell 5.10 viser effekten under de forutsetningene vi pålegger datamaterialet.

Tabell 6.10 Effekt av ekstraordinære pensjonskostnader på psykisk helsevern. 2000-2003

	2000	2001	2002	2003
Totale driftsutgifter	9 988 740	10 149 100	10 683 985	11 089 976
Prosentvis endring fra foregående år		1,61 %	5,27 %	3,80 %
Totale driftsutgifter ekskl beregnet ekstraordinær pensjonsutgift	9 988 740	10 001 944	10 683 985	11 089 976
Prosentvis endring fra foregående år		0,13 %	6,82 %	3,80 %

Basert på den informasjonen vi har samlet inn utgjør ekstraordinære pensjonsutgifter i gjennomsnitt 2,4 prosent av de totale driftsutgiftene. Sammenlignet med somatikk er denne andelen lav da vi i sistnevnte sektor beregnet en andel på 3,3 prosent.

6.4 Utgiftsvekst korrigert for ekstraordinære kostnader 2001

Til nå har vi behandlet 13 måneders-effekten og ekstraordinære pensjonskostnader hver for seg. Tabell 5.11 beskriver utviklingen i totale driftsutgifter korrigert for begge faktorene for fylkeskommuner som har ført utgifter på institusjonsnivå.

Tabell 6.11 Utgiftsvekst korrigert for både ekstraordinære pensjonskostnader og 13 måneders-effekt. Somatikk. 2000-2003.

År	2000	2001	2002	2003
Totale driftsutgifter	33 783 900	35 659 875	35 956 035	37 382 239
Endring fra foregående år	-	5,55 %	0,83 %	3,97 %
Totale driftsutgifter korrigert for både 13 måneders-effekt og rapporterte ekstraordinære pensjonskostnader	33 783 900	34 665 909	35 956 035	37 382 239
Endring fra foregående år	-	2,61 %	3,72 %	3,97 %

Tabellen viser klart, nærmest per definisjon, en utjevning i utgiftsutviklingen i somatisk sektor. Tallene er basert på fylkeskommunenes rapportering og gir sannsynligvis et nøkternt anslag på utgiftsveksten fra 2001 til 2002. Anslaget er nøkternt fordi flere fylkeskommuner ikke har rapportert tall og er dermed representert med null i ekstraordinære kostnader for de aktuelle kostnadskomponentene. Se tabellene 5.1 og 5.4 for detaljer.

Tabellen for psykisk helsevern er ulik i forhold til hvordan utgiftsveksten korrigeres. Der vi brukte rapporterte tall innenfor somatikk, bruker vi beregnete størrelse for psykisk helsevern. Årsaken til denne differansen er at datamaterialet for psykisk helsevern er fattigere enn for somatisk sektor. Tabell 5.12 inneholder detaljene.

Tabell 6.12 Utgiftsvekst korrigert for både ekstraordinære pensjonskostnader og 13 måneders-effekt. Psykisk helsevern. 2000-2003.

År	2000	2001	2002	2003
Totale driftsutgifter	9 988 740	10 149 100	10 683 985	11 089 976
Prosentvis endring fra foregående år		1,61 %	5,27 %	3,80 %
Totale driftsutgifter korr for begge effekter	9 988 740	9 911 297	10 683 985	11 089 976
Prosentvis endring fra foregående år		-0,78 %	7,80 %	3,80 %

Fra tabellen over ser vi at 2001-tallene korrigeres i så stor grad at vi observerer en reduksjon i totale driftsutgifter fra 2000 til 2001. Økningen i fra 2001 til 2002 blir desto større, fra 5,3 prosent øker den til 7,8 prosent etter at vi har korrigert ut effekten både av ekstra ordinerte utgifter og av ekstraordinære pensjonsutgifter.

En mulig forklaring på dette er todelt. Endringen fra 2000 til 2001 skyldes sannsynligvis at vi har overestimert omfanget av de ekstraordinære kostnadsforholdene for psykisk helsevern i 2001. Videre kan utgiftsutviklingen i det neste årsskifte være påvirket av endringer i praksis når det gjelder fordeling av fellesutgifter mellom somatikk og psykisk helsevern.

6.5 En konsistent tidsserie?

Datainnsamlingen har tatt utgangspunkt i fylker som enhet. Hvis målet er en konsistent tidsserie korrigert for 13-måneders-effekt og ekstraordinære pensjonskostnader på institusjonsnivå, må mer arbeid gjøres. Hvis man er interessert i en mer detaljert datainnsamling bør man be fylkeskommunene rapportere månedsregnskap for desember 2000 og 2001. Ekstra anordnede kostnader som følge av statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, ble i hovedsak anordnet desember-regnskapene i 2001. Tilgjengeligheten av desember-regnskap fra 2000 og 2001, vil gjøre oss i stand til å sammenligne en "normal" desember med desember 2001 som inneholder ekstraordinære kostnader. Differansen mellom de to månedsregnskapene kan være et estimat på den reelle 13-måneders-effekten.

