

Årsrapport

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten

September 2008

Forord

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten avleverer med dette sin årsrapport for 2008. Rapporten favner tematisk noe bredere enn tidligere år ved at produktivitetsutvikling og sammenligninger med andre nordiske land tas opp, i tillegg til temaene ressursbruk, aktivitet, økonomisk situasjon og viktige kostnadskomponenter. Rapporten inneholder både en beskrivende faktadel og et sammendrag med utvalgets vurderinger.

Arbeidet med årets rapport har avdekket mangler når det gjelder nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten i Norden. Utvalget har derfor satt i gang et arbeid for å fremskaffe et bedre datagrunnlag for å vurdere spesialisthelsetjenesten i Norge sammenlignet med Sverige, Finland og Danmark. Det er utvalgets intensjon at neste års rapport vil gi en mer utfyllende behandling av dette tema.

Datagrunnlaget for rapporten er i hovedsak SSB, SINTEF Helse, Norsk pasientregister, NOMESCO og Spekter.

Oslo 1. september 2008

Tor Iversen
Leder

Helge Bryne

Mari Trommald

Kari Nyland

Nils Otto Skribeland

Stig Økland

Jorid Kalseth

Lars Rønningen
Ola Kindseth
Helga Daae
Guri Snøfugl

FORORD.....	2
UTVALGETS MANDAT OG SAMMENSETNING	5
DEL I SAMMENDRAG MED VURDERINGER.....	6
<i>Utvalgets samlede vurdering</i>	<i>6</i>
<i>Ressursbruk.....</i>	<i>7</i>
<i>Aktivitet.....</i>	<i>7</i>
<i>Produktivitet.....</i>	<i>8</i>
<i>Utvikling i enkelte kostnadskomponenter.....</i>	<i>9</i>
<i>Økonomisk resultat, investeringer, gjeld og egenkapital</i>	<i>10</i>
<i>Nordisk perspektiv</i>	<i>10</i>
<i>Behov for utvidelse av datagrunnlag</i>	<i>11</i>
DEL II: NASJONAL UTVIKLING	12
1. RESSURSBRUK.....	12
1.1 Driftskostnader	12
1.2 Årsverk.....	14
1.3 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.....	16
2. AKTIVITET	19
2.1 Somatikk	19
2.2 Bruk av private kommersielle aktører.....	21
2.3 Psykisk helsevern.....	22
2.4 Rusbehandling	23
2.5 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.....	24
2.6 Forskningsaktivitet	25
3. PRODUKTIVITET.....	26
3.1 Produktivitet i somatisk sektor.....	27
3.2 Produktivitet i psykisk helsevern.....	28
4. HELSEFORETAKENES ØKONOMISKE SITUASJON.....	31
4.1 Institusjonelle forhold.....	31
4.2 Regnskapsmessig resultat og egenkapital.....	32
4.3 Investeringer.....	33
4.4 Eiendeler og gjeld.....	35
4.5 Likviditetssituasjonen	37
5. KOSTNADSKOMPONENTER	39
5.1 Fordeling av kostnader.....	39
5.2 Utvikling i lønnsnivå.....	40
5.3 Pensjonskostnader	43
DEL III: REGIONAL UTVIKLING	45
6. RESSURSBRUK - REGIONALT	45
6.1 Ressursbruk	45
6.2 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.....	46
7. AKTIVITET - REGIONALT	48
7.1 Somatisk virksomhet	48
7.2 Bruk av private sykehus og avtalespesialister i ISF	50
7.3 Konsultasjoner hos private avtalespesialister	51
7.4 Psykisk helsevern.....	51
7.5 Rusbehandling	53
7.6 Forskningsaktivitet	54
8. PRODUKTIVITET - REGIONALT.....	55
8.1 Produktivitet i somatisk sektor.....	55
8.2 Produktivitet i psykisk helsevern.....	58
9. HELSEFORETAKENES ØKONOMISKE SITUASJON - REGIONALT.....	60
9.1 Regnskapsmessig resultat og utvikling i egenkapital.....	60
9.2 Investeringer.....	63
9.3 Eiendeler og gjeld.....	65
10.4 Likviditetssituasjonen	68

10.	KOSTNADSKOMPONENTER – REGIONALT.....	69
10.1	Lønnskostnader og kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer.....	69
10.2	Pensjonskostnader	70
10.3	Lønnsnivå	71
DEL IV:	NORGE I NORDEN.....	73
11.	NORGE I ET NORDISK PERSPEKTIV	73
11.1	Bakgrunn	73
11.2	Organiseringen av sykehustjenestene	73
11.3	Aktivitetsindikatorer	74
11.4	Personellindikatorer	78
11.5	Produktivitetsindikatorer.....	79
DEL IV:	DATAGRUNNLAG OG KILDER.....	80

