

# **Årsrapport**

**Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten**

**Juli 2007**

## Forord

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten leverer med dette sin årsrapport for 2006 til Helse- og omsorgsdepartementet. Rapportens fokus er ressursinnsats, aktivitet og økonomiske resultater i 2006, samt utviklingen fra 2002 til 2006. Rapporten er basert på tilgjengelige data - primært fra Statistisk sentralbyrå, Norsk pasientregister, SINTEF Helse, Arbeidsgiverforeningen Spekter og regionale helseforetak. Rapporten inneholder både en faktabeskrivelse og en vurdering av aktivitets- og ressursutviklingen, samt den økonomiske utviklingen i spesialisthelsetjenesten. Utvalgets vurderinger er i hovedsak framstilt i Del I Sammendrag med vurderinger.

Oslo 30. juni 2007

Tor Iversen  
Leder

Helge Bryne

Irene Skiri

Kari Nyland

Nils Otto Skribeland

Karl Georg Øhrn

Katarina Østergren

<b>FORORD .....</b>	<b>2</b>
<b>UTVALGETS MANDAT OG SAMMENSETNING .....</b>	<b>4</b>
<b>DEL I SAMMENDRAG MED VURDERINGER.....</b>	<b>5</b>
<i>Økonomisk resultat, investeringer, gjeld og egenkapital.....</i>	<i>5</i>
<i>Vekst i aktivitet fra 2005 til 2006.....</i>	<i>6</i>
<i>Ressursbruk.....</i>	<i>7</i>
<i>Utvikling i enkelte kostnadskomponenter.....</i>	<i>7</i>
<b>DEL II: NASJONAL UTVIKLING.....</b>	<b>9</b>
1. RESSURSBruk.....	9
1.1 Driftskostnader.....	9
1.2 Årsverk.....	12
1.3 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.....	14
2. AKTIVITET.....	16
2.1 Somatikk.....	16
2.2 Bruk av private kommersielle sykehus.....	18
2.3 Psykisk helsevern.....	19
2.4 Rusbehandling.....	20
2.5 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.....	21
3. RESULTAT, INVESTERINGER, GJELD OG EGENKAPITAL.....	23
3.1 Økonomisk resultat.....	23
3.2 Investeringer.....	24
3.3 Gjeld og egenkapital.....	25
4. KOSTNADSKOMPONENTER.....	27
4.1 Fordeling av kostnader.....	27
4.2 Utvikling i lønnsnivå.....	28
4.3 Pensjon.....	31
<b>DEL III: REGIONAL UTVIKLING.....</b>	<b>32</b>
5. RESSURSBruk - REGIONALT.....	32
5.1 Ressursbruk.....	32
5.2 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.....	33
6. AKTIVITET - REGIONALT.....	35
6.1 Somatisk virksomhet.....	35
6.2 Bruk av private sykehus og avtalespesialister.....	37
6.3 Psykisk helsevern.....	37
6.4 Rusbehandling.....	39
7. RESULTAT, INVESTERINGER, GJELD OG EGENKAPITAL - REGIONALT.....	40
7.1 Økonomisk resultat.....	40
7.2 Investeringer.....	41
7.3 Gjeld og egenkapital.....	44
7.4 Likviditet.....	47
8. KOSTNADSKOMPONENTER – REGIONALT.....	48
8.1 Lønnskostnader og kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer.....	48
8.2 Pensjon.....	49
8.3 Lønnsnivå.....	50
<b>DEL IV: DATAGRUNNLAG OG KILDER.....</b>	<b>53</b>
<i>Ressursbruk:.....</i>	<i>53</i>
<i>Aktivitet:.....</i>	<i>53</i>
<i>Resultat, investeringer, egenkapital, gjeld og pensjonskostnader:.....</i>	<i>54</i>
<i>Lønnsnivå:.....</i>	<i>54</i>

## Utvalgets mandat og sammensetning

Beregningsutvalget for Spesialisthelsetjenesten er opprettet fra 1.1 2005 og har som mandat:

*Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) opprettes med det formål å opparbeide et faktagrunnlag som kan være en del av underlaget for fastsettingen av den samlede budsjetttrammen for regionale helseforetak og fordelingen mellom dem. BUS skal videre gi sin faglige vurdering av økonomi- og aktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten.*

*BUS opprettes som rådgivende organ for Helse- og omsorgsdepartementet som en prøveordning for perioden 1.1.2005 til 1.1.2008.*

*Utvalget har 7 medlemmer hvorav 3 er uavhengige fagpersoner, 1 representant fra Finansdepartementet, 1 representant fra Helse- og omsorgsdepartementet og 2 fra regionale helseforetak.*

### **Utvalgets oppgaver er:**

- *Gi en løpende vurdering av aktivitets- og kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten, basert på tilgjengelige kostnads- og aktivitetsdata. BUS skal kunne foreslå en utvidelse av datagrunnlaget der det er nødvendig. Utvalget skal årlig, innen den 1. juli, avgi en skriftlig årsrapport som beskriver den historiske utviklingen, med særlig vekt på foregående år. Videre forutsettes at BUS etter forespørsel fra HOD skal kunne avgi rapporter og analyser gjennom året.*
- *Analyser skal gis på nasjonalt og regionalt nivå. Det er en forutsetning at analysene er fordelt etter funksjon/tjeneste, etter type aktivitet og at både løpende driftsutgifter og kapitalutgifter er behandlet.*
- *Formalisere en dialog med de regionale helseforetak (RHF), der utvalgets analyser drøftes.*

### Utvalgets sammensetning:

Professor Tor Iversen, Universitetet i Oslo (*leder*)

Førsteamanuensis Katarina Østergren, Norges Handelshøyskole

Førsteamanuensis Kari Nyland, Trondheim Økonomiske høyskole

Viseadministrerende direktør Helge Bryne, Helse Vest RHF

Rådgiver Irene Skiri, Helse Nord RHF

Seniorrådgiver Nils Otto Skribeland, Helse- og omsorgsdepartementet

Underdirektør Karl Georg Øhrn, Finansdepartementet

### Utvalgets sekretariat:

På grunn av permisjoner og sykefravær har sekretariatet i ulike perioder bestått av fungerende avdelingsdirektør Lars Rønningen, seniorrådgiver Ola Kindseth og seniorrådgiver Guri Snøfugl, alle i Avdeling for økonomi og analyse i Sosial- og helsedirektoratet. Lars Rønningen har hatt ansvaret i den perioden denne rapporten har blitt utferdiget.

## Del I Sammendrag med vurderinger

### Økonomisk resultat, investeringer, gjeld og egenkapital

- Akkumulert regnskapsmessig underskudd øker med 4,3 mrd kroner, og er nå 17,9 mrd kroner.
- Akkumulert underskudd i forhold til eiers styringsmål øker med 1,9 mrd kroner, og er nå 8,0 mrd kroner.
- Brutto investeringer er i 2006 på 9,3 mrd kroner. Dette er 1,5 mrd kroner mer enn i 2005. Investeringer i bygninger utgjør 7,1 mrd kroner.
- Årlige brutto investeringer er tredoblet fra 2002 til 2006.
- Netto investeringer<sup>1</sup> er i 2006 4,1 mrd kroner. Dette er 1,3 mrd kroner mer enn i 2005.
- Langsiktig gjeld økte med 1,2 mrd kroner fra 2005 til 2006 og er ved utgangen av 2006 10,2 mrd kroner. Samlede driftskreditter er 3,0 mrd kroner, en endring fra 2005 på 1,9 mrd kroner.
- Egenkapitalen ble redusert med 4,2 mrd kroner fra 2005 til 2006 og er nå 44,9 mrd kroner.
- Det er betydelige regionale forskjeller i økonomisk resultat, investeringer og gjeld. Tre av de fire regionale helseforetakene som hadde negativt årsresultat i 2005, har større negativt årsresultat i 2006.

Utvalget har i begge de foregående årsrapporter uttrykt bekymring for den økonomiske situasjonen i spesialisthelsetjenesten samlet sett. Utvalget er fortsatt opptatt av de fire forhold som ble påpekt slik i fjorårets rapport: For det første syntes underskuddene å vedvare. For det andre var investeringsnivået i perioden fra 2002 til 2005 høyere enn forutsetningene for samlede bevilgninger til regionale helseforetak. Samtidig som bevilgningsgrunnlaget skulle sette regionale helseforetak i stand til å gjenanskaffe om lag 2/3 av realkapitalen, innebar faktisk investeringsnivå en oppbygging av realkapital. For det tredje var gjelden økende. For det fjerde var det fremdeles stor diskrepans mellom regnskapsført resultat og det resultat som eier styrer etter.

Utvalget finner at alle disse fire forhold synes å ha blitt ytterligere bekymringsfulle. Underskuddene målt i forhold til det resultat eier styrer etter, er 36 % større i 2006 enn i 2005, investeringene er 19 % større, den langsiktige gjelden er 13 % større og egenkapitalen er 9 % mindre. Det er i 2006 innført en ytterligere diskrepans mellom regnskapsført resultat og det resultat som eier styrer etter (pensjonskostnader).

I foretaksmøtene ved inngangen til 2006 presiserte eier at de regionale helseforetakene måtte innrette den aktivitetsfinansierte behandlingen og sine investeringer slik at målet om økonomisk balanse kan nås. Med utgangspunkt i økonomisk resultat på samlet -1,9 milliarder kroner i 2006 slutter utvalget at dette kravet langt fra ble oppfylt. Utvalget stiller spørsmål ved om aktivitetsnivå, investeringsnivå og lånenivå er forankret i realistiske vurderinger av framtidig inntektsnivå og de krav som stilles om økonomisk balanse i driften.

Bak det samlede bildet er det regionale variasjoner. Helse Øst har økonomisk balanse i forhold til eiers styringsmål. Helse Sør har mindre underskudd i 2006 enn i 2005. Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord har alle større underskudd i 2006 enn i 2005. De fire regionene med underskudd hadde alle betydelige underskudd, mellom 300 og 700 millioner kroner hver. Utvalget har

<sup>1</sup> Brutto investeringer minus avskrivninger

spesielt merket seg at egenkapitalen i Helse Midt-Norge har blitt redusert med 42 % siden utgangen av 2002.

Norges Forskningsråds evaluering viser en positiv effekt (3 til 4 prosentpoeng) av eierskapsreformen på sykehusenes produktivitet når utviklingen ses i forhold til Sverige og Finland<sup>2</sup>. Samtidig antyder analysene at produktivetsnivået i Norge er noe under nivået i Finland og noe over nivået i Sverige i den perioden analysen omfatter. Utvalget legger til grunn at det fortsatt er rom for effektivisering og at oppfylging av balansekravet vil måtte innebære effektivisering og/eller redusert aktivitet i somatisk sektor for at kostnadene skal samsvare med hva staten er villig til å betale for. Eventuell redusert aktivitet vil stille helseforetakene overfor store utfordringer siden justering av egen behandlingsskapasitet ikke uten videre vil medføre mindre kostnader på grunn av pasientenes rett til nødvendig helsehjelp og pasientenes rett til fritt sykehusvalg.

Utvalget gir nå en beskrivelse av utviklingen i noen sentrale komponenter som påvirker økonomisk resultat.

### Vekst i aktivitet fra 2005 til 2006

- Registrerte DRG-poeng øker med 2,6 %.
- DRG-poeng korrigert for antatt kodeforbedring øker med om lag 1,5 %
- Vekst i psykisk helsevern for voksne er 7,3 % for poliklinikk og 8,5 % for døgnopphold.
- Vekst i psykisk helsevern for barn og unge er 15,0 % for polikliniske tiltak.
- Vekst i rusbehandling er 0,7 % for innleggelser og 20,7 % for poliklinikk.
- Private kommersielle sykehus reduserer antall DRG-poeng med 16 %.

I bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene for 2006 var kravene i forhold til aktivitet (1) at det skulle være økt innsats til psykisk helsevern og til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere, (2) at den prosentvise veksten for psykisk helsevern og rusbehandling skulle være sterkere enn for somatisk virksomhet, (3) at aktiviteten som omfattes av aktivitetsbaserte tilskudd skulle videreføres på om lag samme nivå som i 2005 og (4) at "omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses".

Tallene for aktivitetsutvikling i 2006 viser at kravene (1), (2) og (4) er oppfylt, mens veksten innen somatisk virksomhet synes å være noe større enn bestilt. Vekstraten er uansett klart mindre enn i 2005, da det også ble lagt til grunn at aktivitet i somatisk sektor skulle være tilsvarende foregående år.

<sup>2</sup> Kittelsen, S. A. C., Magnussen, J., Anthun, K., S., 2007. Har sykehusreformen ført til økt produktivitet. I Resultatevaluering av sykehusreformen (Norges Forskningsråd, Oslo) 94-102.

## Ressursbruk

- Samlet vekst i ressursbruk i faste priser er 5,0 % fra 2005 til 2006.
- Vekst i ressursbruk, målt i faste priser og korrigert for nye oppgaver, anslås til 2,3 %.
- Vekst i kostnader i somatisk virksomhet, målt i faste priser og korrigert for nye oppgaver, anslås til å være 1,9 % fra 2005 til 2006.
- Vekst i kostnader i psykisk helsevern er 3,0 % fra 2005 til 2006.
- Vekst i kostnader i rusbehandling anslås til 7,8 % fra 2005 til 2006.
- Vekst i antall årsverk anslås til 2,4 % fra 2005 til 2006.

Driftskostnadene målt i faste priser vokser med 5,0 % fra 2005 til 2006. I 2006 ble det gitt budsjett-tildeling i forbindelse med oppgaver som ble overført til de regionale helseforetakene. Korrigert for disse budsjett-tildelingene anslås veksten i driftskostnader målt i faste priser til 2,3 %. Fordelingen av vekst i antall årsverk på somatikk, psykiatri og rusbehandling er i følge den aktivitetsfordeling som er bestilt.

Aktivitetsvekst i forhold til vekst i ressursbruk er en indikator på utvikling i ressursutnyttelse. I somatisk sektor er vekst i ressursbruk korrigert for nye oppgaver omtrent den samme som vekst i aktivitet. Innen psykiske helsevern og rusbehandling synes aktivitetsveksten å være større enn veksten i ressursbruk. Utvalget tolker disse tallene som en bedring av ressursutnyttelsen i psykisk helsevern og rusbehandling samtidig med en uendret ressursutnyttelse i somatisk virksomhet fra 2005 til 2006.

## Utvikling i enkelte kostnadskomponenter

- Lønnskostnadene økte med 4,0 % (i faste priser) fra 2005 til 2006.
- Kostnader til medisiner og forbruksmateriell økte med 8,1 %.
- Månedsførtjenesten for alle ansatte økte med 5,3 % fra 2005 til 2006. Sterkest økning hadde gruppene annet helsepersonell og andre personellgrupper med 6,8 %.
- Pensjonskostnadene i de regionale helseforetakene økte med nær 800 millioner kroner fra 2005 til 2006. Denne økningen i pensjonskostnadene er ikke inkludert ved fastsetting av eiers balansekrav.

Vekst i samlede lønnskostnader synes å være noe større enn vekst i aktivitet. Vekst i månedsførtjeneste for alle grupper anslås til 5,3 % fra 2005 til 2006. Dette anslaget, basert på data fra Arbeidsgiverforeningen Spekter, er høyere enn anslaget fra Teknisk beregningsutvalg for inntektsoppgjørene (3,7 %), som finner at lønnsveksten i helseforetakene er noe mindre enn veksten i samfunnet for øvrig fra 2005 til 2006.

Veksten i kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer er vesentlig større enn veksten i lønnskostnader. At kostnadsveksten er større enn aktivitetsveksten, tyder på at helseforetakene også i 2006 fikk reelt høyere utgifter til medisiner og medisinske forbruksvarer. Deler av veksten skyldes overføring av oppgaver til helseforetakene.

Utvalgets inntrykk er at det eksisterer store forbedringsmuligheter nå det gjelder å skaffe til veie tall for lønnsutvikling og årsverksutvikling. Utvalget har i sitt arbeid oppdaget sammenhenger som tyder på inkonsistens i det foreliggende tallmaterialet. Dette gjelder spesielt årsverksstatistikk.

Ansvar for pasienttransport ble i 2004 overført til de regionale helseforetakene. Årlig vekst i utgiftene var betydelig før overføringen av ansvaret. Utvalget undersøker om reformen har medført lavere kostnadsvekst for pasienttransport. Et foreløpig resultat er at veksten i pasienttransportkostnader i Helse-Nord har blitt redusert etter reformen. Utfordringer i å tolke regnskapstall har medført at utvalget foreløpig ikke kan konkludere for de andre regionene. Det vil være ønskelig at det i forbindelse med slike ansvars- og finansieringsreformer legges vekt på å tilrettelegge datagrunnlag som kan belyse om reformene har hatt ønsket effekt.



## Del II: Nasjonal utvikling

I henhold til OECDs sammenligningstall er det kun USA, Luxemburg og Sveits som har høyere helseutgifter (inkludert pleie og omsorg) per innbygger enn Norge.<sup>3</sup>

I denne rapporten ser vi nærmere på ressursbruk og aktivitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten. Vi viser hvordan den økonomiske utviklingen har vært de siste årene og hvilke utviklingstrekk som kan observeres. Rapporten er inndelt i fire hovedpunkter:

- Ressursbruk
- Aktivitet
- Resultat, investeringer, gjeld og egenkapital
- Kostnadskomponenter

### 1. Ressursbruk

I dette kapitlet sees det nærmere på utviklingen i ressursbruk i perioden 2002 til 2006. Ressursbruk måles i denne sammenheng gjennom driftskostnader og årsverk. Følgende hovedtrekk vises i kapitlet:

- Samlede driftskostnader for de regionale helseforetakene øker med 5,0 prosent i faste priser fra 2005 til 2006. Samlede driftskostnader i 2006 utgjør 79,6 milliarder kroner.<sup>4</sup>
- Korrigert for nye oppgaver er veksten på 2,3 prosent i faste priser.
- Med unntak av hjelpepleiere/barnepleiere er det vekst i årsverk for alle personellgrupper både fra 2005 til 2006 og for hele perioden 2002-2006.
- Fra 2005 til 2006 har somatisk virksomhet en vekst i driftskostnader på 5,1 prosent (ikke korrigert for nye oppgaver), mens psykisk helsevern har en vekst på 3,0 prosent. Rusbehandling øker driftskostnadene med 7,8 prosent. Alle endringer i faste priser.
- Korrigert for nye oppgaver anslås veksten i somatisk sektor til å være 1,9 % fra 2005 til 2006.
- Veksten i årsverk fra 2005 til 2006 er sterkere innenfor psykisk helsevern og rusbehandling sammenlignet med somatisk sektor.

#### 1.1 Driftskostnader

I tabell 1.1 vises utviklingen i kostnader, både samlet og for ulike deler av de regionale helseforetakenes ansvarsområder. De samlede kostnadene øker hvert år i hele perioden. Økningen fra 2005 til 2006 er på ca 6,3 mrd kroner i løpende priser, og tilsvarer en økning på 8,6 prosent.<sup>4</sup> Tilsvarende viser tabellen at det er en økning for alle tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.

<sup>3</sup> De offentlige utgiftene til helsetjenester som andel av BNP utgjorde 8,7 %. Som andel av fastlands-BNP 11,9 %. Begge tall er for 2006 (foreløpige tall).

<sup>4</sup> Siden det i denne rapporten benyttes avskrivningskostnader fra RHF/HOD, vil samlede driftskostnader og endring i denne avvike noe fra SINTEF Helse og Samdata. Dette skyldes i hovedsak at avskrivningskostnader hos private institusjoner inngår i sistnevnte tallgrunnlag.

Tabell 1.1 Kostnader i løpende priser 2002-2006. Kilde: SINTEF Helse og RHF/HOD.

	2002	2003	2004	2005	2006
Samlede kostnader	57 487	63 043	68 844	73 319	79 614
Somatikk	39 729	44 216	46 511	49 206	53 382
Psykisk helsevern	10 080	10 877	11 309	12 288	13 217
Rusbehandling <sup>5</sup>			1 746	1 916	2 120
Ambulanse	1 803	2 027	2 294	2 390	2 676
Pasienttransport <sup>6</sup>			892	1 364	1 895
Annet <sup>7</sup>	1 072	1 015	1 127	1 127	1 145
Avskrivninger <sup>4</sup>	4 803	4 908	4 965	5 027	5 178 <sup>8</sup>

I tabell 1.2 vises den prosentvise endringen korrigert for prisstigning<sup>9</sup> i perioden 2002 til 2006. I disse tallene er det ikke korrigert for nye oppgaver og tekniske endringer som gir økte kostnader. Som det fremgår av tabellen, er det fra 2005 til 2006 en sterkere økning i kostnadene innenfor somatisk sektor enn innenfor psykisk helsevern. For rusbehandling er det derimot en sterkere vekst enn for somatisk virksomhet, med en endring på 7,8 prosent mot 5,1 prosent.