6.6 Oppsummering

- Ekstraordinære kostnadsforhold i driftsutgiftene i 2001 bidro til lav vekst i somatisk sektor fra 2001 til 2002.
- Korrigeres regnskapene for disse forholdene, blir veksten i totale driftsutgifter endret fra 0,8 prosent til 3,7 prosent mellom 2001 og 2002.
- Veksten fra 2000 til 2001 endres fra 5,6 prosent til 2,6 prosent som følge av korrigeringene.
- Utgiftsveksten innenfor psykisk helsevern er også påvirket av ekstraordinære kostnader i 2001.
- Effekten av 13 måneders-effekten er sannsynligvis overestimert i analysene i somatisk sektor (da det er vanskelig å skille ut hva som er knyttet til psykisk helsevern), men dette motvirkes av en sannsynlig underestimering av effekten av ekstraordinære utgifter til pensjoner.
- Forskjellene i andel pensjonsutgifter var størst i 2000 og 2001. Fra og med 2002 ser forskjellene ut til å ha stabilisert seg.

Del III Vedlegg

7 Utsendte tall for 2003 til referansesykehus september 2004

Det er det som ble sendt ut til referansesykehusene i september 2004. Det ble foretatt korrigeringer av dette materialet etter utsending, slik at tall her avviker for noe sykehus/helseforetak fra det som ble presentert i SAMDATA (SAMDATA 1/04). Henvvisning til tabeller og figurer er endret.

Grunnlagstall for 2002 og 2003

7.1 Totale driftsutgifter for 2003

Det totale driftsutgiftene for referansesykehusene i 2003 er framkommet som følger (se avsnitt 6.2 for nærmere beskrivelse):

Tabell 7.1 Totale driftsutgifter for 2003.

	Brutto driftsutgifter ¹⁸	Kontonr 60 avskr	Kontonr 630 leieutg	Kontonr 673 gjesteutg	Kontonr 78 tap ved avgang	Totale driftsutgifter
Ullevål univ. sykehus	3 233 746	127 342	5 032	4	5 202	3 096 165
Sykehuset i Østfold	1 977 229	100 248	4 061	55	2 212	1 870 653
Rikshospitalet ¹⁹	3 446 458	355 555	33 731	0	21 333	3 035 839
Sykehuset i Telemark ²⁰	1 219 957	66 858	276	81 773	1 854	1 069 196
Haukeland univ. sykehus	3 599 878	350 956	3 105	5 019	16 011	3 224 787
Sentralsykehuset i Rogaland	1 900 111	80 809	5 025	54	3 353	1 810 870
St.Olavs Hospital	3 215 860	167 733	14 851	2 714	2 716	3 027 846
Nordmøre og Romsdal ²¹	911 611	96 862	1 153	269	123	813 204
Univesitetssykehuset i Nord-Norge	2 138 689	111 507	2 703	25 203	4 883	1 994 393
Nordlandssykehuset	911 116	81 677	1 288	0	569	827 582

¹⁸ Sum alle utgifter, kontonummer 4, 5, 6 og 7 i resultatregnskapet, etter kvalitetskontroll.

¹⁹ Inklusiv Geilomo barnesykehus og Voksentoppen

²⁰ Inklusiv Kragerø kombinerte sykehus

²¹ Helse Nordmøre og Romsdal leverte i 2002 data for Kristiansund og Molde sykehus separat, mens tall for 2003 er på helseforetaksnivå. Tallene for 2002 er slått sammen for Kristiansund og Molde til Helse Nordmøre og Romsdal.

7.2 Driftsutgifter DRG-virksomhet 2003

Driftskostnadene til DRG-virksomhet for 2003 tar utgangspunkt i tabell 6.2, totale driftsutgifter. Avsnitt 6.2.1 og tabell 6.1 viser hvordan driftsutgiftene til DRG-virksomheten framkommer. Tall for 2003 blir dermed som følger:

Tabell 7.2 Driftsutgifter DRG-virksomhet for 2003.

	Totale driftsutg	Polikl innt ²²	Universitets-tilskudd	Inntekter lab/rtg uten RTV	Andre inntekter	Ekstern virksomhet	Driftsutgifter DRG-virksomhet ²³
Ullevål univ. sykehus	3 096 165	332 167	352 978	24 000	189 443	45 000	1 986 493
Sykehuset i Østfold	1 850 479	201 010	0	0	41 618	34 742	1 472 604
Rikshospitalet	3 035 839	227 549	600 000	0	57 617	0	2 036 899
Sykehuset i Telemark	1 069 196	121 840	0	1 527	55 069	31 593	798 247
Haukeland univ. sykehus	3 224 787	379 318	528 390	0	118 141	5 019	2 004 260
Sentralsykehuset i Rogaland	1 810 870	209 343	483	0	62 521	0	1 433 850
St.Olavs Hospital	3 027 846	358 542	429 936	35 825	107 508	80 644	1 836 120
Nordmøre og Romsdal	813 204	105 429	0	0	14 634	2 371	638 056
Univesitetssykehuset i Nord-Norge	1 994 393	235 228	424 424	22 700	102 350	23 370	1 068 707
Nordlandssykehuset	827 582	101 125	0	0	8 486	0	667 409

7.3 Driftsutgifter DRG-virksomhet 2002

Driftskostnadene for DRG-virksomheten i 2002 er endret i forhold til det som ble presentert i SAMDATA for 2002. Det er fire grunner til at tall er endret:

- (i) Korrigeringer av regnskapstall etter at SAMDATA ble publisert. Dette gjelder både Ullevål og Haukeland sykehus.
- (ii) Tap ved avgang av anleggsmidler, kontonummer 78, var ikke fratrukket de totale driftsutgiftene i SAMDATA for 2002. Dette er nå gjennomført både i 2002 og i 2003 for å få sammenlignbarhet over tid. Dette gjelder alle referansesykehus, og beløpene varierer fra ca. 1 mill til 7,4 mill kroner.
- (iii) Inntekter fra lab og røntgen utenom RTV-refusjoner, tidligere fylkestakst, ble i regnskapene for 2002 ikke trukket ut fra driftskostnadene til DRG-virksomhet. På grunn av ulik praksis på sykehusene med hensyn til oppgjørsformer og regnskapsføring av inntekter knyttet til tjenester utført for andre sykehus mv, valgte vi i SAMDATA for 2002 ikke å korrigere for denne typen inntekter. Dette har vi nå valgt å reversere da det er svært få sykehus som oppgir denne type inntekt også for 2003. Det antas at slike inntekter kan ligge skjult på kontonummer 323,

²² Dette er de registrerte polikliniske inntektene fra RTV og egenandeler (ktonr 322-324).

²³ Polikliniske inntekter er ganget med 1,5.

laboratorieinntekter fra RTV, og av vi dermed behandler sykehusene ulikt når vi fjerner inntekten for de som oppgir den. Imidlertid er det ønskelig å få skilt det ut i kostnadsdataene.

- (iv) I SAMDATA for 2002 ble de polikliniske inntektene trukket fra driftsutgiftene til DRG-virksomhet, og det lå en forutsetning bak dette om at inntektene var kostnadsdekkende. Dette vet vi at ikke er tilfelle for de fleste sykehus. På bakgrunn av diskusjoner i referansegruppen for dette analyseprosjektet har vi i dette prosjektet tatt ut poliklinikk inntekter ganget med 1,5.

Tabell 7.3 Driftsutgifter DRG-virksomhet for 2002.

	Totale driftsutg	Polikl innt24	Universitets-tilskudd	Inntekter lab/rtg uten RTV	Andre inntekter	Ekstern virksomhet	Driftsutgifter DRG-virksomhet 25
Ullevål univ. sykehus	2 771 770	288 987	320 569	40 613	177	0	1 835 931
Sykehuset i Østfold	1 760 113	185 114	0	0	40 836	0	1 441 606
Rikshospitalet	2 795 615	168 399	594 743	0	90 619	0	1 857 654
Sykehuset i Telemark	916 849	108 876	0	0	55 073	7 705	690 756
Haukeland univ. sykehus	2 993 486	339 436	491 415	0	973	0	1 890 944
Sentralsykehuset i Rogaland	1 613 836	194 516	6 843	117	43 198	0	1 271 904
St.Olavs Hospital	2 687 161	321 348	408 057	38 575	150	17 473	1 608 884
Nordmøre og Romsdal	702 202	91 425	0	0	13 649	2 065	549 349
Univesitetssykehuset i Nord-Norge	1 854 152	224 115	399 706	0	70 511	26 112	1 021 650
Nordlandssykehuset	770 566	92 363	0	0	10 267	7 053	614 702

7.4 Aktivitetstall for 2003

Aktivitetstall for 2002 er utarbeidet på grunnlag av nye kostnadsvekter. Kostnadsvektene ble utarbeidet på data fra 2002, og er grunnlag for DRG-vekt i ISF-ordningen fra 2004. I tabell 5 presenteres det samlede antall opphold og antall korrigerede opphold.

Samlet antall opphold er det totale antall opphold inneliggende pasienter og pasienter på poliklinikkene som kan grupperes som et DRG-opphold (og således inngår i ISF-ordningen). Antall korrigerede opphold er en teoretisk størrelse som benyttes for å korrigere for forskjeller i pasientsammensetning mellom sykehusene. Indeks for pasientsammensetning er forholdet mellom antall korrigerede opphold og samlet antall opphold. Indeksen er et uttrykk for hvor ressurskrevende gjennomsnittspasienten ved sykehuset er.

²⁴ Dette er de registrerte polikliniske inntektene fra RTV og egenandeler (ktonr 322-324).

²⁵ Polikliniske inntekter er ganget med 1,5.

Tabell 7.4 Aktivitetstall for 2003.

	Samlet antall opphold	Antall korrigerede opphold	Indeks pasient-sammensetning
Ullevål univ. sykehus	73 787	79 424	1,08
Sykehuset i Østfold	57 395	56 582	0,99
Rikshospitalet	60 449	74 285	1,23
Sykehuset i Telemark	38 445	35 065	0,91
Haukeland univ. sykehus	80 666	83 660	1,04
Sentralsykehuset i Rogaland	59 819	57 661	0,96
St.Olavs Hospital	69 392	75 043	1,08
Nordmøre og Romsdal	25 153	24 942	0,99
Univesitetssykehuset i Nord-Norge	44 421	44 409	1,00
Nordlandssykehuset	24 928	24 348	0,98

7.5 Aktivitetstall for 2002

Aktivitetstallene for 2002 er utarbeidet på nytt med vektsett utarbeidet på data fra 2002 som grunnlag. Dette kan medføre endringer for det enkelte sykehus i forhold til hva som ble presentert i SAMDATA for 2002. Slike justeringer av vektsettet gjør vi i SAMDATA når nye og mer oppdaterte vektsett til DRG-systemet foreligger.

Tabell 7.5 Aktivitetstall for 2002.