Utvalgets mandat og sammensetning

Beregningsutvalget for Spesialisthelsetjenesten (BUS) ble første gang opprettet 1.1.2005 for en prøveperiode på 3 år. Høsten 2007 ble det gjennomført en evaluering av BUS som konkluderte med at utvalget skulle videreføres. BUS ble derfor re-oppnevnt fra 1.1.2008 og har som mandat:

BUS har som formål å opparbeide et nøytralt faktagrunnlag om spesialisthelsetjenesten. Faktagrunnlaget skal baseres på tilgjengelige data. BUS skal gi en faglig tolkning av faktagrunnlaget som sammenstilles. BUS er et rådgivende organ for Helse- og omsorgsdepartementet.

Utvalgets oppgaver er:

- *Gi en faglig tolkning av aktivitets-, kostnads- og produktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten og i regionale helseforetak, basert på tilgjengelige data. BUS skal kunne foreslå en utvidelse av datagrunnlaget der det er nødvendig. Utvalget skal årlig, innen 1. september, avgi en skriftlig årsrapport som beskriver den historiske utviklingen, med særlig vekt på foregående år.*
- *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.*
- *Sammenligne nøkkeltall i norsk spesialisthelsetjeneste med andre nordiske land (Danmark, Sverige og Finland).*
- *Formalisere en dialog med de regionale helseforetak der utvalgets analyser drøftes.*

BUS skal etter forespørsel fra HOD kunne avgi rapporter og analyser gjennom året.

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

Sekretariatet innehas av Helsedirektoratet. I tillegg vil 1 person fra Helse- og omsorgsdepartementet bistå sekretariatet.

Statistisk sentralbyrå deltar i utvalgets møter som observatør.

Utvalgets sammensetning:

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

Forskningssjef Jorid Kalseth, SINTEF Helse

Førsteamanuensis Kari Nyland, Trondheim Økonomiske høyskole

Viseadministrerende direktør Helge Bryne, Helse Vest RHF

Viseadministrerende direktør Mari Trommald, Helse Sør-Øst RHF

Seniorrådgiver Nils Otto Skribeland, Helse- og omsorgsdepartementet

Førstekonsulent Stig Økland, Finansdepartementet

Del I Sammen drag med vurderinger

Utvalgets samlede vurdering

Eiers krav til aktivitet og aktivitetssammensetning vurderes til å være oppfylt i 2007 for helseforetakene som helhet. Det er trolig aktivitetsvekst fra 2006 til 2007 for poliklinisk rusbehandling, men utvalget anser datakvaliteten som for dårlig til å tallfeste denne. Det ser ut til at de regionale helseforetakene har etablert systemer som gjør det mulig å styre aktivitetsutvikling og -sammensetning på en bedre måte enn før.

Økonomisk resultat er nærmere eiers styringskrav i 2007 enn i 2006. Selv om utviklingen på kort sikt dermed synes i gå i riktig retning, ville likevel underskuddet i forhold til eiers styringskrav vært større i 2007 enn i 2006 om ikke tilleggsbevilgningen på 700 millioner kroner hadde kommet i februar 2007. Tilleggsbevilgningen for å styrke foretakenes økonomi forhindret derfor et dårligere økonomisk resultat i 2007 enn i 2006.

Helseforetakene er inne i en periode med store investeringer i bygninger og anlegg. Samtidig ser underskuddssituasjonen ut til å vedvare. Dette har gitt en utvikling med økende langsiktig og kortsiktig gjeld, reduksjon i egenkapital og en stadig mer anstrengt likviditetssituasjon. Økte pensjonspremier har også bidratt til en anstrengte likviditet. Driftskredittene har økt fra 1 milliard kroner i 2004 til 5,8 milliarder kroner i 2007. Kombinasjonen av alle disse faktorene stiller foretakene overfor meget krevende omstillinger.

Den store økningen i de regionale helseforetakenes pensjonskostnader i 2007 valgte eier å unnta fra resultatkravet istedenfor å gi tilleggsbevilgning eller å kreve kostnadsdekning gjennom effektivisering. Håndtering av slike endringer i rammebetingelser er styringsmessig utfordrende både for eier og for de regionale helseforetakene.

