

Årsrapport

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten

Juli 2006

FORORD.....	3
UTVALGETS MANDAT OG SAMMENSETNING	4
DEL I SAMMENDRAG MED VURDERINGER.....	5
Vekst i ressursbruk.....	5
Vekst i aktivitet fra 2004 til 2005.....	5
Endring i økonomisk resultat, investeringer og gjeld	5
Kostnadsdrivere	7
DEL II: NASJONAL UTVIKLING	8
1. RESSURSBRUK.....	8
1.1 Vekst i ressursbruk.....	8
1.2 Årsverk.....	10
1.3 Forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern.....	12
2. AKTIVITET	14
2.1 Somatikk	14
2.1.1 Bruk av private kommersielle sykehus	16
2.2 Psykisk helsevern.....	16
2.3 Forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern.....	17
3. RESULTAT, INVESTERINGER OG GJELD	19
3.1 Økonomisk resultat	19
3.2 Investeringer.....	20
3.3 Gjeld og rentekostnader	22
4. KOSTNADSDRIVERE	23
4.1 Fordeling av kostnader.....	23
4.2 Utvikling i lønnsnivå.....	24
4.3 Pensjon.....	25
DEL III: REGIONAL UTVIKLING	27
5. REGIONAL FORDELING	27
6. RESSURSBRUK - REGION.....	29
6.1 Ressursbruk – vekst.....	29
6.2 Forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern.....	30
7. AKTIVITET - REGIONALT	31
7.1 Somatikk	31
7.2 Psykisk helsevern.....	32
7.3 Bruk av private sykehus.....	33
8. RESULTAT, INVESTERINGER OG GJELD - REGIONALT	34
8.1 Økonomisk resultat	34
8.2 Investeringer	35
8.3 Gjeld og rentekostnader.....	38
9. KOSTNADSDRIVERE – REGIONALT.....	40
9.1 Lønnskostnader og kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer.....	40
9.2 Pensjon.....	41
9.3 Lønnsnivå.....	41
9.4 Likviditet	43
DEL IV: DATAGRUNNLAG OG KILDER.....	44
Ressursbruk:	44
Aktivitet:	44
Investeringer, gjeld og pensjon:.....	44
Lønn:	45
Øvrige kilder:.....	45

Forord

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten leverer med dette sin årsrapport for 2005 til Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten har fokus på ressursinnsats, aktivitet og økonomiske resultater i 2005, samt på utviklingen fra 2002 til 2005. Rapporten er basert på tilgjengelige data - primært fra Statistisk Sentralbyrå, Norsk Pasientregister, SINTEF Helse og regionale helseforetak. Rapporten inneholder både en faktabeskrivelse og en vurdering av aktivitets- og ressursutviklingen, samt den økonomiske utviklingen i spesialisthelsetjenesten.

Oslo 30-06-2006

Jon Magnussen
Leder

Helge Bryne

Marianne Nordby Fålun

Cecilie Mo Batalden

Karl Georg Øhrn

Katarina Østergren

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.*
- *Analysere 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 Jon Magnussen, Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (leder)

Professor Tor Iversen, Universitetet i Oslo (*permisjon 2005-2006*)

Førsteamanuensis Katarina Østergren, Norges Handelshøyskole

Viseadministrerende direktør Helge Bryne, Helse Vest RHF

Økonomidirektør Marianne Nordby Fålun, Akershus Universitetssykehus HF

Avdelingsdirektør Cecilie Mo Batalden, Helse- og omsorgsdepartementet

Rådgiver Karl Georg Øhrn, Finansdepartementet

Utvalgets sekretariat:

Seniorrådgiver Arne-Petter Sanne, Sosial og helsedirektoratet, avdeling for helse- og velferdsøkonomi.

Del I Sammen drag med vurderinger

Vekst i ressursbruk

- Samlet vekst i ressursbruk i faste priser anslås til 3,7 % fra 2004 til 2005. Når det korrigeres for nye oppgaver og tekniske endringer anslås veksten til 3,1 %
- Vekst i somatikken i faste priser anslås til 3,1 %.
- Vekst i psykisk helsevern i faste priser anslås til 5,2 %
- Vekst i rusbehandling¹ anslås til 5,6 %
- Vekst i antall årsverk anslås til 1,5 %

Det er vekst i ressursbruken målt i faste priser. Utvalget har gjort anslag over realvekst i spesialisthelsetjenesten korrigert for overføring av nye ansvarsområder til regionale helseforetak og korrigert for tekniske endringer. Utvalget konkluderer med at det er en reell vekst i ressursbruken i regionale helseforetak fra 2004 til 2005 på 3,1 %. Realveksten i perioden 2002 til 2005 anslås til 7 %.

Veksten i ressursbruk er særlig kraftig innen psykisk helsevern og rusbehandling. Dette viser at regionale helseforetak følger opp pålegg fra styringsdokumentene om en særlig styrking av disse områdene.

Vekst i aktivitet fra 2004 til 2005

- | | |
|--|-----------|
| • Somatikk registrerte DRG-poeng | 3,8 % |
| • Somatikk korrigert for antatt kodeforbedring | 2,9 % |
| • Psykisk helsevern for voksne | 4,1-14,3% |
| • Psykisk helsevern for barn og unge | 11,2 % |

Utvalget konkluderer med at det er en vekst i aktiviteten innen somatikken som er høyere enn de forutsetningene som har ligget i Helse- og omsorgsdepartementets styringsdokumenter til regionale helseforetak. Dette har, med unntak for 2004, vært situasjonen i regionale helseforetak etter statlig overtakelse av eieransvaret i 2002. Utvalget vil også påpeke at det synes å være en sammenheng mellom aktivitetsvekst i somatikken og ISF-andelen. Veksten synker markert fra 2003 til 2004, samtidig som ISF-andelen reduseres fra 60 til 40 %. Den stiger så igjen fra 2004 til 2005, hvor ISF-andelen økes til 60 %.

Utvalget konkluderer videre med at aktivitetsveksten innen psykisk helsevern er sterkere enn aktivitetsveksten innen somatikken. Dette er i tråd med føringer i styringsdokumentene og nasjonale helsepolitiske prioriteringer.

Aktivitetsveksten er sterkere enn veksten i ressursbruk, både når denne måles som kostnader og som årsverk. Dette tolker utvalget som en bedring i ressursutnyttelsen fra 2004 til 2005.

Endring i økonomisk resultat, investeringer og gjeld

- | |
|--|
| • Akkumulert regnskapsmessig underskudd øker med 3 mrd kroner, og er nå på 13 mrd kroner. |
| • Akkumulert underskudd i forhold til eiers styringsmål øker med 1,3 mrd kroner, og er nå på 6.1 mrd kroner. |

¹ I denne rapporten brukes kortformen "rusbehandling" for "tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk".

- Underskudd i prosent av samlede inntekter reduseres fra 2004 til 2005.
- Akkumulert investeringsbeløp fra 2002 til 2005 er 23,5 mrd kroner.
- Årlig investeringsbeløp er mer enn doblet fra 2002 til 2005.
- Veksten i investeringer skjer i hovedsak for bygg; det er en nedgang i investeringer til medisinsk teknisk utstyr.
- Veksten i kapitalbeholdning anslås til 5,7 %.
- Langsiktig gjeld var ved utgangen av 2005 på 9 mrd kroner, hvorav 8,5 mrd er knyttet til investeringslån
- Regionale helseforetak har vedtatte større investeringsprosjekter for den kommende 6-års perioden for samlet 17 mrd kroner. Av dette beløpet planlegges 10 mrd kroner finansiert gjennom låneopptak.
- Det er store regionale variasjoner både mht resultat, investeringsnivå og gjeld.

Utvalget uttrykte i sin årsrapport for 2005 bekymring for den økonomiske situasjonen i spesialisthelsetjenesten. Når regionale helseforetak betraktes samlet står denne bekymringen fremdeles ved lag. Det er særlig fire forhold som skal påpekes:

For det første synes underskuddene å vedvare.

For det andre er investeringsnivået i perioden 2002 til 2005 høyere enn de forutsetningene som ligger til grunn for samlede bevilgninger til regionale helseforetak. Bevilgningsgrunnlaget skal sette regionale helseforetak i stand til å gjenanskaffe om lag 2/3 av realkapitalen. Faktisk investeringsnivå innebærer imidlertid en oppbygging av realkapital.

For det tredje er gjelden økende. Langsiktig gjeld har fra 2002 til 2005 økt fra nær null til 9 mrd kroner, og driftskreditten har økt fra null til nær 2 mrd kroner. Enkelte helseforetak har ikke tilstrekkelig egne midler til å betale løpende utgifter. Samtidig viser gjennomgangen av vedtatte investeringer at man i årene framover tar sikte på en ytterligere økning i samlede lån. Dette skaper utfordringer både i forhold til å betjene avdrag, men også i forhold til økende rentekostnader. Utvalget stiller spørsmål ved om det høye lånenivået er forankret i realistiske vurderinger av framtidig inntektsnivå.

For det fjerde er det fremdeles stor diskrepans mellom regnskapsført resultat og det resultat som eier styrer etter. Utvalget konstaterer at man i det femte året etter at staten overtok ansvaret for helseforetakene fremdeles ikke har klart å nå fram til en avklaring på denne situasjonen.

Bak dette samlede bildet er det regionale variasjoner. Helse Øst har økonomisk balanse ift eiers styringsmål. Selv om Helse Vest og Helse Sør har underskudd i 2005 er deres resultat i tråd med styringskravene. Investeringsstakten er også forskjellig; særlig bidrar prosjektene Nye Ahus og St Olav til det store investeringsvolumet (samlet 6,8) mrd kroner i denne perioden. Både i forhold til underskudd, investeringer og gjeld står derfor de regionale helseforetakene overfor ulike utfordringer.

En samlet vurdering av aktivitet og økonomi viser at det ikke har vært samsvar mellom aktivitets- og investeringsnivå og det samlede ressursmessige grunnlaget. Utvalget stiller spørsmål ved om det samlede volum av vedtatte investeringsprosjekter kan forsvares ut fra de krav som stilles til regionale helseforetak mht økonomisk balanse i driften.

Kostnadsdrivere

- Samlede kostnader drives i hovedsak av økt aktivitetsnivå.

Utvalget har vurdert utvikling i kostnader knyttet til lønn, medisiner og medisinske forbruksvarer samt kapital. Veksten i samlede lønnskostnader er lavere enn vekst i aktivitet. Vekst i lønnsnivå avviker ikke vesentlig fra veksten i samfunnet for øvrig, og synes dermed ikke å kunne forklare vekst i samlede kostnader.

Samtidig er utvalget, på grunnlag av tilgjengelige data, tilbakeholdne med å trekke for sterke konklusjoner på dette området. Det er behov for en mer enhetlig innsamling og kvalitetssikring av lønnsdata, både for å fange opp reell årslønnsvekst, forskjeller mellom grupper, og forholdet mellom lønnsdanning og aktivitet/produktivitet.

Veksten i kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer er vesentlig høyere enn veksten i lønnskostnader. Her er også kostnadsveksten høyere enn aktivitetsveksten, noe som tyder på at helseforetakene har fått reelt høyere utgifter til medisiner og medisinske forbruksvarer i denne perioden.

Det er en kraftig vekst i regionale helseforetak sine rentekostnader, men disse utgjør fremdeles en liten del av de samlede kostnadene.

Utvalget viser for øvrig til omtalen i avsnittet "Vekst i ressursbruk" på side 5, hvor nye oppgaver og tekniske endringer er beregnet til å bidra til en samlet kostnadsvekst på 7,0 % i faste priser fra 2002 til 2005. Det vises også til kap. 1.1.

Del II: Nasjonal utvikling

Denne delen inneholder en beskrivelse av utviklingen på nasjonalt nivå. Beskrivelser og diskusjoner er basert på det datagrunnlaget² og den informasjon som har vært tilgjengelig for utvalget pr. juni 2006. I henhold til utvalgets mandat behandles fire forhold:

- Ressursbruk
- Aktivitet
- Resultat, investeringer og gjeld
- Kostnadsdrivere

1. Ressursbruk

Utvikling i ressursbruk beskrives som utvikling i samlede kostnader og samlet bruk av årsverk. Helseforetakenes bruk av kapital behandles i kapittel 3. Kapittel 1 viser følgende hovedtrekk:

- Samlet ressursbruk i spesialisthelsetjenesten, målt som kostnader, utgjorde i 2005 om lag 73,2 mrd kroner; en økning på 4,1 mrd fra 2004.
- Korrigert for prisstigning var veksten fra 2004 til 2005 3,7 %, av dette kan 0,6 prosentpoeng tilskrives nye oppgaver. Anslått realvekst er 3,1 %.
- Anslått realvekst i perioden 2002-2005 korrigert for nye oppgaver og tekniske endringer er 7,0 %.
- Antall årsverk i spesialisthelsetjenesten var i 2005 92 700, en økning på 1,5 % fra 2004.
- I perioden 2002-2005 har årsverksveksten vært på 8,5 %. Dette er betydelig lavere enn veksten i ressursbruk målt i faste priser.
- Veksten i ressursbruk fra 2004 til 2005 er større innen psykisk helsevern enn innen somatikken. Dette gjelder både når ressursbruken beskrives som kostnader og som årsverk.
- Vekst i ressursbruk fra 2004 til 2005 i rusbehandlingen var på 5,6 %, betydelig høyere enn veksten i somatikk og også høyere enn veksten innen psykisk helsevern.

1.1 Vekst i ressursbruk

Tabell 1.1 viser ressursbruken i løpende priser; samlet og fordelt på oppgave/funksjon. Samlet ressursinnsats i regionale helseforetak var i 2005 på vel 73,2 milliarder kroner. I løpende priser har ressursbruken i regionale helseforetak økt med mer enn 15,5 mrd kroner etter staten tok over eieransvaret. Denne veksten i ressursbruk kan skyldes følgende forhold:

- Reell vekst
- Regionale helseforetak har fått ansvar for nye oppgaver
- Tekniske endringer som endringer i arbeidsgiveravgift

Dersom en stor del av ressursveksten skyldes at regionale helseforetak har fått nye oppgaver, er det ønskelig å korrigere for dette i beskrivelser av vekst. På samme måte bør man korrigere for større tekniske endringer. Samtidig er ikke begrepet "nye oppgaver" entydig. Her legges til grunn en fortolkning hvor nye oppgaver innebærer en overflytting av ansvaret for eksisterende oppgaver til de regionale helseforetakene, med andre ord en ansvarsendring.

² For nærmere omtale av datagrunnlaget henvises til del IV

Tabell 1.1: Ressursbruk målt som samlede driftskostnader inkl avskrivninger. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2005. Kilde: SINTEF Helse, SSB og Regionale helseforetak

	2002	2003	2004	2005
Samlede kostnader	57 487	63 043	68 856	73 260
Somatikk	39 729	44 216	46 511 ³	49 208
Psykisk helsevern	10 080	10 877	11 309	12 208
Rusbehandling	-	-	1 758	1 904
Ambulanse	1 803	2 027	2 294	2 421
Pasienttransport			892	1 365
Annet ⁴	1 072	1 015	1 127	1 127
Avskrivninger	4 803	4 908	4 965	5 027

Tabell 1.2 viser årlig vekst i ressursbruk, både samlet og for hver av de ulike funksjonene. Her er korrigert for prisstigning⁵, men ikke korrigert for nye oppgaver og tekniske endringer.

Tabell 1.2: Vekst i ressursbruk (ikke korrigert for nye oppgaver). Korrigert for definisjonsendring⁶. Faste priser. Kilde: SINTEF Helse og SSB

	2002-2003	2003-2004	2004-2005
Samlede kostnader	3.8 %	7,0 %	3.7 %
Somatikk	5.4 %	3.3 %	3.1 %
Psykisk helsevern	2.2 %	1.4 %	5.2 %
Rusbehandling			5.6 %
Ambulanse	6.5 %	10.4 %	2.9 %
Syketransport			49.1 %
Annet	-10.3 %	8.3 %	-2.5 %
Avskrivninger	-3.2 %	-1.3 %	-1.3 %

Når nye oppgaver primært innebærer en ansvarsendring, er det relativt klart hva kostnaden til oppgaven er fastsatt til, når ressursene overføres. I andre tilfeller er det mer uklart hva de nye oppgavene består i, og det ligger i kortene at tjenesteytingen både kan få en annen organisering og et annet innhold enn tidligere. For å fastsette reell vekst i ressursinnsats, har utvalget gått fram som følger:

Der hvor det finnes oversikt over regnskapsførte kostnader knyttet til nye ansvarsområder og nye oppgaver, er disse kostnadene benyttet. Der hvor det ikke finnes slik oversikt, har utvalget benyttet opplysninger om bevilgninger til nye oppgaver som anslag på ressursbruken knyttet til disse. Tekniske endringer, som endring i arbeidsgiveravgift, er også korrigert for i anslaget over reell vekst i ressursinnsats.

Nye oppgaver i 2003 var i hovedsak knyttet til at regionale helseforetak fikk overført ansvaret for behandlingshjelpemidler og opptreningsinstitusjoner. I 2004 fikk regionale helseforetak overført ansvaret for pasienttransport og rusmisbrukere.

Nedenfor vises tallgrunnlaget for en identifisering av veksten i ressursinnsats til nye oppgaver. Som det framgår, har ansvarsendringene konsekvenser for bevilgningene i flere år etter ansvarsendringen. Dette skyldes gradvise endringer og overgangsordninger. De største endringene er:

³ Fra og med 2004 inngår ikke kostnader til opptreningsinstitusjoner hvor RHF-enes inntektsgrunnlag er kurlpenger fra RTV. Dette utgjør 299 mill kroner i 2004. Alle veksttall er i det videre korrigert for denne definisjonsendringen.