	Samlet antall opphold	Antall korrigerede opphold	Indeks pasient-sammensetning
Ullevål univ. sykehus	66 885	73 515	1,10
Sykehuset i Østfold	55 965 ²⁶	55 697	1,00
Rikshospitalet	56 554	67 677	1,20
Sykehuset i Telemark	34 361	33 227	0,97
Haukeland univ. sykehus	77 548	79 998	1,03
Sentralsykehuset i Rogaland	55 022	52 271	0,95
St.Olavs Hospital	65 155	73 347	1,13
Nordmøre og Romsdal	24 265	24 464	1,01
Univesitetssykehuset i Nord-Norge	41 135	42 893	1,04
Nordlandssykehuset	22 998	23 165	1,01

²⁶ Det totale antall opphold i Østfold er høyere enn det som ble presentert i SAMDATA for 2002, og det skyldes at alle institusjonene teller som selvstendige enheter når det gjelder sykehusopphold.

7.6 Resultater av beregningene for 2003

Tabellen under viser driftsutgifter per korrigerede opphold i 2002 og 2003, den prosentvise endringen fra 2002 til 2003 og det relative kostnadsnivå i de to år. Relativt kostnadsnivå viser her kun det relative forholdet referansesykehusene i mellom, og er ikke sett i forhold til tall for hele landet.

Tabell 7.6 Driftsutgifter per korrigerede opphold og relativt kostnadsnivå for 2002 og 2003.

	Driftsutgifter pr korr opphold 2003	Driftsutgifter pr korr opphold 2002 ²⁷	%-vis endring 2002-2003	Relativt kostnadsnivå 2003	Relativt kostnadsnivå 2002
Ullevål univ. sykehus	25 011	26 347	-5,1	1,00	1,05
Sykehuset i Østfold	26 026	27 306	-4,7	1,04	1,08
Rikshospitalet	27 420	28 958	-5,3	1,09	1,15
Sykehuset i Telemark	22 765	21 932	3,8	0,91	0,87
Haukeland univ. sykehus	23 957	24 937	-3,9	0,95	0,99
Sentralsykehuset i Rogaland	24 867	25 671	-3,1	0,99	1,02
St.Olavs Hospital	24 468	23 142	5,7	0,97	0,92
Nordmøre og Romsdal	25 581	23 691	8,0	1,02	0,94
Univesitetssykehuset i Nord-Norge	24 065	25 128	-4,2	0,96	1,00
Nordlandssykehuset	27 412	27 995	-2,1	1,09	1,11
Totalt	25 103	25 627	-2,0	1,00	1,00

Tallene i denne tabellen kommenteres ikke, da det er grunnlagene som her skal ha fokus. Men det observeres noen store endringer fra 2002 til 2003, og også endringer i 2002-tall i forhold til det som ble presentert i SAMDATA for 2002. De endringer som er gjennomført på 2002-materialet, både kostnader og aktivitet, har selvfølgelig betydning i så måte.

²⁷ Prisjustert med 5,5 prosent.

8 Alternative kostnadsindikatorer, data for 2003

Vedleggstabellene viser totale driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindeksen slik den ble presentert i SAMDATA for 2003 (SAMDATA 1/04). Videre vises hvilke andre driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindeksen slik den er beregnet under forskjellige forutsetninger for alle sykehus/helseforetak, alfabetisk sortert. Vi har følgende andre beregninger:

KI_SAMDATA - driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator slik det ble presentert i SAMDATA for 2003 (SAMDATA 1/04)

KI_univ - driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator uten korrigerende for universitetstilskuddet (kontonr 331, 332 og 333)

KI_arb - driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator uten arbeidsgiveravgift (kontonr 540)

KI_pens - driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator uten pensjonsutgift (kontonr 541)

KI_gml - driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator der polikliniske utgifter er satt lik polikliniske inntekter

Tabell 8.1 Driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator under forskjellige forutsetninger om innholdet i kostnadene (del 1). Løpende priser.

	KI_SAMDATA		KI_univ		KI_arb	
Aker sykehus	29 311	1,17	31 734	1,17	25 911	1,16
Akershus Universitetssykehus	25 288	1,01	25 927	0,95	22 127	0,99
Bærum sykehus	25 039	1,00	25 039	0,92	22 107	0,99
Diakonhjemmets sykehus	27 512	1,10	27 512	1,01	27 512	1,23
Førde sentralsjukehus	28 703	1,14	28 916	1,07	25 947	1,16
Hammerfest sykehus	31 093	1,24	31 093	1,15	30 498	1,37
Haraldsplass Diagonale Sykehus AS	23 263	0,93	24 856	0,92	23 263	1,04
Harstad sykehus	25 782	1,03	25 782	0,95	24 276	1,09
Haugesund sjukehus	23 307	0,93	23 481	0,86	20 618	0,93
Haukeland sykehus	24 793	0,99	30 369	1,12	21 207	0,95
Helgelandssykehuset avd. Sandnessjøen	28 556	1,14	28 556	1,05	27 076	1,21
Helgelandssykehuset, avd. Rana	24 763	0,99	24 763	0,91	23 402	1,05
Helgelandssykehuset, avd. Vefsn	24 496	0,98	24 496	0,90	23 007	1,03