Tabell 1.2 Prosentvis endring i kostnader (faste priser) 2002-2006. Ikke korrigert for nye oppgaver. Kilde: SINTEF Helse.

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Samlede kostnader	3,8 %	7,2 %	4,5 %	5,0 %
Somatikk	5,4 %	3,2 %	3,8 %	5,1 %
Psykisk helsevern	2,2 %	2,0 %	6,6 %	3,0 %
Rusbehandling			7,7 %	7,8 %
Ambulanse	6,5 %	11,1 %	2,3 %	8,3 %
Pasienttransport			50,1 %	34,3 %
Annet	-10,3 %	9,0 %	-1,9 %	-1,7 %
Avskrivninger	-3,2 %	-0,7 %	-0,6 %	-0,4 %

De regionale helseforetakene har i alle årene de har eksistert, fått nye oppgaver eller det er blitt foretatt tekniske endringer som påvirker de registrerte driftskostnadene. Dette er nødvendig å ta hensyn til i vurdering av utvikling i ressursbruk.

Nedenfor vises tallgrunlaget for en identifisering av veksten i ressursinnsats til nye oppgaver og tekniske endringer. Oversikten viser budsjettendringene som ble gjennomført for å gi helseforetakene inntektskompensasjon for de nye oppgavene.<sup>10</sup> Som det framgår, har noen endringer konsekvenser for bevilgningene i flere år etter ansvarsendringen. Dette skyldes gradvise endringer og overgangsordninger. De viktigste endringene er:

<sup>5</sup> Kostnader for rusbehandling omfatter kun rene rusinstitusjoner. Kostnader for rusbehandling ved andre institusjoner (f.eks. DPS-er) inngår derfor for andre funksjoner (f.eks. psykisk helsevern).

<sup>6</sup> Endring i kostnader skyldes at de regionale helseforetakene gradvis har tatt over finansieringsansvaret for pasienttransport.

<sup>7</sup> Omfatter personalpolitiske tiltak og felles RHF.

<sup>8</sup> I beløpet for avskrivninger i 2006 ligger 133 millioner som er knyttet til investeringstilskudd.

<sup>9</sup> Deflator er indeks for Statlig helsestell, sosial trygd og velferd. SSB har foretatt en større revidering av denne indeksen siden fjorårets BUS-rapport. Tall for realendring vil derfor kunne avvike fra tilsvarende tall presentert i fjorårets rapport.

<sup>10</sup> Kilde for kostnadsanslagene er Helse- og omsorgsdepartementet.

2003 (anslag)

Behandlingshjelpemidler	285 mill
Opptreningsinstitusjoner	158 mill
Norsk Pasientskadeerstatning	92 mill
<i>Samlet</i>	<i>535 mill</i>

2004 (anslag)

Rusbehandling	1 304 mill
Pasienttransport	1 037 mill
Opptreningsinstitusjoner	171 mill
Utenlandsbehandling og pasientbro	93 mill
Økt arbeidsgiveravgift (teknisk endring)	454 mill
<i>Samlet</i>	<i>3 059 mill</i>

2005 (anslag)

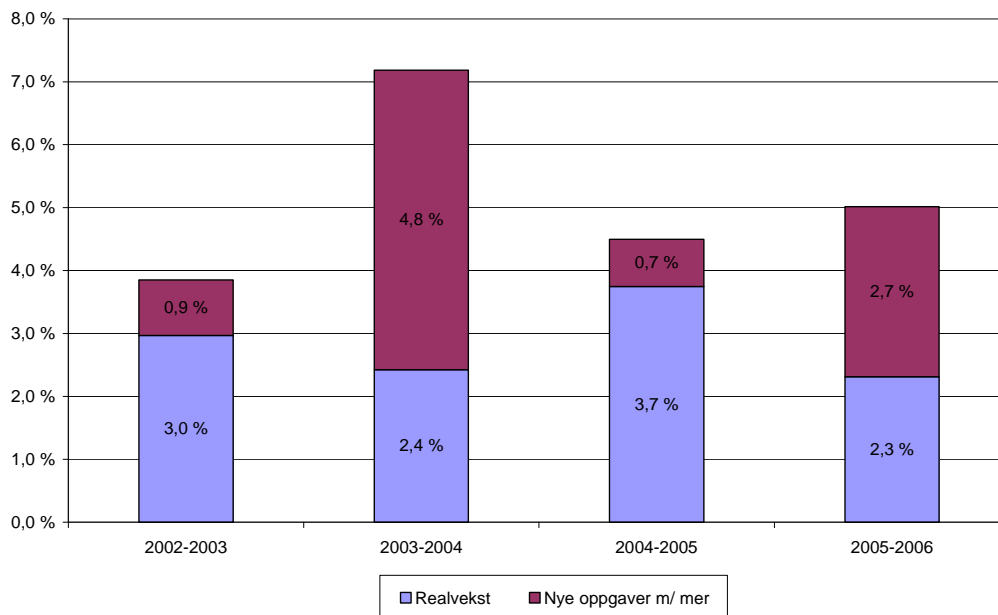
Pasienttransport	432 mill
Økt ansvar for lab/røntgen	93 mill
<i>Samlet</i>	<i>512 mill</i>

2006 (anslag)

Finansiering av TNF-hemmere (fra 1. juni)	434 mill
Pasienttransport (100 %)	410 mill
Økt ansvar for lab/røntgen	282 mill
Norsk pasientskadeerstatning	325 mill
Opptreningsinstitusjoner	600 mill
<i>Samlet</i>	<i>2 051 mill</i>

Figur 1.1 viser samlet vekst i ressursinnsats, fordelt på vekst som skyldes nye oppgaver og tekniske endringer, samt reell vekst for hvert av årene i perioden 2002-2006. Både fra 2003-2004 og 2005-2006 forklares en vesentlig del av veksten med nye oppgaver eller utvidelser av eksisterende oppgaver.

Utvalget understreker at dette er å betrakte som *anslag* på forholdet mellom vekst i ressursbruk knyttet til nye og eksisterende oppgaver.



Figur 1.1 Prosentvis endring i kostnader (faste priser) og prosentvis endring knyttet til nye oppgaver. 2002-2006.

Kilde: SINTEF Helse og Helse- og omsorgsdepartementet.

Utvalget ønsket i år å se nærmere på utviklingen i kostnader knyttet til pasienttransport og igangsatte tiltak for å effektivisere denne tjenesten. SINTEF Helse gjennomførte selve undersøkelsen. Foreløpige resultater fra undersøkelsen gjør det vanskelig å konkludere om kostnadene til pasienttransport reduseres eller øker i perioden etter at de regionale helseforetakene tok over ansvaret i 2004. Det er imidlertid indikasjoner på at veksttakten er redusert eller flatet ut sammenlignet med tidligere år, hvor veksttakten har vært ca 10 prosent, jf. Ot.prp. nr 66 (2002-2003).

## 1.2 Årsverk

Tabell 1.3 viser utviklingen i årsverk samlet og for ulike personellkategorier. Grunnlaget er årsverksinnsatsen innenfor tjenestene somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling, ambulanse (også luftambulanse) og private avtalespesialister med driftsavtale.

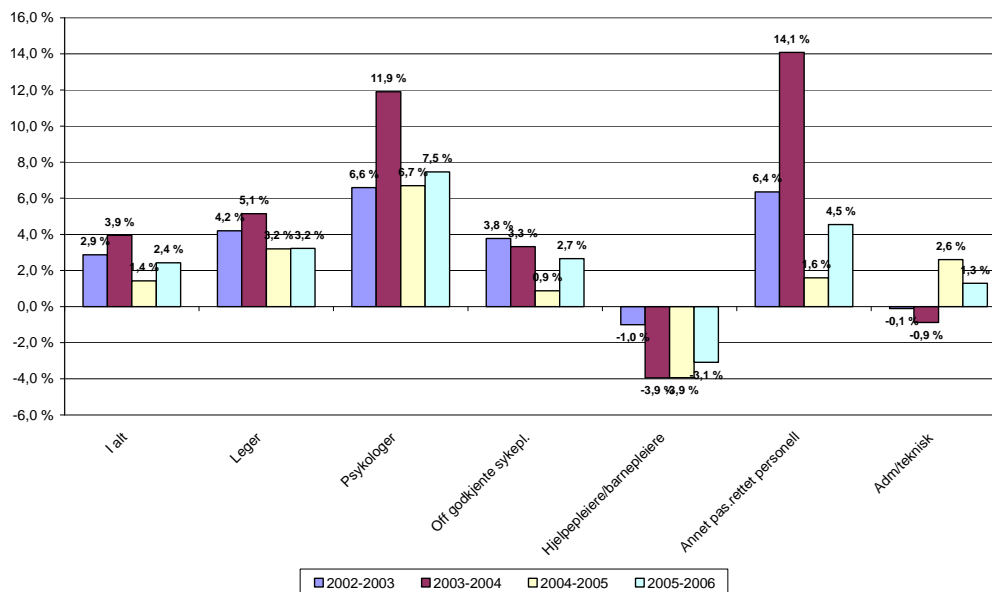
Det har vært en økning for alle unntatt en personellgruppe i perioden 2002 til 2006. Gruppen hjelpepleiere/barnepleiere har hatt en jevn nedgang alle disse årene. Den største absolutte økningen i antall årsverk er for gruppen annet pasientrettet personell (+4300), etterfulgt av sykepleiere (+3200) og leger (+1554).

Tabell 1.3 Årsverk<sup>11</sup> i alt og for personellgrupper i perioden 2002-2006.  
Kilde: SSB

	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endring 2002-2006
I alt	85 441	87 897	91 365	92 671	94 924	11,1 %
Leger	9 300	9 690	10 189	10 515	10 854	16,7 %
Psykologer	2 002	2 134	2 388	2 548	2 738	36,8 %
Off godkjente sykepl.	29 019	30 115	31 114	31 387	32 219	11,0 %
Hjelpepleiere/barnepl.	8 225	8 142	7 821	7 513	7 281	-11,5 %
Annet pas.rettet pers.	14 896	15 842	18 073	18 361	19 196	28,9 %
Adm/teknisk	21 999	21 974	21 780	22 347	22 636	2,9 %

Gruppen psykologer har hatt den sterkeste vekstraten siden 2002 (36,8 prosent).

I figur 1.2 vises den årlige prosentvise endringen i årsverk for personellgruppene fra tabell 1.3. For de aller fleste personellgruppene har det vært en vekst i alle år. Unntaket er for hjelpepleiere/barnepleiere som har en reduksjon i alle år, samt for adm/teknisk personell som hadde en svak nedgang i starten av perioden (2002-2004). Som beskrevet i fjorårets BUS-rapport forklares trolig økningen i annet pasientrettet personell fra 2003 til 2004 av at ansvaret for rusbehandling da ble overført til de regionale helseforetakene.



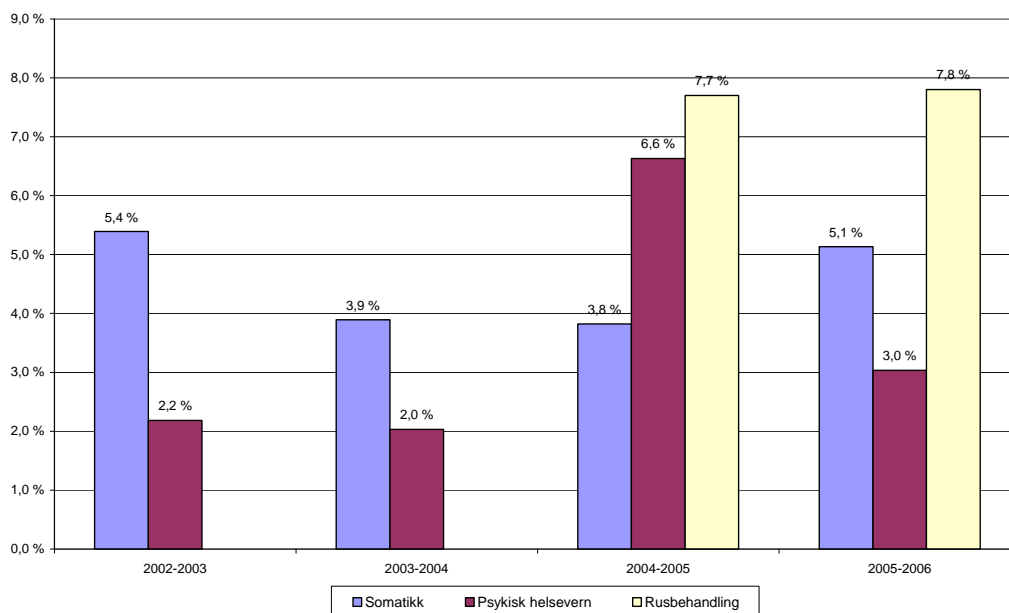
Figur 1.2 Prosentvis endring i årsverk for ulike personellgrupper. Kilde: SSB

<sup>11</sup> Det er knyttet noe usikkerhet til kvaliteten på datagrunnlaget for årsverk. Blant annet avviker de noe fra det som det enkelte regionale helseforetak selv oppgir. Årsverkstallene fra SSB er ikke korrigert for nye oppgaver.

### 1.3 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling

I utvalgets mandat er det nevnt eksplisitt at man skal se nærmere på utviklingen i ressursinnsats og aktivitet for ulike funksjoner. I denne sammenheng fokuseres det på funksjonene somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Det har blitt gitt klare styringssignaler om at veksten i aktivitet skal være sterkere innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. Det er rimelig å forvente at en slik aktivitetsendring også gjenspeiles i endring i ressursinnsats i form av årsverksinnsats og kostnader.

Årlig realvekst i driftskostnader (eksklusiv avskrivninger<sup>12</sup>) for disse funksjonene er presentert i figur 1.3. På grunn av manglende historiske data inngår rusbehandling kun i perioden 2004-2006. Utviklingen i ulike år er noe forskjellig når man sammenligner de tre funksjonene. Før 2004 var det en sterkere vekst innenfor somatisk sektor enn for psykisk helsevern. Fra 2004 til 2005 har både psykisk helsevern og rusbehandling en sterkere vekst enn somatisk sektor. Fra 2005 til 2006 er det sterkest vekst for rusbehandling. Det er imidlertid en sterkere økning i somatisk sektor enn for psykisk helsevern. Noe av denne forskjellen skyldes imidlertid tilføring av nye oppgaver som i stor grad er rettet mot somatisk sektor. Utvalget antar finansiering av TNF-hemmere, økt ansvar for lab/røntgen, Norsk pasientskadeerstatning og opptreningsinstitusjoner i all hovedsak berører somatisk sektor. Korrigert for dette er realveksten for somatisk sektor på 1,9 prosent.

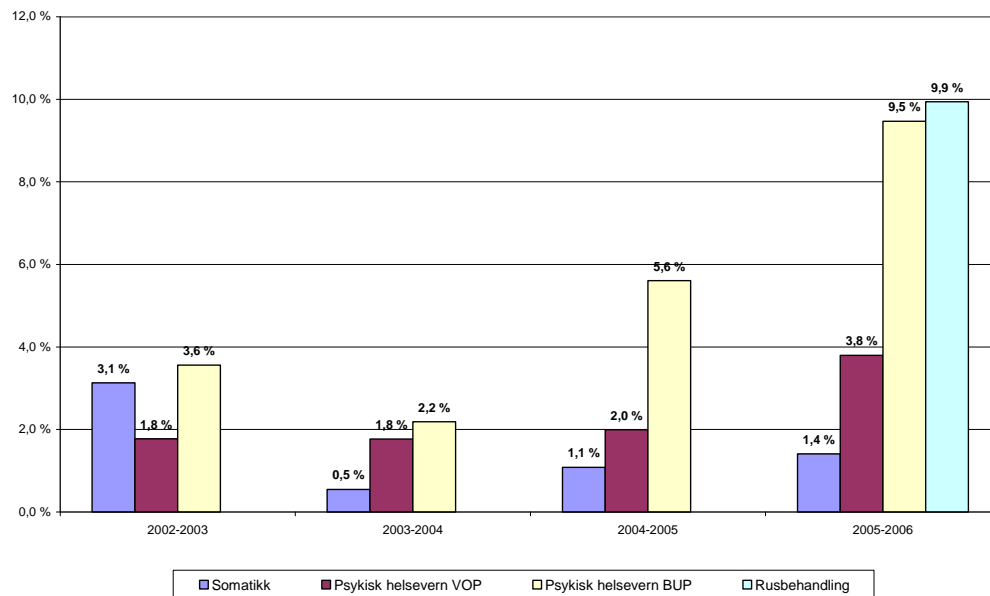


Figur 1.3 Årlig prosentvis endring i driftskostnader (eksklusive avskrivninger) for somatisk sektor, psykisk helsevern og rusbehandling. 2002-2006. Kilde: SINTEF Helse.

I figur 1.4 vises årlig prosentvis endring i årsverk for somatisk sektor, psykisk helsevern (VOP og BUP) og rusbehandling. Sistnevnte er kun med for årene 2005 og 2006. I perioden 2003 til 2006 har det årlig vært en sterkere prosentvis vekst i årsverkene i psykisk helsevern sammenlignet med veksten i somatisk sektor. For 2005-2006 viser figur 1.4 at veksten også er sterkere for rusbehandling. Dette er i tråd med styringssignaler fra departementet. Det er imidlertid noe usikkerhet om deler av veksten for rusbehandling er knyttet til komplettering av

<sup>12</sup> Dette skyldes at det ikke er mulig å fordele avskrivningskostnadene etter funksjon.

datagrunnlaget, da dette er en relativt ny datainnsamling. Det er lite trolig at dette forklarer hele avviket i forhold til veksttakten for somatisk sektor.



Figur 1.4 Prosentvis endring i årsverk for ulike tjenester. 2002-2006. Kilde: SSB

Ved å sammenholde endringstallene i figur 1.3 og 1.4 ser man at psykisk helsevern har en sterkere økning i driftskostnader enn i årsverk fra 2004 til 2005, mens det motsatte er tilfellet fra 2005 til 2006.

For somatikk viser de to figurene at det i alle årene har vært en sterkere prosentvis vekst i driftskostnadene sammenlignet med årsverksinnsatsen.

## 2. Aktivitet

I bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene for 2006 var det stilt krav til (1) at det skulle være økt innsats til psykisk helsevern og rusbehandling, (2) at den prosentvise veksten for psykisk helsevern og rusbehandling skulle være sterkere enn for somatisk virksomhet og (3) at aktiviteten som omfattes av aktivitetsbaserte tilskudd skulle videreføres på om lag samme nivå som i 2005. I tillegg ble det nevnt at "omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses".

Følgende hovedresultater presenteres i kapitlet:

- Aktivitetsveksten fra 2005 til 2006 for somatisk virksomhet var på 2,6 prosent målt i antall DRG-poeng.
- Korrigert for kodeforbedringer anslås veksten i somatisk sektor fra 2005 til 2006 til å være om lag 1,5 prosent. Dette er noe høyere enn forutsatt i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene.
- Bruken av private kommersielle sykehus er redusert siste år, i tråd med signalene i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene. Andelen aktivitet ved private kommersielle sykehus er i 2006 på 2,1 prosent, noe som er samme nivå som i 2003 og 2004.
- Andelen av befolkningen under 18 år som fikk et tilbud fra psykisk helsevern for barn og unge var i 2006 på 4,3 prosent.
- Det er sterkere vekst siste år enn årene før når det gjelder polikliniske tiltak i psykisk helsevern for barn og unge og innleggelser innenfor psykisk helsevern for voksne.
- Aktivitetsveksten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er sterkere enn den er innen somatisk sektor.

### 2.1 Somatikk

For store deler av aktiviteten i somatisk sektor er det mulig å justere aktivitetstallene i forhold til pasientenes ressursbehov. Dette gjøres ved hjelp av DRG-systemet med tilhørende kostnadsvekter. Det finnes ikke i dag et tilsvarende system for poliklinisk virksomhet, slik at for denne delen av aktiviteten benyttes kun antall konsultasjoner.

Tabell 2.1 viser utviklingen i aktivitet i somatisk sektor i perioden 2002-2006, og tabell 2.2 viser den prosentvise endringen for disse aktivitetstallene.<sup>13</sup> Det framgår av disse tabellene at det fortsatt er aktivitetsvekst både for DRG-poeng, døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

Når vi knytter aktivitetsveksten i somatisk sektor til DRG-poeng og ikke til antall opphold, skyldes dette at vi ønsker å ta hensyn til hvor ressurskrevende veksten er. DRG-poengene påvirkes også av regelendringer i finansieringssystemet og aktivitet ved nye institusjoner. I tillegg kan endringer i kodepraksis føre til flere DRG-poeng, selv om antall opphold er de samme. Bruttoveksten i DRG-poeng blir derfor større enn det som representerer reell vekst i aktivitet i perioden.

