

Anne Mundal

## Sykehuslegene: Går produktiviteten ned?

*Antall korrigerte sykehusopphold per legeårsverk er redusert med om lag 16 prosent i perioden 1992 til 1998. Også i forhold til poliklinisk virksomhet er det redusert aktivitet per legeårsverk. Ved region- og sentralsykehusene har det vært sterk økning i legeårsverk på 1990-tallet. Samtidig har det skjedd en endring i forholdet mellom antall leger og pleiere fordi det har vært sterk vekst i legeårsverk, mot en reduksjon i antall hjelpepleierårsverk. Pleiere (sykepleiere og hjelpepleiere) per legeårsverk er redusert fra 5,8 til 4,9 i perioden 1990 til 2000.*

Antall legeårsverk ved somatiske sykehus økte med om lag 55 prosent i perioden 1990 til 2000. Den sterke veksten har ført til flere legeårsverk ved alle typer sykehus. Antall årsverk ved sentral- og region-sykehusene økte med henholdsvis 74 og 70 prosent. Både regionsykehusene og sentralsykehusene har fått nesten 1 050 flere legeårsverk i denne perioden. En del av økningen ved de store sykehusene skyldes at lokalsykehus, spesialsykehus og andre mindre helseinstitusjoner har blitt innlemmet i disse sykehusene. De fem regionsykehusene har 36 prosent av legeårsverkene, mens sentralsykehusene<sup>1</sup> har 35 prosent. Til tross for at antall lokalsykehus har blitt redusert fra 53 til 41 i perioden 1990 til 2000, økte antall legeårsverk med om lag 280. For spesialsykehusene var det også vekst i legeårsverk, selv om det også for denne gruppen har blitt færre sykehus.

**Tabell 1. Antall årsverk for leger, etter sykehustype. 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
<b>I alt .....</b>	<b>4 576</b>	<b>5 402</b>	<b>7 073</b>
Regionsykehus .....	1 502	1 876	2 547
Sentralsykehus .....	1 419	1 793	2 465
Lokalsykehus .....	1 417	1 459	1 698
Spesialsykehus .....	232	235	312
Private sykehus <sup>1</sup> ...	6	38	51

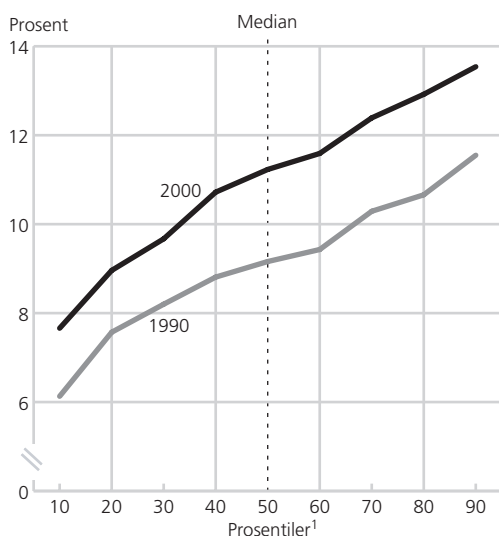
<sup>1</sup> For 1990 er ett privat sykehus inkludert i statistikkgrunnlaget. Fra og med 1995 er alle private sykehus inkludert. Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

### Årsverk

Årsverksinnsatsen er beregnet ved en punkt-observasjon av antall heltidsstillinger og deltidstillinger (omregnet til heltidsstillinger) ved utgangen av kalenderåret. Tallene fanger ikke opp svingninger i løpet av året, omfanget av overtid og mertid (arbeidet tid utover avtalt arbeidstid).

<sup>1</sup> Inklusive Aker sykehus.

**Figur 1. Variasjon i andelen legeårsverk av totalt antall årsverk. 1990 og 2000. Prosent**



<sup>1</sup> Sykehusene er rangert etter andel legeårsverk av totalt antall årsverk, fra laveste til høyeste verdi.