⁴ Summen av personalpolitiske tiltak og "Felles RHF"

⁵ Fra 2003 har man deflatert med indeks for konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen. 2002-2003 = 5.6 %, 2003-2004 = 2.5 % og 2004-2005 = 2.6 %.

⁶ Jfr fotnote 3.

2003 (anslag)

Behandlingshjelpemidler	285 mill
Opptreningsinstitusjoner	160 mill
Norsk Pasientskadeerstatning	90 mill
Samlet	535 mill

2004 (anslag)

Rusbehandling	1758 mill
Syketransport	892 mill
Opptreningsinstitusjoner	200 mill
Utenlandsbehandling og pasientbro	90 mill
Økt arbeidsgiveravgift (teknisk endring)	450 mill
Samlet	3390 mill

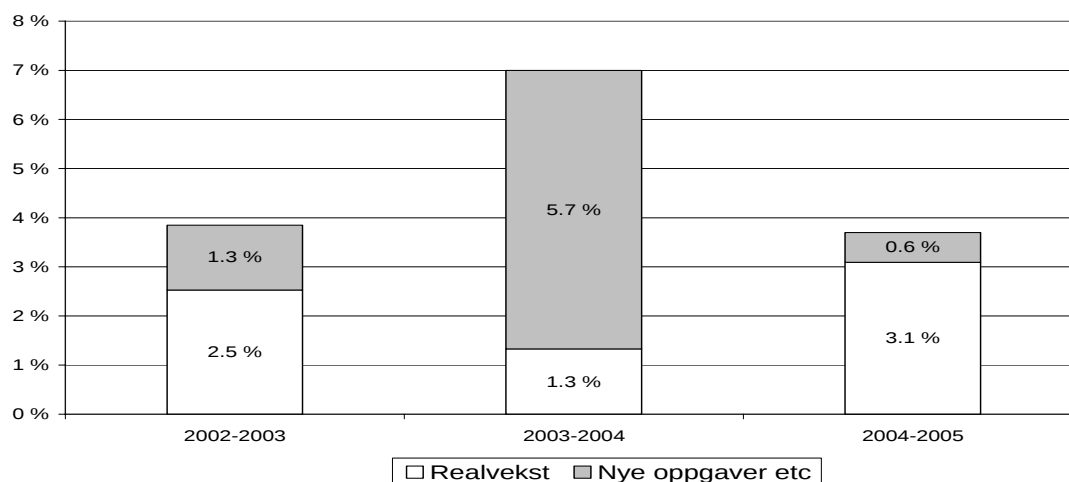
2005 (anslag)

Pasienttransport	430 mill
Samlet	430 mill

Det vil i tillegg til dette også være mindre endringer som ikke er fanget opp. Disse vil imidlertid i mindre grad påvirke de samlede vekstanslagene. Figur 3.1 viser samlet vekst i ressursinnsats, fordelt på vekst som skyldes nye oppgaver og tekniske endringer⁷, samt reell vekst for hvert av årene i perioden 2002-2005. Av figuren framgår det at omfanget av nye oppgaver og tekniske endringer er betydelig fra 2003 til 2004, men av mindre betydning fra 2004 til 2005. Fra 2004 til 2005 anslås det en reell vekst i ressursinnsats på 3,1 %. Veksten knyttet til nye oppgaver m.m. anslås til 0,6 %. Samlet vekst i ressursinnsats anslås til 3,7 pst. fra 2004 til 2005 når man ser regionale helseforetak samlet.

Utvalget understreker at dette er å betrakte som *anslag* på forholdet mellom vekst i ressursbruk knyttet til nye og eksisterende oppgaver. Denne dekomponeringen tyder likevel på at den samlede realveksten i perioden etter 2002 har vært drøye 7 %. Til sammenlikning har befolkningsveksten i samme periode vært knappe 2 %. Også målt per capita kan det dermed konkluderes med at det har vært en reell vekst i ressursbruken i sektoren i perioden fra 2002 til 2005.

Figur 1.1 Realvekst og nye oppgaver.



1.2 Årsverk

Tabell 1.3 viser utvikling i årsverksinnsats. Årsverkstallene omfatter den samlede aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Også årsverksveksten vil dermed dels kunne

⁷ Korrigert for definisjonsendringer, jfr fotnote 3.

forklares av overføring av ansvaret for nye oppgaver til de regionale helseforetakene.

Tabell 1.3: Årsverk perioden 2002-2005. Kilde: SSB

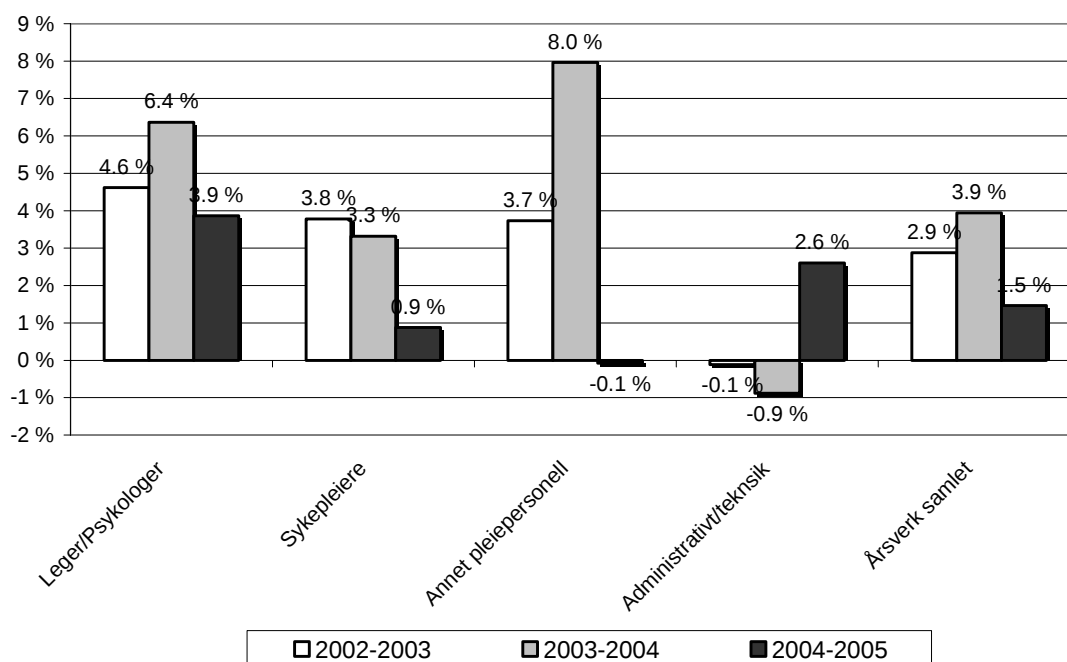
	2002	2003	2004	2005
I alt	85 442	87 897	91 364	92 700
Leger	9 300	9 690	10 189	10 515
Psykologer	2 002	2 134	2 388	2 548
Off godkjente sykepl.	29 019	30 115	31 114	31 387
Hjelpepleiere/barnepleiere	8 225	8 142	7 821	7 513
Annet pasientrettet pers.	14 896	15 842	18 073	18 361
Administrasjon/teknisk	21 999	21 974	21 780	22 347

Beregning av andeler viser at den samlede andelen leger og psykologer har økt fra 13,2 % i 2002 til 14 % i 2005. Også for de andre arbeidskraftskategoriene er det relativt små endringer i andeler i denne perioden. Det kan synes som om hjelpe- og barnepleiere til en viss grad blir erstattet av annet behandlingspersonell, men heller ikke her er endringene dramatiske. Endelig merker vi oss at andelen administrativ/teknisk personell faller fra 25,7 % i 2002 til 24,1 % i 2005.

Selv om andelene ikke endres dramatisk er det allikevel forskjeller i veksttakt mellom de ulike arbeidskraftskategoriene. I figur 1.2 er veksten fordelt på fire hovedgrupper; leger/psykologer, sykepleiere, annet pleiepersonell og administrativ/teknisk personell.

Årsverksveksten for leger og psykologer i perioden 2002 til 2005 er høyere enn samlet årsverksvekst. Mens årsverk i alt har økt med om lag 8 % har psykolog- og legeårsverk økt med henholdsvis 27 og 13 %. Den høye veksten i "annet pleiepersonell" fra 2003 til 2004 skyldes ventelig overføring av ansvaret for rusbehandling.

Figur 1.2: Vekst i årsverksinnsats. 2002-2005.



1.3 Forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern

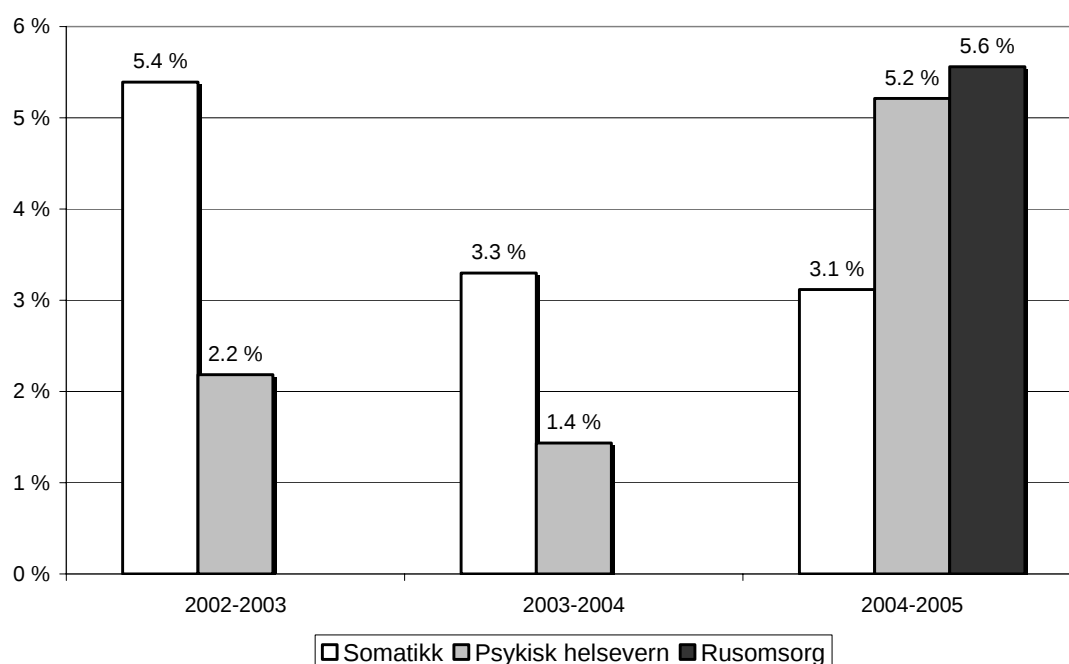
Utvalget skal ifølge sitt mandat særlig se på utvikling i ressursinnsats og aktivitet i forhold til funksjon. Tilgjengelige data gjør det mulig å se på veksten i ressursinnsats innefor somatikk, psykisk helsevern og, fra 2005, rusbehandlingen. Årsverkstall for rusbehandlingen eksisterer ikke så her er vi avgrenset til å se på vekst i ressursinnsats målt i kostnader.

En korrekt beskrivelse av ressursvekst innen somatikk og psykisk helsevern krever at helseforetakenes felleskostnader er fordelt på en ensartet og korrekt måte. Felleskostnadene er betydelige og vil generelt variere mellom 10 og 20 prosent av de samlede kostnadene. Utvalget har fra SINTEF Helse fått en vurdering av utfordringer knyttet til fordeling av felleskostnader⁸. Her konkluderes det som følger:

- Arbeidet med fordeling av felleskostnader blir stadig mer grundig. Det er imidlertid ikke felles regionale føringer for valg av fordelingsprinsipper.
- Det er ikke grunn til å tro at fordeling av felleskostnader bevisst styres for å påvirke det relative nivået mellom sektorer.

På denne bakgrunn velger utvalget å tolke forskjell i vekst i ressursbruk mellom ulike funksjoner som (blant annet) et uttrykk for reelle prioriteringer. De regionale helseforetakene overtok i 2004 ansvaret for rusbehandlingen. Det innebar at deler av kostnadene som for årene fram til 2004 var ført under funksjonene "somatikk" eller "psykisk helsevern" nå ble flyttet til rusbehandlingen. Ansvarsendringen for rusbehandling gjør det vanskeligere å gi en presis vurdering av den faktiske endringen i kostnader til psykisk helsevern mellom 2003 og 2004. I tillegg er det mulig at deler av den veksten som her registreres kan tilbakeføres til nye oppgaver som er tildelt helseforetakene - oppgaver som vil kunne falle inn under overskriften "somatikk" og "psykisk helsevern". Forskjeller i relativ vekst mellom de ulike funksjonene skal derfor tolkes med noe varsomhet.

Figur 1.3: Årlig realvekst kostnader somatikk⁹, psykisk helsevern og rusbehandling. 2002-2005. Kilde:SSB og SINTEF Helse



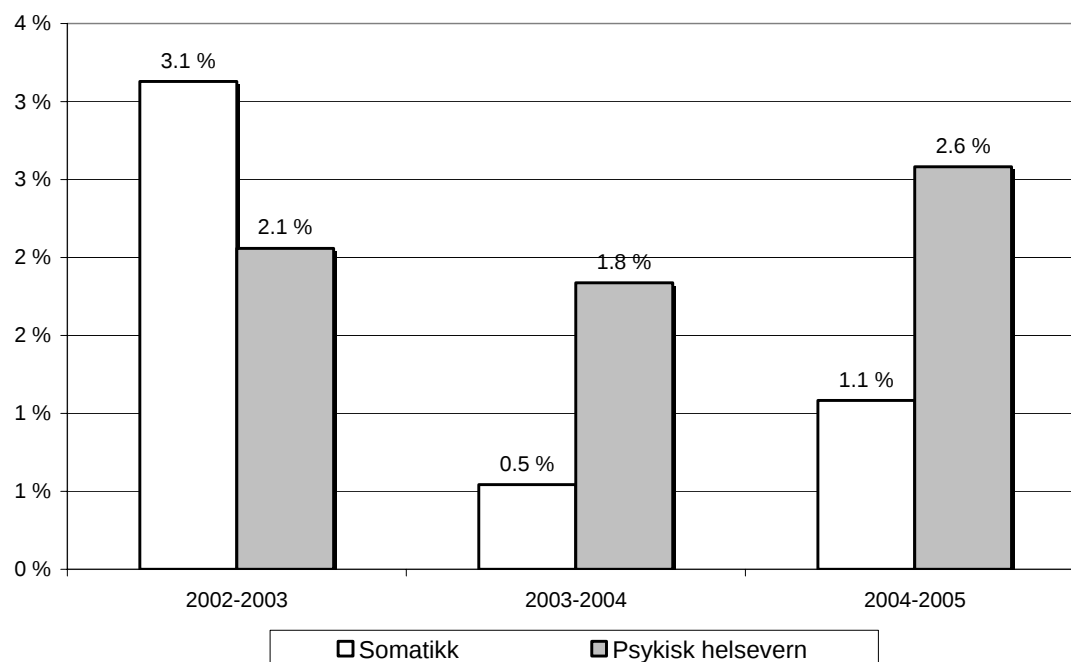
⁸ Anthun K S og Torvik H: Fordeling av felleskostnader i helseforetakene. STF A70 – SINTEF Helse 2006.

⁹ Korrigert for definisjonsendringer, jfr fotnote 3.

Figuren indikerer allikevel at man fra 2004 til 2005 har hatt en betydelig kraftigere vekst i ressursbruken knyttet til psykisk helsevern og rusbehandling enn hva tilfellet har vært innenfor somatikken. Dette bildet bekreftes også dersom man sammenholder årsverksveksten innen de to områdene (figur 1.4). Veksten i antall årsverk var nær 2 ½ gang veksten i årsverk innen somatikken fra 2004 til 2005¹⁰.

Denne utviklingen er i tråd med kravet i bestillerdokumentet for 2005.

Figur 1.4 Årlig vekst årsverk. Somatikk og psykisk helsevern. 2002-2005. Kilde SSB.



¹⁰ Vi har dessverre ikke opplysninger om vekst i antall årsverk innen rusbehandlingen.

2. Aktivitet

Beskrivelsen av aktivitet baseres på data fra Norsk Pasientregister (NPR), SINTEF Helse og Rikstrygdeverket (RTV). Aktivitet beskrives gjennom størrelser som DRG-poeng, opphold og polikliniske konsultasjoner. Kapittel 2 viser følgende hovedtrekk:

- Aktivitetsveksten innen somatikken var fra 2004 til 2005 på om lag 3,8 %. Samlet aktivitetsvekst har siden 2002 vært om lag 14 %.
- Korrigert for antatt kodeforbedring var aktivitetsveksten innen somatikken fra 2004 til 2005 på om lag 2,9 %. Samlet "kodekorrigert" vekst har siden 2002 vært om lag 9 %.
- Aktivitetsveksten innen somatikken har fra 2004 til 2005 vært sterkere enn forutsatt i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene.
- Private kommersielle sykehus sin andel av samlet aktivitet var i 2005 på 2,5 %. Denne aktiviteten utgjør dermed en marginal del av den samlede aktiviteten innen somatikken.
- Aktivitetsveksten fra 2004 til 2005 innen psykisk helsevern kan ikke presenteres gjennom et enkelt mål, men varierer fra 4,1 % for døgnopphold innen psykisk helsevern for voksne til 11,2 % i antall polikliniske tiltak innen barne- og ungdomspsykiatrien.
- Aktivitetsveksten er sterkere innen psykisk helsevern enn den er innen somatikken.