<sup>13</sup> Aktivitetstallene er basert på nasjonale data fra Norsk pasientregister. Dette datagrunnlaget vil avvike noe fra det datagrunnlaget som ligger til grunn for beregning av ISF-refusjonene. Se del IV om datagrunnlag og kilder.



Tabell 2.1 Aktivitetstall for somatisk sektor 2002-2006. Inkludert ISF-aktivitet hos private avtalespesialister. Kilde: Norsk pasientregister.

	2002	2003	2004	2005	2006
Registrerte DRG-poeng <sup>14</sup>	949 878	1 022 933	1 042 829	1 083 021	1 111 597 <sup>15</sup>
Opphold	1 144 993	1 258 454	1 310 057	1 368 720	1 424 853
Døgnopphold	783 891	828 876	841 790	854 581	876 196
Dagopphold	361 102	429 578	468 267	514 139	548 657
Polikliniske konsultasj.	3 060 055	3 240 745	3 374 388	3 458 478	3 551 519

Tabell 2.2 Prosentvis endring i aktivitet i somatisk sektor 2002-2006. Inkludert ISF-aktivitet hos private avtalespesialister. Kilde: Norsk pasientregister.

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Registrerte DRG-poeng	7,7 %	1,9 %	3,9 %	2,6 %
Opphold	9,9 %	4,1 %	4,5 %	4,1 %
Døgnopphold	5,7 %	1,6 %	1,5 %	2,5 %
Dagopphold	19,0 %	9,0 %	9,8 %	6,7 %
Polikliniske konsultasj.	5,9 %	4,1 %	2,5 %	2,7 %

Endringen i døgnopphold er noe sterkere i 2005-06 enn den var i 2003-04 og 2004-05. Korrigeret for Oslo kommunale legevakt, som kun inngår i 2006, økte døgnoppholdene med 1,7 prosent fra 2005 til 2006.

Dagoppholdene, som er definert som innlagte dagpasienter og ISF-finansierte polikliniske konsultasjoner (i hovedsak dagkirurgi), har en lavere aktivitetsvekst fra 2005 til 2006, sammenlignet med årene før. Korrigeret for innlemming av ny aktivitet i ISF<sup>16</sup> er veksten i dagopphold på 4,7 prosent.<sup>17</sup>

I perioden 2002 til 2006 har det vært en sterk økning i antall dagopphold og en reduksjon i opphold med lengre liggetid. Opphold hvor pasienten ikke overnatter har økt med drøyt 50 prosent<sup>18</sup> og opphold med en overnatting med 30 prosent. Opphold med 5 liggedøgn eller mer har i samme periode blitt redusert med 3 prosent.<sup>19</sup>

### *"Koderelatert" versus "reell" endring i DRG-poeng*

DRG-systemet er et pasientklassifiseringssystem som her i landet foreløpig kun brukes innenfor somatisk virksomhet. Dette systemet grupperer sykehusopphold (døgn- og dagopphold) inn i drøyt 500 DRG-er. Gruppering i de ulike DRG-ene gjøres ut fra registrerte opplysninger, blant annet medisinske koder. Siden grupperingen skjer ut fra registrerte opplysninger, er det mulig å endre grupperingsresultatet ved å endre registreringspraksis, uten at det nødvendigvis

<sup>14</sup> Det er ikke foretatt tilbakejustering av DRG-poengene for to implantater (choclea og ICD-hjertestarter) da det for disse ble opprettet egne DRG-er hvor kostnadsvektene inkluderer implantatkostnadene. For disse to DRG-ene gir 2006-løsningen en bedre aktivitetsbeskrivelse.

<sup>15</sup> Det ble i 2006 innført nye regler i beregning av DRG-poeng ved at tidligere tilleggsrefusjoner ble lagt inn i DRG-poengene og ved at det ble innført nye ISF-regler i forhold til utvalgte pasientgrupper. Dersom man tilbakefører de endringene som kunstig hever DRG-poengene i 2006, vil sum DRG-poeng i 2006 være 1 110 920, hvilket gir en vekst fra 2005 til 2006 på 2,5 prosent. I tillegg inngår Oslo kommunale legevakt først fra 2006 med 2 363 DRG-poeng.

<sup>16</sup> Dette gjelder polikliniske konsultasjoner for eksempelvis Botox, Baklofen, skopier i narkose og lignende.

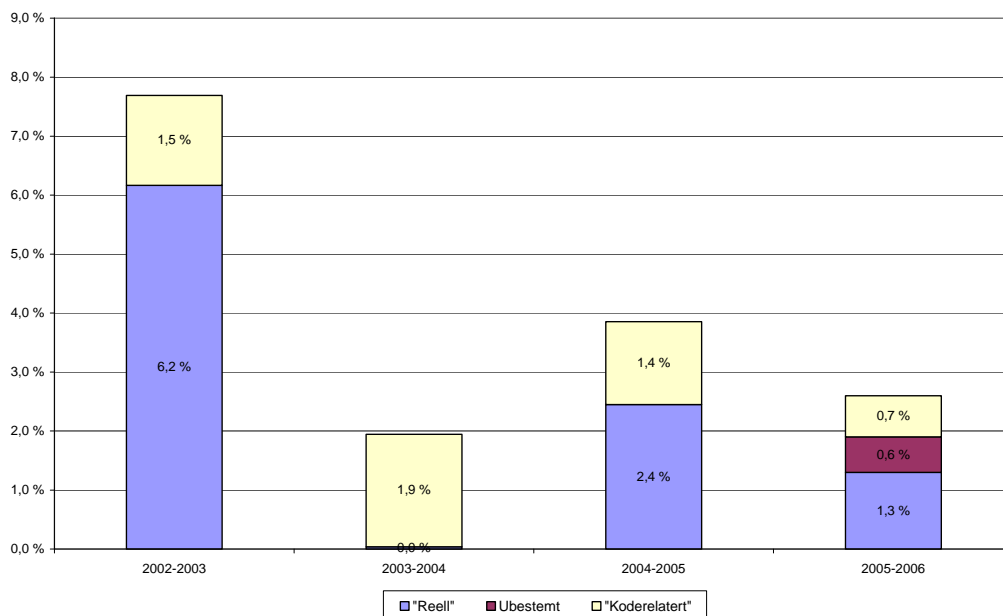
<sup>17</sup> Dersom denne polikliniske aktiviteten ikke hadde blitt inkludert i ISF ville aktivitetsveksten for poliklinikk vært 3,0 prosent.

<sup>18</sup> Halvparten av veksten kommer for opphold knyttet til dialyse (DRG 317), kjemoterapi (DRG 410A-D) og rehabilitering (DRG 462A-C).

<sup>19</sup> Se f. eks. Jørgenvåg og Jensberg (SINTEF Helse rapport A141, 2006). I rapporten konkluderes det med at halvparten av aktivitetsveksten senere år (2001-2004) skyldes flere opphold per pasient, mens den andre halvparten er behandling av flere pasienter.

har skjedd reelle endringer i pasientpopulasjonen. I de årene ISF-systemet har eksistert her i landet, har det vært mye oppmerksomhet om denne muligheten, og man har innført systemer for å kontrollere (kryptak) eller estimere (dekomponering av indeks<sup>20</sup>) omfanget av "koderelaterte" endringer i DRG-poeng.

Beregningen av "reell" og "koderelatert" endring har vært vanskeligere siste år enn tidligere. Dette skyldes håndtering av nye prisregler i ISF. Det ene ytterpunktet i beregningsmetode gir en "reell" vekst på 1,9 prosent, mens det andre gir en "reell" vekst på 1,3 prosent.<sup>21</sup> Utvalget vurderer derfor den reelle veksten siste år til å være om lag 1,5 prosent.



Figur 2.2 Vekst i registrerte DRG-poeng fordelt på "reell" og "koderelatert" vekst. 2002-2006. Kilde: Sosial- og helsedirektoratet.

Fra figur 2.2 kan vi se at veksten i pasienttyngde, målt gjennom koderelatert og reell vekst i DRG-indeksen, er redusert fra 2005 til 2006 sammenlignet med 2002-2003 og 2004-2005. Utvalget har merket seg at den koderelaterte veksten er lavere siste år enn tidligere.

## 2.2 Bruk av private kommersielle sykehus

I dette avsnittet beskrives aktiviteten ved private kommersielle sykehus og private avtalespesialister finansiert av det offentlige. Det er derfor ikke nødvendigvis totalaktiviteten ved de private aktørene som inngår her. I tillegg er det ekskludert noen private sykehus som ikke defineres som kommersielle, nærmere bestemt Hjertesenteret og Feiringklinikken.

I bestillerdokumentet for 2006 er det eksplisitt nevnt at "omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses".

Tabell 2.4 viser at helseregionenes bruk av private kommersielle sykehus har vært økende i hele perioden fra 2002 til 2005, mens det for 2006 er en nedgang på nasjonalt nivå. Endringen fra 2005 til 2006 er på -16 prosent. Naturlig faller

<sup>20</sup> Se Petersen (SINTEF Helse rapport STF78 A045803). Utbetalingene gjennom ISF er blant annet justert for anslag på "koderelatert" endring i DRG-poeng.

<sup>21</sup> Det har ikke vært mulig å avklare dette per presist i den tiden som har vært til rådighet ved utarbeidelse av rapport. I tillegg inngår både Oslo Legevakt (ca 2300 DRG-poeng) samt en del poliklinisk aktivitet for første gang i ISF i 2006.

også andelen DRG-poeng ved private kommersielle sykehus når dette måles mot sum DRG-poeng nasjonalt. På nasjonalt nivå følger de regionale helseforetakene departementets krav om redusert bruk av private kommersielle sykehus.

Den aktivitetsnedgangen som nå vises ved private kommersielle sykehus, omfatter mange pasientgrupper, men størst er nedgangen for kneoperasjoner, operasjoner på skulder, arm og underarm og noen øyeoperasjoner.

Tabell 2.4 DRG-poeng og endring i denne, samt andel DRG-poeng for private kommersielle sykehus. 2002-2006. Kilde: Norsk pasientregister.

	2002	2003	2004	2005	2006
Sum DRG-poeng	7 731	22 790	23 208	27 347	22 981
Andel DRG-poeng	0,8 %	2,2 %	2,2 %	2,5 %	2,1 %
Endring fra foregående år	142,2 %	194,8 %	1,8 %	17,8 %	-16,0 %

Aktivitetsnedgangen finner sted ved mange av de private sykehusene, og ved noen av disse er det ikke aktivitet i 2006. For andre er reduksjonen på 60-70 prosent.

Det kan konkluderes med at regionenes bruk av private aktører er vesentlig redusert i 2006 sammenlignet med året før. Omfanget i 2006 er på nivå med omfanget i 2003 og 2004.

## 2.3 Psykisk helsevern

I motsetning til somatisk sektor har vi ikke noe pasientklassifikasjonssystem for psykisk helsevern. Her er det derfor fremdeles antall døgnopphold og antall polikliniske konsultasjoner som danner grunnlaget for en beskrivelse av aktiviteten. For den polikliniske aktiviteten vises oversikt over antall pasienter som har fått behandling i BUP (psykisk helsevern for barn og unge). Vi har også beregnet antall tiltak per pasient i BUP.<sup>22</sup>

Det har vært stor oppmerksomhet knyttet til aktivitetsutviklingen innenfor psykisk helsevern. At aktiviteten på dette området er rammefinansiert mens den delvis er aktivitetsfinansiert innenfor somatisk sektor, har reist spørsmål ved om det kan ha oppstått utilsiktede vridningseffekter mellom sektorene.<sup>23</sup> Opptrappingsplanen for psykisk helsevern har imidlertid hatt klare mål for aktivitetsvekst. Et konkret mål er at psykisk helsevern for barn og unge skal gi et poliklinisk tilbud til minst 5 prosent av befolkningen under 18 år. I 2006 er denne dekningsgraden kommet opp på 4,3 prosent på landsbasis.

<sup>22</sup> Datakvaliteten er dårligere når det gjelder aktivitetsdata fra institusjonene innen psykisk helsevern enn for somatisk sektor foran. Utgangspunktet er pasientdata fra NPR som kvalitetsvurderes av SINTEF Helse. For institusjoner som ikke har levert pasientdata eller hvor leveransen er ufullstendig, benytter SINTEF Helse skjemadata som institusjonene rapporterer til SSB.

<sup>23</sup> Se "Hvordan håndtere konflikterende styringssystem? – En analyse av hvorfor og hvordan felleskostnader fordeles" (Østergren og Meyer) i Resultatevaluering av sykehusreformen, NFR 2007.

Tabell 2.5 Aktivitet psykisk helsevern 2002 – 2006. Kilde: SINTEF Helse og SSB

	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>					
Polikliniske tiltak	349 368	447 217	495 963	561 304	645 238
Tiltak per pasient	12,0	13,6	13,2	13,5	14,0
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>					
Polikliniske konsultasjoner	616 826	699 221	758 979	867 390	930 789
Døgnopphold	41 796	44 739	45 721	46 041	49 980

Tabell 2.6 Årlig aktivitetsvekst psykisk helsevern. Kilde: SINTEF Helse og SSB

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>				
Polikliniske tiltak	28,4 %	12,5 %	11,2 %	15,0 %
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>				
Polikliniske konsultasjoner	15,6 %	6,9 %	14,3 %	7,3 %
Døgnopphold	7,4 %	2,2 %	4,1 %	8,5 %

Hovedtrekkene vi kan lese fra tabellene 2.5 og 2.6 er:

- Det er en kraftig aktivitetsvekst både innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor psykisk helsevern for voksne i hele perioden.
- Veksten siste år er sterkere enn årene før for polikliniske tiltak i BUP og døgnopphold innenfor psykisk helsevern for voksne.
- Det er en økning i antall tiltak per pasient innen psykisk helsevern for barn og unge fra 2005 til 2006.

## 2.4 Rusbehandling

Aktivitetsutviklingen for rusbehandling<sup>24</sup> fra 2005 til 2006 er presentert i tabell 2.7. Det går fram av tabell 2.7 at det har vært en solid vekst i antall polikliniske konsultasjoner fra 2005 til 2006, mens antall innleggelser er på om lag samme nivå.

Tabell 2.7 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2005 og 2006.

	Antall innleggelser, Kilde SSB			Polikliniske konsultasjoner, Kilde RHF		
	2005	2006	Pst endr	2005	2006	Pst endr
Regionene samlet	12 983	13 077	0,7 %	104 153	125 739	20,7 %

<sup>24</sup> Statistisk sentralbyrå har samlet inn statistikk for rusbehandling siden 2004. Det er fortsatt usikkerhet knyttet til datamaterialet. Når det gjelder polikliniske konsultasjoner, er SSB sine data ikke komplette. Et tilleggsmoment er at den polikliniske rusbehandling i flere helseforetak er en del av eller samlokalisert med voksenpsykiatriske poliklinikker og distriktpsykiatriske sentre. Polikliniske konsultasjoner som gjelder rusbehandling, kan av den grunn være inkludert i poliklinikkdataene fra psykiatrien. Vi har derfor valgt å bruke SSB sine tall for innleggelse, mens regionale helseforetak er kilde for polikliniske konsultasjoner.

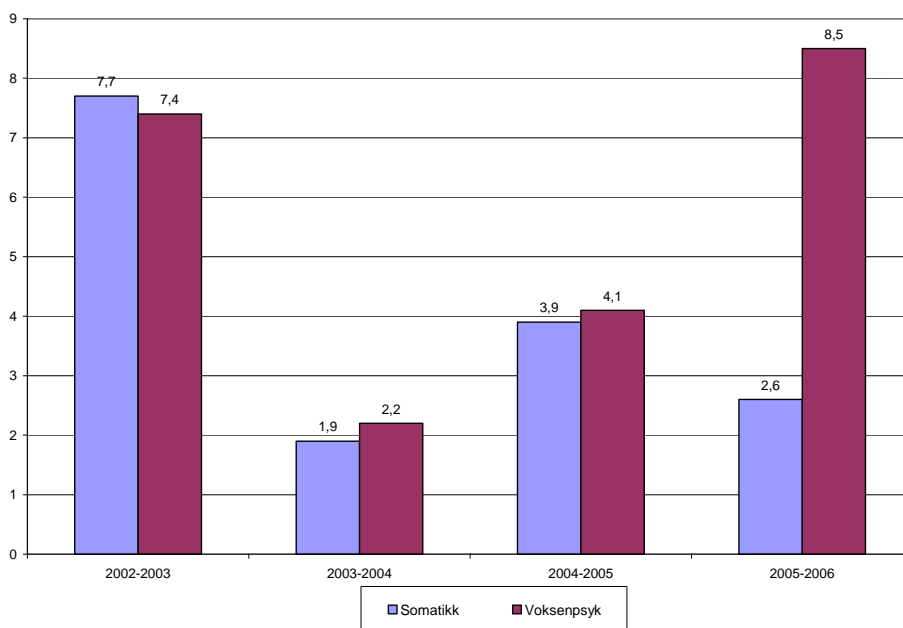
I tabell 2.8 presenteres aktivitetstall for antall personer som gis legemiddelassistert rehabilitering (LAR). LAR er for de fleste en livsvarig behandlingsform. Behandlingstilbudet har blitt mer en doblet fra 2002 til 2006 og per 31. desember 2006 var det 4 166 pasienter som mottok legemiddelassistert rehabilitering.

Tabell 2.8 Antall som gis legemiddelassistert rehabilitering<sup>25</sup> per 31.12 for årene 2002-2006. Kilde: LAR-Øst

	2002	2003	2004	2005	2006
Regionene samlet	1 984	2 431	3 003	3 614	4 166

## 2.5 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling

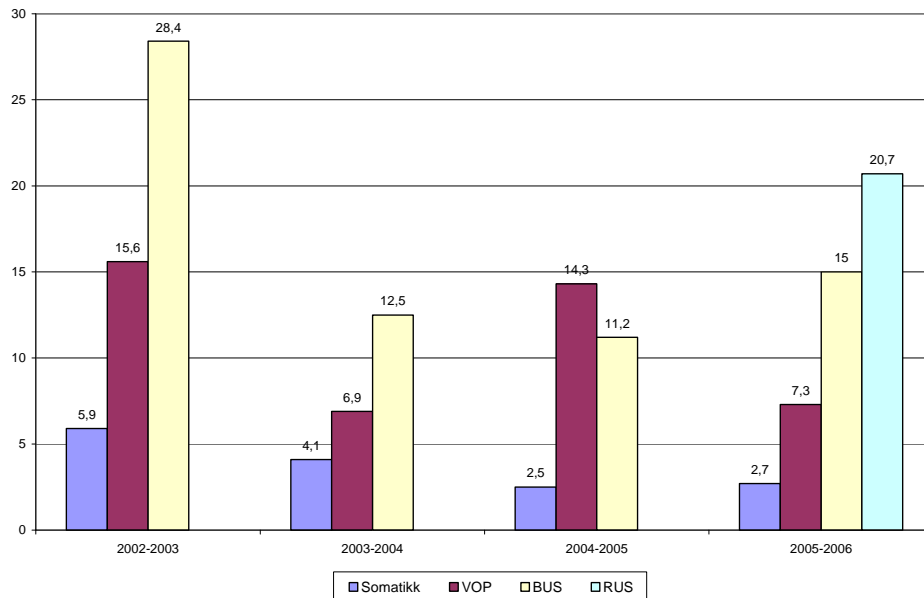
Når det gjelder innlagte pasienter og dagbehandling (ISF aktivitet), ser vi av figur 2.3 at utviklingen er tilnærmet sammenfallende for somatisk sektor og psykisk helsevern for voksne fram til 2005. Siste års utvikling kan tyde på at veksten i psykisk helsevern for voksne nå er sterkere enn i somatisk sektor, noe som er i tråd med styringsdokumentene til de regionale helseforetakene og opptrappingsplanen for psykisk helsevern.



Figur 2.3 Årlig aktivitetsvekst fra 2002 – 2006. Somatisk sektor (DRG poeng) og døgnopphold i psykisk helsevern for voksne. Kilde: Norsk pasientregister, SSB og SINTEF Helse.

<sup>25</sup> Legemiddelassistert rehabilitering er et behandlingstilbud for tungt belastede narkotikamisbrukere. Behandlingstilbudet gis poliklinisk og det forutsetter tverrfaglig oppfølging av pasienten i nært samarbeid med pasientens fastlege og bostedskommune. Som ledd i behandlingstilbudet gis metadon eller andre opiater. Årlig kostnader for medikamenter, basert på en gjennomsnittlig døgndosepris, til en pasient kan anslås til 50 000 kroner.

Den årlige veksten i poliklinisk aktivitet, målt gjennom konsultasjoner og tiltak er vist i figur 2.4. Utvalget pekte i fjorårets rapport på at noe av den kraftige veksten innen psykisk helsevern for barn og unge mest sannsynlig skyldes endringer i registreringspraksis. Tilsvarende forklaring gjelder trolig også for siste år, særlig når det gjelder veksten innenfor poliklinisk aktivitet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.