Kilde: Statistikk for spesialisthelsetjenesten 1990 og 2000, Statistisk sentralbyrå.

Veksten i legeårsverk har medført at andelen legeårsverk av totalt antall årsverk har økt fra 9,9 prosent i 1990 til 12,1 prosent i 2000, jf. tabell 2. Figur 1 viser variasjon mellom sykehusene i antall legeårsverk i forhold til totalt antall årsverk for årene 1990 og 2000.

Andelen legeårsverk har også økt i forhold til annet helsepersonell. For eksempel var det 5,8 sykepleier- og hjelpepleierårsverk per legeårsverk i 1990 mot 4,9 i 2000, en reduksjon på 16 prosent. Økningen i legeårsverk i forhold til andre personellgrupper, både i forhold til pleiere, helsepersonell og personell for hele sykehuset, har vært størst ved sentralsykehusene og spesialsykehusene. Spesialsykehusene er imidlertid små i forhold til de andre sykehustypene, kun 4 prosent av legene arbeider her. Andelen leger er

**Tabell 2. Andel årsverk for leger i prosent av totalt antall årsverk ved somatiske sykehus<sup>1</sup>. 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
<b>I alt .....</b>	<b>9,9</b>	<b>10,8</b>	<b>12,1</b>
Regionsykehus ...	11,1	11,6	12,8
Sentralsykehus ...	9,9	10,8	12,4
Lokalsykehus .....	9,3	10,1	11,0
Spesialsykehus ...	7,1	8,5	10,8

<sup>1</sup> Private sykehus er ikke inkludert.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

imidlertid størst ved regionsykehusene. Ved utgangen av 2000 var 21 prosent av helsepersonellet ved regionsykehusene leger, mens andelen ved sentralsykehusene og lokalsykehusene var henholdsvis 18,9 og 16,4 prosent. Den høye legeandelen ved regionsykehusene har nok sammenheng med at regionsykehusene skal stå for innføring av nye behandlingsmetoder, behandle de medisinsk mest ressurskrevende pasienter, utdanne nye leger og drive forskning. Private sykehus er utelatt i denne sammenligningen fordi flere av disse sykehusene fungerer mer som poliklinikker og dagenheter enn andre sykehus.

### Behandlingsaktivitet ved sykehusene

Med så sterk økning i legeårsverk knyttet til somatiske sykehus på 1990-tallet blir det nærliggende å se på hva en har fått igjen for denne veksten i personellressurser. Egentlig burde en målt pasientenes helseforbedring i forhold til ressursinnsats. I og med at dette er svært krevende å måle, beregner en produksjonen ved sykehus i form av antall helsetjenester produsert. Ved somatiske sykehus er det ofte vanlig å beskrive aktiviteten i form av sykehusopphold for inneliggende pasienter, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Men denne måten å måle

**Tabell 3. Andel årsverk for leger i prosent av helsepersonell<sup>1</sup> ved somatiske sykehus<sup>2</sup>. 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
<b>I alt .....</b>	<b>15,0</b>	<b>15,9</b>	<b>18,9</b>
Regionsykehus ..	17,7	17,9	21,0
Sentralsykehus ..	14,7	15,5	18,9
Lokalsykehus .....	13,8	14,6	16,4
Spesialsykehus ..	11,5	13,5	18,0

<sup>1</sup> Omfatter leger, sykepleiere, jordmødre, hjelpepleiere, fysioterapeuter, bioingeniører, radiografer, ergoterapeuter.