Når det gjelder resultat sammenliknet med eiers styringskrav, er det betydelig variasjon mellom de regionale helseforetakene. Mens Helse Øst gikk i balanse og Helse Midt-Norge hadde det største underskuddet i 2006, har Helse Sør-Øst¹ det største underskuddet i 2007 mens Helse Midt-Norge er i balanse. Utvalget er klar over at Helse Sør-Øst ble etablert i 2007 med en interim fase på fem måneder fra beslutningen ble tatt til ny organisasjon var på plass.² At Helse Midt-Norge i motsetning til Helse Sør-Øst har tilfredsstilt styringskravet, har delvis sin bakgrunn i ulik kostnadsutvikling. Mens økning i kostnader målt i faste priser i 2007 er 4,6 prosent i Helse Sør-Øst (målt i forhold til summen av Helse Sør og Helse Øst i 2006), er den 0,4 prosent i Helse Midt-Norge. Det er spesielt lønnskostnadene som utvikler seg ulikt. Vekst i lønnskostnader (inkludert annen personalkostnad, som pensjonskostnad) 2006-2007 er i løpende priser 14,6 prosent i Helse Sør-Øst og 8,4 prosent i Helse Midt-Norge. Forskjellen er betydelig også for de rene lønnskostnadene. Samtidig er vekst i gjennomsnittlig månedslønn nokså lik i de to foretakene. Veksten i antall årsverk ser dermed ut til å ha vært større i Helse Sør-Øst enn i Helse Midt-Norge (som reduserte antall årsverk 2006-2007). Den ulike regionale utvikling illustrerer betydningen av å ha kontroll med personalkostnadene for å komme i økonomisk balanse.

¹ Utvalget er kjent med at det betydelige variasjoner mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst. I følge utvalgets mandat skal beskrivelsene og vurderingene stoppe på det regionale nivået.

² I 2006 var Helse Sør-Øst to regionale helseforetak, Helse Sør og Helse Øst. I framstillingen sammenligner vi Helse Sør-Øst i 2007 med summen av Helse Sør og Helse Øst i 2006.

Ressursbruk

- De regionale helseforetakenes driftskostnader korrigert for prisstigning, nye oppgaver og endret arbeidsgiveravgift økte med 2,7 prosent fra 2006 til 2007.
- Vekst i kostnader i faste priser og korrigert for nye oppgaver innen somatikk var 2,1 prosent fra 2006- 2007
- Vekst i kostnader i faste priser og korrigert for nye oppgaver innen psykisk helsevern var 5,7 prosent fra 2006 til 2007.
- Veksten i driftskostnader til rusbehandling var på om lag samme nivå som for somatisk virksomhet.
- Vekst i antall årsverk anslås til 0,9 prosent fra 2006 til 2007.

Veksten i antall årsverk innen somatikk er mindre enn veksten i antall årsverk innen psykisk helsevern.

Det er regionale variasjoner i kostnadsutviklingen i 2006-2007. Økning i kostnader målt i faste priser 2006 – 2007 er 4,6 prosent i Helse Sør-Øst, 1,8 prosent i Helse Vest og 0,4 prosent i Helse Midt-Norge. I Helse Nord er det en reduksjon på 1,2 %. Korrigert for reduksjonen i arbeidsgiveravgiften i perioden, har det også vært en økning i Helse Nord. Bortsett fra Helse Sør-Øst har alle de regionale helseforetakene lavere kostnadsvekst i 2007 enn i 2006.

Aktivitet

De regionale helseforetakene har ansvar for pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientopplæring. Det eksisterer gode aktivitetsdata for det meste av pasientbehandlingen. Når det gjelder forskning, er det data knyttet til artikkelproduksjon og doktorgrader, mens det for utdanning ikke eksisterer opplysninger om aktivitetsnivå. Pasientopplæring inngår delvis i aktivitetsdata for pasientbehandling, men trolig er det vesentlige mangler i forhold til pasientopplæring samlet. Det presenteres derfor ikke data for utdanning og pasientopplæring.

- Registrerte DRG-poeng øker med 2,2 prosent.
- DRG-poeng korrigert for antatt kodeforbedring øker med om lag 1,2 prosent. Dette er 0,6 prosentpoeng mer enn styringsmålet.
- Det har også i 2007 vært en omlegging fra døgnopphold til dag- og poliklinisk behandling innenfor alle områder.
 - Det er ingen vekst i døgnopphold fra 2006 til 2007 verken i somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
 - Innen somatikk er det 5,2 prosent økning i polikliniske konsultasjoner, mens antallet døgnopphold reduseres med 1,5 prosent.
 - Innen psykisk helsevern for voksne er det 6,2 prosent økning i polikliniske konsultasjoner, mens antallet døgnopphold reduseres med 0,3 prosent.
 - Vekst i polikliniske tiltak i psykisk helsevern for barn og unge er 11,7 prosent.
 - Det er trolig aktivitetsvekst fra 2006 til 2007 i poliklinisk rusbehandling, men datakvaliteten er for dårlig til å tallfeste endringen.
- Antall DRG-poeng i private kommersielle sykehus er i 2007 redusert med 17 prosent i forhold til 2006. I forhold til 2005 er reduksjonen 30 prosent.