Figur 2.4 Årlig poliklinisk aktivitetsvekst fra 2002 til 2006. Somatisk sektor, psykisk helsevern og rusbehandling.  
Kilde: Norsk pasientregister, SSB, SINTEF Helse og RHF.

Hovedtrekkene fra figur 2.3 og 2.4 er at det er sterkere aktivitetsvekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innen somatisk sektor i perioden 2002 – 2006.

### 3. Resultat, investeringer, gjeld og egenkapital

I dette kapitlet fokuseres det på de regionale helseforetakenes økonomiske situasjon ved å se nærmere på økonomisk årsresultat, investeringer, gjeld og egenkapital. Følgende hovedresultat presenteres i kapitlet:

- Det er i 2006 et regnskapsmessig underskudd ved de regionale helseforetakene på til sammen 4,3 milliarder kroner. Det akkumulerte underskuddet for perioden 2002 til 2006 er til sammen 17,9 milliarder kroner.
- Det korrigerte årsresultatet for de regionale helseforetakene er i 2006 på til sammen -1,9 milliarder kroner. Eiers korreksjon er i samme år på 2,5 milliarder kroner. Det korrigerte årsresultatet i prosent av samlede inntekter er noe økt i 2006 til -2,4 prosent.
- Investeringsnivået i 2006 er noe høyere enn i 2005. Samlede investeringer er i 2006 på 9,3 milliarder kroner.
- Netto investeringer<sup>26</sup> er også høyere i 2006 enn i 2005. Nivået i 2006 er på 4,1 milliarder kroner mot 2,8 milliarder i 2005.
- I perioden 2002 til 2006 har egenkapitalen til de regionale helseforetakene blitt redusert med 25 prosent. Reduksjonen var størst fra 2005 til 2006 med 9 prosent.
- Samlet langsiktig gjeld i 2006 var 10,2 milliarder kroner.
- De regnskapsførte rentekostnadene økte fra 141 millioner kroner i 2005 til 312 millioner kroner i 2006.

#### 3.1 Økonomisk resultat

Regionale helseforetak følger regnskapsloven. Det har som nevnt i fjorårets rapport fra BUS vært en løpende diskusjon om fastsetting av åpningsbalansen og avskrivningsprinsipper. Dette har medført at det har vært avvik mellom regnskapsmessig årsresultat og eiers resultatkrav. I tillegg ble det også i 2006 korrigert for de regionale helseforetakenes økte pensjonskostnader ved eiers fastsetting av resultatkrav.

Tabell 3.1 viser utviklingen i regnskapsmessig resultat, eiers korreksjon og korrigert resultat i perioden 2002 til 2006. Det fremgår av disse tallene at de regionale helseforetakene samlet fortsatt har meget store problemer med å få balanse i økonomien. Det korrigerte resultatet er i 2006 omtrent på nivå med 2003-2004, etter å ha vært noe bedre i 2005. Målt i forhold til inntektene er resultatet også svakere i 2006 enn i 2005.<sup>27</sup>

<sup>26</sup> Investeringer fratrukket avskrivninger.

<sup>27</sup> Det var i 2006 engangskostnader knyttet til nedskrivning av bygningsmasse og etterbetaling av tidligere års lønnskostnader som kan forklare 400 mill av underskuddet. Utvalget har imidlertid ikke kunnskap om samlet volum på engangskostnader og inntekter i 2006 avviker vesentlig fra tidligere års engangsutgifter- og inntekter. Disse forholdene endrer imidlertid ikke hovedbildet.

Tabell 3.1 Regnskapsmessig årsresultat og korrigert årsresultat fra 2002 til 2006. Millioner kroner.

Kilde: RHF-enes årsregnskap og SINTEF Helse.

	2002	2003	2004	2005	2006	Akk.
Regnskapsmessig årsresultat <sup>28</sup>	-2 811	-3 983	-3 748	-3 020	-4 364	-17 926
Eiers korreksjon <sup>29</sup>	1 985	2 011	1 819	1 647	2 493	9 955
Korrigert resultat	-826	-1 973	-1 929	-1 373	-1 871	-7 972
Korrigert res i % av inntekter <sup>30</sup>	-1,5 %	-3,3 %	-2,9 %	-1,9 %	-2,4 %	-

Utvalget har gjennomført en kartlegging av helseforetakenes HR-/personal- og økonomifunksjoner<sup>31</sup> og skal gjennomføre en undersøkelse av økonomisk styring i helseforetakene<sup>32</sup>. Beregninger utvalget har foretatt viser ingen sammenheng mellom forhold knyttet til budsjettansvar og fullmakter eller antall ledernivå og konsekvenser for helseforetakenes økonomiske resultat.

### 3.2 Investeringer

I dette avsnittet presenteres investeringsvolum og utvikling i perioden 2002-2006. Det presiseres at det er et brudd i tidsserien nå det gjelder kilde.<sup>33</sup> Det er et avvik nasjonalt på 384 millioner kroner i 2005 mellom de to kildene. Veksten fra 2004 til 2005 er derfor lavere enn hva det ser ut for i tabell 3.2 under.

Tabell 3.2 Årlige investeringer fordelt på bygninger, medisinteknisk utstyr (MTU) og andre anleggsmidler. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2006. Kilde: 2002-2004 rapportering fra RHF til Deloitte, 2005-2006 noter i RHF-enes årsregnskap.

	2002	2003	2004	2005	2006	Totalt
Bygninger <sup>34</sup>	1 664	3 629	5 554	5 933	7 066	23 847
MTU <sup>35</sup>	910	868	898	796	1 139	4 611
Andre anleggsmidler	617	1 238	712	1 123	1 110	4 800
Samlet	3 191	5 735	7 164	7 852	9 315	33 258

Vi ser en sterk vekst i investeringene gjennom perioden. Veksten knytter seg i hovedsak til bygninger, og mye av dette er knyttet til byggingen av Nye Ahus og St Olavs hospital. Dette er prosjekter som ble initiert før reformen i 2002.

<sup>28</sup> Regnskapsmessig resultat er årsresultatet slik det fremkommer i de regionale helseforetakenes revisorgodkjente årsregnskap.

<sup>29</sup> Eiers korreksjon ift balanseverdier 1.1.2002, anleggsmidlenes levetider og økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske parametre.

<sup>30</sup> Inntekter er satt lik kostnader + årsresultat. Kilde for kostnadstall er SINTEF Helse og RHF.

<sup>31</sup> Deloitte-rapporten "Helseforetakenes HR-/personal- og økonomifunksjon", april 2007.

<sup>32</sup> Denne vil ferdigstilles innen utgangen av 2007.

<sup>33</sup> For nærmere omtale se del IV om datagrunnlag og kilder.

<sup>34</sup> En stor andel av det som her defineres under "Bygninger" er anlegg under utførelse. I denne størrelsen ligger det også noe MTU og andre anleggsmidler.

<sup>35</sup> I noter til årsregnskapet til Helse Midt-Norge var det en feil i fordelingen mellom MTU og annet utstyr, dette er rettet opp her. Tallene avviker derfor fra tall i Helse Midt-Norges årsmelding.



I tabell 3.3 presenteres tall for netto investeringer, som her er definert som investeringer fratrukket avskrivninger. Det har i perioden 2003 til 2006 vært en økning i realkapital.<sup>36</sup> Det er Helse Øst og Helse Midt-Norge som bidrar til dette som det er vist i kapittel 7.2.

Tabell 3.3 Netto investeringer fordelt på bygninger, medisinteknisk utstyr (MTU) og andre anleggsmidler. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2006. Kilde: 2002-2004 rapportering fra RHF til Deloitte, 2005-2006 noter i RHF-enes årsregnskap.

	2002	2003	2004	2005	2006	Totalt
Bygninger	-1 552	368	2 258	2 615	3 733	7 421
MTU	17	-93	-41	-161	153	-125
Andre anleggsmidler	-41	557	-133	370	253	1 006
Samlet	-1 577	832	2 083	2 825	4 139	8 303

### 3.3 Gjeld og egenkapital

Balansen i regnskapet viser verdien av eiendeler og gjeld, og differansen som utgjør de regionale helseforetakenes egenkapital (EK). Tabellen nedenfor viser utvikling i samlede eiendeler, gjeld og egenkapital for perioden 2002 til 2006.

Tabell 3.4 Utvikling i samlede eiendeler, egenkapital og gjeld (inkl avsetning for forpliktelser) for regionene samlet i perioden 2002 til 2006. Millioner kroner. Løpende priser. Kilde: Årsregnskap Regionale helseforetak.

	2002	2003	2004	2005	2006	2002-2006
Eiendeler	77 334	75 669	79 432	84 720	84 391	9 %
Gjeld <sup>37</sup>	17 667	20 172	27 211	35 565	39 459	123 %
- langsiktig gjeld	889	3 031	5 912	9 019	10 206	1 043 %
- kortsiktig gjeld	11 576	12 383	14 631	16 444	19 329	67 %
Egenkapital (EK)	59 667	55 497	52 221	49 155	44 932	-25 %
Endring fra foregående år (EK)		-7 %	-6 %	-6 %	-9 %	

Tabell 3.4 viser at de regionale helseforetakenes egenkapital er betydelig redusert i perioden. Dette er et resultat av store regnskapsmessige underskudd. I løpende priser er reduksjonen i egenkapital på 14,7 milliarder kroner<sup>38</sup>, noe som betyr at 25 prosent av foretakenes egenkapital er tapt i perioden.

Et negativt årsresultat medfører reduksjon i egenkapital. Dette betyr at selv om de regionale helseforetakene skulle ha innfridd eiers styringsmål med et korrigerert resultat på null, ville dette medført en reduksjon i egenkapital. En betydelig del av reduksjonen i samlet egenkapital i perioden kan derfor sies å være en styrt utvikling fra eiers side.

Reduksjonen i egenkapital har skjedd jevnt over tid, men er noe sterkere fra 2005 til 2006. Reduksjon i egenkapital er svært forskjellig i de fem regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge har hatt en særlig sterk reduksjon fra 2002-2006 (42 %). Dette blir beskrevet nærmere i avsnitt 7.3.

<sup>36</sup> Dette resultatet må tolkes med noe varsomhet da det er brukt ulike kilder i perioden data presenteres for. Avvikene i investeringstall er høyere enn avvikene i avskrivninger.

<sup>37</sup> Inkluderer avsetninger til framtidige forpliktelser i tillegg til lang- og kortsiktig gjeld.

<sup>38</sup> Reduksjonen i egenkapital er lavere enn akkumulert underskudd i perioden. Dette skyldes i stor grad diverse korrigeringer som er ført direkte mot egenkapitalen, i hovedsak endringer i verdsettelse av åpningsbalansen i 2003.

Siste års økning i lang- og kortsiktig gjeld (2005-2006) er på om lag 4 milliarder kroner. Samlet økning i perioden 2002-2006 har fordelt seg jevnt på langsiktig og kortsiktig gjeld. Fra 2005 til 2006 er størstedelen av økningen i form av kortsiktig gjeld. Dette skyldes blant annet en økning i driftskreditt i fire av de fem regionale helseforetakene på til sammen 1,9 mrd kroner.<sup>39</sup> Dette er en indikasjon på redusert likviditet i sektoren.

Økning i gjeld gir fremtidige økte rentekostnader. Rentekostnadene har tidligere vært av beskjedent omfang i sektoren. Tabell 3.5 viser at rentekostnadene for de regionale helseforetakene nå er sterkt økende.

Tabell 3.5 Utvikling i rentekostnader fra 2002 til 2006. Millioner kroner.  
Kilde: RHF-enes årsregnskap.

	2002	2003	2004	2005	2006	Pst endring 2005-2006
Regionene samlet	23	28	54	141	312	121 %

---

<sup>39</sup> Unntaket er Helse Øst.

## 4. Kostnadskomponenter

Dette kapitlet beskriver utviklingen i sentrale kostnadskomponenter i helseforetakene, det vil si lønnskostnader, herunder lønnsnivå og pensjonskostnader, medisiner og medisinsk forbruksmateriell.

- Samlede driftskostnader øker med 5,0 prosent fra 2005 til 2006. Lønnskostnadene øker med 4,0 prosent i samme periode, og kostnader til medisiner og forbruksmateriell øker med 8,1 prosent målt i faste priser.
- Månedsførtjenesten for alle ansatte øker med 5,3 prosent fra 2005 til 2006. Sterkest økning hadde gruppene Annet helsepersonell og Andre personellgrupper med 6,8 prosent.
- For sykepleiere og hjelpepleiere var det en reduksjon i overtidsgodtgjørelse fra 2002 til 2006, mens det for leger var en økning.
- Pensjonskostnadene i de regionale helseforetakene økte med nær 800 millioner kroner fra 2005 til 2006. Denne økningen i pensjonskostnadene er ikke inkludert ved fastsetting av eiers balansekrav.

### 4.1 Fordeling av kostnader

Tabell 4.1 viser utviklingen i samlede driftskostnader i perioden 2002 til 2006. I tillegg er det også presentert utviklingstall for de viktigste kostnadskomponentene. Samlede driftskostnader har økt fra 57 mrd i 2002 til nær 80 mrd i 2006. I denne veksten ligger det også økte kostnader på grunn av nye oppgaver. Lønnskostnadene er den viktigste kostnadskomponenten for de regionale helseforetakene og denne har økt med ca 3,3 mrd kroner fra 2005 til 2006, en prosentvis økning på 7,5 prosent.

Tabell 4.1 Samlede driftskostnader og viktige kostnadskomponenter 2002-2006. Løpende priser. Kilde: SINTEF Helse og RHF.

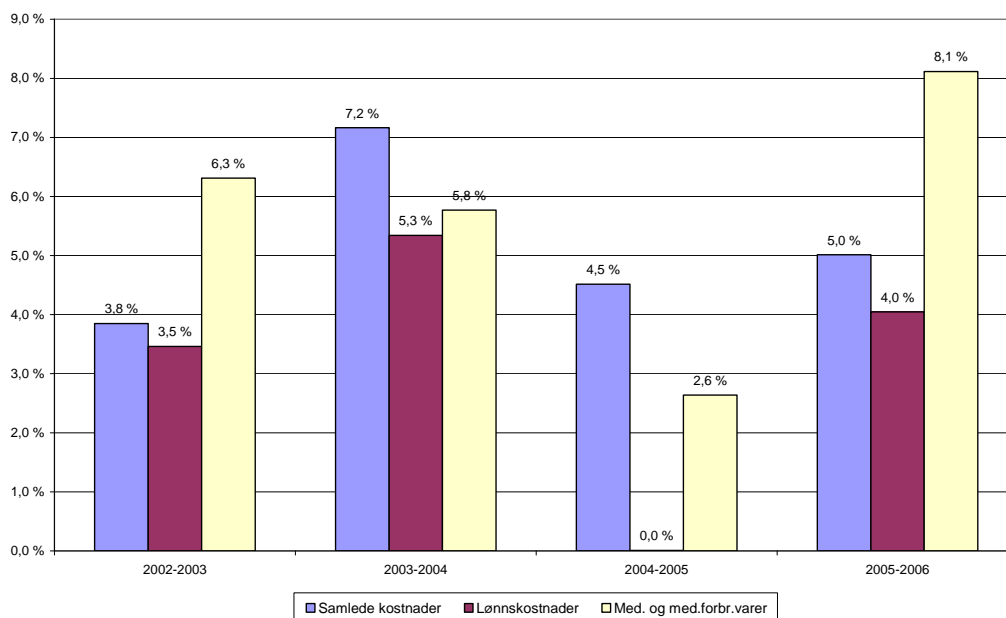
	2002	2003	2004	2005	2006
Samlede kostnader	57 487	63 043	68 844	73 319	79 614
Herav:					
Lønnskostnader	37 909	41 419	44 460	45 309	48 745
Medisiner og med. Forbruksvarer	5 186	5 822	6 275	6 563	7 337
Andre kostnader	9 565	10 866	13 089	16 279	18 044
Rentekostnader <sup>40</sup>	23	29	54	141	312
Avskrivninger <sup>41</sup>	4 803	4 908	4 965	5 028	5 177

Det finnes ikke prisindekser som er så spesifikke at de kan knyttes til de enkelte kostnadskomponentene. For å se på utviklingen i faste priser må det derfor benyttes mer generelle prisindekser. Dette er gjort for samlede driftskostnader, lønnskostnader og medisiner/medisinsk forbruksmateriell i figur 4.1.

I hele perioden 2002 til 2006 har den årlige prosentvise endringen i kostnader knyttet til medisiner og medisinsk forbruksmateriell vært sterkere enn endringen for lønnskostnader. Fra 2005 til 2006 er økningen for medisiner og medisinsk forbruksmateriell på hele 8,1 prosent, når det korrigeres for generell prisvekst.<sup>9</sup> Realveksten for lønnskostnader i samme periode var på 4 prosent.

<sup>40</sup> Kilde: Årsregnskap RHF.

<sup>41</sup> Kilde: Årsregnskap RHF.



Figur 4.1 Prosentvis endring i samlede kostnader, lønnskostnader og medisiner/medisinsk forbruksmateriell i faste priser 2002-2006. Kilde: SINTEF Helse og RHF/HOD.

## 4.2 Utvikling i lønnsnivå

### Datolønnsvekst – alle foretakene

Data om lønnsnivå er hentet inn fra arbeidsgiverforeningen Spekter (tidligere NAVO).<sup>42</sup> Tabell 4.2 viser utvikling i månedsfortjeneste etter type arbeidskraft. Månedsfortjeneste inkluderer avtalt lønn og uregelmessige tillegg. Overtid er ikke inkludert.

Den gjennomsnittlige månedsfortjenesten ved målingen i 2006 var på 31 523 kroner og har økt med 5,3 prosent fra 2005. Med utgangspunkt i månedsfortjenesten kan det anslås at gjennomsnittlig årslønn for ansatte i helseforetakene utgjør 378 000 kroner. Det går fram av tabellen at legene i 2006 har en månedsfortjeneste på 57 305 kroner, noe som er dobbelt så mye som gjennomsnittslønnen for sykepleierne på 28 321. Beregnet årslønn på grunnlag av månedsfortjeneste blir 688 000 kroner for leger mot 340 000 for sykepleiere. Dette er ikke medregnet overtidsgodtgjørelse.

Tabell 4.2 Utvikling i månedsfortjeneste. Løpende priser. Kilde: Spekter.

	2002	2003	2004	2005	2006
Ansatte i alt	26 170	27 628	29 030	29 942	31 523
<i>Etter kategori:</i>					
Leger	45 628	53 842	54 220	55 845	57 305
Sykepleiere	24 861	25 595	26 270	27 334	28 321
Spesialsykepleiere	27 727	29 166	29 742	30 615	31 862
Hjelpepleiere	22 854	23 696	23 949	24 744	25 966
Annet helsepersonell	24 621	24 591	26 599	26 792	28 615
Andre personellgrupper	22 398	22 662	24 603	25 634	27 371

<sup>42</sup> PriceWaterhouseCoopers har på oppdrag fra utvalget analysert datamaterialet fra Spekter.

Tabell 4.3 viser årlig lønnsvekst målt som vekst i månedsfortjeneste (datovekst) for perioden 2002-2006.

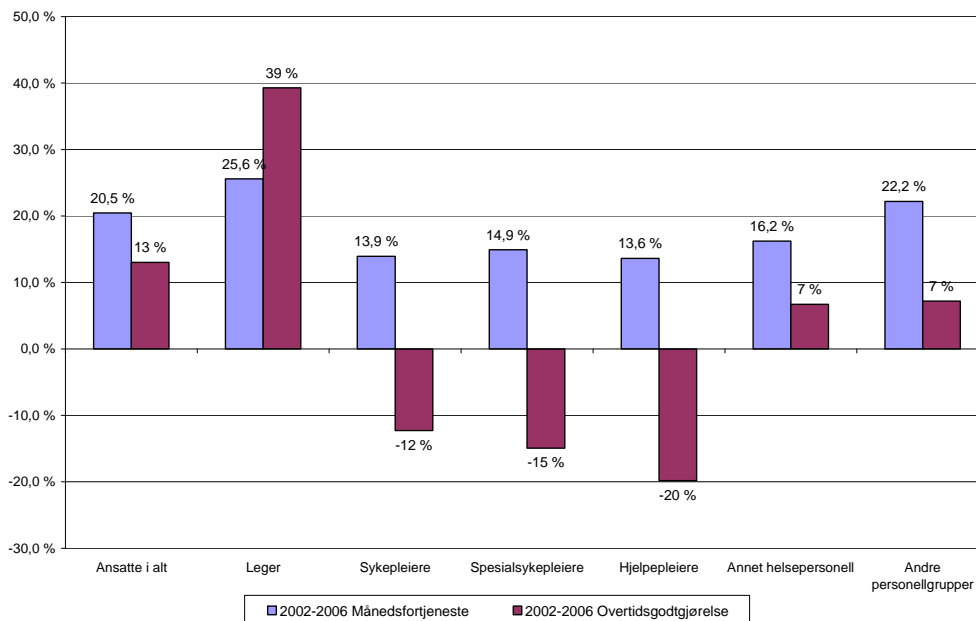
Gruppen "annet helsepersonell" har sammen med gruppen andre personellgrupper høyest lønnsutvikling fra 2005 til 2006. Lønnsveksten for disse gruppene påvirkes av at akademikergrupper ligger inne med lønnsvekst for to år i 2006. Gruppen "annet helsepersonell" utgjør vel 13 000 årsverk der bioingeniører, ambulansesarbeidere, fysioterapeuter, psykologer, miljøterapeuter, radiografer og sosionomer er de antallsmessig største gruppene. Gruppen andre personellgrupper utgjør i 2006-statistikken mer enn 26 000 årsverk. I denne gruppen finner vi de øvrige ansatte i helseforetakene fra ufaglærte til teknisk administrativt personale og ulike spesialpersonell til ledelsen.