	KI_SAMDATA		KI_univ		KI_arb	
Helse Nord Trøndelag HF	26 924	1,07	26 924	0,99	24 478	1,10
Helse Nordmøre og Romsdal HF	24 861	0,99	24 861	0,92	21 688	0,97
Helse Sunnmøre HF	25 426	1,01	25 426	0,94	22 680	1,02
Kirkenes sykehus	35 197	1,40	35 197	1,30	34 544	1,55
Kongsberg sykehus	27 191	1,08	27 191	1,00	24 256	1,09
Kongsvinger sjukehus	23 304	0,93	23 304	0,86	20 363	0,91
Lofoten sykehus	24 541	0,98	24 541	0,90	23 113	1,04
Lovisenberg Diagonale sykehus	27 005	1,08	27 005	0,99	27 005	1,21
Lærdal sjukehus	26 946	1,07	26 950	0,99	24 109	1,08
Narvik sykehus	30 503	1,22	30 503	1,12	28 891	1,30
Nordfjord sjukehus	22 721	0,91	22 714	0,84	20 431	0,92
Nordlandssykehuset	27 155	1,08	27 155	1,00	25 648	1,15
Notodden sykehus	26 298	1,05	26 298	0,97	23 235	1,04
Odda sjukehus	25 039	1,00	25 039	0,92	22 770	1,02
Oppland sentralsykehus, avd. Gjøvik	23 513	0,94	23 513	0,87	20 873	0,94
Oppland sentralsykehus, avd. Lillehammer	25 665	1,02	25 665	0,95	22 763	1,02
Orkdal sanitetsforenings sjukehus	24 127	0,96	24 127	0,89	21 713	0,97
Rikshospitalet	27 420	1,09	35 497	1,31	23 869	1,07
Ringerike sykehus	26 604	1,06	26 604	0,98	23 753	1,07
Rjukan sykehus	27 174	1,08	27 174	1,00	24 882	1,12
Sentralsjukehuset i Hedmark	23 412	0,93	23 412	0,86	20 654	0,93
Sentralsjukehuset i Rogaland	24 946	0,99	24 951	0,92	22 130	0,99
Ski sykehus	22 643	0,90	22 643	0,83	19 948	0,90
St Olavs Hospital	24 320	0,97	30 050	1,11	20 749	0,93
Stensby sykehus	20 972	0,84	20 972	0,77	18 568	0,83
Stokmarknes sykehus	25 250	1,01	25 250	0,93	23 949	1,07
Stord sjukehus	25 806	1,03	25 806	0,95	22 838	1,02
Sykehuset Buskerud	21 829	0,87	21 829	0,80	19 169	0,86
Sykehuset i Vestfold	24 089	0,96	24 089	0,89	21 308	0,96
Sykehuset Telemark	22 765	0,91	22 765	0,84	19 957	0,90
Sykehuset Østfold	25 212	1,01	25 212	0,93	22 089	0,99
Sørlandet sykehus Arendal	23 661	0,94	23 661	0,87	20 850	0,94
Sørlandet sykehus Kristiansand	22 921	0,91	22 921	0,84	20 236	0,91
Sykehuset Innlandet Tynset	26 657	1,06	26 657	0,98	25 029	1,12
Ullevål sykehus	25 011	1,00	29 455	1,08	21 341	0,96

	KI_SAMDATA		KI_univ		KI_arb	
Universitetssykehuset i Nord-Norge	24 065	0,96	33 622	1,24	22 157	0,99
Voss sjukehus	19 775	0,79	20 820	0,77	17 932	0,80
Totalt	25 081	1,00	27 150	1,00	22 285	1,00

Tabell 8.2 Driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator under forskjellige forutsetninger om innholdet i kostnadene (del 2). Løpende priser.

	KI_SAMDATA		KI_pens		KI_gml	
Aker sykehus	29 311	1,17	26 832	1,16	31 179	1,16
Akershus Universitetssykehus	25 288	1,01	23 319	1,01	26 885	1,00
Bærum sykehus	25 039	1,00	23 251	1,01	26 522	0,99
Diakonhjemmets sykehus	27 512	1,10	27 512	1,19	28 729	1,07
Førde sentralsykehus	28 703	1,14	26 737	1,16	30 392	1,13
Hammerfest sykehus	31 093	1,24	28 730	1,24	32 794	1,22
Haraldsplass Diagonale Sykehus AS	23 263	0,93	23 263	1,01	24 064	0,90
Harstad sykehus	25 782	1,03	23 725	1,03	27 435	1,02
Haugesund sjukehus	23 307	0,93	21 769	0,94	24 912	0,93
Haukeland sykehus	24 793	0,99	22 150	0,96	26 964	1,00
Helgelandssykehuset avd. Sandnessjøen	28 556	1,14	26 626	1,15	29 786	1,11
Helgelandssykehuset, avd. Rana	24 763	0,99	23 037	1,00	26 559	0,99
Helgelandssykehuset, avd. Vefsn	24 496	0,98	22 798	0,99	26 182	0,98
Helse Nord Trøndelag HF	26 924	1,07	24 266	1,05	28 642	1,07
Helse Nordmøre og Romsdal HF	24 861	0,99	23 053	1,00	26 986	1,01
Helse Sunnmøre HF	25 426	1,01	23 011	1,00	27 197	1,01
Kirkenes sykehus	35 197	1,40	32 639	1,41	36 866	1,37
Kongsberg sykehus	27 191	1,08	25 420	1,10	28 310	1,05
Kongsvinger sjukehus	23 304	0,93	21 575	0,93	24 772	0,92
Lofoten sykehus	24 541	0,98	22 589	0,98	26 003	0,97
Lovisenberg Diagonale sykehus	27 005	1,08	27 005	1,17	27 866	1,04
Lærdal sjukehus	26 946	1,07	25 424	1,10	28 273	1,05
Narvik sykehus	30 503	1,22	28 442	1,23	32 042	1,19
Nordfjord sjukehus	22 721	0,91	21 360	0,92	24 053	0,90
Nordlandssykehuset	27 155	1,08	24 757	1,07	29 232	1,09
Notodden sykehus	26 298	1,05	24 299	1,05	27 742	1,03
Odda sjukehus	25 039	1,00	23 307	1,01	26 002	0,97