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2007 var sentrale krav i forhold til aktivitet (1) "at aktiviteten skal kunne videreføres i 2007 på om lag samme høye nivå som i 2006", (2) "den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skal i 2007 være sterkere enn innen somatikk", (3) "omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må ikke være høyere enn dagens nivå."

Tallene for aktivitetsutvikling i 2007 viser så langt utvalget kan bedømme at disse kravene er oppfylt for de regionale helseforetakene som helhet (selv om datakvaliteten for rusområdet er mangelfull).

Det er regionale forskjeller i aktivitetsutviklingen 2006-2007. Mens antallet DRG-poeng (ikke korrigeret for kodeforbedringer) vokser med 2,8 prosent i Helse Sør-Øst, er veksten 0,8 prosent i Helse Vest og 3,6 prosent i Helse Midt-Norge. I Helse Nord har det vært en reduksjon på 0,7 prosent.

I alle de regionale foretakene er det betydelig vekst i 2007 (7,9 % - 13,1 %) i antall tiltak i psykisk helsevern for barn og unge. Antallet polikliniske konsultasjoner for voksne er tilnærmet konstant i Helse Sør-Øst, men det er en betydelig vekst (13,0 % - 17,6 %) i de andre regionene. Antallet døgnopphold har blitt redusert i Helse Sør-Øst, har vært tilnærmet konstant i Helse Midt-Norge og har økt i Helse Vest og i Helse Nord.

Det er betydelige regionale forskjeller i aktivitet når det gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Disse forskjellene kan både skyldes forskjeller i behov og forskjeller i dekningsgrad.

Produktivitet

Produktivitet kan defineres som forholdet mellom ressursinnsats og produksjon. Ressursinnsats blir vanligvis målt ved hjelp av årsverk eller driftskostnader. Virksomheten i helseforetakene er en samling av mange aktiviteter (produkter) som ikke uten videre kan summeres. Siden det ofte blir noe vilkårlig hvordan man fordeler de samlede kostnadene på de enkelte aktivitetene, er det ideelt sett mest meningsfylt å beregne produktivitet av ressursene i forhold til flere aktiviteter samtidig. Dette gjøres i den såkalte Data-omhyllings-metoden (DEA-metoden).

SINTEF Helse utarbeider ulike mål for produktivitet og kostnadsnivå. Siden beregningene for 2007 basert på DEA-metoden ikke er tilgjengelig før etter at BUS-rapporten er offentliggjort, må beskrivelsen av utviklingen siste år basere seg på indikatorer på kostnadsnivå i forhold til enkeltprodukter (aktiviteter).

- I perioden 2003-2006 har det vært en positiv effektivitetsutvikling både når det gjelder teknisk effektivitet (målt i årsverk) og kostnadseffektivitet innen somatikk.
- Fra 2006-2007 økte reelle kostnader per DRG-poeng med 1-2 prosent.
- Innen psykisk helsevern for voksne var det fra 2006 til 2007 et uendret nivå på utskrivninger per årsverk og en svak nedgang i konsultasjoner per fagårsverk.
Samlet sett har det i perioden 2002-2007 vært vekst i begge disse indikatorene.
- Når det gjelder psykisk helsevern for barn og unge har det både siste år og i hele perioden 2002-2007 vært en økning i tiltak per fagårsverk.

Med utgangspunkt i de foreliggende beregninger slutter utvalget at det for de regionale helseforetakene som helhet ikke er dokumentert noen positiv

produktivitetsutvikling målt ved kostnader per DRG-poeng innen somatikk fra 2006-2007.

Det er regionale variasjoner i utvikling i kostnad per DRG-poeng 2006-2007. Helse Sør-Øst og Helse Vest har en vekst i kostnad per DRG-poeng på ca 2,5 prosent og Helse Midt-Norge og Helse Nord en reduksjon på drøyt 2 prosent. Reduksjonen i Helse Nord er imidlertid en god del forklart av endret arbeidsgiveravgift.

Det er flere forbehold knyttet til beregningene av produktivitetsutvikling 2006-2007. DRG-poeng er ikke korrigert for kodeforbedringer. Dette vil isolert sett bidra til å overvurdere produktivitetsveksten innen somatikk. For det andre vet vi ikke om vi fullt ut har klart å justere for kostnader som ikke er knyttet til den DRG-baserte aktiviteten. For det tredje er det innen psykiatri ingen korreksjon for hvor ressurskrevende de enkelte oppholdene er.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2007 spesifiserte Helse- og omsorgsdepartementet at:

- Antall konsultasjoner per årsverk ved voksenpsykiatriske poliklinikker per virkedag skal økes.
- Antall tiltak per årsverk ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker per virkedag skal økes.