<sup>2</sup> Private sykehus er ikke inkludert.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

produksjonen på er imidlertid heller ikke uproblematisk. I perioden 1990 til 2000 økte antall heldøgnsopphold med 13 prosent, mens polikliniske konsultasjoner inklusiv dagbehandling<sup>2</sup> økte med 41 prosent. Å finne et "riktig" mål for samlet aktivitetsvekst kan være vanskelig fordi det er store forskjeller i ressursbruk mellom f.eks. en enkel poliklinisk kontroll og et lenger sykehusopphold som omfatter kompliserte medisinske inngrep. Også for inneliggende pasienter og polikliniske pasienter er det stor innbyrdes variasjon i ressursbruk. For inneliggende pasienter er dette problemet løst ved DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper) som veker pasienter i medisinsk konsistente og kostnadshomogene grupper. Fra 1999 er også dagpasienter inkludert i DRG-systemet, mens poliklinisk virksomhet ennå gjenstår.

En måte å lage et samlet aktivitetstall på, er å vekte sammen inneliggende og poliklinisk behandling basert på deres relative kostnadsandeler. Dessverre mangler mulighetene for å kunne skille ut kostnadene knyttet til poliklinisk virksomhet fordi de fleste sykehusene per i dag ikke

**Tabell 4. Antall pleiere<sup>1</sup> per legeårsverk ved somatiske sykehus<sup>2</sup>. 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
<b>I alt .....</b>	<b>5,8</b>	<b>5,5</b>	<b>4,9</b>
Regionsykehus ..	4,9	4,8	4,4
Sentralsykehus ..	6,0	5,6	5,0
Lokalsykehus .....	6,5	6,0	5,6
Spesialsykehus ..	7,2	5,9	4,8

<sup>1</sup> Sykepleiere og hjelpepleiere.

<sup>2</sup> Private sykehus er ikke inkludert.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

har gode nok regnskapssystemer til dette. I mangel på kostnader har man derfor ofte benyttet polikliniske inntekter (refusjon fra Rikstrygdeverket og egenbetaling) som et anslag på kostnadene ved poliklinisk behandling. I 1998 var sykehusenes inntekter for poliklinisk behandling<sup>2</sup> vel 3,2 milliarder kroner, mens brutto driftsutgifter var i overkant av 28,6 milliarder kroner. Etter denne beregningsmetoden utgjorde poliklinisk virksomhet om lag 11,3 prosent av brutto driftsutgifter ved sykehusene. Fra og med 1999 kommer dagbehandlingen inn under Innsatsstyrt finansiering på samme måte som heldøgnsoppholdene.

Intensjonen med avtalebaserte refusjoner for polikliniske pasienter var å stimulere til økt poliklinisk behandling og på denne måten bidra til bedre ressursutnyttelse. Som nevnt, ligger det ikke kostnadsberegninger til grunn for beregning av polikliniske inntekter. En analyse av kostnadene til poliklinisk virksomhet og dagkirurgi ved sykehusene i Akershus i 1995 viste at denne virksomheten utgjorde 26 prosent av de samlede kostnadene ved sykehuset. Refusjon fra Rikstrygdeverket og egenbetaling utgjorde dermed 51 prosent av

<sup>2</sup> Omfatter dagbehandling som inngår i takster for legehjelp som utføres poliklinisk. Behandling av dialysepasienter er ikke inkludert.

kostnadene knyttet til denne virksomheten.

Siden det er svakheter ved å anta at polikliniske kostnader tilsvarer polikliniske inntekter, og dermed beregne et samlet aktivitetsmål i sykehusene, har vi i fortsettelsen valgt å se på inneliggende behandling og poliklinisk virksomhet hver for seg.

### Færre sykehusopphold per legeårsverk

I perioden 1990 til 2000 er antall sykehusopphold per legeårsverk redusert fra om lag 136 til 98, en reduksjon på nesten 28 prosent. Reduksjonen har vært størst ved regionsykehusene etterfulgt av sentralsykehusene med en nedgang på henholdsvis 33 og 27 prosent.