2.1 Somatikk

Aktivitet i somatikken måles etter å ha korrigert for forskjeller i pasientsammensetning ved hjelp av diagnoserelaterte grupper (DRG). Tabell 2.1 viser samlet aktivitet målt som registrerte DRG-poeng, men også som samlet antall sykehusopphold fordelt på dag- og døgnopphold. I tillegg vises utvikling i antall polikliniske konsultasjoner. Tabell 2.2 viser årlige veksttall for de samme størrelsene.

Tabell 2.1: Aktivitet somatikk 2002-2005. Kilde: Norsk Pasientregister

	2002	2003	2004	2005
Registrerte DRG-poeng	944 694	1 014 864	1 037 019	1 076 690
Opphold	1 138 591	1 246 666	1 300 920	1 359 280
Døgnopphold	780 198	825 441	838 442	851 008
Dagopphold	358 393	421 225	462 478	508 272
Polikliniske konsultasjoner	3 060 055	3 240 745	3 374 388	3 458 478

Tabell 2.2: Årlig aktivitetsvekst somatikk offentlige og private ideelle sykehus. Kilde: Norsk Pasientregister

	2002-2003	2003-2004	2004-2005
Registrerte DRG-poeng	7,4 %	2,2 %	3,8 %
Sum opphold	9,5 %	4,4 %	4,5 %
Døgnopphold	5,8 %	1,6 %	1,5 %
Dagopphold	17,5 %	9,8 %	9,9 %
Polikliniske konsultasjoner	5,9 %	4,1 %	2,5 %

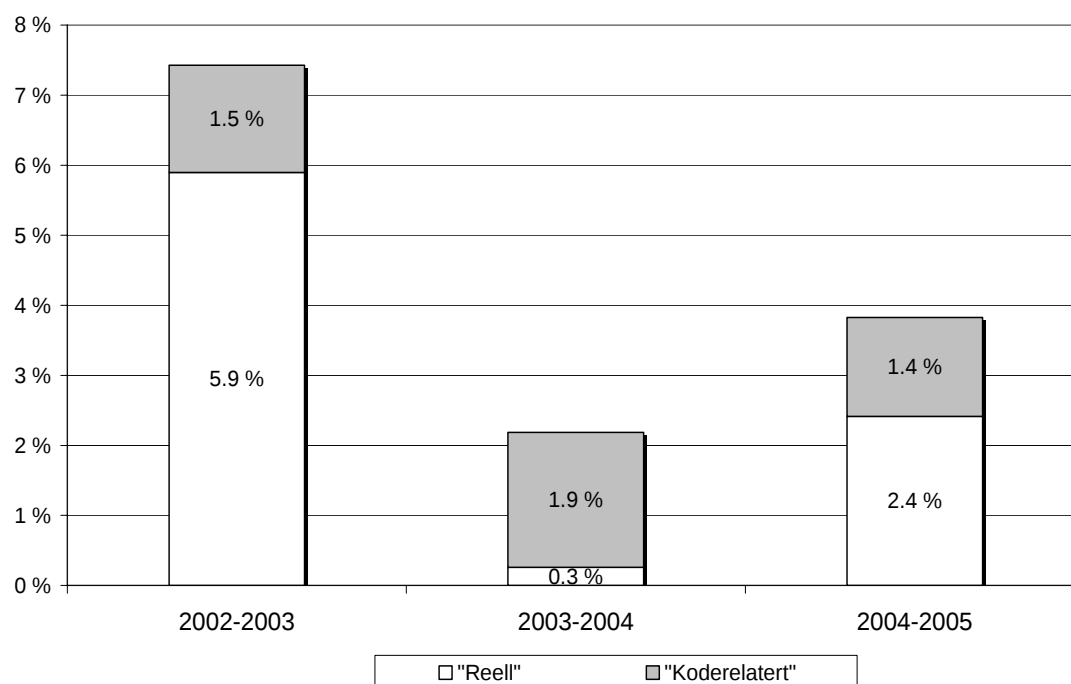
Innen somatikken brukes DRG-poeng som mål på aktivitet, og reflekterer både endring i antall opphold og endring i pasientsammensetning. I perioden 2002-2005 har antall registrerte DRG-poeng i de regionale helseforetakene økt med 14 %. Antall DRG-poeng kan øke selv om antall opphold går ned, forutsatt at pasientsammensetningen blir tyngre fra ett år til et annet. Antall DRG-poeng øker også dersom sykehusene endrer sin koderegistrering slik at DRG-indeksen (mål

for pasientsammensetning) øker. Flere DRG-poeng kan også bli resultatet selv om man får færre opphold og lettere pasientsammensetning, dersom kodeforbedringen er tilstrekkelig omfattende. Helse- og omsorgsdepartementet anslår årlig omfanget av registreringsendringer, og anslagene for reell aktivitetsvekst ligger derfor som oftest under både veksten i DRG-poeng og veksten i antall opphold.

Utvalget konstaterer at det finnes lite offentlig tilgjengelig dokumentasjon på hvilke prinsipper som ligger til grunn for avregning i forhold til antatt kodeforbedring. Med basis i opplysninger om avregning i utbetalingsgrunnlaget har utvalget anslått hvor stor del av veksten i registrerte DRG-poeng som er "reell" og hvor stor del som er "koderelatert"¹¹. Det er særlig to betraktninger som kan gjøres på grunnlag av figur 2.1:

- For det første er den koderelaterte veksten i DRG poeng lavere i 2005 enn i de to foregående årene. Det *kan* indikere at man nå er i ferd med å stabilisere seg på et nivå hvor endringer i antall DRG-poeng fullt ut reflekterer endring i pasienttyngde.
- For det andre merker vi oss at aktivitetsveksten i 2004, hvor ISF-satsen var 40 % var betydelig lavere enn i 2003 og 2005, hvor satsen var 60 %.

Figur 2.1. Vekst i registrerte DRG-poeng fordelt på "reell" og "kodingsrelatert" vekst. 2002-2005.



¹¹ Det vil kunne være uenighet om bruk av disse begrepene; de settes derfor begge i anførselstegn.

2.1.1 Bruk av private kommersielle sykehus

Tabell 2.3 viser utvikling i samlet aktivitet ved private kommersielle sykehus fra 2002 til 2005.

Tabell 2.3: Aktivitet ved private kommersielle sykehus¹². Kilde: SINTEF Helse

	2002	2003	2004	2005
Antall DRG-poeng	7 731	22 790	23 208	27 347
Andel DRG-poeng	0.8 %	2.2 %	2.2 %	2.5 %
Vekst fra foregående år		194.8 %	1.8 %	17.8 %

Tallene for prosentvise endringer blir lett høye når man ser på en aktivitet som har lite omfang. Dette er tilfelle når vi ser på private kommersielle sykehus, som står for en marginal del av den samlede døgn- og dagbehandlingsaktiviteten innen somatikken. Nivået har også vært relativt stabilt de siste tre årene, og ligger rundt en andel på om lag 2,5 % av samlet antall DRG-poeng. Veksten fra 2004 til 2005 har vært relativt sterk målt i prosent, men målt i antall pasienter er ikke dette et stort antall.

2.2 Psykisk helsevern

Innen psykisk helsevern er det ikke utviklet pasientklassifiseringssystemer som gjør det mulig å beregne en aktivitetsvekst som er korrigert for endring i pasienttyngde. Tabellene 2.4 og 2.5 viser aktivitet og aktivitetsutvikling innen psykisk helsevern for perioden 2002 til 2005.

Tabell 2.4: Aktivitet psykisk helsevern 2002-2005. Kilde: SINTEF Helse og SSB

	2002	2003	2004	2005
<i>Barne- og ungdomspsykiatri</i>				
Polikliniske tiltak	349 368	448 625	504 572	561 304
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>				
Polikliniske konsultasjoner	613 954	709 765	758 842	867 390
Døgnopphold	41 662	44 739	45 721	47 597

Tabell 2.5: Årlig aktivitetsvekst psykisk helsevern. Kilde SINTEF Helse og SSB

	2002-2003	2003-2004	2004-2005
<i>Barne og ungdomspsykiatri</i>			
Polikliniske tiltak	28.4 %	12.5 %	11.2 %
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>			
Polikliniske konsultasjoner	15.6 %	6.9 %	14.3 %
Døgnopphold	7.4 %	2.2 %	4.1 %

Tabellene 2.4 og 2.5 viser at:

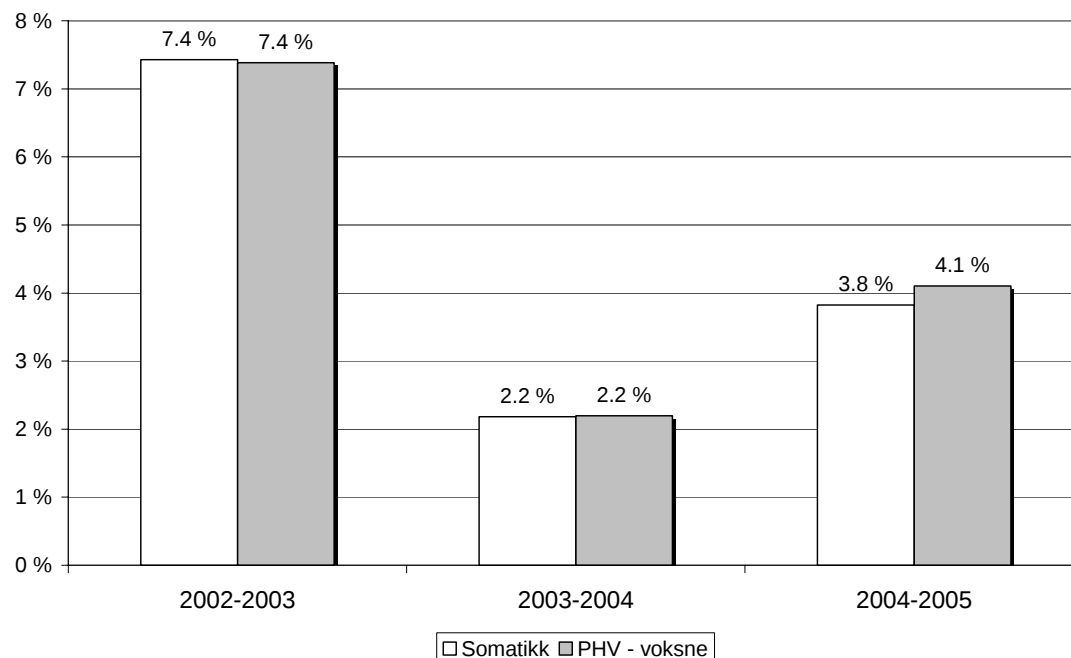
- Det er en kraftig aktivitetsvekst innen psykisk helsevern, både innen psykisk helsevern for voksne og innen barne- og ungdomspsykiatrien.
- Innen psykisk helsevern for voksne er aktivitetsveksten betydelig sterkere innen poliklinikken enn innen sengeavdelingene.
- Aktivitetsveksten viser relativt store variasjoner fra år til år.

¹² Kommersielle sykehus eks. Feiringklinikken og Hjertesenteret.

2.3 Forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern.

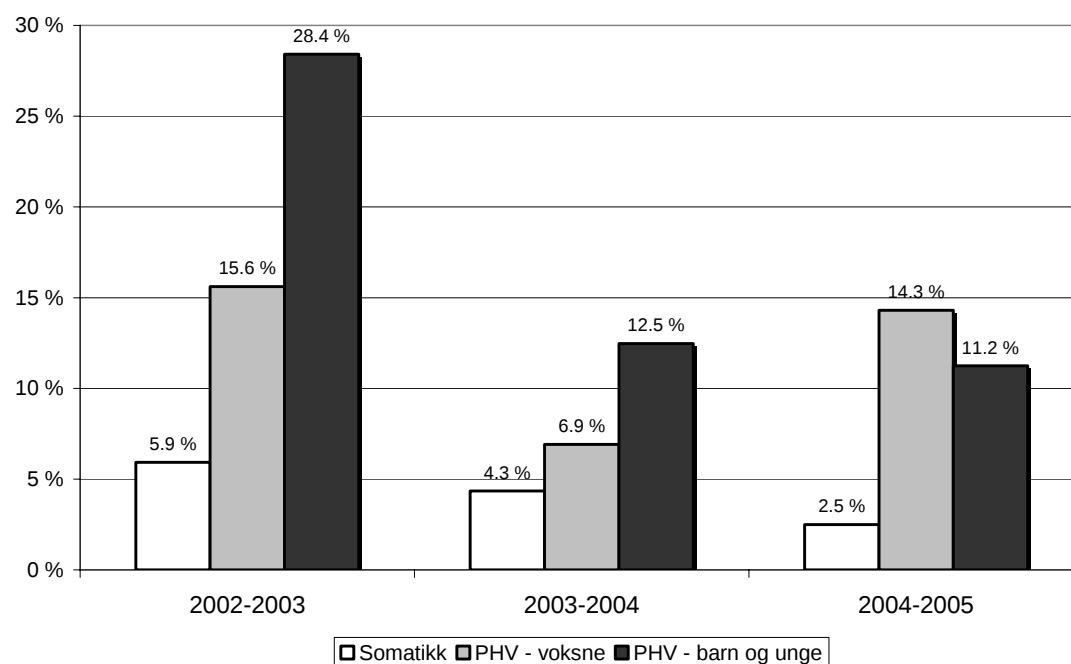
Figurene 2.2 og 2.3 sammenstiller aktivitetsveksten innen somatikk og psykisk helsevern for årene 2002 til 2005.

Figur 2.2: Årlig aktivitetsvekst fra 2002 til 2005 – somatikk (registrerte DRG-poeng) og psykisk helsevern (døgnoophold voksne). Kilde: Norsk Pasientregister og SINTEF Helse



For innlagte pasienter er bildet sammenfallende for somatikk og psykisk helsevern for voksne. En sterk vekst i årene 2002 til 2003 etterfølges av en mer moderat vekst fra 2003 til 2004, og en økning i veksttakten fra 2004 til 2005.

Figur 2.3: Årlig aktivitetsvekst poliklinikk fra 2002 til 2005 - somatikk og psykisk helsevern. Kilde: Norsk Pasientregister og SINTEF Helse



Den kraftige veksten i polikliniske tiltak innen barne- og ungdomspsykiatrien fra 2002 til 2003 skyldes mest sannsynlig endring i registreringspraksis. For alle tre årene finner vi imidlertid en kraftigere vekst i poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern enn innen somatikken. Basert på disse to sammenstillingene får vi dermed et bilde hvor aktivitetsveksten prosentvis er sterkere innen det psykiske helsevernet enn tilfellet er innen somatikken.

Det er dermed i stor grad det samme bilde som avtegner seg for aktivitet som for ressursbruk; veksten er kraftigere innen psykisk helsevern enn innen somatikk.

3. Resultat, investeringer og gjeld

I beskrivelsen av helseforetakenes økonomiske situasjon fokuseres det på tre forhold; økonomisk årsresultat (regnskapsmessig årsresultat og korrigert årsresultat), investeringsvolum og gjeldssituasjonen. Disse forholdene er viktige, både for å gi et bilde av situasjonen i dag, og for å kunne foreta vurderinger av de utfordringer sektoren står overfor. Kapittel 3 viser følgende hovedtrekk:

- De fem regionale helseforetakene gikk med et samlet regnskapsmessig underskudd i 2005 på vel 3 mrd kroner. Akkumulert regnskapsmessig underskudd i perioden 2002 til 2005 er på vel 13,5 mrd kroner.
- I forhold til eiers resultatmål gikk de fem regionale helseforetakene samlet med et underskudd på knappe 1,4 mrd i 2005 (korrigert årsresultat). Akkumulert samlede underskudd i henhold til eiers resultatmål er i perioden 2002 til 2005 på 6,1 mrd kroner.
- Samlet har regionale helseforetak¹³ investert for 23,5 mrd kroner i perioden 2002 til 2005. Årlig investeringsbeløp er mer enn doblet fra 3,2 mrd i 2002 til 7,5 mrd i 2005.
- Regionale helseforetak har økt sin kapitalbeholdning med 3,8 mrd i perioden fra 2002 til 2005. Målt mot åpningsbalansen er dette en økning på 5,7 %.
- Samlet investeringsvolum har i perioden 2002 til 2005 vært 7,1 mrd høyere enn beregnede inntektsrammer¹⁴ til investeringer. Investeringsakten stiller dermed betydelige krav til omstilling av driften.
- Samlet langsiktig gjeld er ved utgangen av 2005 nær 9 mrd kroner.
- Samlet langsiktig gjeld er om lag tidoblet fra desember 2002 til desember 2005. Rentebelastningen ved denne gjelden vil kunne bli betydelig og øke omstillingsutfordringene for helseforetakene.

3.1 Økonomisk resultat

Regionale helseforetak følger regnskapsloven. Det har imidlertid etter sykehusreformen i 2002 vært en løpende diskusjon knyttet til fastsetting av åpningsbalansen og til prinsipper for avskrivning av denne. Dette har ført til at det er avvik mellom regnskapsmessig årsresultat og det årsresultat som eier styrer etter. Regjeringen varslet i revidert nasjonalbudsjett (St.prp. nr. 66 (2005-2006)) at den vil komme tilbake med et forslag til hvordan regionale helseforetak skal behandles resultatmessig i statsbudsjettet for 2007.

Tabell 3.1 viser både regnskapsmessig årsresultat og korrigert årsresultat i perioden 2002-2005. Korrigert årsresultat er det resultatet som regionale helseforetak blir vurdert opp mot av Helse- og omsorgsdepartementet.

¹³ Foretaksgruppen – unntatt private ideelle sykehus.

¹⁴ Beregnede inntektsrammer er lik: Midler i basisrammen til dekning av avskrivninger + særskilte tilskudd til St Olav, Nye Ahus og DnR + investeringsmidler over kreftplanen. Jfr Høringsnotat Nasjonal Helseplan (2007-2010).