Beregningene tyder på at det andre kravet er oppfylt, mens det ikke er dokumentert at det første kravet er oppfylt.

Utvikling i enkelte kostnadskomponenter

- Lønnskostnadene inkludert pensjonskostnader i de regionale helseforetakene økte nominelt med 12,6 prosent fra 2006 til 2007.
- Pensjonskostnadene økte med 3,2 milliarder kroner fra 2006 til 2007. Denne økningen i pensjonskostnadene er unntatt eiers resultatkrav.
- Kostnader til medisiner og forbruksmateriell økte nominelt med 8,2 prosent.
- Månedsfortjenesten for alle ansatte økte med 5,0 prosent fra 2006 til 2007. Størst økning hadde gruppen Spesialsykepleiere med 5,9 prosent.

Pensjonskostnader er et uttrykk for endring i nåverdien av framtidige pensjonsforpliktelser fra ett år til det neste. I slutten av 2007 ble det iverksatt ny veileder for beregning av pensjonskostnadene. Økningen i pensjonskostnader i 2007 som denne endringen medførte, var i stor grad bestemt av forventninger om økt fremtidig lønnsvekst.

Anslaget for månedsfortjeneste for ansatte er basert på data fra Arbeidsgiverforeningen Spekter. Det er liten regional variasjon i vekst i månedsfortjeneste.

Teknisk beregningsutvalg for inntektsoppgjørene har beregnet årslønnsveksten 2006-2007 for helseforetakene til 4,9 prosent. Dette er noe mindre enn lønnsveksten i samfunnet for øvrig fra 2006 til 2007, som var 5,4 prosent.

Økonomisk resultat, investeringer, gjeld og egenkapital

- Underskuddet i forhold til eiers styringskrav er 1,5 mrd kroner i 2007. Det akkumulerte underskuddet i forhold til eiers styringskrav er 9,4 mrd kroner i perioden 2002-2007.
- Det samlede regnskapsmessig årsresultatet i de regionale helseforetakene er -6,1 mrd kroner i 2007. Det akkumulerte regnskapsmessige underskudd i perioden 2002-2007 er 24,0 mrd kroner.
- Egenkapitalen ble redusert med 6,1 mrd kroner fra 2006 til 2007 og er nå 38,7 mrd kroner. I 2002 var egenkapitalen 59,7 mrd kroner.
- Brutto investeringer i 2007 er 8,7 mrd kroner. Dette er 0,6 mrd kroner mindre enn i 2006. Investeringer i bygninger utgjør 6,7 mrd kroner.
- Netto investeringer³ er i 2007 3,4 mrd kroner. Dette er 0,7 mrd kroner mindre enn i 2006.
- Langsiktig rentebærende gjeld økte med 3,3 mrd kroner fra 2006 til 2007 og er ved utgangen av 2007 13,5 mrd kroner. Samlede driftskreditter er 5,8 mrd kroner, en endring fra 2006 på 1,9 mrd kroner.

Samlet sett er underskuddet sett i forhold til eiers styringskrav mindre i 2007 enn i 2006.

Det er betydelige regionale forskjeller i økonomisk resultat i 2007. Helse Midt-Norge oppfylder eiers styringskrav til årsresultat. Helse Vest har et årsresultat som er betydelig nærmere eiers styringskrav enn i 2006. Helse Nord har et årsresultat som er noe nærmere eiers styringskrav enn i 2006. Helse Sør-Øst har et årsresultat som er betydelig lengre fra eiers styringskrav enn hva Helse Sør og Helse Øst hadde samlet i 2006. Helse Sør-Øst sitt underskudd i forhold til eiers styringskrav utgjør i 2007 75 prosent av det samlede underskuddet i forhold til eiers styringskrav for de regionale helseforetakene.

Også investeringsnivået er lavere i 2007 enn i 2006. Samtidig er nettoinvesteringene fortsatt positive, slik at investeringsnivået innebærer en oppbygging av realkapital. For å være i stand til å gjenanskaffe den økende realkapitalen må enten de framtidige inntektene øke eller andre kostnader reduseres.

Økningen i driftskreditter synes å vedvare. Det har i hovedsak sammenheng med vedvarende underskudd og økte pensjonspremier.

Nordisk perspektiv

BUS skal også sammenligne nøkkeltall i norsk spesialisthelsetjeneste med andre nordiske land (Danmark, Sverige og Finland). Utvalget har arbeidet med å avklare hvilke muligheter som fins med utgangspunkt i tilgjengelig statistikk. Det er i tillegg utlyst et eksternt prosjekt for å skaffe til veie bedre data og analyser i neste års rapport enn hva utvalget har vært i stand til i år.