	KI_SAMDATA		KI_pens		KI_gml	
Oppland sentralsykehus, avd. Gjøvik	23 513	0,94	22 086	0,96	25 165	0,94
Oppland sentralsykehus, avd. Lillehammer	25 665	1,02	24 032	1,04	27 270	1,02
Orkdal sanitetsforenings sjukehus	24 127	0,96	22 314	0,97	25 216	0,94
Rikshospitalet	27 420	1,09	25 535	1,11	28 952	1,08
Ringerike sykehus	26 604	1,06	25 593	1,11	28 012	1,04
Rjukan sykehus	27 174	1,08	25 265	1,09	28 204	1,05
Sentralsjukehuset i Hedmark	23 412	0,93	21 531	0,93	25 120	0,94
Sentralsjukehuset i Rogaland	24 946	0,99	22 831	0,99	26 761	1,00
Ski sykehus	22 643	0,90	19 964	0,86	25 032	0,93
St Olavs Hospital	24 320	0,97	21 799	0,94	26 709	0,99
Stensby sykehus	20 972	0,84	19 512	0,84	21 808	0,81
Stokmarknes sykehus	25 250	1,01	23 603	1,02	26 267	0,98
Stord sjukehus	25 806	1,03	24 207	1,05	26 737	1,00
Sykehuset Buskerud	21 829	0,87	19 945	0,86	23 449	0,87
Sykehuset i Vestfold	24 089	0,96	22 338	0,97	25 621	0,95
Sykehuset Telemark	22 765	0,91	20 446	0,89	24 502	0,91
Sykehuset Østfold	25 212	1,01	23 484	1,02	26 988	1,01
Sørlandet sykehus Arendal	23 661	0,94	21 481	0,93	25 193	0,94
Sørlandet sykehus Kristiansand	22 921	0,91	21 096	0,91	24 577	0,92
Sykehuset Innlandet Tynset	26 657	1,06	24 664	1,07	27 648	1,03
Ullevål sykehus	25 011	1,00	22 798	0,99	27 102	1,01
Universitetssykehuset i Nord-Norge	24 065	0,96	22 011	0,95	26 713	1,00
Voss sjukehus	19 775	0,79	18 507	0,80	20 396	0,76
Totalt	25 081	1,00	23 095	1,00	26 846	1,00

9 Alternative kostnadsindikatorer, data for 2002

Vedleggstabellene viser totale driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindeksen på data for 2002. Korrigeringer av tallmaterialet etter publisering av SAMDATA 2/03 er lagt inn. Videre vises hvilke andre driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindeksen slik den er beregnet under forskjellige forutsetninger for alle sykehus/helseforetak, alfabetisk sortert. Vi har følgende andre beregninger:

KI_univ - driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator uten korrigering for universitetstilskuddet (kontonr 331, 332 og 333)

KI_arb - driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator uten arbeidsgiveravgift (kontonr 540)

KI_pens - driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator uten pensjonsutgift (kontonr 541)

KI_pol - driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator der det ikke er korrigert for polikliniske inntekter i det hele tatt (dvs at disse alle utgifter til poliklinikk inngår i driftsutgiftene til DRG-virksomhet)

KI_polx2 - driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator der polikliniske inntekter er ganget med 2.

KI_pol75 - driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator der polikliniske inntekter er ganget med 1,5. Det er dette som er benyttet i SAMDATA for 2003 (SAMDATA 1/04).

KI_pol75+KI_pens - driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator der polikliniske inntekter er ganget med 1,5 og eksklusiv pensjonsutgift.

Tabell 9.1 Driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator under forskjellige forutsetninger om innholdet i kostnadene (del 1). Løpende priser.

Institusjonsnavn	KI_SAMDATA ¹⁾	KI_univ	KI_arb	KI_pens				
Aker universitetsssh	29346	1,12	31798	1,12	26182	1,11	26590	1,09
Akershus universitetsssh	28772	1,10	29356	1,04	25393	1,08	26547	1,09
Aust-Agder sjukehus	25644	0,98	25644	0,90	22856	0,97	23448	0,96
Bærum sykehus	26319	1,00	26319	0,93	23352	0,99	24486	1,01
Diakonhjemmets sykehus	26697	1,02	26903	0,95	26697	1,14	26697	1,10
Diakonissehjemmets sykehus	22425	0,86	23953	0,84	22425	0,95	22425	0,92
Førde sjukehus	29828	1,14	30030	1,06	27197	1,16	27999	1,15
Hammerfest sykehus	32446	1,24	32446	1,14	31981	1,36	30818	1,27
Harstad sykehus	29182	1,11	29182	1,03	27755	1,18	26925	1,11
Haugesund sjukehus	23811	0,91	24001	0,85	21196	0,90	22102	0,91