Tabell 3.1: Regnskapsmessig årsresultat og korrigert årsresultat 2002 til 2005. Millioner kroner. Kilde: Revisorgodkjente årsregnskap og Helse- og omsorgsdepartementet

	2002	2003	2004	2005	Akk.
Regnskapsmessig årsresultat ¹⁵	-2 811	-3 983	-3 748	-3 020	- 13 562
Eiers korreksjon ¹⁶	1 985	2 011	1 819	1 647	7 462
Korrigert årsresultat ¹⁷	-826	-1 973	-1 925	- 1375	- 6 099
Korrigert resultat i % av inntekter ¹⁸	-1,5 %	-3,3 %	-2,9 %	-1,9 %	

Fire år etter at staten overtok eieransvaret for spesialisthelsetjenesten sliter regionale helseforetak fremdeles med å nå et mål om økonomisk balanse. Samtidig reduseres underskuddet målt som andel av inntekter både fra 2003 til 2004 og fra 2004 til 2005. Det innebærer at regionale helseforetak nå har en svakere vekst i ressursbruken enn i de samlede inntektene. Samtidig er det betydelige utfordringer knyttet til investeringsvolum og gjeld. Disse behandles i de følgende avsnitt.

3.2 Investeringer

Regionale helseforetak hadde ved inngangen til 2002 en realkapital som var verdsatt til om lag 66,4 milliarder kroner. I inntektsrammen til regionale helseforetak har Stortinget lagt inn midler til gjenanskaffelse av omlag 2/3 av denne kapitalen. Øvrige investeringer forutsettes da dekket inn gjennom en tilsvarende effektivisering av driften¹⁹. Tabell 3.2 viser det samlede investeringsvolumet i perioden 2002-2005.

Tabell 3.2: Årlige investeringer fordelt på bygninger, medisinsk teknisk utstyr (MTU) og andre anleggsmidler. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2005. Kilde: Regionale helseforetak

	2002	2003	2004	2005	Totalt
Bygninger	1 664	3 629	5 554	5 707	16 554
MTU	910	868	898	803	3 479
Andre anleggsmidler	617	1 238	712	959	3 526
Samlet	3 191	5 735	7 164	7 469	23 559

Samlet investeringsvolum har i denne perioden vært vel 23,5 milliarder kroner. For øvrig merker vi oss:

- Det årlige investeringsnivået er mer enn doblet fra 2002 til 2005.
- Investeringene er i hovedsak knyttet til bygningsmasse. Investeringene i MTU har i perioden blitt svakt redusert.
- Kapitalslitet (avskrivningene) har i perioden 2002-2005 vært om lag 19,7 milliarder kroner (jfr tabell 1.1). Netto nyinvesteringer målt i forhold til regnskapsført kapitalslit er derfor om lag 3,8 milliarder kroner (tabell 3.3).
- Samlet verdsetting av de regionale helseforetakene sin realkapital var ved inngangen til reformen om lag 66,4 milliarder kroner. Målt i forhold til

¹⁵ Regnskapsmessig årsresultat er årsresultatet som framkommer i regionale helseforetaks revisorgodkjente årsregnskap.

¹⁶ Eiers korreksjon ift. balanseverdier 1.1.2002 (strukturfond) og anleggsmidlenes levetider

¹⁷ Korrigert årsresultat er det regnskapsmessige årsresultatet korrigert for meravskrivninger som ikke inngår i balansekravet jf. St.prp.nr. 63 (2003-2004).

¹⁸ Inntekter er satt lik kostnader + årsresultat.

¹⁹ Tre prosjekter er særlig finansiert; St Olavs Hospital i Helse Midt-Norge, Nye Ahus i Helse Øst og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet i Helse Sør. I tillegg har regionale helseforetak vært tilført midler til investering over kreftplanen.

denne har nyinvesteringene ført til en økning i kapitalbeholdningen på 5,7 %.

- Samlet inntektsgrunnlag for investeringer har i perioden vært 16,4 mrd kroner (Nasjonal Helseplan – høringsutkast). Regionale helseforetak har dermed investert for 7,1 mrd mer enn inntektsgrunnlaget skulle tilsi.

Tabell 3.3: Netto investeringer fordelt på bygninger, medisinsk teknisk utstyr og andre anleggsmidler. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2005. Kilde: Regionale helseforetak.

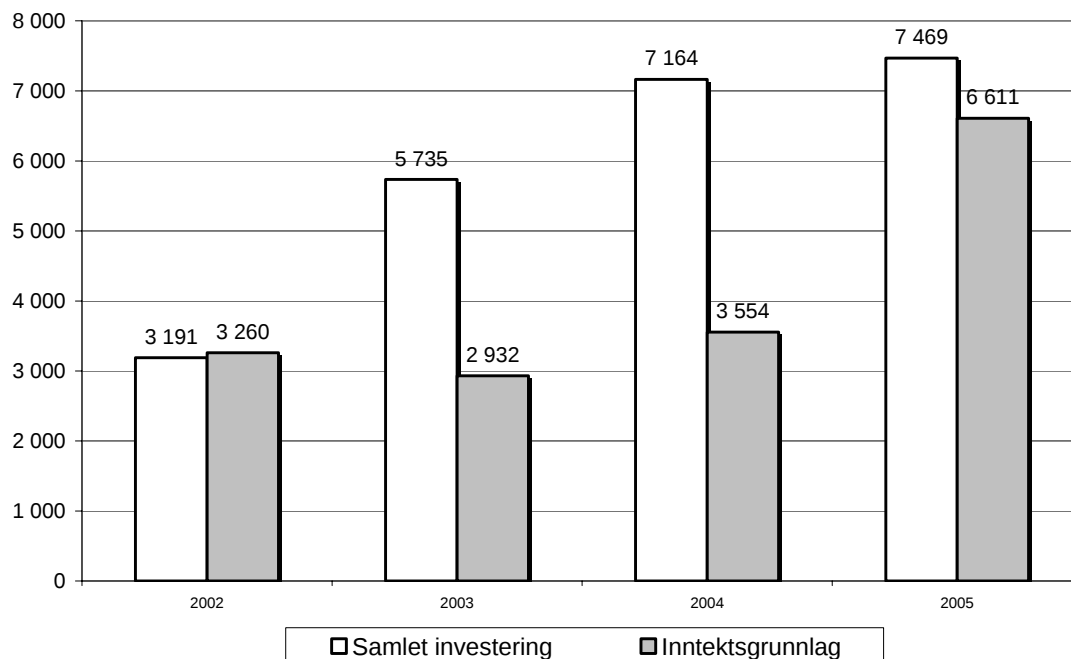
	2002	2003	2004	2005	Samlet
Bygninger	-1 552	368	2 258	2 384	3 457
MTU	17	-93	-41	-139	-256 ²⁰
Andre anleggsmidler	-41	557	-133	227	610
Samlet	-1 577	832	2 083	2 472	3 811

Det er imidlertid verdt å merke seg at det særlig er to store prosjekter som trekker opp de samlede investeringene; St. Olavs Hospital i Helse Midt-Norge, og Nye Ahus i Helse Øst. Samlet står disse to prosjektene for en investering på 6,8 mrd i denne perioden.

Investeringsnivået i sektoren må sies å være høyt. Det er imidlertid ikke i seg selv problematisk med et høyt investeringsnivå såfremt sektoren har økonomisk bæreevne til å håndtere så vel avskrivninger som renter på sine investeringer. Slik bæreevne kan sektoren få enten gjennom økte inntektsrammer fra staten eller ved å omstille driften. Med andre ord må investeringene føre til en effektivisering.

Figur 3.1 sammenstiller de samlede investeringene i sektoren med beregnet inntektsgrunnlag fra staten.

Figur 3.1: Investeringer og inntektsgrunnlag 2002-2005. Løpende priser – millioner kroner. Kilde: Regionale Helseforetak. Nasjonal Helseplan – høringsnotat.



²⁰ Operasjonell leasing i Helse Sør kan sammen med føring av MTU investeringer under "anlegg under utførelse" i Helse Midt-Norge kan forklare den negativ netto investeringen i MTU.

Inntektsgrunnlaget fra staten består av tre deler: En andel av basisrammen som er ment å dekke kostnader ved å gjenanskaffe om lag 2/3 av den kapitalen helseforetakene ble satt opp med i åpningsbalansen. Videre er det gitt særskilte tilskudd til nye Ahus, St Olavs Hospital og til forskningsbygg ved Det norske Radiumhospital. Endelig mottar helseforetakene investeringstilskudd under kreftplanen. Fra figur 3.1 framgår det at:

- Samlet inntekstgrunnlag er om lag 7,1 mrd lavere enn investeringskostnadene.

Endringen fra 2004 til 2005 skyldes i stor grad utbetaling av samlet tilskudd for St Olavs Hospital fase I på 2.9 mrd kroner.

Regionale helseforetak har rapportert inn vedtatte investeringer pr 31.12 2005. Samlet utgjør disse et volum på vel 17 milliarder kroner. Tabell 3.4. viser beregnet årlige investeringer for disse prosjektene.

Tabell 3.4: Vedtatte investeringer. Millioner kroner. Kilde: Regionale Helseforetak

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Estimert realisert	7 011	4 601	3 231	1 262	771	1 406

Det er rimelig å anta at man utover disse investeringsprosjektene må kompensere for kapitalslit på deler av eksisterende kapital. Med andre ord vil ikke alle disse investeringsprosjektene erstatte eksisterende kapital. På forespørsel oppgir de regionale helseforetakene at om lag 10 mrd av de planlagte investeringsmidlene skal finansieres ved låneopptak.

3.3 Gjeld og rentekostnader

Tabell 3.5 viser utviklingen i langsiktig gjeld og rentekostnader i perioden 2002-2005.

Tabell 3.5: Utvikling i gjeld og rentekostnader. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2005. Kilde: Regionale Helseforetak

	2002	2003	2004	2005
Langsiktig gjeld	889	3 031	5 912	8 988
herav investeringslån	796	2 103	6 016	8 543
Rentekostnader	23	29	54	140

Langsiktig gjeld er i denne perioden vokst fra om lag 900 millioner kroner ved utgangen av 2002 til knappe 9 milliarder kroner ved utgangen av 2005. Gjelden er i hovedsak et resultat av investeringslån.

I hovedsak utgjør gjeld en økonomisk utfordring av to grunner. For det første fører økende gjeld til økende rentekostnader. I 2005 utgjorde rentekostnadene 140 millioner kroner. Dersom nivået på den langsiktige gjelden holder seg, og også slik det planlagte investeringsnivået indikerer, øker er det ikke urimelig å forvente rentekostnader på opp mot 500 millioner kroner pr år. Dette er altså midler som må dekkes opp av helseforetakenes inntekter, og som må finansieres gjennom en tilsvarende effektivisering av driften, eller også en reduksjon av aktivitetsnivået.

Den andre utfordringen knyttet til langsiktig gjeld skyldes at låneperioden gjennomgående er kortere enn avskrivingsperioden. Mens et sykehusbygg vil avskrives over en periode på 26 år, vil lånet nedbetales på maksimum 20 år. Dette kan skape et likviditetsproblem som må løses med kortsiktige kreditter og igjen medfølgende økte rentekostnader.

4. Kostnadsdrivere

Utvalget har i kapittel 1 fastslått en reell vekst i ressursbruken og i kapittel 2 en vekst i aktivitet. I dette kapitlet beskrives utvikling i de viktigste kostnadsdriverne; lønn, medisiner og medisinske forbruksvarer samt kapital. Økte kostnader kan både skyldes økt volum og økt pris på innsatsfaktorene. Med eksisterende datagrunnlag er et slikt skille dessverre bare mulig å gjøre for lønnskostnader. Kapittel 4 viser følgende hovedtrekk:

- Vekst i spesialisthelsetjenestens kostnader er i hovedsak drevet av økt aktivitet.
- Lønnsveksten (nivå) i helseforetakene avviker ikke vesentlig fra lønnsveksten i samfunnet for øvrig.
- Kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer øker raskere enn økningen i aktivitet.
- Rentekostnadene øker kraftig, men er foreløpig på et moderat nivå.

4.1 Fordeling av kostnader

Tabell 4.1 viser utviklingen i samlede driftskostnader samt deres fordeling mellom de viktigste kostnadsartene²¹.

Tabell 4.1: Samlede driftskostnader og de viktigste kostnadskomponentene 2002 til 2005. Løpende priser. – Kilde: Revisorgodkjente årsregnskap og SINTEF Helse²²

	2002	2003	2004	2005
Samlede driftskostnader	57 487	63 043	68 844	73 260
Herav:				
Lønnskostnader ²³	37 909	41 419	44 460	45 228
Medisiner og med. forbruksv.	5 186	5 822	6 275	6 797
Andre kostnader	9 565	10 866	13 089	16 068
Avskrivninger	4 803	4 908	4 965	5 027

Tabell 4.1 gjengir samlet nominell vekst i driftskostnader. Denne veksten har en komponent som er volumbestemt; med andre ord flere ansatte, økt medikamentbruk som en følge av økt pasientbehandling etc, og en komponent som er prisbestemt; med andre ord lønns- og prisøkninger. Det datagrunnlag som kreves for å skille disse fra hverandre er ikke til fulle tilstede, men det er allikevel mulig å gjøre noen vurderinger av særlig utviklingen i medikamentkostnader og lønnskostnader.

Figur 4.1 viser årlig og samlet vekst i lønnskostnader og kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer for perioden 2002 til 2005 i faste priser. Her ser vi:

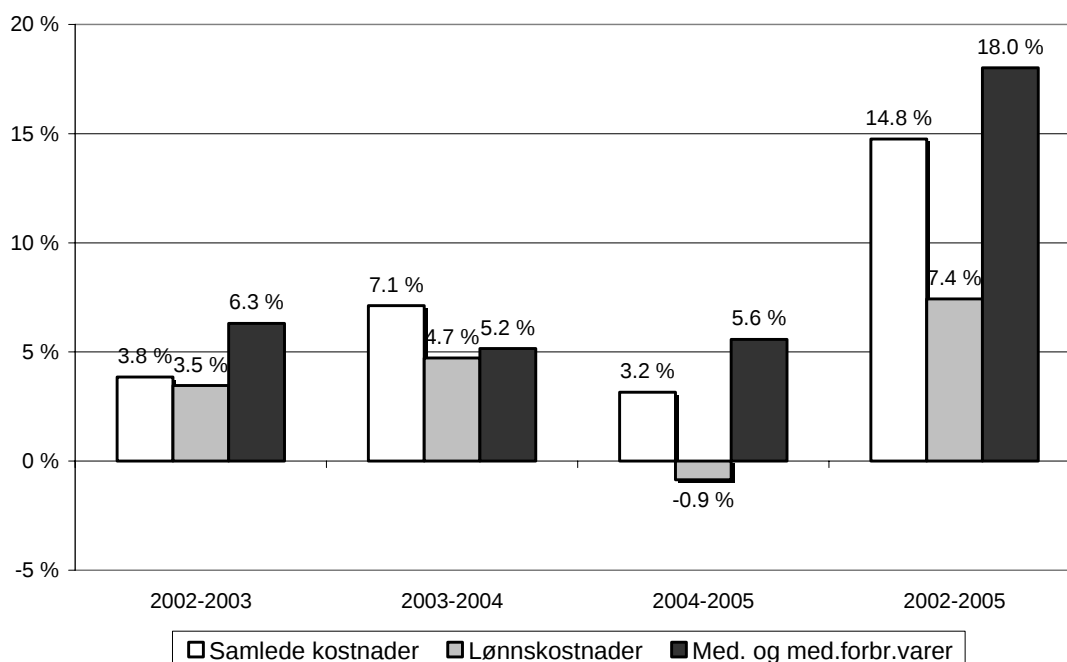
- Kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer stiger med 18 % i faste priser. Til sammenlikning var det en vekst i antall registrerte DRG-poeng på 14 % i samme periode. Dette indikerer at helseforetakene har en økonomisk utfordring knyttet til økte kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer.
- Lønnskostnadene stiger med 7,4 % i faste priser. Dette er noenlunde i samsvar med vekst i antall årsverk.

²¹ Samlede driftskostnader tilsvarende tabell 1.1. Jfr også fotnote 3.

²² Lønnskostnader hentet fra SINTEF Helse.

²³ Inneholder i tillegg til rene lønnskostnader også arbeidsgiveravgift, folketrygdavgift og pensjonskostnader.

Figur 4.1: Vekst i kostnader for utvalgte kostnadstyper²⁴. Faste priser. Kilde: Regionale Helseforetak og SINTEF Helse



4.2 Utvikling i lønnsnivå

Vurdering av utvikling i lønnsnivå er foretatt med grunnlag i data fra arbeidsgiverforeningen NAVO.

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

	2002	2003	2004	2005
Ansatte i alt	26 170	27 628	28 998	29 942
<i>Etter kategori:</i>				
Leger	45 628	53 842	54 220	55 845
Sykepleiere	24 861	25 595	26 270	27 334
Spesialsykepleiere	27 727	29 166	29 681	30 615
Hjelpepleiere	22 854	23 696	23 949	24 744
Annet helsepersonell	24 621	24 591	26 599	26 792
Andre personellgrupper	22 398	22 662	24 603	25 634

Tabell 4.2 viser utvikling i månedsfortjeneste etter type arbeidskraft. Månedsfortjeneste inkluderer avtalt lønn og uregelmessige tillegg. Overtid er ikke inkludert. Tabell 4.3 viser årlig lønnsvekst målt som vekst i månedsfortjeneste (datovekst) for perioden 2002-2005.