Tabell 4.3 Prosentvis vekst i månedsfortjeneste. Kilde Spekter

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2002-2006
Alle ansatte	5,6 %	5,1 %	3,1 %	5,3 %	20,5 %
Leger	18,0 %	0,7 %	3,0 %	2,6 %	25,6 %
Sykepleiere	2,9 %	2,6 %	4,1 %	3,6 %	13,9 %
Spesialsykepleiere	5,2 %	2,0 %	2,9 %	4,1 %	14,9 %
Hjelpepleiere	3,7 %	1,1 %	3,3 %	4,9 %	13,6 %
Annet helsepersonell	-0,1 %	8,2 %	0,7 %	6,8 %	16,2 %
Andre personellgrupper	1,2 %	8,6 %	4,2 %	6,8 %	22,2 %

Dersom vi ser på hele perioden 2002 til 2006 har legene den sterkeste lønnsveksten på 25,6 prosent. Lønnsveksten for legene stammer i hovedsak fra overgangen fra 2002 til 2003.

I figur 4.2 gjengis vekst i månedsfortjeneste og overtidsbetaling samlet for perioden 2002-2006.

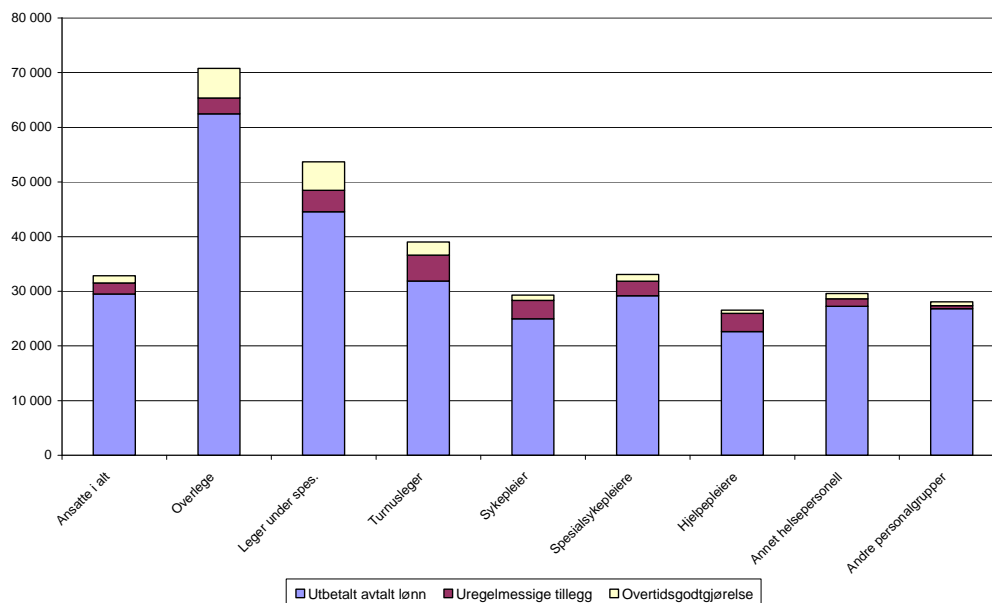


Figur 4.2 Vekst i månedsfortjeneste og overtidsbetaling samlet for perioden 2002-2006. Kilde: Spekter.

Den gjennomsnittlige overtidsbetalingen utgjorde i 2006 1 344 kroner, noe som er 155 kroner mer enn (13 % vekst) i 2002. Merk at data om overtid er hentet ut fra en måned per år. Nivå og veksttakt kan påvirkes av tilfeldige eller sesongvise

forskjeller i bruk av overtid. Legene har hatt størst vekst i overtidsbetalingen fra 2002-2006. Vi ser en reduksjon for sykepleiere til 999 kroner i 2006 og hjelpepleiere til 583 kroner i 2006.

Figur 4.3 viser hvordan månedlig utbetalt lønn fordeler seg mellom avtalt lønn, uregelmessige tillegg og overtidsgodtgjørelse for de ulike personellgruppene. Legegruppen har mest overtidsbruk, mens pleiegruppene har relativt høyere turnusbelastning (uregelmessige tillegg) i forhold til avtalt utbetalt lønn (fastlønn).



Figur 4.3 Utbetalt avtalt lønn, uregelmessige tillegg og overtidsgodtgjørelse for personellgrupper i 2006. Kilde: Spekter.

### Årslønnsvekst

Teknisk beregningsutvalg for inntektsoppgjørene (TBU) har gjort anslag over lønnsvekst (årslønnsvekst) i helseforetakene for perioden 2002 til 2006 (tabell 4.4).

Tabell 4.4 Årlig lønnsvekst perioden 2002 – 2006.  
Kilde TBU-inntektsoppgjørene

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2002-2006
Helseforetakene	7,0	3,0	3,3	3,7	18,1
Gjennomsnitt samfunnet	4,5	3,5	3,3	4,1	16,3

Årslønnsveksten på 3,7 % fra 2005 til 2006 for helseforetakene er lavere enn gjennomsnittet for samfunnet (4,1 %), kommuneansatte (4,1 %) og statsansatte (4,5 %). Samlet i perioden 2002 – 2006 utgjør imidlertid årslønnsveksten i foretakene 18,1 % mot et gjennomsnitt for samfunnet på 16,3 %.

Det er normalt at årslønnsvekst, basert på lønn for hele kalenderåret, er lavere enn datolønnsvekst, som er endring i månedsfortjeneste fra målepunkt til målepunkt. Årslønnsveksten er beregnet til 3,7 % i gjennomsnitt for alle helseforetak fra 2005 - 2006, mens datolønnsveksten utgjør 5,3 %. Ved årslønnsberegning tar man hensyn til tidsperioden med gammel og ny lønnsavtale i løpet av et kalenderår. Når det gjelder forskjellen fra 2005 til 2006 må det også tas hensyn til at tidsperioden mellom beregningene av månedslønn for alle grupper unntatt legene var 16 måneder. Dermed vil veksttallene for månedslønn inkludere noe mer lønnsglidning enn for en 12 måneders periode.

### 4.3 Pensjon

Tabell 4.5 viser utvikling i pensjonskostnader og pensjonspremier i perioden 2002-2006. Pensjonskostnadene utgjør i overkant av 10 % av foretakenes lønnskostnader. Pensjonskostnadene beregnes på grunnlag av historisk avkastning på pensjonsmidler, samt vekst i pensjonsforpliktelser. Pensjonskostnadene vil derfor avvike fra innbetalte pensjonspremier. For helseforetakene betyr dette også at endringer i pensjonskostnader som skyldes justering av historisk avkastning vil gi direkte resultateffekt. Vi ser av tabellen at innbetalt pensjonspremie for alle årene er høyere enn pensjonskostnadene. Differansen utgjør en belastning for helseforetakene som ikke synliggjøres i resultatregnskapet, men som reduserer helseforetakenes likviditet.

Tabell 4.5 Pensjonspremier og pensjonskostnader 2002-2006. Løpende priser.  
Kilde: Regionale helseforetak

	2002	2003	2004	2 005	2006
Pensjonspremier <sup>43</sup>	4 607	4 806	5 328	4 898	5 517
Pensjonskostnader	3 296	3 585	3 869	4 178	4 969
Realvekst kostnader		3,0 %	5,9 %	6,0 %	15,0 %

<sup>43</sup> Pensjonspremien er beregnet ut i fra tall i de regionale helseforetakenes årsregnskap.

## Del III: Regional utvikling

I denne delen av rapporten er fokus rettet mot det regionale nivået, hvor de samme temaer som på nasjonalt nivå gjennomgås.

### 5. Ressursbruk - regionalt

I dette kapitlet sees det nærmere på ressursbruken regionalt. Ressursbruken måles i form av kostnader. På nasjonalt nivå ble det foretatt korreksjon av vekst i kostnader knyttet til nye oppgaver. Dette har det ikke vært mulig å gjøre på regionalt nivå, og dersom "tilskuddet" til nye oppgaver er ulikt fordelt mellom regionene, vil dette påvirke endringstallene.

- De samlede driftskostnadene øker fra 2005 til 2006 med 4,4-5,0 prosent i fire av fem regionale helseforetak. Helse Nord har en økning på 7,3 prosent. Endringene er i faste priser.<sup>44</sup>
- Det er noe ulik utvikling mellom regionene når det gjelder vekst i driftskostnader mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling fra 2005 til 2006. Helse Midt-Norge har en sterkere vekst i psykisk helsevern og rusbehandling enn i somatisk virksomhet. For de andre foretakene er det motsatt.

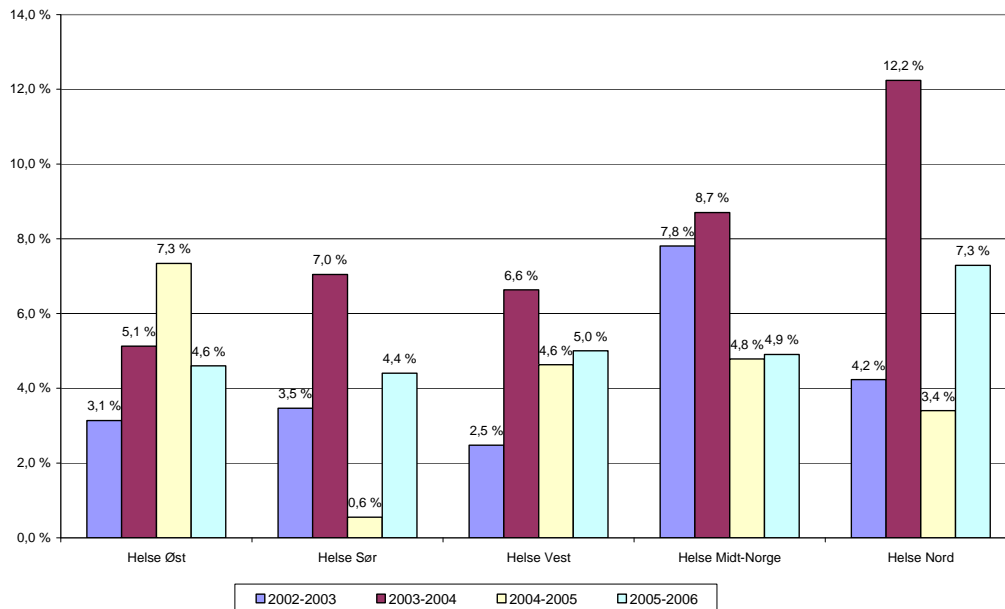
#### 5.1 Ressursbruk

I figur 5.1 presenteres prosentvis endring i samlede driftskostnader (faste priser) for de regionale helseforetakene i perioden 2002 til 2006. I tallgrunnlaget for denne figuren er det ikke korrigeret for nye oppgaver. Endringstallene for perioden 2002 til 2005 er noe endret sammenlignet med tilsvarende figur i fjorårets BUS-rapport. Dette skyldes delvis revidering av den prisindeksen som benyttes<sup>9</sup> og delvis at tallene for 2005 er korrigeret.

Den prosentvise endringen fra 2005 til 2006 er nokså lik mellom regionene, med unntak av Helse Nord som har en noe sterkere realvekst på drøyt 7 prosent. I de andre regionene er kostnadsveksten mellom 4,4 og 5,0 prosent.

<sup>44</sup> Det er i disse endringstallene ikke korrigeret for nye oppgaver.





Figur 5.1 Prosentvis endring i samlede driftskostnader (inkl avskrivninger) for perioden 2002 til 2006.<sup>45</sup> Ikke korrigert for nye oppgaver. Kilde: SINTEF Helse og RHF/HOD.

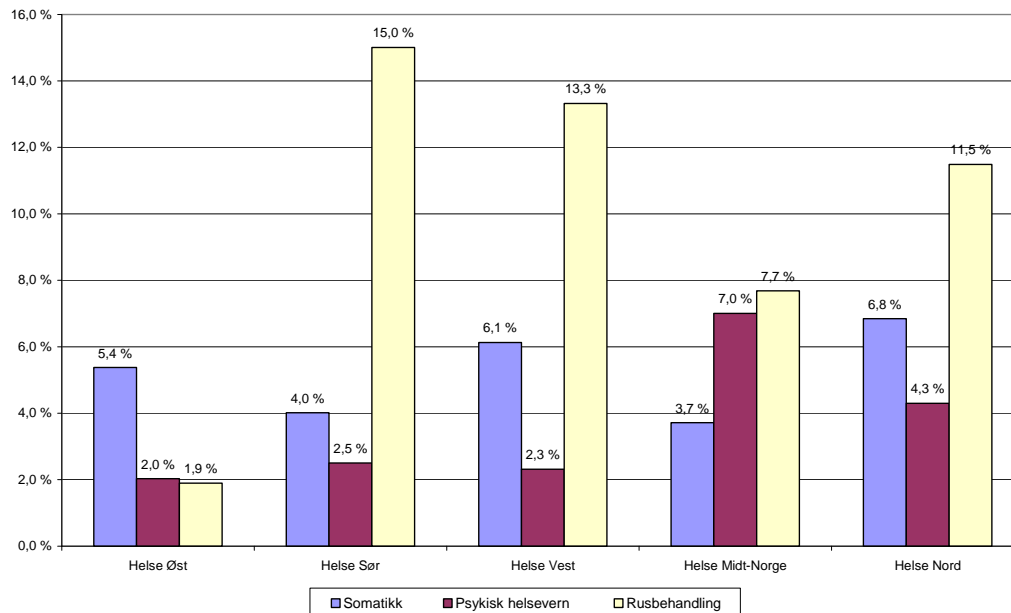
## 5.2 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling

Det ble også for 2006 gitt et klart signal fra sentrale helsemyndigheter om å prioritere tjenestene innenfor psykisk helsevern og rusbehandling framfor somatisk sektor. Dette skulle synliggjøres ved at aktivitetsveksten for disse to førstnevnte sektorene skulle være sterkere enn for somatikken. Det er rimelig å forvente at aktivitetsveksten følges av en vekst i driftskostnader.

I figur 5.2 vises den prosentvise endringen i faste priser fra 2005 til 2006 for disse tre sektorene for hvert regionalt helseforetak. Det er her ikke korrigert for nye oppgaver. Med unntak av Helse Midt-Norge er realveksten sterkere for somatikken enn for psykisk helsevern. Samtidig har fire av fem regionale helseforetak en sterkere realvekst for rusbehandling enn for somatisk virksomhet. Unntaket er for Helse Øst.

<sup>45</sup> En del av veksten i Helse Nord fra 2003 til 2004 skyldes økning av arbeidsgiveravgift fra 5,1 til 14,1 prosent.

I figur 5.2 er det imidlertid ikke korrigeret for nye oppgaver, da dette er vanskelig å fordele beløpsmessig mellom regionene. Anslaget for nye oppgaver i 2006 er så pass stort at det i seg selv kan forklare mer enn avviket i realvekst mellom somatisk sektor og psykisk helsevern, når dette beregnes nasjonalt. Hvordan dette slår ut i veksttallene for hver region er imidlertid ikke mulig å beregne.



Figur 5.2 Prosentvis endring i driftskostnader (ekskl avskrivninger) for somatisk sektor, psykisk helsevern og rusbehandling. Regionale helseforetak. Kilde: SINTEF Helse.

## 6 Aktivitet - regionalt

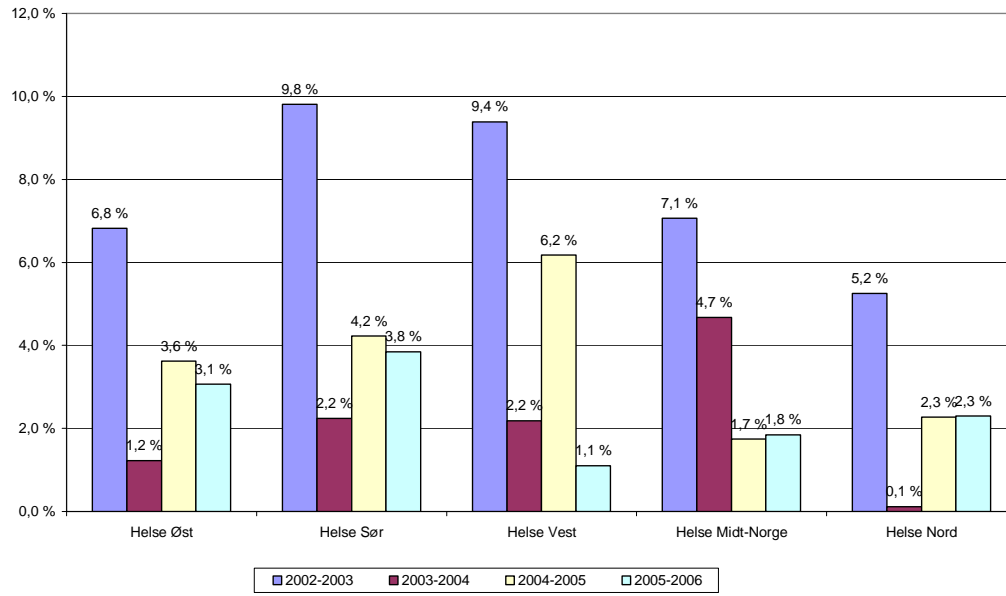
Gjennomgangen av aktivitetsutvikling og aktivitetsnivå tar utgangspunkt i pasientenes bostedsregion. Den delen av aktiviteten hvor det ikke er registrert gyldig bostedskommune er derfor ekskludert i denne gjennomgangen. Kapitlet viser følgende hovedresultat:

- I perioden 2002 – 2006 er det betydelige regionale forskjeller i aktivitetsveksten i sykehus, målt ved DRG-poeng. Samlet vekst i regionene Sør og Vest er dobbelt så høy som i Nord.
- Vekstraten i somatiske døgnopphold er lavere de siste årene (2003 – 2006) enn årene foran (2001 – 2003). Dette gjelder for alle helseregionene.
- Andel dagopphold ved somatiske institusjoner øker i perioden i samtlige regioner.
- Andel DRG-poeng ved private sykehus er gjennomgående lavt i alle helseregioner. Med unntak av Helse Nord går andelen ned i 2006 i forhold til foregående år.
- Dekningsgraden i psykisk helsevern for barn og unge varierer fra 3,5 prosent av befolkningen under 18 år i Helse Vest til 6,0 prosent i Helse Nord.
- For første gang er det tilgjengelig statistikk for aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er klare regionale forskjeller i utviklingen fra 2005 til 2006 både når det gjelder døgnbehandling og poliklinisk behandling innenfor dette fagområdet. Før en har bedre dokumentasjon på at datakvaliteten er tilfredsstillende, er en forsiktig med å tillegge funnene for stor vekt.

### 6.1 Somatisk virksomhet

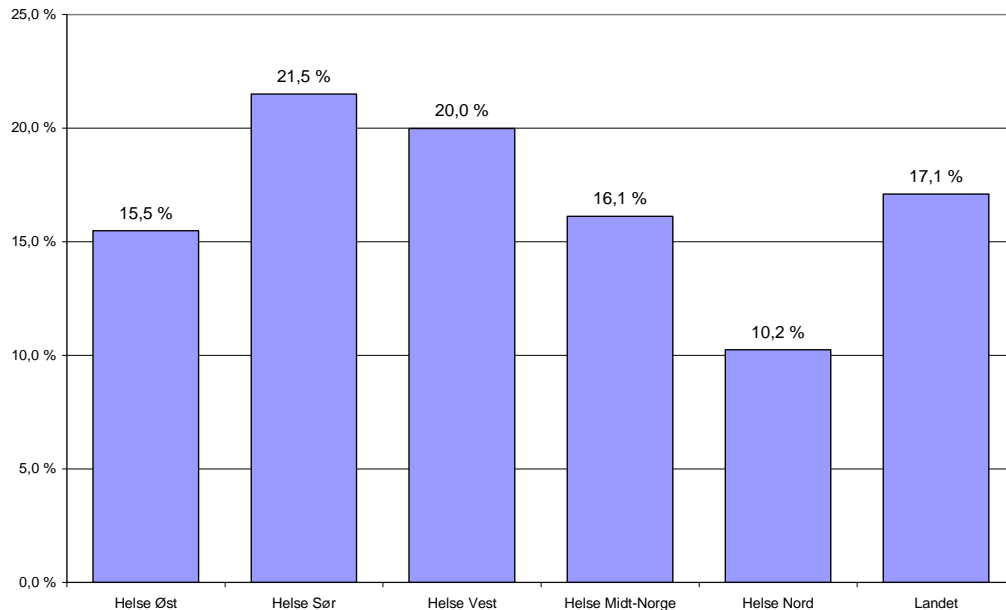
Figurene 6.1 og 6.2 viser utviklingen i antall registrerte DRG-poeng i perioden 2002-2006 etter pasientens bostedsregion. Endringstallene avviker litt fra fjorårets BUS-rapport, noe som skyldes at aktiviteten for private avtalespesialister er inkludert i årets oversikt. Dette påvirker i hovedsak tallene for Helse Øst og Helse Vest.