Reduksjonen i sykehusopphold per årsverk er lavest for lokalsykehusene. Det har imidlertid blitt langt færre lokalsykehus i perioden vi ser på, og flere av disse sykehusene har endret funksjon. Lokalsykehus som tidligere har hatt akuttberedskap, har endret driften til kun planlagte innleggelser. Det er en driftsform som er mindre kostnadskrevenne enn om man også har akuttberedskap. Tallene for lokalsykehusene er derfor vanskeligere å tolke.

**Tabell 5. Antall sykehusopphold<sup>1</sup> per legeårsverk. 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
<b>I alt.....</b>	<b>136</b>	<b>119</b>	<b>98</b>
Regionsykehus .....	102	88	68
Sentralsykehus .....	146	131	107
Lokalsykehus .....	166	147	131
Spesialsykehus .....	111	95	82

<sup>1</sup> Sykehusoppholdene gjelder innlagte pasienter.

Kilde: Pasientstatistikk og spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

### DRG-korrigerede heldøgnsopphold

Noe av reduksjonen i sykehusopphold per legeårsverk kan skyldes at pasienter som tidligere ble innlagt, nå behandles som dagpasienter eller polikliniske pasienter. Når enklere inngrep overføres til dagbehandling eller poliklinisk behandling, betyr det at inneliggende pasienter har mer kompliserte sykdomsforløp enn tidligere og er følgelig mer ressurskrevende å behandle. Den medisinske utvikling medfører også til at grensene for behandling stadig flyttes til å omfatte mer kompliserte inngrep. Som tidligere nevnt, er det utviklet et system for ta hensyn til pasienttyngde, Diagnose Relaterte Grupper (DRG). Dette er den mest differensierte metoden for å knytte kostnader til pasienter i våre sykehus. Systemet er et medisinsk klassifikasjonssystem utviklet i USA og til en viss grad tilpasset norske forhold. I det norske systemet deles pasientene inn i 495 diagnosegrupper (per 1997). Gruppene skal være klinisk meningsfulle og ressursmessig homogene. Inndelingen bygger på utskivningsdiagnose, operasjonskoder, bidiagnoser, alder og kjønn. DRG-systemet bygger på indirekte målekriterier for ressursbruk per pasientinnleggelse. Beregningene gjøres ved at de pasientadministrative data behandles elektronisk i et grupperingsprogram som henfører pasientene til den riktige diagnosegruppen. Deretter knytter man kostnadsberegninger til den enkelte pasientgruppen. Fra 1997 ble finansieringen av inneliggende pasienter i somatiske sykehus endret i retning av en delvis rammefinansiering og delvis stykkprisfinansiering, hvor DRG-systemet er grunnlag for stykkprisfinansieringen. (Se for øvrig artikkelen "Flere behandlede pasienter i somatiske sykehus".)

Til analysen av behandlingsaktivitet for inneliggende pasienter i forhold til antall

**Tabell 6. Antall DRG-korrigerede sykehusopphold for inneliggende pasienter per legeårsverk, etter sykehustype. 1992 og 1998**

	1992	1998	Prosentvis endring fra 1992 til 1998
<b>I alt .....</b>	<b>141</b>	<b>118</b>	<b>-16</b>
Regionsykehus .....	121	96	-21
Sentralsykehus .....	144	126	-13
Lokalsykehus .....	167	146	-13

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Sintef Unimed NIS Samdata, Statistisk sentralbyrå.

legeårsverk har vi her tatt utgangspunkt i perioden 1992 til 1998. Dette er gjort av hensyn til kvalitet og omfang av sykehus som har levert pasientdata, og fordi dagopphold først er inkludert i DRG-tallene etter 1998. For å sikre sammenlignbarhet i datamaterialet gjøres analysen kun for de sykehusene som er inkludert i datagrunnlaget både i 1992 og 1998<sup>3</sup>. Av hensyn til bedre sammenlignbarhet mellom sykehustyper er sykehus som ikke har akuttberedskap, tatt ut. Tallene over korrigerede sykehusopphold er beregnet på grunnlag av 47 sykehus.