Tabell 4.3. Prosentvis vekst i månedsfortjeneste. Kilde NAVO

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2002-2005
Alle ansatte	5,6 %	5,0 %	3,3 %	14,4 %
Leger	18,0 %	0,7 %	3,0 %	22,4 %
Sykepleiere	2,9 %	2,6 %	4,1 %	9,9 %
Spesialsykepleiere	5,2 %	1,8 %	3,1 %	10,4 %
Hjelpepleiere	3,7 %	1,1 %	3,3 %	8,3 %
Annet helsepersonell	-0,1 %	8,2 %	0,7 %	8,8 %
Andre personellgrupper	1,2 %	8,6 %	4,2 %	14,4 %

²⁴ Korrigert for definisjonsendringer, jfr fotnote 3.

Vekst i månedsfortjeneste var, for alle ansatte samlet, 3,3 % fra 2004 til 2005. Med unntak av gruppen "annet helsepersonell" er det ikke dramatiske forskjeller i lønnsvekst mellom de ulike personellgruppene. Dersom hele perioden 2002 til 2005 betraktes samlet er bildet noe annerledes. Legene har i denne perioden den klart sterkeste lønnsveksten.

Teknisk beregningsutvalg for inntektsoppgjørene har gjort anslag over lønnsvekst (årslønnsvekst) i helseforetakene for perioden 2002 til 2005 (tabell 4.4).

Tabell 4.4: Årlig lønnsvekst perioden 2002 – 2004. Kilde TBU-inntektsoppgjørene

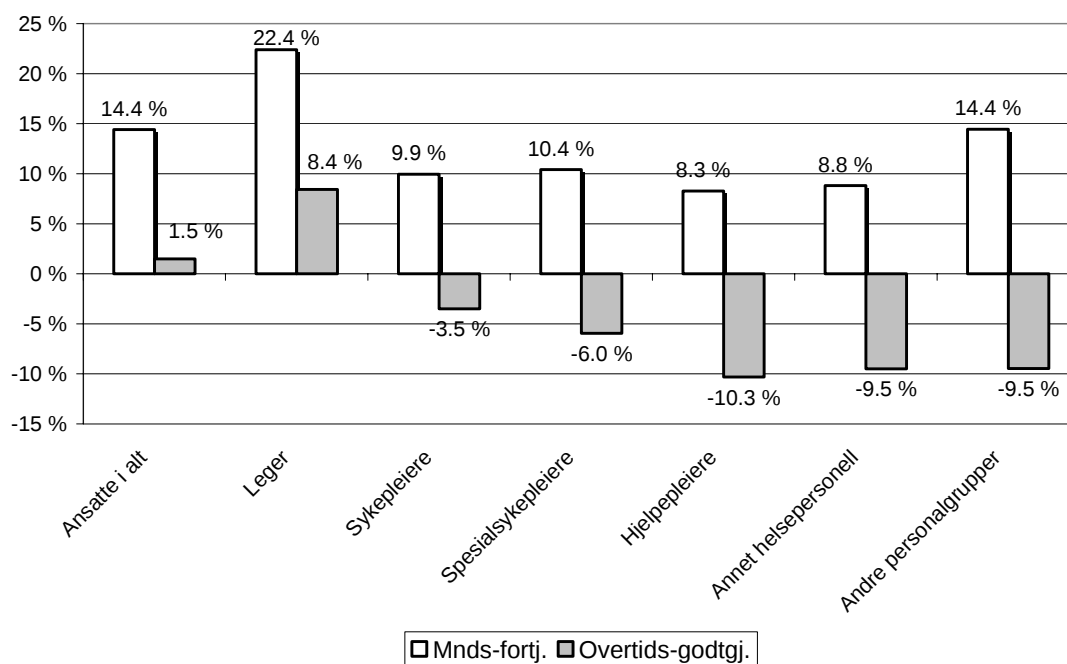
	2002-2003	2003-2004	2004-2005
Helseforetakene	7,0	3,0	3,3
Gjennomsnitt samfunnet	3,9	4,3**	3,5**

** Foreløpige tall

Det er avvik for helseforetakene mellom NAVO sine tall og TBU-tallene, i hovedsak fordi TBU sine tall ikke inkluderer legenes lønnsoppgjør. Samlet gir imidlertid NAVO sine tall en (dato)lønnsvekst på 14.4 % for perioden 2002 til 2005, mens TBU sine tall for samfunnet i gjennomsnitt er 12 % (årslønn).

I figur 4.2 gjengis vekst i månedsfortjeneste og overtidsbetaling samlet for perioden 2002-2005.

Figur 4.2: Vekst i månedsfortjeneste og overtidsbetaling samlet for perioden 2002-2005. Kilde: NAVO



Med unntak av legene har samtlige personellgrupper en reduksjon i overtidsutbetalingene i perioden fra 2002 til 2005. Legene har imidlertid også en reduksjon i overtidsutbetalinger i perioden 2003-2005. Vi gjør oppmerksom på at stor prosentvis nedgang i overtid ikke nødvendigvis innebærer store kronebeløp. Det er imidlertid interessant at redusert bruk av overtid synes å være en generell trend for alle personellgrupper.

4.3 Pensjon

Tabell 4.5 viser utvikling i pensjonskostnader og pensjonspremier i perioden 2002-2005. 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.

Tabell 4.5: Pensjonspremier og pensjonskostnader 2002-2005. Løpende priser.

Kilde: Regionale helseforetak

	2 002	2 003	2 004	2 005
Pensjonspremier	4 607	4 806	5 328	4 508
Pensjonskostnader	3 176	3 461	3 729	3 804
Realvekst kostnader		3.2 %	5.1 %	-0.6 %

Pensjonskostnadene stiger i løpende priser, men faller målt i faste priser fra 2004 til 2005.

Del III: Regional utvikling

Gjennomgangen av utviklingen på regionalt nivå følger i hovedtrekk samme disposisjon som del II; det fokuseres med andre ord på ressursbruk, aktivitet og de regionale helseforetakenes økonomiske situasjon. I denne delen er imidlertid også med en vurdering av regional fordeling.

5. Regional fordeling

De regionale helseforetakenes samlede ressursramme bestemmes dels gjennom basisbevilgningen som fordeles fra Stortinget, dels gjennom særlige tilskudd (f.eks. opptrappingsplanen for psykisk helse) og dels gjennom en aktivitetsbasert finansiering. Den regionale fordelingen er dermed både bestemt av kriteriene for tildeling av rammetilskudd og av aktivitetsnivå. I tillegg vil hvert regionale helseforetaks mulighet til å ivareta sitt sørge-for-ansvar også avhenge av hvor kostnadseffektiv produksjonen av helsetjenester er.

Hagen-utvalget (NOU 2003:1) foreslo et sett kriterier for fordeling av aktivitetssuavhengige inntekter til de fem regionale helseforetakene. Utvalgets forslag ble fulgt opp av regjeringen i St. meld. nr. 5 (2003-2004), men med flere vesentlige forskjeller fra utvalgets forslag.

- For det første foreslo regjeringen at det ble lagt 50 % vekt på kostnadsnøkklene og 50 % vekt på historiske kostnader i sammensetningen av basisbevilgningen til regionale helseforetak.
- For det andre ble det innført et eget Helse Nord-tillegg.
- For det tredje ble ikke et forslag fra Hagen-utvalget om at regionale kostnadsforskjeller skulle legges til grunn for den aktivitetsbaserte komponenten, fulgt opp.

Stortinget sluttet seg til forslagene i St. meld. nr. 5 (2003-2004). For å unngå for store umiddelbare omfordelingseffekter, vedtok Stortinget å fase modellen inn over en periode på fem år. Startåret ble satt til 2005.

Senere er overgangsperioden kortet inn. I hovedtrekk kan utviklingen etter Stortingets behandling av St. meld. Nr. 5 (2003-2004) beskrives slik:

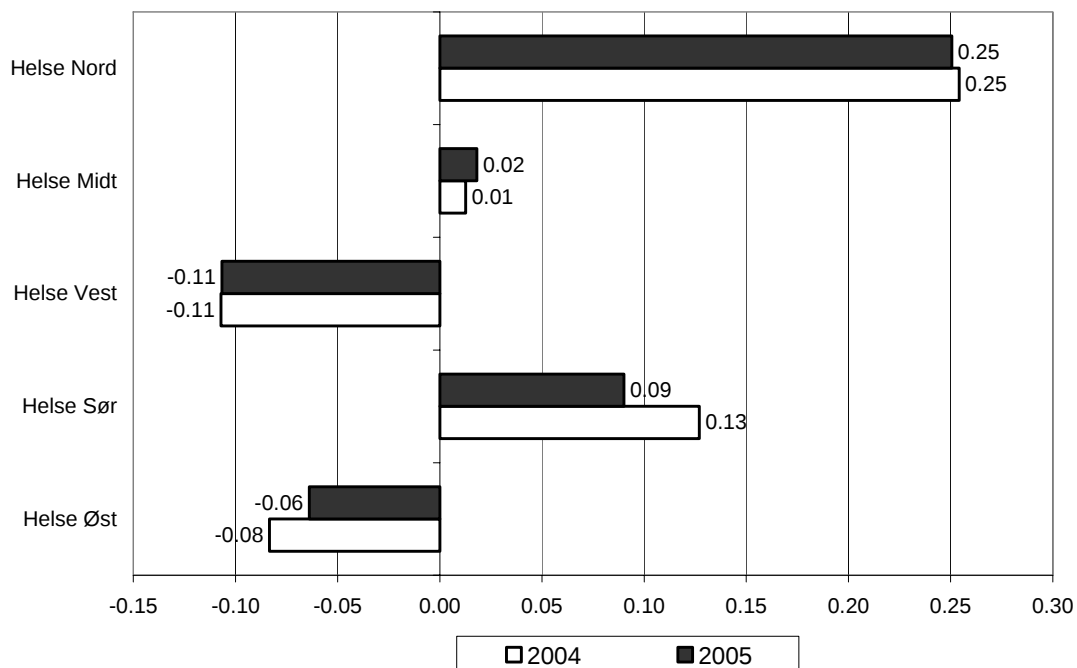
- I Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2005, jfr. Budsjett-innst. S. nr.11 (2004-2005) ble basisbevilgningen til regionale helseforetak økt med 500 millioner kroner. Av økningen på 500 millioner ble 350 millioner fordelt på ordinær måte etter kriteriene for basisbevilgningen, mens 150 millioner ble gitt til Helse Vest (100) og Helse Midt-Norge (50) for å utjevne inntektsforskjellene.
- Overføring av ansvaret for nye oppgaver til regionale helseforetak, slik diskutert i kapittel 3, har ført til en styrking av basistilskuddet. Her er fordelingen imidlertid basert på historiske kostnader.
- Reduksjon av ISF-satsen fra 60 til 40 % innebærer at en større del av de regionale helseforetakenes inntekter nå kommer via basistilskuddet. Dette øker de fordelingsmessige virkningene av kostnadsnøkklene.

Samlet gjør disse forholdene det vanskelig å sammenstille en geografisk fordeling av dagens basistilskudd både med kriteriene fra NOU 2003:1 og St. meld. nr. 5 (2003-2004). Utvalget vil også på generelt grunnlag påpeke at begreper som "lik" og "rettferdig" fordeling av ressurser er vanskelig å gi presist innhold, primært fordi det ikke uten videre er gitt å si hvordan "likhet" og "rettferdighet" skal

måles. Av den grunn er det derfor vanskelig å kvantifisere begreper som "under-" eller "overfinansiering" av regionale helseforetak. Det er Stortinget som fastsetter både fordelingsprinsipper og nivå, og endring av disse må også komme som et resultat av en politisk vurdering av hva som er den ønskede modellen for fordeling av ressurser.

Figur 5.1 viser regionale avvik fra landsgjennomsnittet i samlede kostnader pr innbygger²⁵. Tallene er ikke korrigert for forskjeller i befolkningssammensetning, behov eller kostnadsnivå, og sier derfor ikke noe om geografisk (skjev)fordeling.

Figur 5.1 Regionale forskjeller i kostnader pr innbygger. 2004 og 2005.



Helse Nord har i 2005 en ressursbruk pr innbygger som ligger 25 % over landsgjennomsnittet. Helse Vest har en ressursbruk som ligger 11 % under landsgjennomsnittet. Følgende forhold er imidlertid viktige ved tolkning av denne figuren.

- Forskjeller i demografiske og sosioøkonomiske forhold vil gjøre at behovet for helsetjenester varierer mellom regionene. Det er derfor ikke noe mål at alle skal ha et kostnadsnivå lik gjennomsnittet.
- Regionale forskjeller vil også forklares av forskjeller i kostnadsnivå. Avvikling av ordningen med differensiert arbeidsgiveravgift i 2004 førte isolert sett til at Helse Nord gikk fra å ha et kostnadsnivå som lå om lag 17 % over landsgjennomsnittet (2003) til om lag 25 % over landsgjennomsnittet (2004).
- Kostnadstallene er korrigert for gjestepasientoppgjøret, med den forutsetning at oppgjøret er kostnadsdekkende. Hvis oppgjøret i realiteten ikke er kostnadsdekkende, vil man særlig undervurdere kostnadene i Helse Øst, og samtidig overvurdere kostnadene i Helse Sør.

²⁵ Forskjellen i søylelengde for tilsynelatende like tall skyldes forskjeller på tresiffernivå.

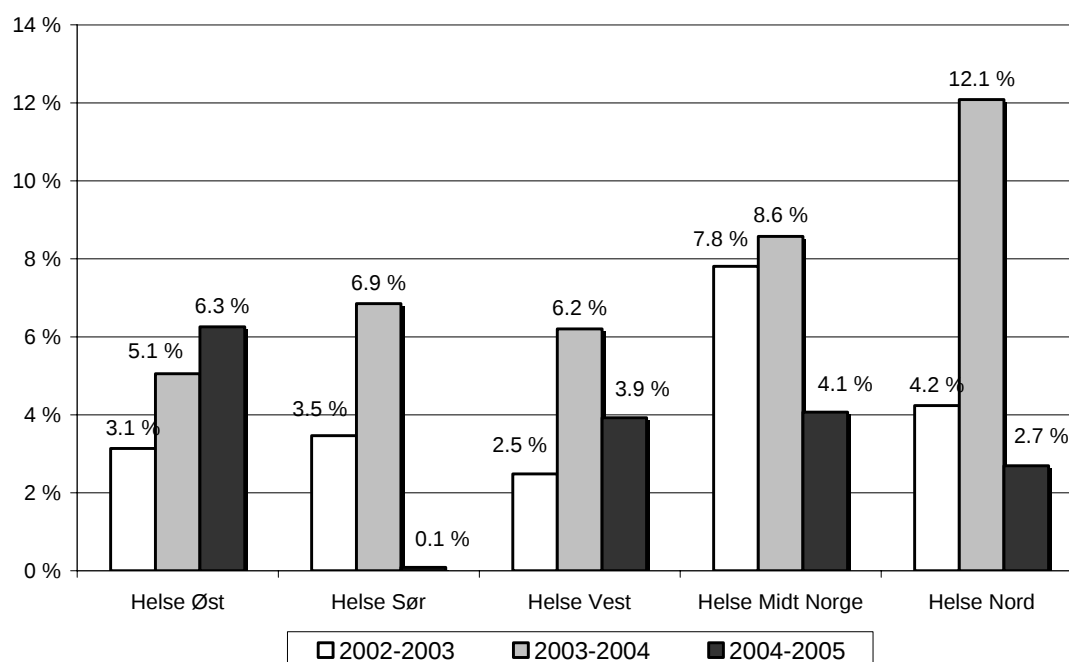
6. Ressursbruk - region

Regional endring i ressursbruk vil på samme måte som nasjonale tall dels være et resultat av en reell styrking av sektoren, dels et resultat av innføring av nye oppgaver. Her presenteres kun samletall, og det er ikke gjort forsøk på å korrigere for nye oppgaver på regionalt nivå. Det innebærer at i den grad disse er ulikt fordelt mellom de fem regionale helseforetakene vil dette kunne bidra til å forklare de regionale forskjellene. Hovedtrekkene i kapittel 6 er:

- Det er betydelige variasjoner mellom de fem regionale helseforetakene i vekst i ressursbruk fra 2004 til 2005. Mens Helse Øst har en vekst i faste priser på 5,6 % har Helse Sør en nedgang på 0,3 %.
- Med unntak av Helse Midt-Norge har alle regionale helseforetak en kraftigere vekst i ressursbruken, målt som kostnader, knyttet til psykisk helsevern enn ressursbruken til somatikken.
- Med unntak av Helse Sør har alle regionale helseforetak den sterkeste prosentvise veksten innen rusbehandlingen.

6.1 Ressursbruk – vekst

Figur 6.1: Vekst i driftskostnader (inkl avskrivninger, ikke korrigert for nye oppgaver) for de regionale helseforetakene 2002-2005. Faste priser²⁶. Kilde: Samdata



Veksten i ressursbruk varierer mellom de fem regionale helseforetakene, både mellom år og samlet (figur 6.1). Kostnadsveksten i Helse Nord fra 2003 til 2004 skyldes for en stor del at arbeidsgiveravgiften ble lagt om, slik at Helse Nord ikke lenger hadde lav arbeidsgiveravgift i 2004²⁷. Vi merker oss ellers at Helse Sør har nær nullvekst fra 2004 til 2005. Endelig har Helse Øst både en markert høyere vekst enn de øvrige regionale helseforetakene, og er også det eneste

²⁶ Korrigert for definisjonsendringer, jfr fotnote 3.