For alle regioner unntatt Helse Vest er endringen i DRG-poeng siste år omtrent på nivå med endringen i 2004-2005. For Helse Vest er aktivitetsveksten målt i registrerte DRG-poeng vesentlig lavere i 2005-2006. For Helse Øst er endringen siste år påvirket av at Oslo Legevakt ble inkludert i ISF. Korrigert for dette hadde Helse Øst en vekst i registrerte DRG-poeng på 2,5 prosent.



Figur 6.1 Årlig vekst i antall registrerte DRG-poeng i perioden 2002-2006.  
Kilde: Norsk pasientregister.

I figur 6.2 fremgår det at i perioden 2002-2006 har to regioner, Helse Sør og Helse Vest, en høyere aktivitetsvekst målt i registrerte DRG-poeng enn landsgjennomsnittet. Helse Nord har den laveste veksten med drøyt 10 prosent.



Figur 6.2 Samlet vekst i registrerte DRG-poeng fra 2002 til 2006.  
Kilde: Norsk pasientregister

For døgnoppholdene har det vært en markert reduksjon i aktivitetsvekst fra perioden 2001-2003 til perioden 2004-2006. Endringen siste år er imidlertid ikke helt entydig og forstyrres også delvis av endringer i datagrunnlaget, blant annet fordi Oslo kommunale legevakt har blitt inkludert i ISF og påvirker endringstallet for Helse Øst.

Helse Midt-Norge skiller seg ut med en faktisk nedgang i antall døgnopphold. Tatt i betraktning at det er en underliggende vekst i øyeblikkelig hjelp innleggelser, har Helse Midt-Norge en markert nedgang i planlagt innleggelser.

I de siste årene har antall dagopphold økt og disse korttidsoppholdene utgjør en økende andel av de totale sykehusoppholdene. Helse Sør har hatt en stor økning i andelen dagopphold, som følger av en sterk økning i antall dagopphold.

Det har vært en kraftig økning i antall dagopphold for pasientgruppene dialyse, kjemoterapi og rehabilitering. Utviklingen regionalt for rehabilitering er imidlertid forskjellig fra utviklingen for dialyse og kjemoterapi. For kjemoterapi og dialyse (sistnevnte unntatt Helse Midt-Norge og Helse Nord) er det en markert økning for alle regioner. For rehabilitering skiller Helse Sør seg ut med en betydelig vekst, mens de andre regionene har en uendret eller svak økning i dagrehabilitering.

## 6.2 Bruk av private sykehus og avtalespesialister

Tabell 6.1 viser utviklingen i DRG-poeng ved private kommersielle sykehus. Feiringklinikken og Hjertesenteret er ekskludert.

Som nevnt tidligere ble det i bestillerdokumentet for 2006 eksplisitt nevnt at bruken av private kommersielle sykehus skulle begrenses. Tabellen under viser at med unntak av Helse Nord har alle regionene en nedgang i bruk av private kommersielle sykehus målt i antall DRG-poeng fra 2005 til 2006. Helse Nord skiller seg ut ved at de i liten grad har benyttet seg av private sykehus. Selv om forbruket av kommersielle sykehus øker, er nivået fortsatt langt under de andre helseforetakene.

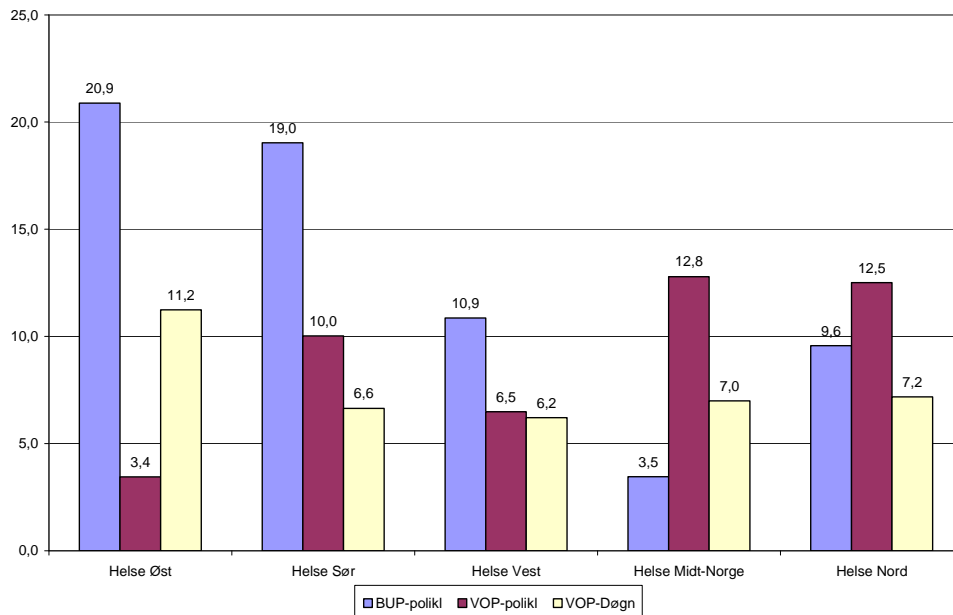
Tabell 6.1 Antall DRG-poeng ved private kommersielle sykehus 2002-2006.  
Kilde: Norsk pasientregister

	2002	2003	2004	2005	2006	2005-2006
Helse Øst	5 599	12 362	10 723	12 445	10 266	-17,5 %
Helse Sør	1 365	5 511	3 290	4 023	3 756	-6,6 %
Helse Vest	272	713	1 544	4 190	3 527	-15,8 %
Helse Midt-Norge	492	4 138	7 290	5 858	4 436	-24,3 %
Helse Nord	4	65	362	831	996	19,9 %
Totalt	7 731	22 790	23 208	27 347	22 981	-16,0 %

Reduksjonen i DRG-poeng ved private sykehus fører også til en reduksjon i andelen DRG-poeng når dette måles mot DRG-poeng totalt i regionene. Unntaket er Helse Nord som har en relativt liten, men økende, andel hos private sykehus.

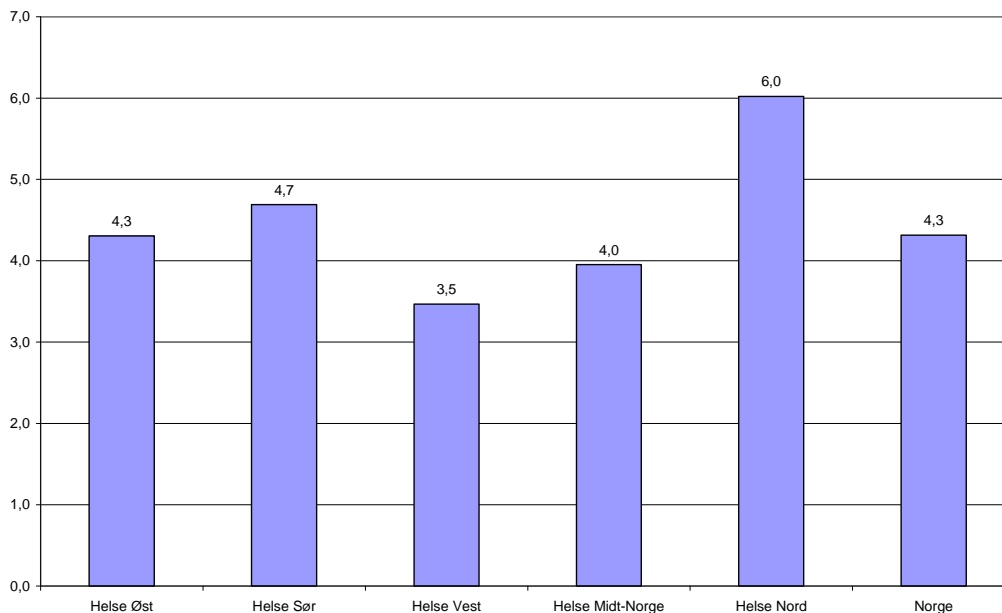
## 6.3 Psykisk helsevern

Figur 6.3 viser den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern i helseregionene. På tilsvarende måte som i utvalgets rapport i fjor viser figuren betydelige variasjoner mellom regionene i veksten i antall polikliniske tiltak innenfor psykisk helsevern for barn og unge.



Figur 6.3 Aktivitetsvekst fra 2005 til 2006 i psykisk helsevern etter region. Prosentvis vekst i antall tiltak i psykisk helsevern for barn og unge, antall polikliniske konsultasjoner og antall døgnopphold (antall innlagte pasienter) i psykisk helsevern for voksne.  
Kilde: SINTEF Helse

Et helsepolitisk mål er at spesialisthelsetjenestens tilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge skal nå minst 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. Som nevnt i kapittel 2 er en i 2006 på nasjonalt nivå kommet opp på en dekningsgrad på 4,3 prosent. I figur 6.4 viser vi denne dekningsgraden i de respektive helseregionene. Utvalget observerer at det er en betydelig forskjell mellom dekningsgraden i Helse Nord med 6,0 prosent og Helse Vest med 3,5 prosent.



Figur 6.4 Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge i prosent av befolkningen 0-17 år etter helseregion, 2006. Kilde: SINTEF Helse.

## 6.4 Rusbehandling

Antall oppholdsdøgn i institusjoner innenfor tverrfaglig spesialistbehandling for rusmisbrukere var i 2006 på samme nivå som året før. Antall oppholdsdøgn i tabell 6.2 inkluderer både offentlig og privat tilbud innen rusomsorgen. Det har vært en økning på 11 prosent i Helse Nord, mens det har vært en reduksjon i antall oppholdsdøgn for innbyggere fra Helse Vest på drøyt 8 prosent. Helse Vest har derimot den sterkeste økningen for polikliniske konsultasjoner på 64 prosent, mens Helse Midt Norge er eneste region med en liten nedgang (4 prosent).

Tabell 6.2 Oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner for rusbehandling. 2005 og 2006. Kilde: SSB og Regionale helseforetak.

	Oppholdsdøgn (kilde SSB)			Polikliniske konsultasjoner (Kilde RHF)		
	2005	2006	Pst endr	2005	2006	Pst endr
Helse Øst	266 249	262 086	-1,6	52 570	59 618	13,4
Helse Sør	110 540	116 766	5,6	28 266	36 226	28,2
Helse Vest	74 338	68 099	-8,4	9 471	15 560	64,3
Helse Midt-N.	62 552	65 853	5,3	10 258	9 831	-4,2
Helse Nord	43 681	48 510	11,0	3 588	4 504	25,5
Totalt	557 360	561 314	0,7	104 153	125 739	20,7

I tabell 6.2 er de regionale helseforetakenes årsmeldinger kilde for informasjon om antall polikliniske konsultasjoner. SSBs tall bygger på elektronisk rapportering og mangler tall fra de behandlingstilbudene som ikke er i stand til å rapportere elektronisk. Det er også pekt på at organisering av tilbudet til rusmisbrukere i ulik grad er organisert sammen med psykiatritilbudet gjennom distriktspsykiatriske sentre og i voksenpsykiatrien. Om et poliklinisk tiltak blir registrert som et tilbud innenfor psykiatri eller rusbehandling kan variere. Utvalget velger å presentere statistikken selv om det fortsatt kan være tvil om tallgrunnlaget og påpeker samtidig at videre arbeid for å bedre statistikkgrunnlaget innen rusomsorgen er nødvendig for å gi bedre dokumentasjon av behandlingstilbud, aktivitet og kostnader over tid.

### *Legemiddelassistert rehabilitering.*

Tabell 6.3 viser at det var 552 flere personer inkludert i legemiddelassistert rehabilitering ved utgangen av 2006 i forhold til 2005. Dette svarer til en 15 prosent økning i behandlingstilbudet. Helse Øst har ansvar for nær halvparten av pasientene innenfor legemiddelassistert rehabilitering. Kompetansesenter for LAR ble etablert i Helse Nord fra 2004 og har etter det stått for den største relative økningen i behandlingstilbudet.

Tabell 6.3 Antall som gis Legemiddelassistert rehabilitering per 31. desember 2002 - 2006. Kilde LAR-Øst

	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	1 106	1 313	1 552	1 746	1 930
Helse Sør	440	495	627	824	979
Helse Vest	285	438	568	686	818
Helse Midt	153	185	164	224	260
Helse Nord			92	134	176
Regionene samlet	1 984	2 431	3 003	3 614	4 166

## 7 Resultat, investeringer, gjeld og egenkapital - regionalt

I dette kapitlet presenteres data for økonomisk resultat, investeringer, gjeld og egenkapital på regionalt nivå.

Kapitlet viser følgende hovedresultater:

- I 2006 har alle de regionale helseforetakene et negativt korrigeret årsresultat. Imidlertid er det korrigerede årsresultatet til Helse Øst nær null med -15 millioner kroner. Det regnskapsførte årsresultatet er vesentlig lavere for alle foretakene.
- Det korrigerede årsresultatet målt i forhold til inntektene utvikler seg noe ulikt mellom foretakene. Helse Øst har ligget på ca 0 i hele perioden 2002 til 2006. Helse Midt-Norge har i hele perioden hatt en negativ utvikling. Helse Sør har en bedre utvikling fra 2004 til 2006, men de to siste regionene har en forverring fra 2005 til 2006.
- Netto investeringer er samlet for perioden 2002 til 2006 særlig høy for Helse Øst og Helse Midt-Norge. Dette er spesielt knyttet til Nye Ahus og St Olavs hospital.
- De regionale helseforetakene har alle en økning i gjeld og reduksjon i egenkapital i perioden 2002 til 2006.
- Helse Midt-Norge har hatt den sterkeste reduksjonen i likviditetsgrad fra 2002 til 2006 med -76 prosentpoeng. Helse Øst har hatt den minste reduksjonen med -26 prosentpoeng.

### 7.1 Økonomisk resultat

De regionale helseforetakene ble også i 2006 styrt etter et korrigeret årsresultat hvor eier korrigerer regnskapsmessig resultat i forhold til balanseverdier 1.1.2002, anleggsmidlenes levetider og særskilt i forhold til 2006 (økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske parametre). Tabell 7.1 viser utviklingen i korrigeret årsresultat i perioden 2002 til 2006.

Det er fortsatt fire av fem regionale helseforetak som har store underskudd i forhold til eiers styringsmål. Tre av disse fire RHF-ene fikk et større underskudd i 2006 enn i 2005, hvilket viser at man heller ikke er på rett vei i forhold til balanse i økonomien. Helse Øst er eneste region som har et positivt akkumulert korrigeret årsresultat. Samlet har de regionale helseforetakene et akkumulert underskudd på nær 8 milliarder kroner i forhold til eiers resultatkrav.

Tabell 7.1 Korrigeret årsresultat per RHF i perioden 2002-2006. Millioner kroner. Løpende priser. Kilde: HOD og RHF-enes årsregnskap.

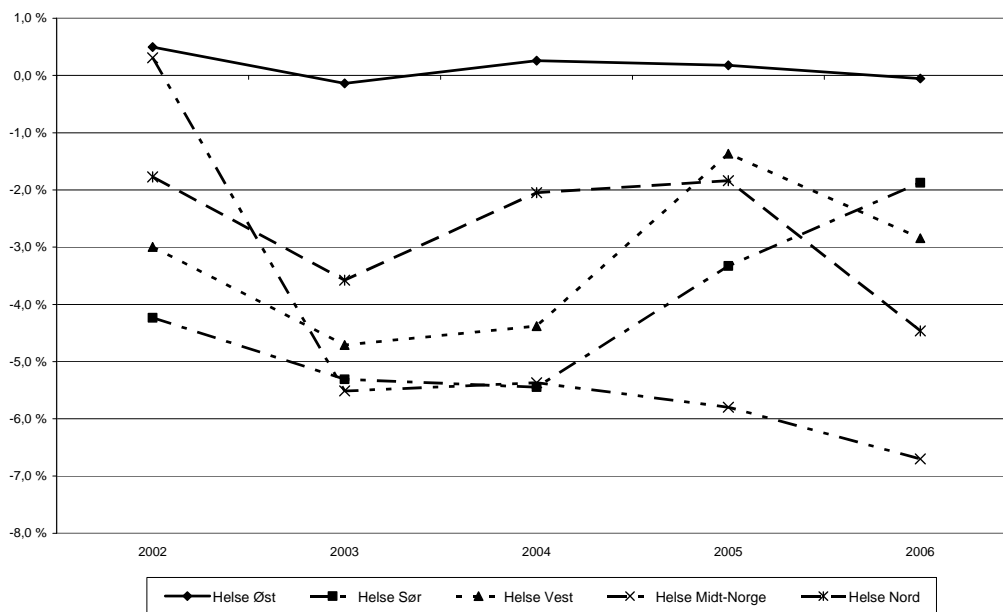
	2002	2003	2004	2005	2006	Akkumulert
Helse Øst	97	-29	59	44	-15	156
Helse Sør	-514	-697	-779	-498	-307	-2795
Helse Vest	-313	-524	-531	-182	-405	-1955
Helse Midt-Norge	24	-461	-498	-572	-711	-2218
Helse Nord	-120	-262	-174	-165	-433	-1154
Regionene samlet	-826	-1973	-1929	-1373	-1871	-7972

Tabell 7.1 viste utviklingen i korrigeret årsresultat for de regionale helseforetakene. Tilsvarende utviklingstall for årsresultatet uten disse korreksjonene ville vist at alle de regionale helseforetakene har negativt



driftsresultat, inklusiv Helse Øst. Akkumulert driftsunderskudd for RHF-ene er som vist i kapittel 3 nær 18 mrd kroner i perioden 2002 til 2006.

De regionale helseforetakene er ulik i størrelse og innbyggertall. For å gjøre underskuddene mer sammenlignbare viser figur 7.1 korrigert årsresultat i prosent av RHF-enes inntekter.<sup>46</sup> Helse Øst har i hele perioden hatt et korrigert årsresultat i nærheten av null, og fremstår derfor avvikende i forhold til de andre helseforetakene. Helse Sør har siden 2004 hatt et stadig bedre korrigert årsresultat når dette måles i forhold til foretakets inntekter. For de tre siste regionale helseforetakene er utviklingen siste år forverret, med et større underskudd også når dette måles i forhold til inntektsgrunnlaget. Utvalget merker seg at Helse Midt-Norge og Helse Nord i 2006 har sitt svakeste resultatet i perioden 2002 til 2006. For Helse Midt-Norge er nivået i 2006 på nesten minus 7 prosent.



Figur 7.1 Korrigert årsresultat i prosent av helseforetakets inntekter. 2002-2006. Kilde: SINTEF Helse og Regionale helseforetak.

## 7.2 Investeringer

I dette avsnittet presenteres investeringsvolum og utvikling i perioden 2002-2006 regionalt. Som nevnt i avnittet om investeringer nasjonalt er det et brudd i tidsserien fra 2004 til 2005. Tallene fra 2002-2004 er derfor ikke direkte sammenlignbare med tallene fra 2005-2006.

<sup>46</sup> Inntektene er beregnet som sum driftskostnader (SINTEF Helse) + korrigert årsresultat.

Tabell 7.2 Investeringer. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2006. Kilde<sup>47</sup>: 2002-2004 rapportering fra RHF til Deloitte, 2005-2006 noter i RHF-enes årsregnskap.

	2002	2003	2004	2005	2006	Totalt
Helse Øst	774	2 008	2 217	2 732	4 104	11 834
Helse Sør	1 016	1 088	1 243	1 298	1 511	6 155
Helse Vest	401	708	915	1 228	1 113	4 365
Helse Midt-Norge	729	1 589	2 408	2 027	1 729	8 482
Helse Nord	271	342	382	569	859	2 422

Investeringsvolumet varierer mellom de regionale helseforetakene. Helse Øst, som også er det største foretaket, har det høyeste investeringsnivået. Helse Midt-Norge har også et høyt investeringsnivå, noe som i stor grad er knyttet til St Olavs Hospital.