Både ut fra diagnoser og prosedyrer synes det som om forskjellene i bruk av spesialisthelsetjenester mellom de nordiske landene i perioden 2002 til 2006 med noen unntak er ganske små. Nyere analyser av sykehusproduktivitet viser at produktivitetsutviklingen i norsk sykehus ikke har vært dårligere enn i Sverige og Finland i perioden 2002-2006. Samtidig ser det ut til at produktivitetsnivået har

³ Brutto investeringer minus avskrivninger

vært lavere enn i Finland. Utvalget har så langt ikke tilgang til sammenlignbare kostnadsdata for spesialisthelsetjenesten som helhet i de nordiske landene.

Behov for utvidelse av datagrunnlag

Utvalget har under arbeidet med årets rapport avdekket behov for utvidelse og forbedring av datagrunnlaget på flere områder.

BUS baserer seg i stor grad på kvalitetskontrollerte data fra SINTEF Helse, Norsk Pasientregister og Statistisk Sentralbyrå. Det er avdekket til dels store forskjeller mellom de aktivitetsdata BUS publiserer og de aktivitetsdata som RHF-ene rapporterer gjennom de årlige meldingene til Helse- og omsorgsdepartementet og årsrapportene. Det bør tas et initiativ til at aktørene i større grad samordner sine definisjoner og avgrensninger av sentrale nøkkeltall som brukes for å beskrive aktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten.

Det er fortsatt utfordringer knyttet til kvaliteten av aktivitetsdata for pasientbehandlingen. Dette gjelder i særlig grad for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det er et svært mangelfullt datagrunnlag for aktivitet og kostnader for lovpålagte oppgaver som opplæring av pasienter, undervisning og forskning. Å skaffe til veie meningsfylte data på disse områdene er samtidig krevende og forutsetter at det tas initiativ til et utviklingsarbeid.

Rapporten i år inneholder anslag for produktivitsutviklingen 2006-2007. Effektivitetsberegningene som gjøres i SAMDATA sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste publiseres etter BUS-rapporten. Det er ønskelig at det i neste års BUS-rapport kan presenteres mer utfyllende anslag i samarbeid med SINTEF Helse. Det bør samtidig vurderes om koderelaterte DRG-endringer kan korrigeres for på en bedre måte.

På linje med annen offentlig virksomhet har helsesektoren sammenlignet med privat sektor god statistikk for lønnsutvikling. Det er samtidig en rekke utfordringer som de sentrale aktørene som SSB, Spekter, helseforetakene, med flere systematisk arbeider for å forbedre. Dette er krevende prosesser med begrenset fremgang fra år til år. Per i dag er det særlig utfordrende å telle antall ansatte og årsverk på en enhetlig måte. Antall ansatte varierer betydelig gjennom året, og det samme gjør årsverkstallene. Enhetlige anslag for årsverkstall vil gjøre det lettere å utarbeide mer presise anslag på hvor stor del av veksten i lønnskostnader som skyldes lønnsvekst, og hvor mye som skyldes vekst i antall årsverk. Helseforetakenes utvikling av "lønnskuber", kan gi grunnlag for mer presise anslag. For legene som systematisk arbeider mer enn et normalårsverk (heltidsekvivalent), er det særlig utfordrende å utarbeide god statistikk for arbeidstid. I tillegg kommer utfordringer med registrering av vakt.

Denne rapporten inkluderer kun lønn og lønnskostnader for ansatte i helseforetakene. Kostnader til innleie av arbeidskraft og omfanget av dette er registrert som kjøp av tjenester. SINTEF Helse arbeider med å utarbeide en oversikt over omfanget av innleie, men har erfart at rapporteringen er mangelfull på dette området.

Del II: Nasjonal utvikling

I denne delen av rapporten gjennomgås følgende tema på nasjonalt nivå:

- Ressursbruk
- Aktivitet
- Produktivitet
- Helseforetakenes økonomiske situasjon
- Utvalgte kostnadskomponenter

1. Ressursbruk

Dette kapitlet beskriver utviklingen i ressursbruk i perioden 2002 til 2007. Ressursbruk måles ved driftskostnader og årsverk. Følgende hovedtrekk vises i kapitlet:

- De regionale helseforetakenes samlede driftskostnader økte med 9 prosent nominelt. Korrigert for nye oppgaver, endret arbeidsgiveravgift og prisstigning var veksten på 2,7 prosent.
- Sterkest realvekst i driftskostnader finner man for psykisk helsevern med ca 5,7 prosent, korrigert for endret arbeidsgiveravgift i 2007. Veksten for somatisk virksomhet var 2,1 prosent.
- Det var fra 2006 til 2007 en økning i antall årsverk samlet på 0,9 prosent. For perioden 2002-2007 har det vært en vekst på 12,3 prosent.
- Korrigert for administrativt og teknisk personell var det i 2007 en marginalt høyere vekst for personell i somatisk virksomhet enn for personell i psykisk helsevern for voksne. Innen psykisk helsevern for barn og unge var veksten i personell sterkere enn i de to forannevnte sektorene.
- Når det korrigeres for nye oppgaver var det fra 2006 til 2007 en sterkere vekst i driftskostnader til psykisk helsevern enn for somatisk virksomhet, i tråd med bestillingen i oppdragsdokumentet.
- Veksten i driftskostnader til rusbehandling var om lag på samme nivå som for somatisk virksomhet.

1.1 Driftskostnader

Tabell 1.1 viser utviklingen i driftskostnader for de regionale helseforetakenes ansvarsområder hver for seg og samlet. I løpende priser er det en økning på nær 9 prosent fra 2006 til 2007 for alle områdene samlet.⁴ Det ble i 2007 innført en ny veileder for beregning av pensjonskostnader som medførte en markert økning i disse kostnadene. For de regionale helseforetakene samlet var økningen på 3,2 milliarder kroner. Dersom det korrigeres for dette, var økningen i samlede driftskostnader fra 2006 til 2007 nær 5 prosent i løpende priser.

Ved korreksjon for endringer i prisnivå benyttes prisindeks for helsestell, sosial trygd og velferdstjenester. Fra 2006 til 2007 er økningen i denne beregnet til 6,1 prosent. Årlige realendringer er vist i tabell 1.2.

⁴ SSB har beregnet nominell endring nasjonalt fra 2006-2007 til 9,2 prosent, mens SINTEF Helse i Samdata har beregnet dette til 9,5 prosent. Imidlertid er det samsvar mellom endringstallene i denne rapporten og Samdata når det benyttes aggregerte tall for regionene og det justeres for ulike kilder til avskrivningskostnader. Det er fortsatt en utfordring å operere med samstemte tall på regionalt og nasjonalt nivå, både mellom SSB og SINTEF Helse og mellom regionalt og nasjonalt nivå.

Tabell 1.1 Totale driftskostnader 2002-2007. Korrigert for gjestepasientoppgjør. Løpende priser.
Kilde: SINTEF Helse og årsregnskap RHF.⁵

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Samlede kostnader	57 487	63 043	68 844	73 319	79 601	86 786
Herav:						
Somatikk	39 729	44 216	46 511	49 206	53 458	58 316
Psykisk helsevern	10 080	10 877	11 309	12 288	13 113	14 792
Rusomsorg	0	0	1 746	1 916	2 136	2 319
Ambulanse	1 803	2 027	2 294	2 390	2 676	2 900
Syketransport			892	1 364	1 895	1 933
Annet ⁶	1 072	1 015	1 127	1 127	1 145	1 216
Avskrivninger ⁷	4 803	4 908	4 965	5 027	5 178	5 310

Tabell 1.2 Vekst i totale driftskostnader 2002-2007. Korrigert for gjestepasientoppgjør. Ikke korrigert for nye oppgaver. Faste 2007 priser. Kilde: SINTEF Helse og årsregnskap RHF.⁵

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2002-2007
Samlede kostnader	3,9 %	7,2 %	4,5 %	4,7 %	2,8 %	25,3 %
Herav:						
Somatikk	5,5 %	3,2 %	3,8 %	4,8 %	2,8 %	21,8 %
Psykisk helsevern	2,3 %	2,0 %	6,6 %	2,9 %	6,3 %	21,8 %
Rusomsorg			7,7 %	7,5 %	2,3 %	
Ambulanse	6,6 %	11,1 %	2,3 %	8,0 %	2,1 %	33,5 %
Syketransport			50,1 %	34,0 %	-3,9 %	
Annet	-10,3 %	9,0 %	-1,9 %	-2,0 %	0,1 %	-5,9 %
Avskrivninger	-3,1 %	-0,7 %	-0,6 %	-0,7 %	-3,4 %	-8,3 %