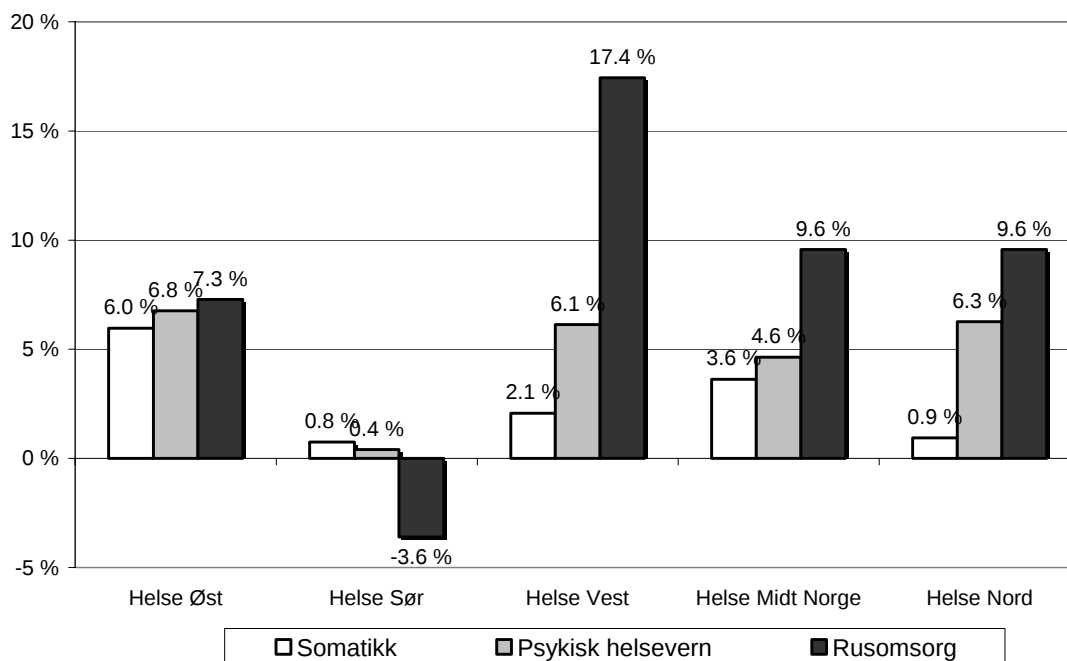
²⁷ Omlegging av arbeidsgiveravgiften i 2004 hadde virkning også for øvrige regionale helseforetak, men virkningen var størst for Helse Nord.

helseforetaket hvor veksten i ressursbruk øker år for år. Dette kan sees i sammenheng med at Helse Øst er eneste helseforetak i økonomisk balanse.

6.2 Forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern

Som diskutert i avsnitt 1.1 er vurderinger av den relative veksttakten innen somatikk og psykiske helsevern noe usikre fordi det kan ha skjedd endringer i kostnadsføring av rusbehandlingen. Figur 6.2 viser allikevel vekst i kostnader knyttet til både somatikk og psykisk helsevern for alle de fem regionale helseforetakene for årene 2004 til 2005.

Figur 6.2: Vekst ressursbruk somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. 2004-2005. Faste priser. Etter regionale helseforetak. Kilde: SSB og SINTEF Helse



I kapittel 1 ble det konkludert med at helseforetakene etterlevde styringsdokumentenes pålegg om å styrke psykisk helsevern. Det regionale bildet er noe mer variert, blant annet varierer forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling mellom de fem regionale helseforetakene. Helse Vest har en vekst i ressursbruken til rusbehandling på 17,4 %, mens Helse Sør har en nedgang på 3,6 %. Dersom vi ser på utgifter pr innbygger har imidlertid Helse Sør et nivå som ligger 14 % over nivået i Helse Vest. Figur 6.2 sier derfor kun noe om relativ endring i ressursbruk mellom 2004 og 2005, ikke noe om behovsdekning.

7. Aktivitet - regionalt

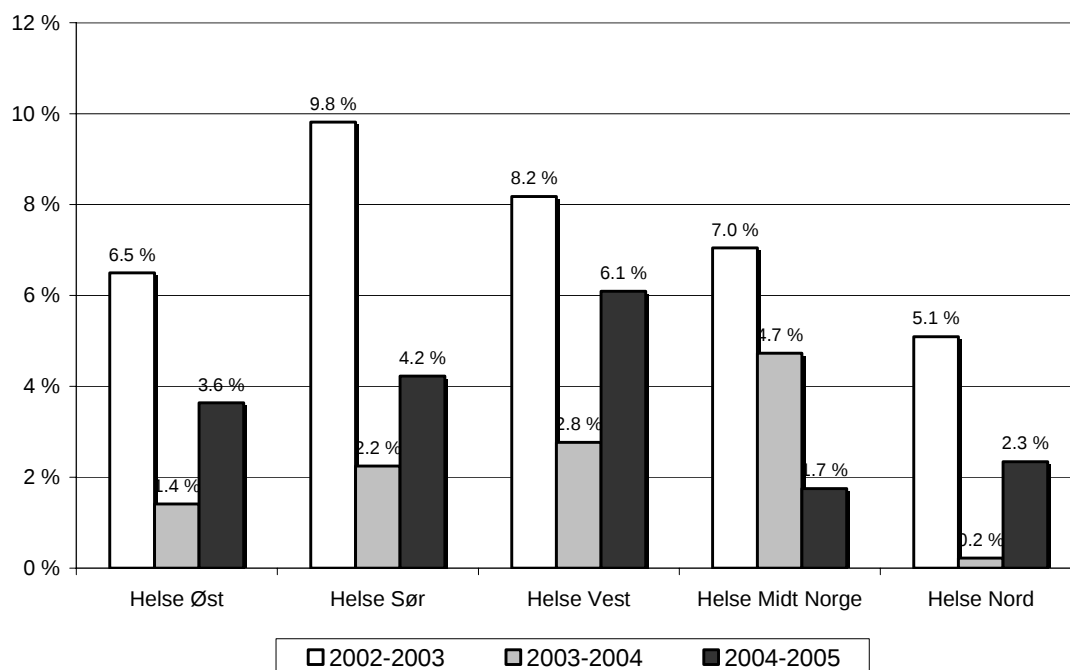
For en detaljert beskrivelse og diskusjon av aktivitetsendringer på regionalt nivå henviser utvalget til SAMDATA. Hovedtrekkene i kapittel 7 er:

- Helse Midt-Norge er det eneste regionale helseforetaket med nedgang i veksten innen somatikken.
- Både Helse Vest, Helse Sør og Helse Øst har en aktivitetsvekst som ligger betydelig over eiers forutsetninger i styringsdokumentene.
- Helse Nord har, som eneste RHF nedgang i aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne.
- Det er store variasjoner mellom helseforetakene i bruk av private kommersielle sykehus i 2005. Helse Nord har det laveste forbruket, Helse Midt-Norge det høyeste. Helse Midt-Norge har, som eneste foretak, allikevel en nedgang i andelen pasienter behandlet ved private kommersielle sykehus.

7.1 Somatikk

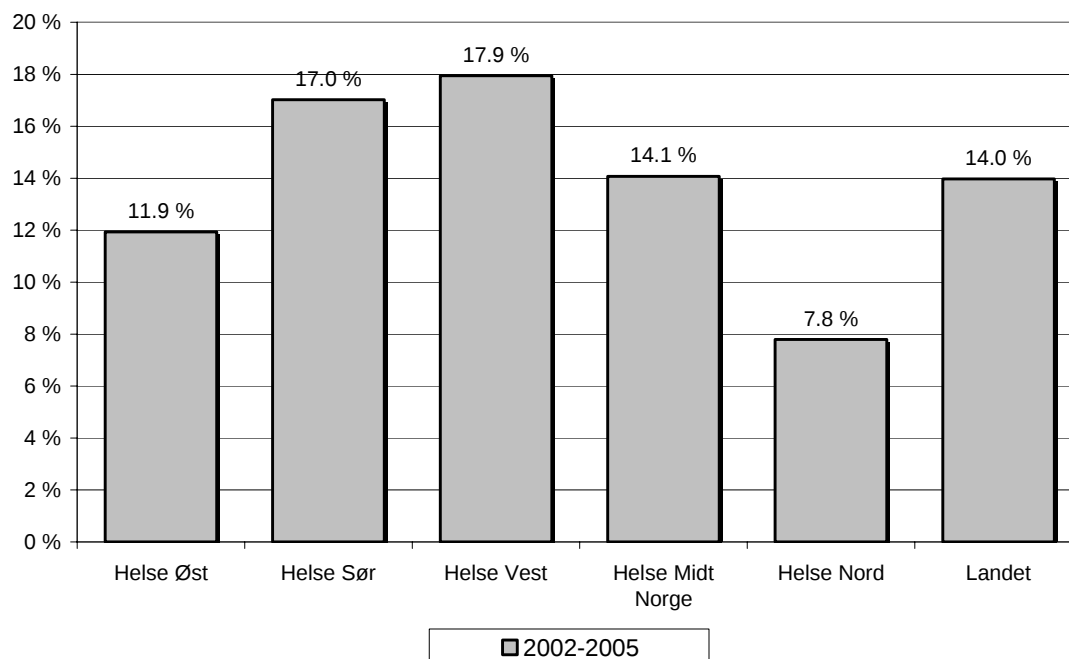
Figurene 7.1 og 7.2 viser utvikling i antall registrerte DRG-poeng fra 2002 til 2005 etter pasientenes bostedsregion. Figurene uttrykker dermed vekst i aktivitet i henhold til sørge-for-ansvaret.

Figur 7.1: Vekst i antall registrerte DRG-poeng 2002-2005. Kilde Norsk Pasientregister, SINTEF Helse



Fire av de fem regionale helseforetakene følger samme mønster; høy vekst i 2002-2003, lav vekst i 2003-2004 og en noe høyere vekst fra 2004-2005. Unntaket er Helse Midt-Norge som hadde et mindre fall i veksttakt fra 2002-2003 til 2003-2004, men som til gjengjeld har en nedgang i aktivitetsveksten også i 2004-2005.

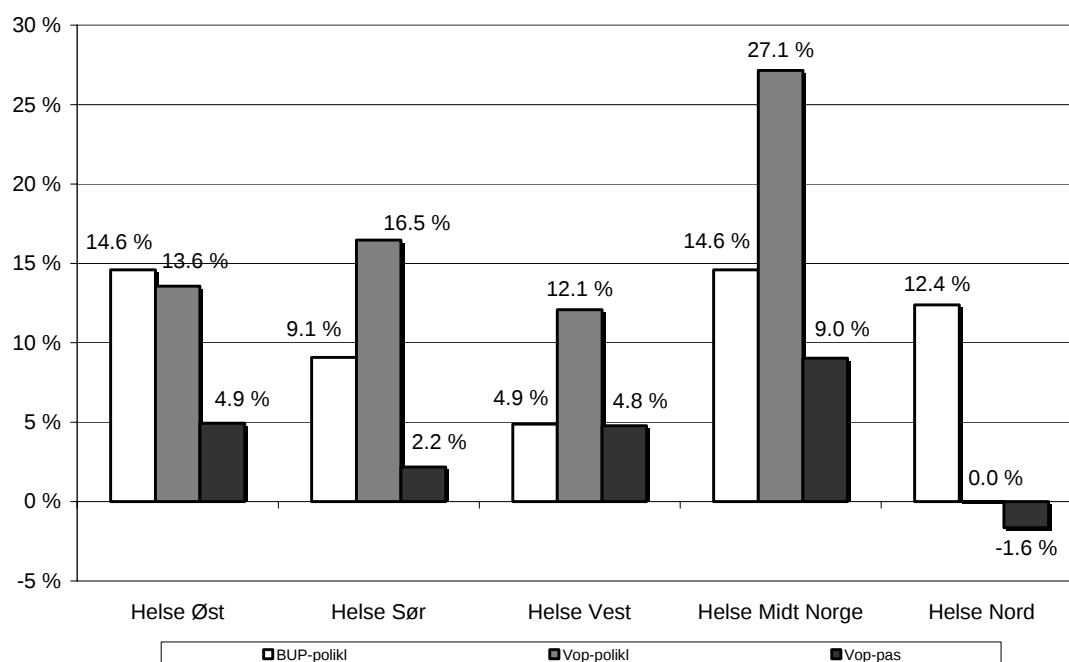
Figur 7.2: Samlet vekst i registrerte DRG-poeng 2002-2005 Kilde Norsk Pasientregister, SINTEF Helse



7.2 Psykisk helsevern

Figur 7.3 viser prosentvis vekst i aktiviteten i alle fem regionale helseforetak. Variasjonene er betydelige, men utvalget har ikke grunnlag for å vurdere hvorfor det er såpass store variasjoner i aktivitetsvekst.

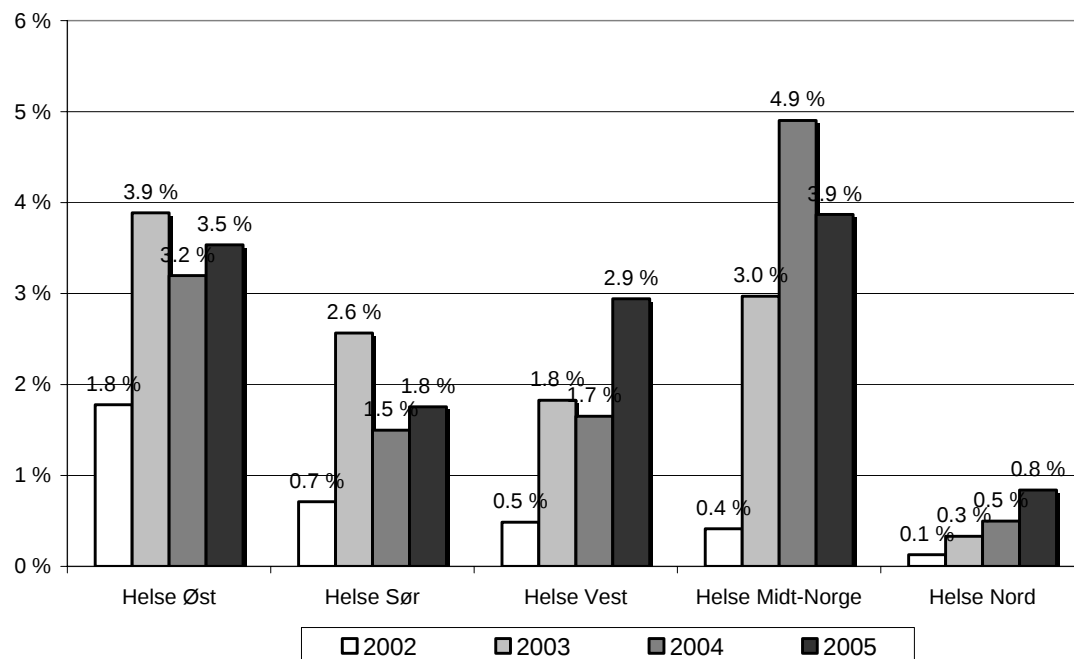
Figur 7.3 Vekst i aktivitet. Psykisk helsevern. Etter RHF – Kilde NPR



7.3 Bruk av private sykehus

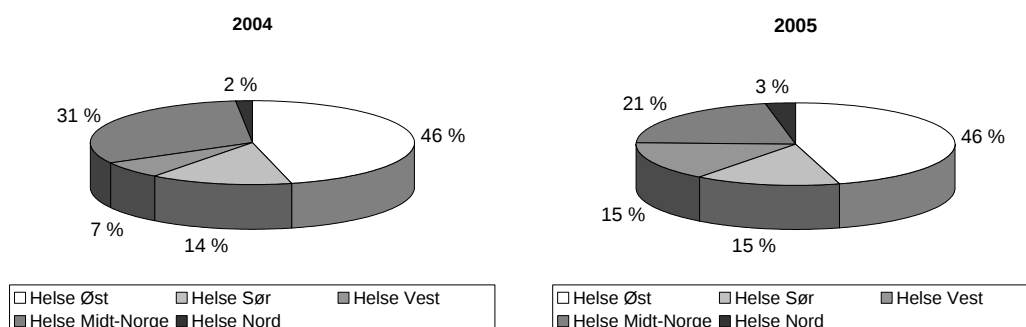
Et trekk ved denne fireårs-perioden er vekst i bruk av private sykehus og avtalespesialister. I tabell 7.4 illustreres dette i andel DRG-poeng for hvert regionalt helseforetak (befolkning) som er utført av private tilbydere. Utviklingen varierer sterkt mellom helseregionene.

Figur 7.4: Andel DRG-poeng ved private kommersielle sykehus og private avtalespesialister. 2002-2005. Kilde Norsk pasientregister



Helse Øst og Helse Midt-Norge henter høyest andel av sine DRG-poeng fra private kommersielle sykehus.

Figur 7.5: Aktivitet ved private kommersielle sykehus fordelt etter bostedsregion. 2004-2005. Kilde: Norsk Pasientregister



Det også i 2005 slik at nær halvparten av alle pasienter som behandles ved private kommersielle sykehus kommer fra Helse Øst. Helse Vest øker sin andelen betydelig fra 2004 til 2005, mens Helse Midt-Norge reduserer sin tilsvarende. For de øvrige regionene er det kun små endringer.

8 Resultat, investeringer og gjeld - regionalt

Hovedtrekkene i kapittel 8 er:

- Fire av fem helseforetak går i 2005 med underskudd i forhold til korrigert årsresultat. Bare Helse Øst er i økonomisk balanse.
- Helse Sør og Helse Vest har en bedring av sitt resultat fra 2004 til 2005, og har resultat i tråd med eiers styrkingskrav. Helse Nord sitt resultat er om lag uendret, mens Helse Midt-Norge sitt resultat forverres.
- Tre av fem regionale helseforetak har et samlet investeringsvolum i perioden 2002 til 2005 som er lavere enn regnskapsførte avskrivninger. Bare Helse Øst (Nye Ahus) og Helse Midt-Norge (St Olavs Hospital) har en reell oppbygging av sin kapital, men alle fem regionale helseforetak investerer mer enn det er grunnlag for i basistilskuddets finansiering av avskrivninger.
- Kapitalbruken, målt som avskrivninger pr DRG-poeng, varierer mellom helseforetakene. Helse Midt-Norge hadde i 2002 en avskrivningskostnad pr DRG-poeng som lå under 2/3 av tilsvarende kostnad i Helse Nord. De to helseforetakene med lavest avskrivningskostnad pr DRG-poeng er også de med høyest investeringsnivå.
- Det er store variasjoner både over tid, og mellom de regionale helseforetakene i investering i både bygninger og medisinsk-teknisk utstyr pr DRG-poeng.
- Nivået på langsiktig gjeld per 31.12. 2005 varierer mellom de regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge har fem ganger høyere langsiktig gjeld enn Helse Nord.