Tabell 7.3 Netto investeringer – Investeringer fratrukket avskrivninger. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2006. Kilde<sup>48</sup>: 2002-2004 rapportering fra RHF til Deloitte, 2005-2006 noter i RHF-enes årsregnskap.

	2002	2003	2004	2005	2006	Totalt
Helse Øst	-682	500	729	1 174	2 507	4 227
Helse Sør	-279	-253	-241	-57	117	-712
Helse Vest	-524	-222	-13	273	164	-322
Helse Midt-Norge <sup>49</sup>	230	1 063	1 841	1 446	1 088	5 669
Helse Nord	-323	-255	-233	-12	263	-559

Målt mot regnskapsført kapitalslit er det to regioner, Helse Midt-Norge og Helse Øst, som øker sin realkapital gjennom perioden. Disse to regionene har to store utbyggingsprosjekter, St Olavs Hospital og Nye Ahus. I 2006 har imidlertid alle regionene høyere investeringer enn avskrivninger.<sup>50</sup>

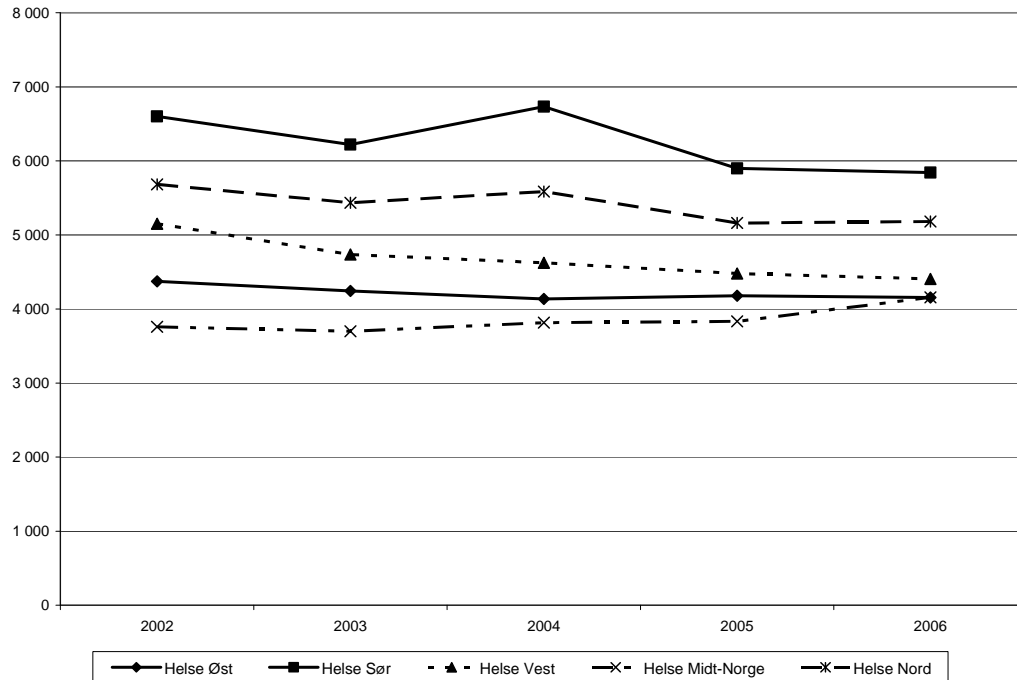
I figurene 7.2-7.4 presenteres nivået på avskrivninger, investeringer i medisinsk teknisk utstyr og investeringer i bygninger relativt til størrelsen på regionen. Regionenes størrelse er her målt i DRG-poeng.

<sup>47</sup> Grunnlaget for tallene 2002-2004 og 2005-2006 er noe ulikt. Fjorårets rapport benyttet tall fra Deloitte for 2005. I denne rapporten benyttes tall fra årsregnskapene til RHF-ene for 2005. Avvikene mellom Deloitte og årsregnskap er for Øst 117, Sør -135, Vest -365, Midt-Norge 0, Nord -0,8

<sup>48</sup> Grunnlaget for tallene 2002-2004 og 2005-2006 er noe ulikt. Avvik mellom tall fra Deloitte og årsregnskap 2005 er: Øst 124, Sør -158, Vest -301, Midt-Norge -6, Nord -11

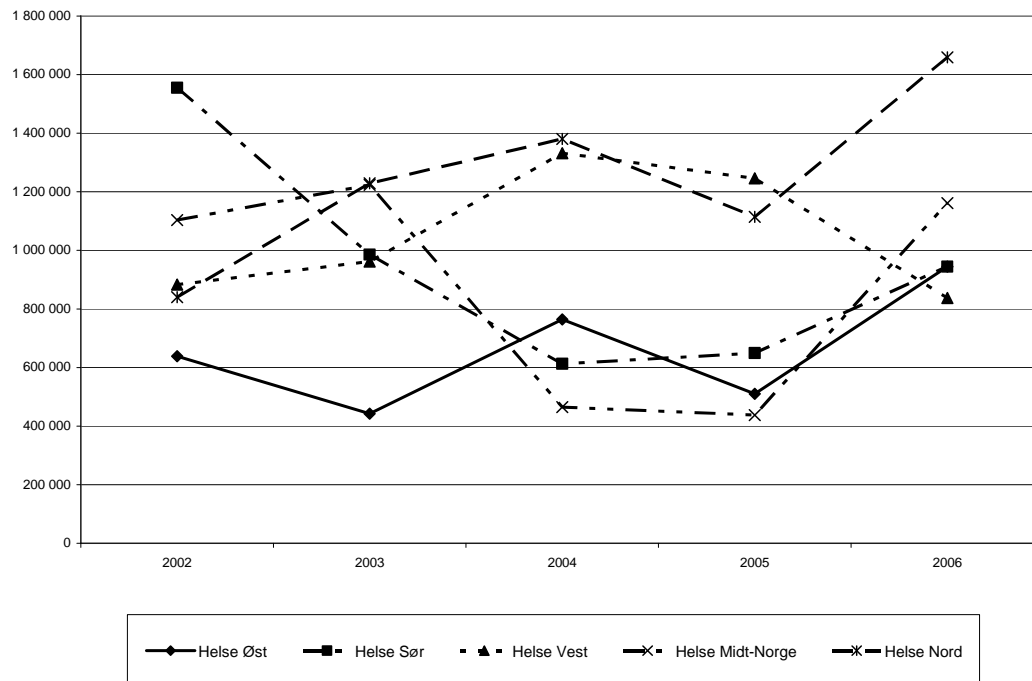
<sup>49</sup> En andel av det som ligger i anlegg under utførelse for Helse Midt-Norge vil ved ferdigstilling overføres NTNU.

<sup>50</sup> Dette resultatet må tolkes med noe varsomhet da det er brukt ulik kilde i perioden data presenteres for. Avvikene i investeringstall er høyere enn avvikene i avskrivninger.

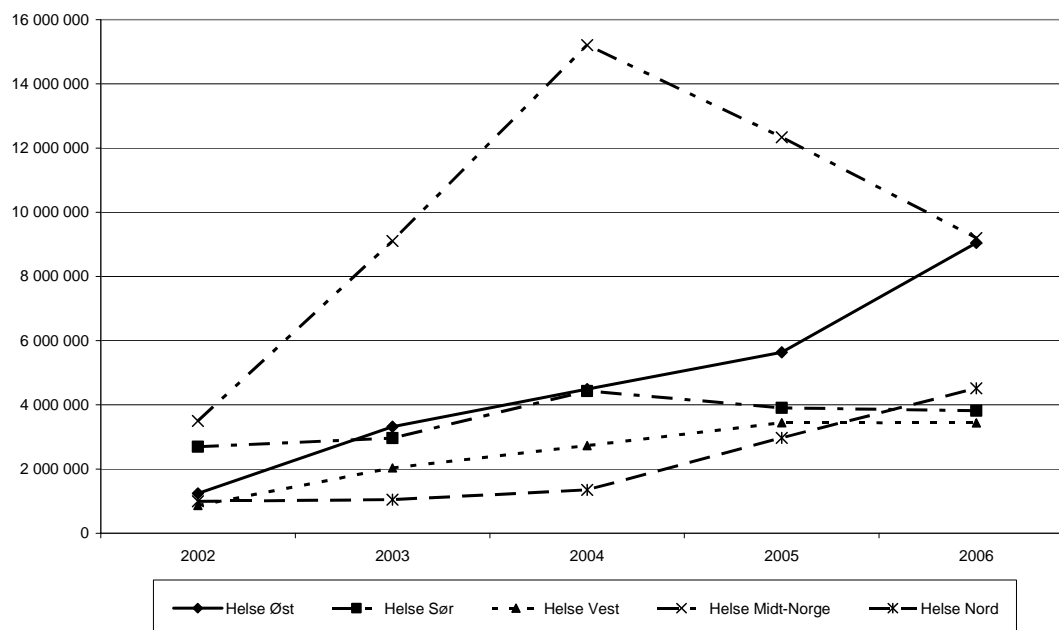


Figur 7.2 Avskrivninger per DRG-poeng 2002-2006. Kroner per DRG-poeng. Kilde: Deloitte (2002-2004), årsregnskap regionale helseforetak (2005-2006) og Norsk pasientregister.

Helse Midt-Norge har den laveste kapitalbruken målt i forhold til DRG-poeng. Samtidig er det slik at mens de øvrige regionene har en avtagende trend når det gjelder kapitalbruk er den for Helse Midt-Norge økende.



Figur 7.3 Investeringer i medisinsk teknisk utstyr. Kroner per DRG-poeng. Kilde: Deloitte (2002-2004), årsregnskap regionale helseforetak (2005-2006) og Norsk pasientregister



Figur 7.4 Investeringer i bygninger kroner per DRG-poeng. 2002-2005. Løpende priser. Kilde: Deloitte (2002-2004), årsregnskap regionale helseforetak (2005-2006) og Norsk pasientregister

Når det gjelder investeringer i bygninger varierer nivået sterkt mellom regionene. Helse Midt-Norge har det desidert høyeste investeringsnivået målt i forhold til DRG-poeng. Mens Helse Øst har den største veksten gjennom perioden. Som nevnt tidligere har disse to regionene to store utbyggingsprosjekter, St Olavs Hospital og Nye Ahus.

### 7.3 Gjeld og egenkapital

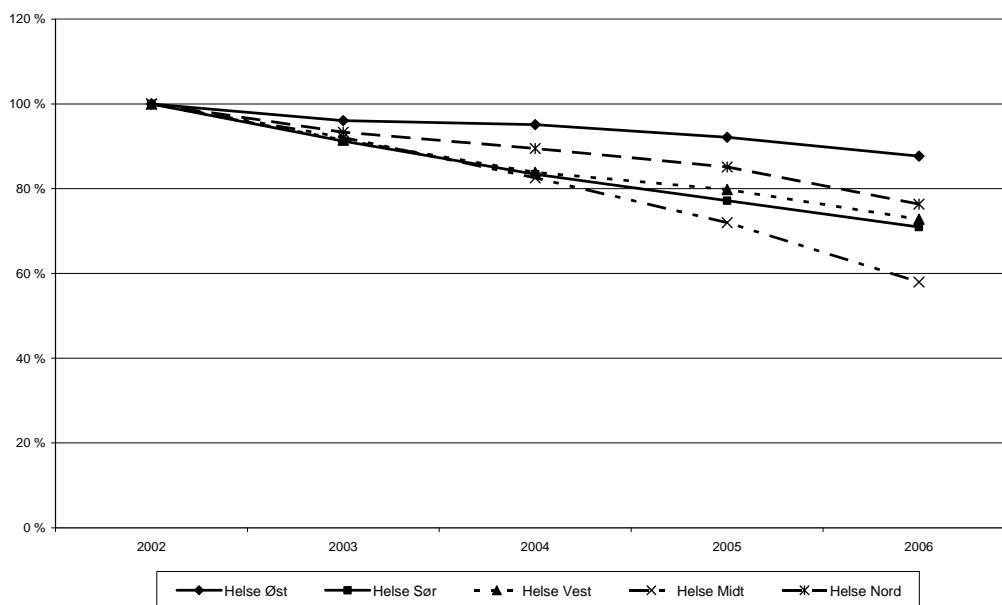
Kapittel 3.3 viste at de regionale helseforetakenes samlede egenkapital har blitt betydelig redusert. I tabell 7.4 vises eiendeler, gjeld og egenkapital for de fem regionale helseforetakene i 2006.

Tabell 7.4 Eiendeler, gjeld og egenkapital for de fem regionale helseforetakene i 2006. Kilde: Årsregnskap regionale helseforetak.

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Eiendeler	25 370	21 000	14 170	13 968	9 883
Gjeld <sup>51</sup>	10 699	8 877	6 099	10 173	3 611
<i>Herav:</i>					
- langsiktig	3 696	2 004	1 611	1 878	1 016
- kortsiktig	4 907	5 784	3 580	3 070	1 989
Egenkapital (EK)	14 671	12 123	8 071	3 795	6 272
Endring fra 2005 (EK)	-5 %	-8 %	-9 %	-19 %	-10 %

<sup>51</sup> Inkluderer avsetninger til forpliktelser (bl.a. investeringstilskudd) i tillegg til lang- og kortsiktig gjeld.

Det fremgår av tabell 7.4 at alle de fem regionale helseforetakene har en reduksjon i egenkapital fra 2005 til 2006. I figur 7.5 vises det at alle de fem regionale helseforetakene har en reduksjon i egenkapitalen i perioden 2002 til 2006. Helse Øst, som i følge tabell 7.1 har innfridd eiers krav til korrigert resultat, har altså likevel fått redusert egenkapitalen. Reduksjonen er størst for Helse Midt-Norge; for hele perioden er egenkapitalen redusert med 42 % og fra 2005 til 2006 med 19 prosent.



Figur 7.5 Utvikling i egenkapital i perioden 2002 til 2006 målt i forhold til nivået i 2002. Kilde: Årsregnskap regionale helseforetak.

#### Nærmere om utvikling i gjeld

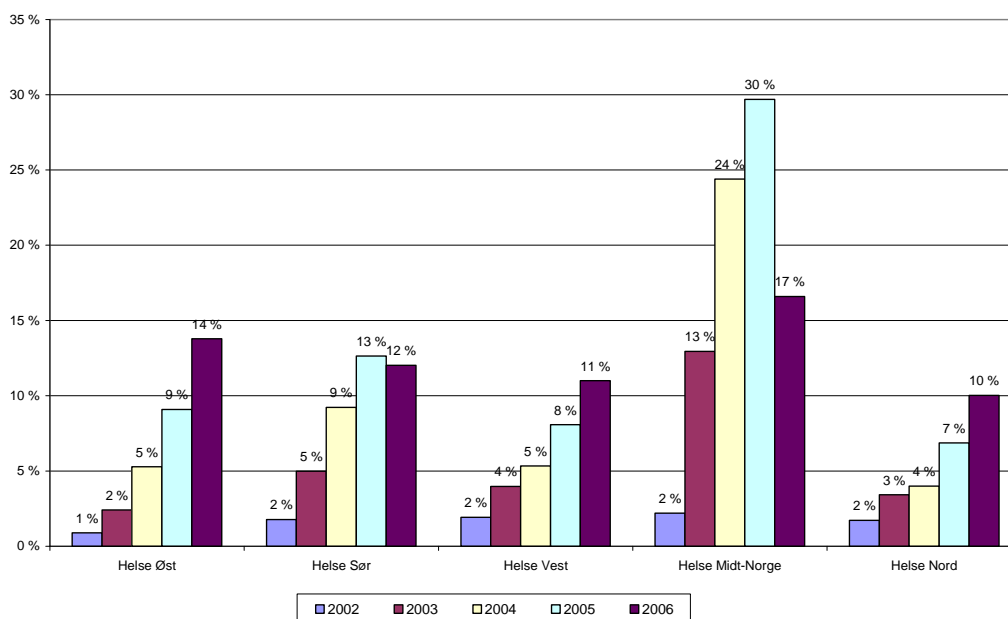
Tabell 7.5 viser utvikling i langsiktig gjeld i henhold til de regionale helseforetakenes årsregnskap. Gjelden har økt for alle regionale helseforetak unntatt Helse Midt-Norge. For Helse Midt-Norge forklares dette med at finansieringen av fase 1 for St. Olavs Hospital ble vedtatt i revidert nasjonalbudsjett i 2005, noe som medførte et investeringstilskudd fra HOD til Helse Midt-Norge på 2,9 milliarder kroner. I den forbindelse ble byggelånet nedbetalt med 1,3 milliarder kroner.<sup>52</sup>

Tabell 7.5 Langsiktig gjeld. Millioner kroner Løpende priser 2002-2006. Kilde: Årsregnskap regionale helseforetak

	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	172	509	1 197	2 251	3 696
Helse Sør	224	690	1 391	1 952	2 004
Helse Vest	207	462	675	1 090	1 611
Helse Midt Norge	171	1 142	2 385	3 099	1 878
Helse Nord	119	260	347	628	1 016
Regionene samlet	893	3 062	5 994	9 019	10 206

<sup>52</sup> Kilde: Årsberetning for Helse Midt-Norge for 2006.

Gjeldsbelastningen til de regionale helseforetakene bør relateres til størrelsen på det regionale helseforetaket. Dette er vist for langsiktig gjeld i figur 7.6. Det er her benyttet driftskostnader som mål på størrelse. Alle de regionale helseforetakene har i perioden 2002 til 2006 hatt en økning i langsiktig gjeld.



Figur 7.6 Langsiktig gjeld i prosent av samlede driftskostnader, 2002 til 2006. Regionale helseforetak.

Kilde: SINTEF Helse og Regionale helseforetak.

I tabell 7.6 vises utviklingen i de regionale helseforetakenes kortsiktige gjeld, herunder driftskreditt. Også for denne kategorien gjeld har det i perioden 2002 til 2006 vært en markert økning, fra 11,5 mrd i 2002 til 19,3 mrd kroner i 2006. Fra 2005 til 2006 skyldes en del av økningen vekst i driftskreditt. Økningen i driftskreditt er særlig markert i Helse Sør (+926) og Helse Midt-Norge (+855). Helse Øst har ikke driftskreditt, verken i 2005 eller 2006.

Tabell 7.6 Kortsiktig gjeld. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2006. Kilde: Årsregnskap regionale helseforetak.

	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	3 578	3 982	4 395	4 533	4 907
Helse Sør	3 010	3 044	3 804	4 494	5 784
Helse Vest	1 913	2 097	2 689	3 220	3 580
Helse Midt	1 825	1 878	2 101	2 449	3 070
Helse Nord	1 250	1 399	1 641	1 727	1 989
Regionene samlet	11 576	12 399	14 631	16 422	19 329

Tabell 7.7 viser utvikling i rentekostnader for de regionale helseforetakene i perioden 2002-2006. Vi ser av tabellen at alle helseforetak så nær som Helse Øst har fått doblet rentekostnadene fra 2005 til 2006. Trenden fortsetter fra tidligere år og er en konsekvens av økt gjeldsbelastning og økende bruk av driftskreditt i de regionale helseforetakene.

Tabell 7.7 Utvikling i rentekostnader fra 2002 til 2006. Millioner kroner. Løpende priser. Kilde: Årsregnskap regionale helseforetak

	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst <sup>53</sup>	4	4	0	5	0
Helse Sør	4	1	11	53	106
Helse Vest	3	2	13	28	63
Helse Midt	7	10	17	35	95
Helse Nord	5	11	13	19	47
Regionene samlet	23	28	54	141	312

#### 7.4 Likviditet

Likviditetsgrad er forholdet mellom omløpsmidler og kortsiktig gjeld. Denne størrelsen sier noe om evnen til å betjene gjeld, da kortsiktig gjeld ofte betjenes ved å frigjøre kapital bundet i omløpsmidler. Tabell 7.8 viser utviklingen i likviditetsgrad fra 2002 til 2006 for de regionale helseforetakene.

Likviditetsgraden er nasjonalt redusert med 46 prosentpoeng fra 2002 til 2006. Alle regionale helseforetak har hatt en reduksjon i perioden sett under ett. Sterkest er nedgangen for Helse Midt-Norge, dernest Helse Nord. Likviditetsgraden for Helse Midt-Norge endres mye enkelte år, noe som for i hvert fall 2005 skyldes utbetaling av investeringstilskudd på 2,9 mrd.

Den utviklingen som fremkommer i tabell 7.8 kan ikke fortsette uten å gi noen av de regionale helseforetakene likviditetsproblemer og behov for økt driftskreditt.

Tabell 7.8 Likviditetsgrad i perioden 2002 til 2006. Kilde: Regionale helseforetak.