Institusjonsnavn	KI_SAMDATA ¹⁾		KI_univ		KI_arb		KI_pens	
Haukeland sykehus	25417	0,97	31471	1,11	21845	0,93	23312	0,96
Kirkenes sykehus	34508	1,32	34508	1,22	33951	1,44	32549	1,34
Kongsberg sykehus	24532	0,94	24532	0,87	21900	0,93	23126	0,95
Kongsvinger sjukehus	23121	0,88	23121	0,82	20790	0,88	21310	0,88
Kristiansund sjukehus	23034	0,88	23034	0,81	20389	0,87	21524	0,89
Lister sykehus	24739	0,94	24739	0,87	22188	0,94	22609	0,93
Lofoten sykehus	24145	0,92	24145	0,85	23036	0,98	22365	0,92
Lovisenberg diak. sh	26148	1,00	26159	0,92	26148	1,11	26148	1,08
Lærdal sjukehus	24930	0,95	24930	0,88	22499	0,96	23580	0,97
Molde sjukehus	24635	0,94	24635	0,87	21663	0,92	22896	0,94
Narvik sykehus	29258	1,12	29258	1,03	27974	1,19	27305	1,12
Nordfjord sjukehus	23097	0,88	23097	0,81	20695	0,88	21811	0,90
Nordland sentralsykehus	28961	1,10	28961	1,02	27657	1,18	26964	1,11
Notodden sykehus	26449	1,01	26449	0,93	23351	0,99	24677	1,02
Odda sjukehus	26612	1,02	26612	0,94	24469	1,04	24426	1,00
Oppland SSH Gjøvik	23774	0,91	23774	0,84	21224	0,90	22257	0,92
Oppland SSH Lillehammer	26407	1,01	26407	0,93	23419	1,00	24648	1,01
Orkdal san for sjukehus	23304	0,89	23304	0,82	20696	0,88	21990	0,90
Rana sykehus	23067	0,88	23067	0,81	21795	0,93	21331	0,88
Rikshospitalet	28686	1,09	37449	1,32	25246	1,07	26996	1,11
Ringerike sykehus	22924	0,87	22924	0,81	20629	0,88	21984	0,90
Rjukan sykehus	23881	0,91	23881	0,84	21905	0,93	22442	0,92
Sandnessjøen sykehus	24819	0,95	24819	0,88	23727	1,01	22895	0,94
Ski sykehus	25576	0,98	25576	0,90	22835	0,97	23507	0,97
Ssh i Hedmark	24261	0,93	24261	0,86	21620	0,92	22348	0,92
Ssh i Rogaland	26599	1,01	26732	0,94	23446	1,00	24750	1,02
St. Olavs hospital	24360	0,93	29835	1,05	21187	0,90	21900	0,90
Stensby sykehus	23894	0,91	23894	0,84	21386	0,91	21763	0,90
Stokmarknes sykehus	25664	0,98	25664	0,91	24881	1,06	23898	0,98
Stord sjukehus	23478	0,90	23478	0,83	20862	0,89	21903	0,90
Sykehuset Buskerud	24940	0,95	24940	0,88	22184	0,94	23573	0,97
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	26145	1,00	26145	0,92	23292	0,99	24225	1,00
Sykehuset Levanger	29700	1,13	29700	1,05	26480	1,13	27679	1,14
Sykehuset Namsos	25999	0,99	25999	0,92	24757	1,05	24123	0,99
Sykehuset Telemark	22242	0,85	22242	0,78	19677	0,84	20067	0,83
Sykehuset Østfold, Fr.stad	28938	1,10	28938	1,02	25784	1,10	26891	1,11

Institusjonsnavn	KI_SAMDATA ¹⁾		KI_univ		KI_arb		KI_pens	
Tynset sjukehus	24753	0,94	24753	0,87	23229	0,99	23109	0,95
Ullevål universitetsssh	28943	1,10	33520	1,18	25326	1,08	26426	1,09
Universitetsssh i Nord-Norge	25931	0,99	35014	1,23	24403	1,04	23672	0,97
Vefsn sykehus	23150	0,88	23150	0,82	22069	0,94	21349	0,88
Vest-Agder sykehus	23034	0,88	23034	0,81	20624	0,88	21148	0,87
Voss sjukehus	17907	0,68	17907	0,63	16421	0,70	16992	0,70
Ålesund sjukehus	27769	1,06	27769	0,98	24561	1,04	26069	1,07
Sum for landet	26214	1,00	28355	1,00	23506	1,00	24305	1,00

1) Driftsutgifter DRG-virksomhet er for noen sykehus korrigert etter publisering. Det er de korrigerede tallene som framkommer her, og derfor avvik i forhold til hva som er presentert i SAMDATA for 2002 (SAMDATA Sykehus 2/03).

Tabell 9.2 Driftsutgifter per korrigerede opphold og kostnadsindikator under forskjellige forutsetninger om innholdet i kostnadene (del 2). Løpende priser.