8.1 Økonomisk resultat

Når vi tar utgangspunkt i korrigert regnskapsmessig årsresultat, som er det økonomiske resultat som eier styrer etter, er akkumulert samlet underskudd ved utgangen av 2005 om lag 6,1 milliarder kroner, jf. tabell 8.1. Ved utgangen av 2004 var underskuddet om lag 4,7 mrd kroner. Det innebærer at underskuddet har økt med om lag 1,3 milliarder

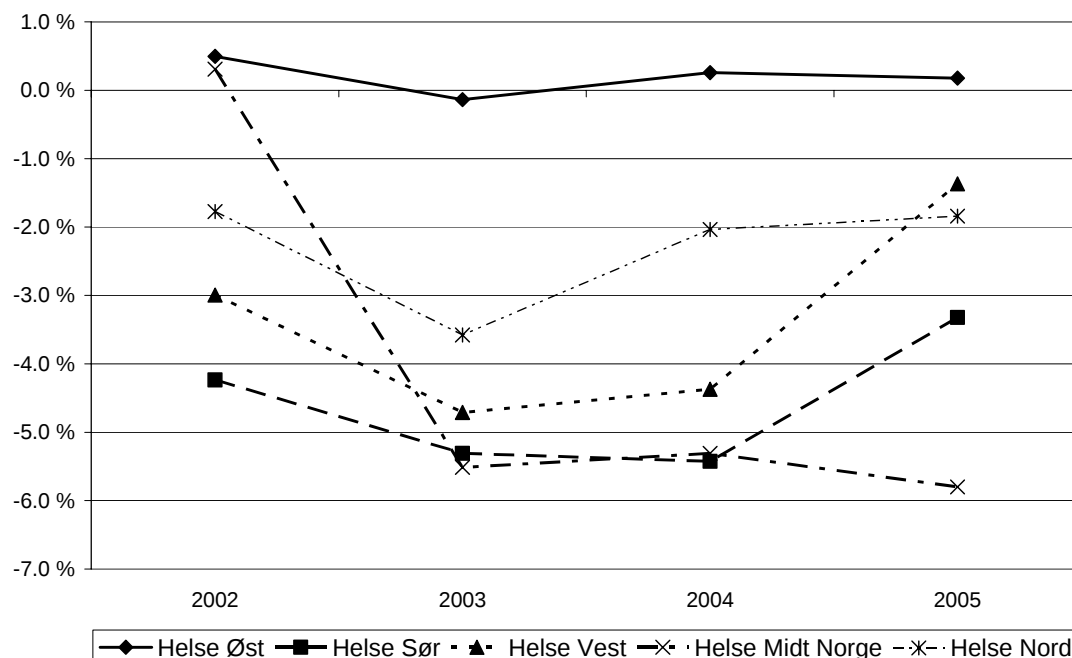
Helse Øst er det eneste regionale helseforetaket som har gått og går i økonomisk balanse, jf. tabell 8.1 som viser korrigert årsresultat for årene 2002-2005. De andre regionale helseforetakene har opparbeidet seg akkumulerte underskudd, jf. tabell 8.1.

Tabell 8.1: Korrigert årsresultat pr RHF. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2005. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

	2002	2003	2004	2005	Akkumulert
Helse Øst	97	-29	58	42	168
Helse Sør	-514	-697	-779	-498	-2 488
Helse Vest	-313	-524	-531	-182	-1 550
Helse Midt-Norge	24	-461	-498	-572	-1 507
Helse Nord	-120	-262	-175	-165	-722
Totalt	-826	-1 973	-1 925	-1 375	-6 099

Regionale helseforetak er ulike i størrelse og innbyggertall. Underskuddene er med andre ord ikke direkte sammenliknbare. I figur 8.1 har utvalget derfor relatert underskuddet i hvert regionale helseforetak til inntektsnivået²⁸.

Figur 8.1: Korrigert resultat i % av helseforetakets inntekter. 2002-2005. Kilde SINTEF Helse og Helse og Omsorgsdepartementet.



Fra 2004 til 2005 reduseres underskudd i forhold til samlede inntekter i så vel Helse Vest, Helse Sør og (marginalt) Helse Nord. Resultatet forverres i Helse Midt-Norge, som for tredje året på rad har et underskudd på mer enn 5 % av samlede inntekter. De regionale helseforetakene hadde for 2005 varierende styringskrav. For flere innebar dette ikke balanse i forhold til eiers styringsmål, men en reduksjon av underskuddene. Helse Øst, Helse Vest og Helse Sør leverte alle et resultat i tråd med eiers styringskrav for 2005.

8.2 Investeringer

Tabell 8.2 viser årlig investeringsvolum i perioden fordelt på de fem regionale helseforetakene.

Tabell 8.2: Investeringer. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2005. Kilde: Regionale helseforetak

	2002	2003	2004	2005	Samlet
Helse Øst	774	2 008	2 217	2 849	7 848
Helse Sør	1 016	1 088	1 243	1 162	4 509
Helse Vest	401	708	915	863	2 887
Helse Midt-Norge	729	1 589	2 408	2 027	6 753
Helse Nord	271	342	382	568	1 562

²⁸ Inntekter er beregnet med utgangspunkt i SINTEF sitt anslag på driftskostnader og så korrigert for avskrivninger. Dette gir en skjevhet fordi kapitalkostnader ikke fordeles etter bruk, men etter RHF.

Investeringsnivået varierer mellom de fem regionale helseforetakene, og er høyest i Helse Midt-Norge og i Helse Øst. Dette er i hovedsak knyttet til de to store prosjektene Nye Ahus og St Olavs Hospital. Vi merker oss at Helse Sør, som eneste regionalt foretak har et stabilt investeringsnivå gjennom hele denne perioden.

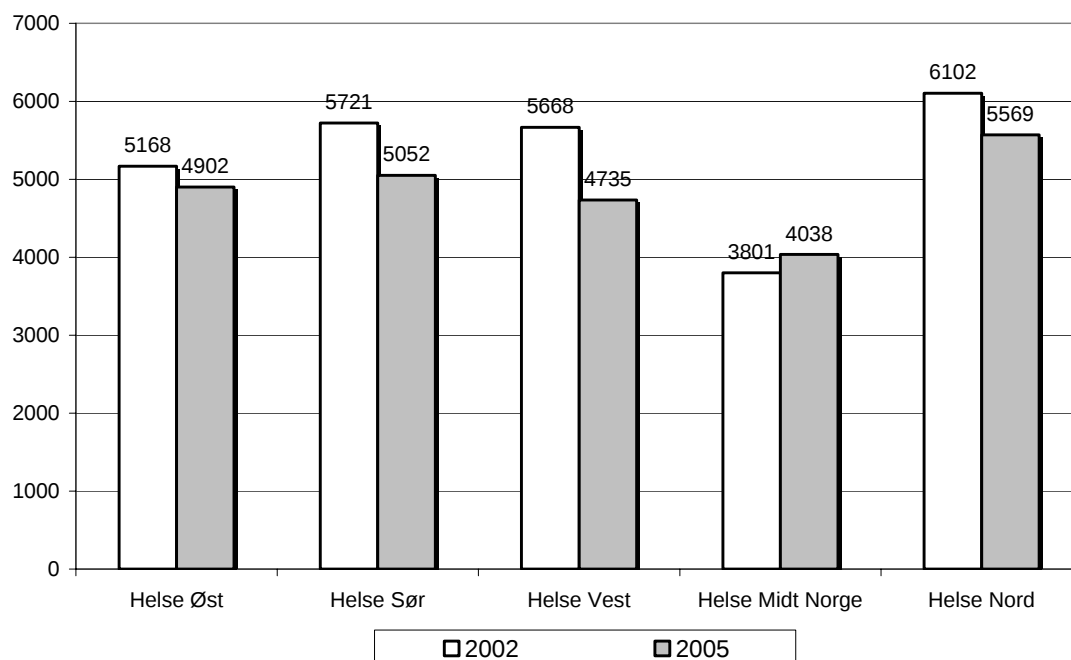
Tabell 8.3: Netto investeringer – Investeringer fratrukket kapitalslit. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2005. Kilde: Regionale helseforetak

	2002	2003	2004	2005	Samlet
Helse Øst	(682)	492	727	1 291	1 828
Helse Sør	(313)	(249)	(136)	(193)	(891)
Helse Vest	(524)	(223)	(13)	(91)	(851)
Helse Midt-Norge	230	1 063	1 853	1 447	4 593
Helse Nord	(323)	(256)	(231)	(12)	(823)

Målt mot regnskapsført kapitalslit er det altså kun to regionale helseforetak som øker sin realkapital i denne perioden; Helse Øst og Helse Midt. Disse to foretakene hadde også det laveste nivået på kapital²⁹ i 2002.

Figuren under viser samlede avskrivninger målt pr DRG-poeng for 2002 og 2005.

Figur 8.3: Avskrivninger pr DRG-poeng. 2002 og 2005. Kroner pr DRG-poeng. Kilde: Regionale helseforetak og Norsk Pasientregister.

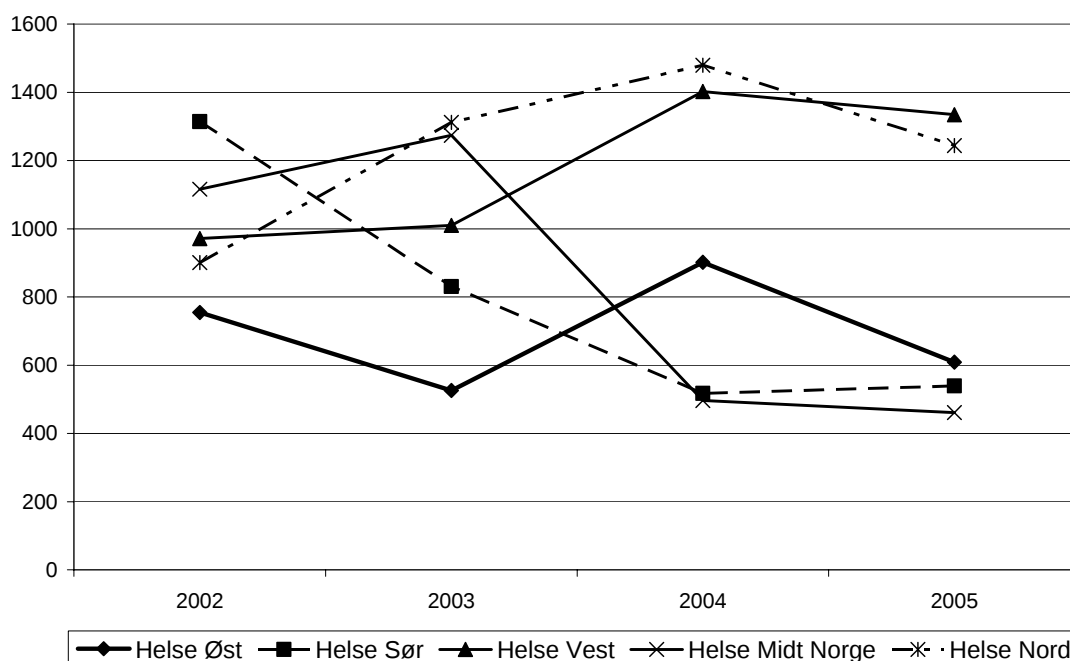


Helse Midt-Norge har en betydelig lavere kapitalbruk enn i særlig grad Helse Sør og Helse Nord. Dette reflekteres da også i forskjeller i investeringstakt mellom helseforetakene. Figurene 8.4 og 8.5 viser utvikling i investeringer pr DRG-poeng for henholdsvis medisinsk-teknisk utstyr (MTU) og bygninger.

²⁹ Målt som det relative forholdet mellom kapitalbeholdning og driftskostnader.

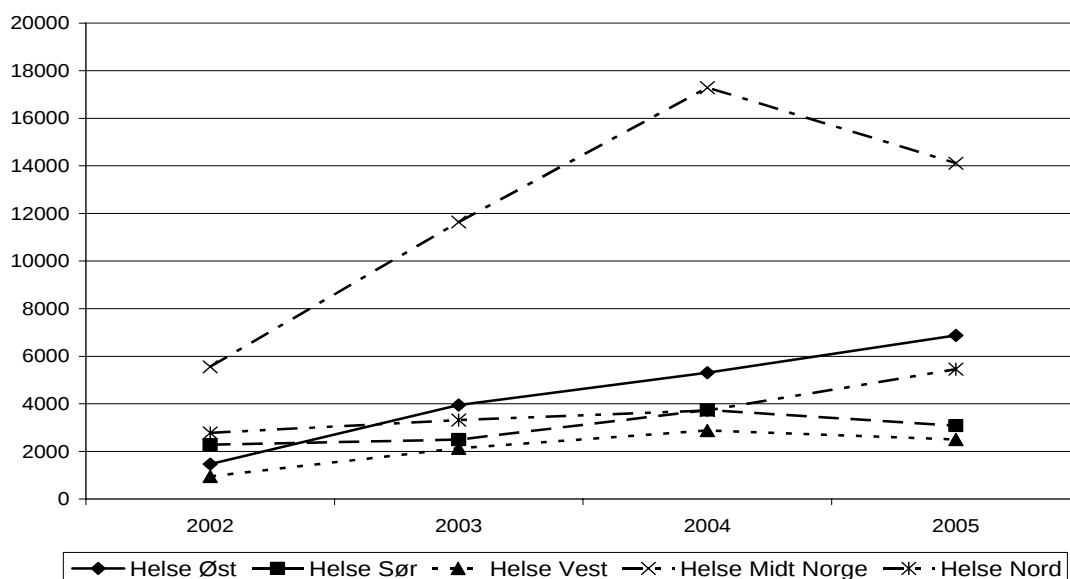
Vi så i kapittel 3 at det nasjonale gjennomsnittet har hatt en nedadgående trend fra 2002 – 2005. Dette har delvis sammenheng med at store deler av Helse Midts MTU-investeringer ved St. Olav er bokført som anlegg under utførelse. Det kan også opplyses at Helse Sør har presisert at det lave investeringsnivået kan skyldes en overgang til operasjonell leasing av MTU og naturlige svingninger. Helse Vest og Helse Nord har hatt den høyeste investeringstakten av MTU pr registrerte DRG-poeng.

Figur 8.4: Investeringer i medisinsk teknisk utstyr pr DRG-poeng. Løpende priser. Kroner.



Også investeringsnivået for bygninger varierer sterkt når det settes i sammenheng med antall DRG-poeng. Igjen er det Helse Midt-Norge, med St Olavs Hospital som skiller seg ut med et høyt investeringsnivå.

Figur 8.5: Investeringer i bygninger pr DRG-poeng. 2002-2005. Løpende priser. Kroner.



8.3 Gjeld og rentekostnader

Tabell 8.4 viser utvikling i langsiktig gjeld. Det er også her i særlig grad Helse Midt-Norge som skiller seg ut. Dette skyldes i stor grad St Olav. Utviklingen er negativ for samtlige regionale helseforetak, dvs at de bygger opp langsiktig gjeld.

Tabell 8.4: Langsiktig gjeld. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2005. Kilde: Regionale helseforetak

	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	172	504	1 197	2 251
Helse Sør	268	620	1 274	1 882
Helse Vest	192	549	675	1 090
Helse Midt-Norge	138	1 099	2 419	3 137
Helse Nord	119	260	347	628
Samlet	889	3 032	5 912	8 988

For ytterligere å belyse forskjellen i gjeldsbelastning i de ulike regionale helseforetak kan vi se på langsiktig gjeld i forhold til størrelsen på foretaket, målt i kostnader. Tabellen under viser at det er markante forskjeller. Mens Helse Nord har langsiktig gjeld som tilsvarer i underkant av 7 % av de totale kostnader, har Helse Midt-Norge en langsiktig gjeld som tilsvarer over 30 % av deres totale kostnadene.

Tabell 8.5: Gjeldsbelastning målt som Langsiktig gjeld ift. størrelsen på det regionale helseforetaket (målt som driftskostnader). Millioner kroner. Løpende priser 2002-2005. Kilde: Regionale helseforetak

	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	0,9 %	2,4 %	5,3 %	9,1 %
Helse Sør	2,1 %	4,5 %	8,4 %	12,2 %
Helse Vest	1,8 %	4,7 %	5,3 %	8,1 %
Helse Midt-Norge	1,8 %	12,5 %	24,5 %	30,1 %
Helse Nord	1,7 %	3,4 %	4,0 %	6,9 %

Tabell 8.6 viser utviklingen i rentekostnader for de regionale helseforetakene i perioden 2002-2005.

	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	4	4	0	5
Helse Sør	4	1	11	55
Helse Vest	3	2	13	29
Helse Midt-Norge	7	10	17	33
Helse Nord	5	11	13	19
Samlet	23	29	54	140

Med unntak av i Helse Øst har det vært en kraftig vekst i rentekostnader i fireårsperioden. Veksten har vært sterkest i Helse Sør. For landet totalt er rentekostnadene nær seksdoblet siden 2002. Vi vet samtidig at den rentebærende gjelden i perioden har økt betraktelig og vil i årene framover bidra

til en ytterligere vekst i rentekostnader. Betjening av renter og avdrag vil i framtiden gå på bekostning av de midler helseforetakene har tilgjengelig for pasientbehandling.