Også når vi korrigerer sykehusopphold for inneliggende pasienter etter pasienttyngde, er det nedgang i heldøgnsopphold per legeårsverk. Reduksjonen er størst ved regionsykehusene med en nedgang på 21 prosent. Både for sentralsykehusene og lokalsykehusene er reduksjonen i heldøgnsopphold per legeårsverk 13 prosent. Det er naturlig at det er en viss forskjell i aktivitet per legeårsverk mellom sykehustypene. De store sykehusene skal ha beredskap over et bredt

**Tabell 7. Antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger<sup>1</sup> per legeårsverk. 1990, 1995 og 2000**

	1990	1995	2000
<b>I alt .....</b>	<b>558</b>	<b>558</b>	<b>503</b>
Regionsykehus .....	474	484	463
Sentralsykehus .....	546	600	513
Lokalsykehus .....	698	651	599
Spesialsykehus .....	314	236	215

<sup>1</sup> Omfatter dagbehandling som inngår i polikliniske takster for legehjelp.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

spekter av medisinske spesialiteter. Dette gjelder i større grad for regionsykehusene enn for sentralsykehusene. Som tidligere nevnt, har også regionsykehusene større oppgaver i forbindelse med utdanning av leger, forskning og innføring av nye behandlingsmetoder.

Også når det gjelder polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger<sup>4</sup> er det reduksjon i aktivitet per legeårsverk (10 prosent), men nedgangen er mindre enn for behandling av inneliggende pasienter. Nedgangen var størst for spesial- og lokalsykehusene og minst ved regionsykehusene. Det er imidlertid ikke korrigeret for pasienttyngde her. Det er sannsynlig at pasienttyngden for dagbehandlinger og polikliniske behandlinger har økt i og med at pasienter som tidligere ble innlagt, i økende grad blir behandlet som dagpasienter.

Mål på aktivitet per beregnet legeårsverk er i dette kapitlet en partiell analyse, hvor det er forutsatt at andre innsatsfaktorer kan velges fritt. Sykehusene bruker

<sup>3</sup> Hamar og Florø sykehus inngår i sentralsykehusene i Hedmark og Sogn og Fjordane i 1998, men var tidligere selvstendige lokalsykehus. Disse sykehusene er her lagt til sentralsykehusene også i 1992.

<sup>4</sup> Omfatter dagbehandling som inngår i takster for legehjelp som utføres poliklinisk. Dialyse er ikke inkludert.

imidlertid flere innsatsfaktorer enn leger i pasientbehandlingen. Både andre personellgrupper som sykepleiere, hjelpepleiere, bioingeniører, radiografer osv. og ulike typer utstyr, er innsatsfaktorer som i de fleste tilfeller er nødvendig i behandlingen av pasienter. Lav aktivitet per legeårsverk kan skyldes lav aktivitet hos andre typer arbeidskraft.

### **Mer tid til indirekte pasientarbeid?**

I analysene som er gjort over, har vi tatt utgangspunkt i direkte pasientarbeid per beregnede årsverk. I tillegg til direkte pasientarbeid som diagnostisering, behandling, operativ virksomhet osv., bruker legen tid på indirekte pasientarbeid som journalføring, møter, beredskapsvakt, kontakt med primærhelsetjenesten osv. Videre bruker legen tid på administrativt arbeid, kompetanseoppbygging, forskning og undervisning. Vi har imidlertid ikke data som gjør det mulig å analysere legenes aktivitet på indirekte pasientarbeid. En nedgang i behandlingsaktivitet per legeårsverk kan skyldes at legene i løpet av 1990-tallet har hatt en dreining i retning av å bruke mer av arbeidstiden til andre oppgaver enn direkte pasientarbeid. Mye tyder også på at kravet til dokumentasjon, pasientinformasjon og kontakt med andre offentlige instanser har økt i perioden vi ser på.