Institusjonsnavn	KI_pol		KI_polx2		KI_pol75		KI_pol75 + KI_pens	
Aker universitetsssh	32661	1,10	26031	1,14	27689	1,13	24933	1,10
Akershus universitetsssh	32230	1,09	25315	1,11	27044	1,10	24818	1,10
Aust-Agder sjukehus	28695	0,97	22594	0,99	24119	0,98	21923	0,97
Bærum sykehus	29155	0,98	23484	1,03	24902	1,02	23069	1,02
Diakonhjemmets sykehus	29123	0,98	24271	1,06	25484	1,04	25484	1,13
Diakonissehjemmets sykehus	23905	0,81	20944	0,92	21684	0,88	21684	0,96
Førde sjukehus	33005	1,11	26650	1,17	28239	1,15	26411	1,17
Hammerfest sykehus	35910	1,21	28982	1,27	30714	1,25	29086	1,29
Harstad sykehus	32430	1,10	25934	1,14	27558	1,12	25301	1,12
Haugesund sjukehus	27071	0,91	20551	0,90	22181	0,90	20472	0,91
Haukeland sykehus	29599	1,00	21235	0,93	23326	0,95	21221	0,94
Kirkenes sykehus	37850	1,28	31165	1,37	32836	1,34	30878	1,37
Kongsberg sykehus	26588	0,90	22477	0,98	23505	0,96	22098	0,98
Kongsvinger sjukehus	25609	0,87	20633	0,90	21877	0,89	20065	0,89
Kristiansund sjukehus	25924	0,88	20145	0,88	21590	0,88	20079	0,89
Lister sykehus	26955	0,91	22523	0,99	23631	0,96	21501	0,95
Lofoten sykehus	26876	0,91	21414	0,94	22779	0,93	21000	0,93
Lovisenberg diak. sh	27826	0,94	24469	1,07	25308	1,03	25308	1,12
Lærdal sjukehus	27337	0,92	22523	0,99	23726	0,97	22377	0,99
Molde sjukehus	28868	0,98	20402	0,89	22519	0,92	20779	0,92
Narvik sykehus	32052	1,08	26463	1,16	27861	1,14	25908	1,15

Institusjonsnavn	KI_pol		KI_polx2		KI_pol75		KI_pol75 + KI_pens	
Nordfjord sjukehus	25653	0,87	20542	0,90	21820	0,89	20533	0,91
Nordland sentralsykehus	33000	1,11	24921	1,09	26941	1,10	24944	1,10
Notodden sykehus	29322	0,99	23576	1,03	25012	1,02	23240	1,03
Odda sjukehus	28354	0,96	24871	1,09	25741	1,05	23555	1,04
Oppland SSH Gjøvik	26541	0,90	21007	0,92	22390	0,91	20874	0,92
Oppland SSH Lillehammer	29789	1,01	23025	1,01	24716	1,01	22957	1,02
Orkdal san for sjukehus	25508	0,86	21101	0,92	22202	0,91	20888	0,92
Rana sykehus	26751	0,90	19382	0,85	21225	0,87	19489	0,86
Rikshospitalet	31167	1,05	26204	1,15	27445	1,12	25755	1,14
Ringerike sykehus	25263	0,85	20584	0,90	21754	0,89	20815	0,92
Rjukan sykehus	25846	0,87	21916	0,96	22899	0,93	21459	0,95
Sandnessjøen sykehus	27093	0,92	22546	0,99	23683	0,97	21758	0,96
Ski sykehus	30246	1,02	20906	0,92	23241	0,95	21172	0,94
Ssh i Hedmark	27510	0,93	21011	0,92	22636	0,92	20723	0,92
Ssh i Rogaland	30375	1,03	22824	1,00	24712	1,01	22862	1,01
St. Olavs hospital	28671	0,97	20048	0,88	22204	0,91	19744	0,87
Stensby sykehus	25977	0,88	21812	0,96	22853	0,93	20722	0,92
Stokmarknes sykehus	27803	0,94	23525	1,03	24594	1,00	22828	1,01
Stord sjukehus	25254	0,85	21703	0,95	22591	0,92	21015	0,93
Sykehuset Buskerud	28102	0,95	21777	0,95	23358	0,95	21992	0,97
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	29420	0,99	22869	1,00	24507	1,00	22587	1,00
Sykehuset Levanger	33042	1,12	26358	1,15	28029	1,14	26008	1,15
Sykehuset Namsos	29158	0,99	22840	1,00	24419	1,00	22543	1,00
Sykehuset Telemark	25487	0,86	18997	0,83	20620	0,84	18444	0,82
Sykehuset Østfold, Fr.stad	32426	1,10	25451	1,11	27195	1,11	25147	1,11
Tynset sjukehus	26833	0,91	22673	0,99	23713	0,97	22069	0,98
Ullevål universitetsssh	33069	1,12	24817	1,09	26880	1,10	24363	1,08
Universitetsssh i Nord-Norge	31024	1,05	20838	0,91	23384	0,95	21125	0,93
Vefsn sykehus	26538	0,90	19763	0,87	21456	0,88	19656	0,87
Vest-Agder sykehus	26571	0,90	19497	0,85	21265	0,87	19379	0,86
Voss sjukehus	19067	0,64	16747	0,73	17327	0,71	16412	0,73
Ålesund sjukehus	31034	1,05	24504	1,07	26137	1,07	24437	1,08
Sum for landet	29602	1,00	22826	1,00	24520	1,00	22611	1,00