9. Kostnadsdrivere – regionalt

Hovedtrekkene i kapittel 9 er:

- Det er betydelige regionale lønnsforskjeller for leger, mens forskjellene for sykepleiere, spesialsykepleiere og hjelpepleiere er marginale.
- Det er forskjeller i regional vekst både i lønnskostnader og pensjonskostnader.

9.1 Lønnskostnader og kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer

Lønn er den største kostnadskomponenten for helseforetakene, og tabell 9.1 viser utvikling i samlede lønnskostnader fra 2002 til 2005 for alle helseforetak.

Tabell 9.1: Lønnskostnader(inkl pensjon og arbeidsgiveravgift) 2002 - 2005.

Løpende priser mill kroner. Kilde: SINTEF Helse

	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	12 578	13 761	14 715	15 027
Helse Sør	8 780	9 673	10 397	10 485
Helse Vest	7 080	7 718	8 205	8 357
Helse Midt-Norge	5 452	5 737	6 099	6 287
Helse Nord	4 019	4 530	5 045	5 072
Samlet	37 909	41 419	44 460	45 228

Tabell 9.2 viser utvikling i kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer, i tilsvarende periode.

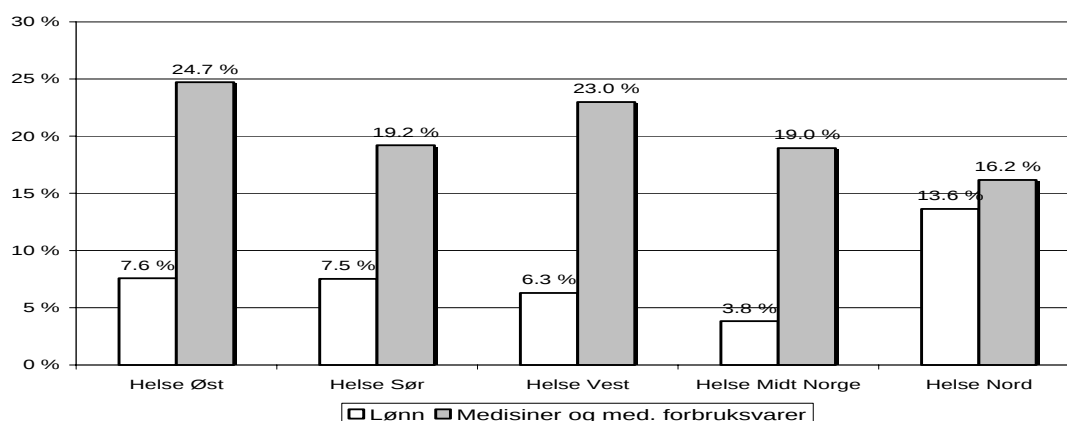
Tabell 9.2: Kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer 2002 - 2005.

Løpende priser mill kroner. Kilde: SINTEF Helse

	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	1 428	1 619	1 867	1 978
Helse Sør	1 297	1 478	1 574	1 717
Helse Vest	872	974	1 109	1 191
Helse Midt-Norge	735	825	898	971
Helse Nord	548	628	682	707
Samlet	4 880	5 524	6 130	6 564

Figur 9.1 viser utvikling i lønnskostnader og kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer i faste priser i perioden 2002 til 2005.

Figur 9.1: Vekst i lønnskostnader og kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer 2002-2005. Faste priser



Det er i alle regionene en betydelig kraftigere vekst i kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer enn i kostnader til lønn. Merk at veksten i lønnskostnader i Helse Nord henger særlig sammen med bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift i 2004.

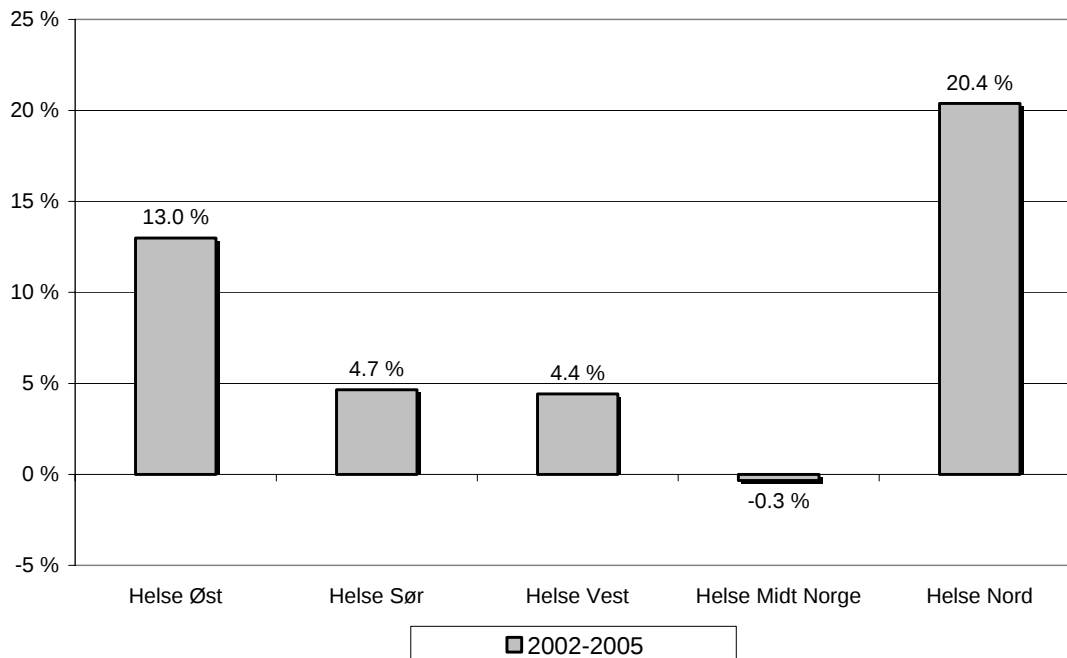
9.2 Pensjon

Tabell 9.2: Pensjonskostnader regionale helseforetak. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2005. Kilde: Regionale Helseforetak

	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	912	1 034	1 072	1 144
Helse Sør	773	843	883	898
Helse Vest	589	614	684	683
Helse Midt-Norge	552	575	636	611
Helse Nord	350	394	454	468
Samlet	3 176	3 461	3 729	3 804

Figur 9.2 viser vekst i pensjonskostnader i faste priser for perioden 2002 til 2005 samlet. Den sterke veksten i Helse Nord må også her sees i sammenheng med bortfallet av differensiert arbeidsgiveravgift i 2004. Vi merker oss for øvrig at Helse Midt-Norge har et fall i pensjonskostnader (målt i faste priser) i denne perioden.

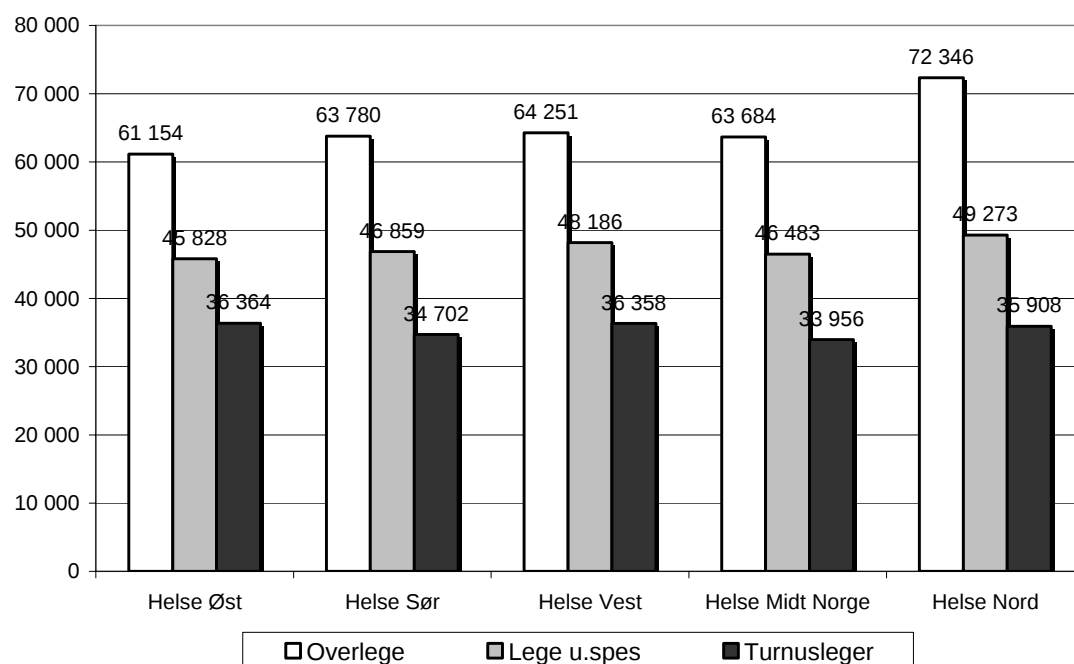
Figur 9.2: Vekst i pensjonskostnader 2002-2005. Faste priser.



9.3 Lønnsnivå

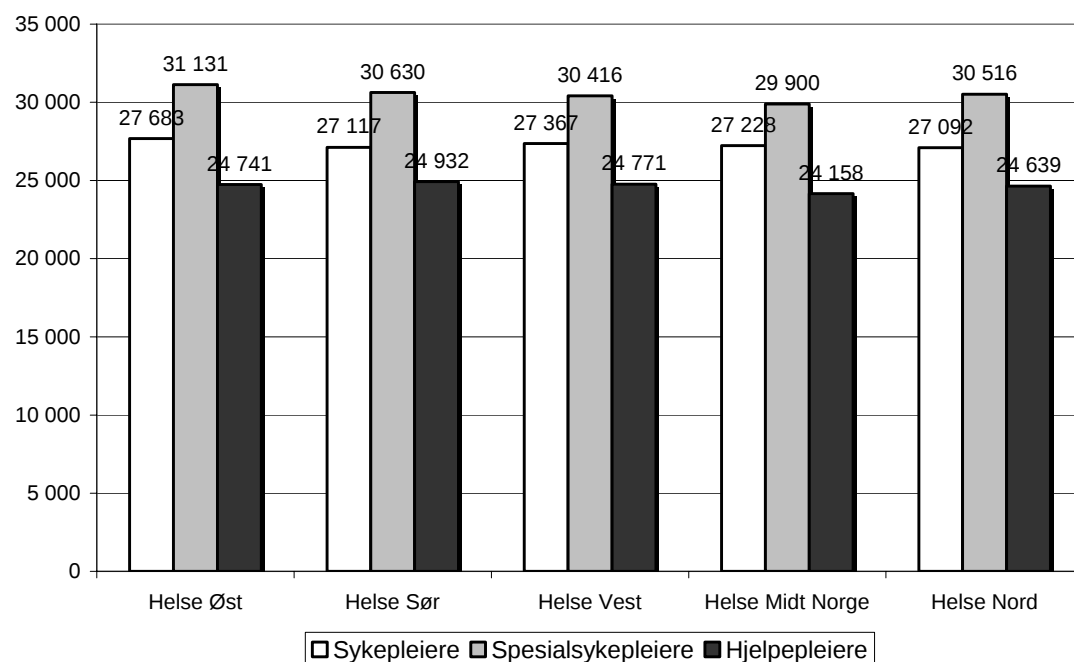
I dette avsnittet fokuseres på forskjeller i lønnsnivå i 2005 slik det måles gjennom månedsfortjenesten. Merk at forskjeller i månedsfortjeneste dels vil reflektere forskjeller i lokale arbeidsmarkedsforhold ("rekruttering"), dels forskjeller i lokal forhandlingsstyrke, og dels forskjeller i lokal organisering. En mer spredt vaktordning vil for eksempel kunne gi tillegg som hever månedsfortjenesten, men som også kan innebære forskjeller i arbeidstid.

Figur 9.3. Månedsførtjeneste (ekskl overtid) for ulike typer leger etter RHF. 2005. Kilde: NAVO.



Det er betydelige regionale forskjeller i legelønninger slik disse beskrives gjennom månedsførtjenestene (figur 9.3). Med unntak av turnusleger er lønnsnivået høyest i Helse Nord og lavest i Helse Øst. Tilsvarende forskjeller kan beskrives for alle arbeidstakergrupper. Figur 9.4 viser månedsførtjeneste for spesialsykepleiere, sykepleiere og hjelpepleiere i de fem regionale helseforetakene. Her ser vi ikke det samme geografiske mønsteret som for legene. Det kan tyde på at lønn er en viktigere rekrutteringsfaktor for leger enn for øvrige grupper personell i Helse Nord.

Figur 9.4: Månedsførtjeneste (ekskl overtid) for sykepleiere, spesialsykepleiere og hjelpepleiere. Regionale helseforetak 2005. Kilde: NAVO



9.4 Likviditet

Likviditetsgrad er forholdet mellom omløpsmidler og kortsiktig gjeld. Nøkkeltallet sier noe om evnen til å betjene gjeld, da den kortsiktige gjelden ofte blir dekket ved at det frigjøres kapital bundet i omløpsmidler. Det er vanskelig å si hvor høy likviditetsgraden bør være. En ugunstig utvikling (dvs en reduksjon) i forholdstallet kan imidlertid ofte tas som et tegn på at likviditeten er, eller vil bli anstrengt. Tabell 9.3 viser utviklingen i likviditet fra 2002 til 2005. Vi ser at likviditetsgraden er redusert med 30 % på landsbasis i denne perioden, og det er store regionale forskjeller. Helse Sør, Helse Vest har hatt en markant reduksjon, og Helse Øst har hatt en moderat nedgang. Helse Midt har hatt en viss økning. Dette har sammenheng med utbetaling av investeringstilskudd på 2,9 mrd i 2005.

Tabell 9.3: Likviditetsgrad 2002 til 2005. Kilde: Regionale helseforetak.

	2002	2003	2004	2005	2002 - 2005
Helse Øst	82 %	69 %	61 %	65 %	-20 %
Helse Sør	75 %	47 %	41 %	36 %	-52 %
Helse Vest	76 %	47 %	27 %	33 %	-57 %
Helse Midt-Norge	105 %	82 %	38 %	119 %	13 %
Helse Nord	85 %	70 %	58 %	53 %	-37 %
Samlet	83 %	62 %	46 %	58 %	-30 %

Del IV: Datagrunnlag og kilder

Utvalgets rapport er basert på følgende kilder:

Ressursbruk:

Beskrivelsene av *ressursbruk* baseres på data fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) og SINTEF Helse (Samdata). I sin årsrapport for 2005 påpekte utvalget at det var til dels betydelige avvik mellom samlet ressursinnsats slik det rapporteres fra SSB og gjennom Samdata. Utvalget valgte da å basere sin vurdering på tall fra Samdata. Også for driftsåret 2005 er det forskjeller i tallene fra SSB og Samdata. Dels skyldes dette forskjeller i definisjonsgrunnlaget, men det er også forskjeller som p.t er uforklarte. Utvalget vil også i år påpeke at det bør være en målsetting at det er samsvar mellom offisiell statistikk, slik den presenteres fra SSB, og de styringsdata som presenteres gjennom Samdata. For å sikre sammenliknbarhet med tall fra årene 2002 til 2004 velger utvalget også i år å basere seg på tallgrunnlaget fra Samdata³⁰.

Aktivitet:

Beskrivelsene av *aktivitet* baseres på data fra 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 presntasjoner 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.

SINTEF Helse Pasientklassifisering og finansiering presenterer oversikter over utbetalingsgrunnlaget for ISF. Dette vil kunne avvike fra registrerte DRG-poeng hos NPR fordi statlige spesialsykehus, 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.

Investeringer, gjeld og pensjon:

Deloitte Consulting har på oppdrag fra utvalget gjennomført en kartlegging og analyse av investeringer, kapitalbeholdning, avskrivninger og pensjon i de

³⁰ Utvalget har fått tilgang på data den 21/6. Det kan komme avvik mellom utvalgets tall og tall i Samdata dersom det etter dette tidspunktet er foretatt ytterligere justeringer i Samdata.

regionale helseforetakene. Tallmaterialet fra denne kartleggingen samt opplysninger fra revisorgodkjente regnskap danner grunnlaget for utvalgets beskrivelser. Rapporten fra Deloitte Consulting er tilgjengelig ved henvendelse til utvalget.

Lønn:

PriceWaterhouseCoopers har på oppdrag fra utvalget samlet inn og analysert lønnsdata fra arbeidsgiverforeningen NAVO. Disse danner grunnlaget for utvalgets beskrivelser. Det er noe usikkerhet knyttet til de tallene som her presenteres grunnet flere forhold:

- Rapporteringen fra helseforetakene til NAVO er i noen tilfeller mangelfull.
- Det har vært en omlegging av statistikkpraksis i NAVO, og dette kan påvirke forholdet mellom tall for 2005 og 2002-2004.
- Legenes lønnsstatistikk ble hentet ut 1.mars 2006, mens tall for de øvrige gruppene ble hentet ut 1. oktober 2005. Dette skyldes at forhandlingene for legene ikke førte fram og måtte til mekling.

Registreringer er foretatt i én måned (oktober/mars), og dette kan både skape problemer for representativitet og for beregning av årslønn³¹.

Øvrige kilder:

SINTEF Helse har, på oppdrag fra utvalget, gjort en analyse og vurdering av prinsipper for og konsekvenser av fordeling av felleskostnader mellom psykisk helsevern, somatikk og rus.

³¹ Pga ulike tidspunkt for lønnsjustering blir det vanskelig å beregne overheng.