Der er også mulig at legene bruker mer tid på administrasjon enn før. Tidligere opererte legene mer selvstendig i sin profesjonsutøvelse, mens det nå er mange leger samlet i store sykehus i et hierarkisk system. Denne utviklingen har tiltatt på 1990-tallet hvor en har fått færre sykehus og flere leger.

Årsverksinnsatsen er beregnet ved en punktobservasjon av antall heltidsstillinger og deltidstillinger omregnet til hel-

tidsstillinger. Tallene fanger ikke opp svingninger i løpet av året, omfanget av overtid og mertid. I denne sammenhengen representerer ikke dette et problem dersom det ikke har skjedd endringer over tid i sykehusene.

Rønningen og Magnussen (2001) har undersøkt utviklingen i legeproduktiviteten ved 47 sykehus i perioden 1992-1998 og fant fallende utvikling i legeproduktiviteten ved flertallet av sykehusene.

Sykehus med sterkest vekst i antall legeårsverk har hatt svakest produktivitetstilvekling. Tre ulike modeller ble benyttet i analysen. Disse gir et fall i produktivitet på mellom 8 og 17 prosent. Modellen som inkluderer poliklinisk virksomhet, og splitter inneliggende pasienter i medisinske pasienter, kirurgiske pasienter, inndeksopphold for andre innlagte og antall langtidsliggedager, viser lavest fall i produktivitet. Mangel på data over dagbehandling er den største svakheten med analysen.

Rønningen og Magnussen har undersøkt flere forhold som kan påvirke legeproduktiviteten: Endring i pasientsammensetningen i form av øyeblikkelig hjelp, innleggelser for indremedisinske pasienter og veksten i poliklinisk virksomhet, problemer med flaskehals og omfanget av legers vaktarbeid. De finner at endring i pasientsammensetning og omfanget av legenes vaktarbeid ikke påvirker legeproduktiviteten. Flaskehalsproblemer har betydning for legeproduktiviteten, men datakvaliteten er problematisk, og dette resultatet er derfor usikkert.

### **Større krav til kompetanse**

Kunnskapsutviklingen innenfor medisinen går raskt, og det er mulig at kompetanseoppbygging krever mer tid enn tidligere. Rønningen og Magnussen peker på at det

fra legehold blir hevdet at dagens medisinsk-tekniske utstyr er mer krevende enn tidligere, det gjelder både opplæring i bruk av utstyret og bruken av det. Med færre legespesialiteter enn andre land vil spesialitetene i Norge dekke et større fagområde og kompetanseoppbyggingen blir mer krevende. Økningen i antall sykehusleger på 1990-tallet bidrar også til at erfarne leger må bruke mer tid på opplæring og undervisning.

I dette kapitlet har vi kun sett på utviklingen i behandlingsaktivitet, men har ikke data over kvalitet på behandlingen. Bruken av tverrfaglige team i f.eks. habilitering og rehabilitering hvor både nevrolog, pediater, sykepleier, psykolog og ergoterapeut kan bidra i forbindelse med utredning, behandling og tilrettelegging, styrker sannsynligvis kvaliteten på utredning og behandling, men bidrar til at helsetjenestene krever mer personell.

Lavere behandlingsaktivitet for legene kan også skyldes knapphet på andre personellgrupper, f.eks. sykepleiere. Tidligere har vi vist at antall årsverk for sykepleiere og hjelpepleiere samlet har hatt en lavere vekst enn for legene. Videre krever effektiv ressursutnyttelse at sengeposter, operasjonsavdelinger, intensivenheter, røntgen og laboratoriet er dimensjonert riktig i forhold til hverandre, og at samspillet mellom dem er optimalisert. Sykehusene er blant de største bedriftene vi har, og i den perioden vi har studert, har de blitt færre, større og mer kompliserte organisasjoner, noe som stiller større krav til ledelse og organisering av driften. Dersom de ulike enhetene i sykehusene ikke har vokst i et riktig forhold til hverandre, eller den interne organiseringen ikke fungerer godt, vil dette hindre gjennomstrømmingen av pasienter.