	2002	2003	2004	2005	2006	Endring pst.poeng 2002 - 2006
Helse Øst	82 %	69 %	61 %	65 %	56 %	-26 %
Helse Sør	75 %	47 %	41 %	36 %	32 %	-43 %
Helse Vest	76 %	47 %	27 %	33 %	28 %	-48 %
Helse Midt-Norge	105 %	82 %	38 %	119 %	29 %	-76 %
Helse Nord	85 %	70 %	58 %	53 %	34 %	-51 %
Regionene samlet	83 %	62 %	46 %	58 %	37 %	-46 %

<sup>53</sup> De lave rentekostnadene for Helse Øst i siste del av perioden skyldes i følge Helse Øst at rentekostnader for Nye Ahus og en del andre byggeprosjekter aktiveres i balansen.

## 8. Kostnadskomponenter – regionalt

I dette kapitlet presenteres regionale tall for utvikling i sentrale kostnadskomponenter som lønnskostnader, kostnader for medisiner og medisinsk forbruksmateriell, pensjonskostnader og lønnsnivå. Hovedresultatene er:

- Den nominelle veksten i lønnskostnader fra 2005 til 2006 varierer fra 9,3 prosent i Helse Vest til 5,8 prosent i Helse Sør.
- For kostnader til medisiner og medisinsk forbruksmateriell varierer den nominelle veksten fra 15,1 prosent i Helse Vest til 7,9 prosent i Helse Midt-Norge.
- Veksten i pensjonskostnader fra 2005 til 2006 varierer fra 23,2 prosent i Helse Midt-Norge til 15,1 prosent i Helse Øst.
- Helse Midt-Norge har lavest gjennomsnittlig månedsfortjeneste (-422), mens Helse Sør har høyest (+385), når dette måles mot landsgjennomsnittet.

### 8.1 Lønnskostnader og kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer

Itabell 8.1 presenteres utviklingstall for lønnskostnader (i løpende priser) i de regionale helseforetakene fra 2002 til 2006. Den prosentvise økningen fra 2005 til 2006 er størst for Helse Vest med 9,3 prosent og lavest for Helse Sør med 5,8 prosent. Pensjonskostnader inngår som del av lønnskostnadene og bidrar vesentlig til økningen fra 2005 til 2006, jf. 8.2.

Tabell 8.1 Lønnskostnader (inkl pensjon og arbeidsgiveravgift) 2002 til 2006. Løpende priser. Millioner kroner. Kilde: SINTEF Helse.

	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	12 578	13 761	14 715	15 106	16 260
Helse Sør	8 780	9 673	10 397	10 485	11 095
Helse Vest	7 080	7 718	8 205	8 357	9 132
Helse Midt-Norge	5 452	5 737	6 099	6 288	6 774
Helse Nord	4 019	4 530	5 045	5 072	5 484
Regionene samlet	37 909	41 419	44 460	45 309	48 745

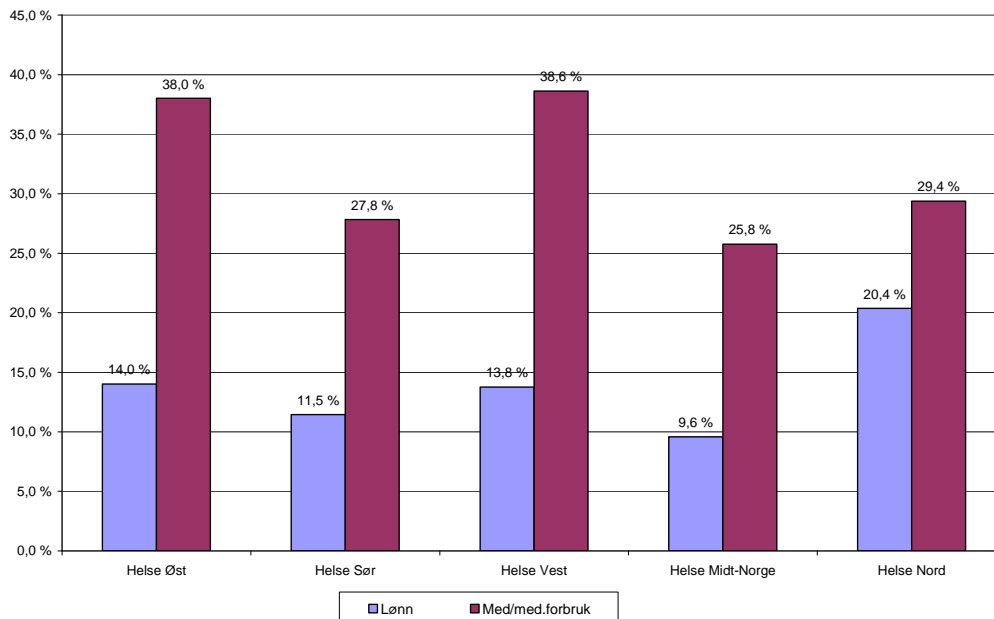
I tabell 8.2 presenteres utviklingstall for kostnader til medisiner og medisinsk forbruksmateriell. Den prosentvise økningen i kostnader til medisiner og medisinsk forbruksmateriell fra 2005 til 2006 er størst for Helse Vest med 15,1 prosent og lavest for Helse Midt-Norge med 7,9 prosent.

Tabell 8.2 Kostnader til medisiner og medisinsk forbruksmateriell 2002 til 2006. Løpende priser. Millioner kroner. Kilde: SINTEF Helse.

	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	1 428	1 619	1 867	1 978	2 235
Helse Sør	1 297	1 478	1 574	1 717	1 880
Helse Vest	872	974	1 109	1 191	1 371
Helse Midt-Norge	735	825	898	971	1 048
Helse Nord	548	628	682	707	804
Regionene samlet	4 880	5 524	6 130	6 563	7 337



I figur 8.1 presenteres prosentvis endring for lønnskostnader og kostnader til medisiner og medisinsk forbruksmateriell korrigert for generell prisstigning.<sup>9</sup> Det har i perioden 2002 til 2006 vært en relativt stor realøkning i kostnader knyttet til medisiner og medisinsk forbruksmateriell, varierende fra 25,8 prosent til 38 prosent. Realendringen i lønnskostnader er vesentlig lavere. Helse Nord har imidlertid en sterkere økning enn de andre regionene, noe som har sammenheng med bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift i 2004.



Figur 8.1 Prosentvis endring i lønnskostnader og medisiner/medisinsk forbruksmateriell 2002 til 2006. Faste priser. Kilde: SINTEF Helse.

## 8.2 Pensjon

I tabell 8.3 vises utviklingen i pensjonskostnader for de regionale helseforetakene, mens det i tabell 8.4 vises prosentvis årlig endring. Det går fram av tabellen at helseforetakenes pensjonskostnader viser en økning fra 2005 til 2006 på ca 800 millioner kroner. Som tidligere påpekt blir økte pensjonskostnader fra 2005 til 2006 ikke inkludert i eiers balansekrav.

Tabell 8.3 Pensjonskostnader regionale helseforetak. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2006. Kilde: Regionale Helseforetak

	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	1 093	1 127	1 176	1 269	1 460
Helse Sør	778	859	905	1 038	1 225
Helse Vest	604	628	692	780	957
Helse Midt Norge	431	576	637	613	755
Helse Nord	390	395	458	479	573
Regionene samlet	3 296	3 585	3 869	4 178	4 969

Tabell 8.4 Prosentvis endring i pensjonskostnader, løpende priser.  
Kilde: Regionale Helseforetak

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Helse Øst	3,2 %	4,3 %	7,8 %	15,1 %
Helse Sør	10,4 %	5,4 %	14,7 %	18,0 %
Helse Vest	3,9 %	10,3 %	12,6 %	22,7 %
Helse Midt Norge	33,7 %	10,6 %	-3,8 %	23,2 %
Helse Nord	1,1 %	16,1 %	4,5 %	19,7 %
Regionene samlet	8,8 %	7,9 %	8,0 %	18,9 %

### 8.3 Lønnsnivå

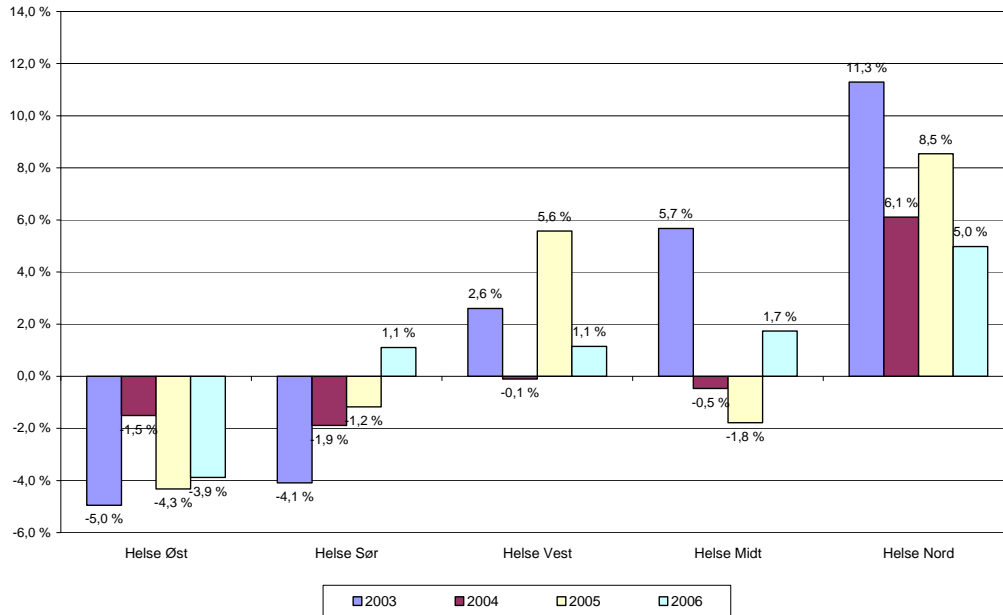
I dette avsnittet ser vi nærmere på variasjon i lønnsnivå mellom helseregionene slik det måles gjennom månedsførtjeneste og for overtid. Forskjell i månedsførtjeneste vil dels reflektere forskjeller i arbeidsmarkedsforhold ("rekruttering"), dels forskjeller i lokal forhandlingsstyrke og dels forskjeller i lokal organisering. En mer spredt vaktordning vil for eksempel kunne gi tillegg som hever månedsførtjenesten, men som også kan innebære forskjeller i arbeidstid. I tillegg påvirkes statistikken ved at arbeidsstyrken er ulikt sammensatt mellom regionene og fra år til år, i forhold til årsverk i ulike stillingsgrupper, erfaring og kompetanse.

Tabell 8.5 Regional variasjon i gjennomsnittlig månedsførtjeneste.  
Kilde: Spekter

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Samlet gjennomsnitt
Månedsførtjeneste i 2006	31 359	31 908	31 548	31 101	31 598	31 523
Avvik fra samlet gjennomsnitt	-164	385	25	-422	75	

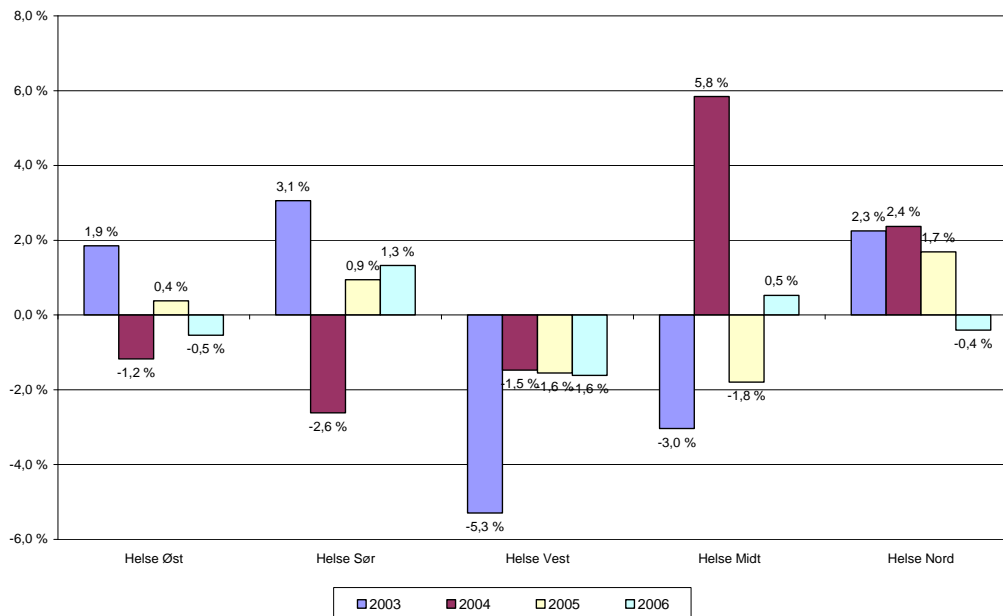
Det går fram av tabellen at det er Helse Sør som har høyest gjennomsnittlig utbetaling per månedsverk. Et månedsverk i Helse Sør koster på gjennomsnittsnivå 385 kroner mer enn gjennomsnittet for alle foretakene samlet. Helse Midt-Norge har de laveste gjennomsnittsutbetalingene per årsverk og betaler 422 kroner mindre enn gjennomsnittet. Variasjoner vil påvirkes av at arbeidsstyrken kan være ulikt sammensatt i de regionale helseforetakene. Hvis det er forskjell i alder, kvalifikasjoner og erfaring kan dette gi et ulikt gjennomsnittlig lønnsnivå, selv om individer med samme alder, kvalifikasjoner og erfaring får likt betalt.

I figur 8.2 vises prosentvis avvik fra gjennomsnittlig utbetalt lønn for leger i perioden 2003- 2006. Variasjonen inkluderer både månedsførtjeneste og overtidsbetaling. Helse Nord har tradisjonelt hatt høye legelønninger av rekrutteringshensyn og figuren viser at Helse Nord ligger på topp i hele perioden. Sammenlignes månedsførtjenesten i Helse Nord med Helse Øst som har lavest månedsførtjeneste utgjør forskjellen 4 600 kroner i 2006. Inkluderes overtid økes variasjonen til 5 500 kroner. Det er interessant å se at det skjer en viss utjevning av lønnsvariasjon over tid. I 2003 var månedsførtjenesten for leger i Helse Nord 5 100 kroner mer enn gjennomsnittet for landet, mens tilsvarende forskjell i 2006 utgjorde 3 000 kroner.



Figur 8.2 Regional variasjon i utbetalt lønn, månedsførtjeneste + overtid for leger i perioden 2003-2006. Kilde: Spekter.

I figur 8.3 vises regional variasjon i utbetalt lønn for sykepleiere. Når det gjelder sykepleiere er det Helse Sør som på gjennomsnittsnivå har høyest utbetalt lønn for sykepleiere i 2006, mens Helse Vest har lavest. Det er imidlertid små variasjoner fra gjennomsnittet. Helse Vest har i perioden fra 2002-2006 hatt lavere utbetalinger til sykepleiere enn gjennomsnittet, mens Helse Nord har så nær som i 2006 hatt høyere utbetalinger enn gjennomsnittet.



Figur 8.3 Regional variasjon i utbetalt lønn, månedsførtjeneste + overtid for sykepleiere. Kilde: Spekter.

For spesialsykepleiere er det i 2006 størst forskjell i månedsfortjeneste mellom Helse Sør og Helse Midt-Norge. Forskjellen utgjør drøyt 909 kroner i månedsfortjeneste og 1 042 kroner når overtidsgodtgjørelsen er inkludert. Helse Midt Norge gjennomførte en opprydding i lønnsstatistikken fra 2003 til 2004. Utviklingen 2003 til 2006 må derfor tolkes med forsiktighet.

## Del IV: Datagrunnlag og kilder

Utvalgets rapport er basert på følgende kilder:

### Ressursbruk:

Beskrivelsene av *ressursbruk* baseres på regnskapsdata fra helseforetakene, bearbeidet og samordnet av Statistisk Sentralbyrå (SSB) og SINTEF Helse (Samdata).

SSB og SINTEF har lagt ned en betydelig innsats på en felles standardisering av regnskapsdata. Det er imidlertid fremdeles noe forskjell på datagrunnlaget fra SSB og SINTEF. Utvalget har av hensyn til sammenlignbare tidsserier også for 2006 valgt å basere analysene på datagrunnlaget fra SINTEF Helse (Samdata).

### Årsverk:

Årsverkstallene er basert på statistikk fra Statistisk sentralbyrå.

### Aktivitet:

Beskrivelsene av aktivitet fra somatisk sektor baseres i hovedsak på data fra Sosial- og helsedirektoratets avdeling Norsk Pasientregister (NPR). NPR presenterer oversikter over opphold (fordelt på type) og registrerte DRG-poeng. Datagrunnlaget er alle pasienter som er behandlet ved norske sykehus uavhengig av nasjonalitet. Utvalgets aktivitetstall vil kunne avvike fra andre presentasjoner på følgende områder:

Statistisk sentralbyrå (SSB) presenterer oversikt over opphold (fordelt på type), men ikke DRG-poeng. SSB utelater imidlertid en del opphold som inngår i NPR sitt grunnlag; (rehabiliteringsinstitusjoner, fødestuer og friske nyfødte). Det vil dermed være forskjeller mellom SSB og NPR sine tall for antall opphold ved norske sykehus. I de senere år har rapporten SAMDATA somatikk i sitt Vedlegg 4 en oversikt over hva som inngår i NPR, SAMDATA og SSB. For 2006 er datagrunnlaget hos NPR, SAMDATA og BUS-rapporten det samme.

Aktiviteten for psykisk helsevern tar dels utgangspunkt i aktivitetsdata fra NPR. Der disse er mangelfulle blir det supplert med skjemadata fra SSB. Denne sammenstillingen og vurderingen av kvalitet og kompletthet gjøres av SINTEF Helse som avgir datagrunnlaget til utvalget.

Aktiviteten for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er basert på skjemadata rapportert til SSB for døgnopphold, de regionale foretakenes årsmeldinger for polikliniske konsultasjoner og kompetansesenteret i Helse Øst for Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Sosial- og helsedirektoratets avdeling for økonomi og analyse presenterer oversikter over utbetalingsgrunnlaget for ISF. Dette vil kunne avvike fra registrerte DRG-poeng hos NPR fordi utenlandske statsborgere o.a. vil holdes utenfor. En ytterligere utfordring ligger i at man i forbindelse med avregningen av oppgjøret for ISF-ordningen fra staten sin side foretar et trekk basert på hva man antar har vært en registreringsbetinget endring i antall DRG-poeng. Dette framstår ikke i offisiell statistikk som en reduksjon i målt aktivitet, men fører til at ikke all aktivitetsvekst danner grunnlag for utbetaling i henhold til ISF-ordningen. Slik utvalget forstår dette er det også den "utbetalte aktivitetsveksten" som danner grunnlag for de styringsmål som presenteres i St prp 1.

Utvalget velger i hovedsak å basere sin vurdering av aktivitetsutviklingen på de tall som presenteres av Norsk Pasientregister (NPR). Utvalget mener videre at det er hensiktsmessig å korrigere antall dag- og døgnopphold for

pasientsammensetning ved hjelp av DRG-systemet. Med "aktivitetsvekst" vil utvalget derfor forstå vekst i antall registrerte DRG-poeng. I tillegg presenterer utvalget også et anslag over aktivitetsvekst korrigert for endring i registreringspraksis som baseres på en omregning av reduksjon i utbetalingsgrunnlaget til DRG-poeng.

#### Resultat, investeringer, egenkapital, gjeld og pensjonskostnader:

Data for resultat, egenkapital, gjeld og pensjonskostnader er hentet fra de regionale helseforetakenes årsregnskap eller årsmeldinger.

Pensjonskostnader framgår i noter til resultatregnskapene fra de regionale helseforetakene. Pensjonspremien er ingen egen post i regnskapet, men er beregnet med utgangspunkt i tall hentet fra kontantstrømoppstillingen.

Investeringsdata er også hentet fra de regionale helseforetakene, men der er data for perioden 2002 til 2004 bearbeidet av Deloitte Consulting i forbindelse med fjorårets rapport til BUS. Investeringsdata for 2005 og 2006 er hentet fra de regionale helseforetakenes årsregnskap. Tallene fra 2002-2004 er derfor ikke direkte sammenlignbare med tallene fra 2005-2006. Det er visse avvik i grunnlaget for disse tallene. Eksempelvis er Helse Vest IKT AS korrigert ut i Deloitte's tall. Nasjonalt er det for 2005 et avvik på 384 millioner kr.

#### Lønnsnivå:

PriceWaterhouseCoopers (PwC) har på oppdrag fra utvalget samlet inn og analysert lønnsdata fra arbeidsgiverforeningen Spekter (tidligere NAVO). Disse danner grunnlaget for utvalgets beskrivelser.

#### Øvrige kilder:

Helse- og omsorgsdepartementet har bl.a. bidratt med informasjon om budsjettendringer.

Deloitte har på vegne av BUS utarbeidet rapporten: "Helseforetakenes HR-/personal og økonomifunksjoner"

SINTEF Helse har på vegne av BUS utarbeidet rapporten: "Kostnadsutviklingen i pasienttransport 2002-2006"