Vi har forutsatt at DRG systemet korrigerer for forskjeller i pasienttyngde. Pettersen (1998) peker imidlertid på at DRG-systemet kanskje ikke godt nok fanger opp forskjeller i sykdommens alvorlighetsgrad og pleietyngde siden det er store forskjeller sykehusene imellom når det gjelder liggetid for pasienter innenfor samme DRG.

### Oppsummering

Antall årsverk for leger ved somatiske sykehus har økt betydelig i perioden 1990 til 2000. Den sterke veksten har hovedsakelig vært ved regionsykehusene og sentralsykehusene. Samtidig har det vært en nedgang i behandlingsaktiviteten per legeårsverk særlig ved regionsykehusene. Vi har her ikke funnet årsaken til redusert behandlingsaktivitet, men prøvd å peke på mulige forhold som kan bidra til å forklare denne utviklingen. Legenes arbeidsoppgaver kan ha hatt en dreining i retning av mer indirekte pasientarbeid, administrasjon og større krav til kompetanseoppbygging. Kvaliteten på helsetjenesten kan også ha økt i perioden vi ser på og forskjellene mellom sykehusene i pasientsammensetning kan være større enn det DRG-systemet fanger opp.

Somatiske sykehus har vært gjenstand for omfattende reformer de siste årene som innføring av Innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg og statlig eierskap for sykehusene. Sentrale mål for disse reformene er å sikre økt kostnadseffektivitet ved økonomiske insentiv, elementer av konkurranse og delegering av beslutningsmyndighet. Det gjenstår å se om disse reformene på sikt vil bidra til en dreining i retning av økt pasientbehandling.

Mot slutten av 1990-tallet har sentrale helsemyndigheter ført en mer restriktiv politikk i forhold til opprettelse av nye

legestillinger ved de store sentralsykehusene. Grunnen til denne innstramningen er hensynet til at det allerede er mange ledige stillinger ved lokalsykehusene og i distriktene, og at det er mangel på leger i andre deler av helsetjenesten, både innenfor primærhelsetjenesten og innenfor psykiatritjenesten. Den sterke veksten i legeårsverk ved de store sentrale sykehusene som vi har sett på 1990-tallet, vil derfor muligens avta de nærmeste årene. På den annen side er utdanningskapasiteten for leger økt betydelig på 1990-tallet. Etter hvert som de større kullene kommer ut i arbeidsmarkedet, vil det trolig bidra til å redusere det underskuddet som vi i dag observerer for denne gruppen.

Innføringen av statlig eierskap for sykehusene betyr at staten har fått eieransvar for sykehusene og øvrig spesialisthelsetjeneste. Det er opprettet fem regionale helseforetak etter samme geografiske inndeling som de tidligere helseregionene. Alle offentlige sykehus er organisert i 47 selvstendige helseforetak som ligger under de regionale helseforetakene. Helseforetakene er egne rettssubjekt. Dette vil først og fremst bety endringer i forbindelse med regnskapsrapportering fra sykehusene, men reiser også nye problemstillinger knyttet til statistikk over personellressurser og aktivitet. SSB arbeider aktivt for at viktige tidsserier for relevante variabler videreføres slik at virkningen av helsereformer skal kunne analyseres.

### Referanser

Kostnadsberegning av dag- og poliklinisk behandling (1995). Helse- og sosialdirektøren i Akershus.

Pettersen, Inger J. (1998): Reisen til sykehusmarkedet. Om økonomisk styring i sykehussektoren. *Sosialøkonomen*, Nr. 2, 1998.

Rønningen, Lars og Jon Magnussen (2001): *Utviklingen i legeinnsats og aktivitet ved de somatiske sykehusene på 1990-tallet*. Sintef-rapport.