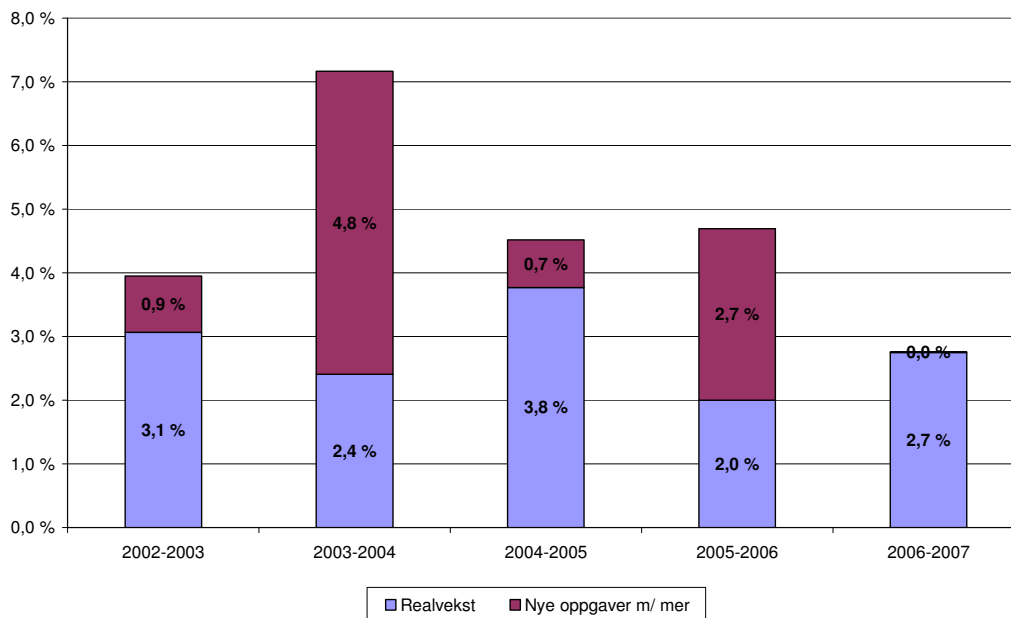
Tallmaterialet i tabellene 1.1 og 1.2 er ikke korrigert for nye oppgaver eller endrede rammebetingelser (f.eks arbeidsgiveravgift) til de regionale helseforetakene. Omfanget av nye oppgaver varierer fra år til år. I 2007 var det i hovedsak helårseffekten av overføring av finansieringsansvaret for TNF-hemmere, samt endringer i arbeidsgiveravgiften, som utgjorde de nye "oppgavene". I sum utgjør dette et lite beløp, men med regionale forskjeller i forhold til arbeidsgiveravgift.

Figur 1.1 viser årlig realvekst i samlede driftskostnader korrigert for nye oppgaver, samt endret arbeidsgiveravgift. Som det fremgår av figuren er realveksten korrigert for nye oppgaver svakt høyere i 2006-07 sammenlignet med 2005-06.

⁵ I nøkkeltallsrapporten til Samdata finnes det en rekke tabeller for driftskostnader. Totaltallene her er summen av regionale tall hvor det korrigeres for gjestepasientoppgjør. Siden dette oppgjøret basert på rapporterte regnskapsdata ikke går i balanse nasjonalt, vil driftskostnader beregnet nasjonalt avvike noe ift tallene over. BUS har valgt å bruke summen av regionene for ikke å få forskjeller innad i denne rapporten mellom sum regionale tall og nasjonale tall. Tallene her for 2006 og 2007 er hentet fra tabellene 2.7 til 2.10 i Samdata, med unntak av avskrivningskostnader hvor kilden er årsregnskap til de regionale helseforetakene.

⁶ Annet er summen av funksjonene personalpolitiske tiltak og felles RHF.

⁷ Kilde: Årsregnskap RHF.



Figur 1.1 Prosentvis realendring i kostnader hvor det er tatt hensyn til nye oppgaver. 2002-2007. Kilde: SINTEF Helse og HOD.

1.2 Årsverk

Spesialisthelsetjenesten er i stor grad en personellintensiv virksomhet, og det er derfor viktig å følge utviklingen i nivå og sammensetning av personellgrupper. Det er utfordrende at det fortsatt knyttes usikkerhet til data for utvikling av årsverk når dette sjekkes mot flere kilder. Utvikling i årsverk basert på de regionale helseforetakenes årsrapporter avviker fra tilsvarende tall publisert av SSB. Estimering av endring i årsverk basert på endring i lønnsnivå og endringer i lønnskostnader gir atter andre tall.⁸ I sum gir dette grunnlag for å være varsom med konklusjoner basert på årsverkstall. I dette avsnittet er det benyttet data fra SSB, som leverandør av offisiell statistikk på området.

Tabell 1.3 viser årsverksutviklingen for perioden 2002 til 2007 for spesialisthelsetjenesten samlet, dvs samlet for tjenestene somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling, ambulanse og private avtalespesialister. Tabellen viser at det er en økning i antall årsverk for omtrent alle personellgrupper, både fra 2002 til 2007 og siste år fra 2006 til 2007.⁹

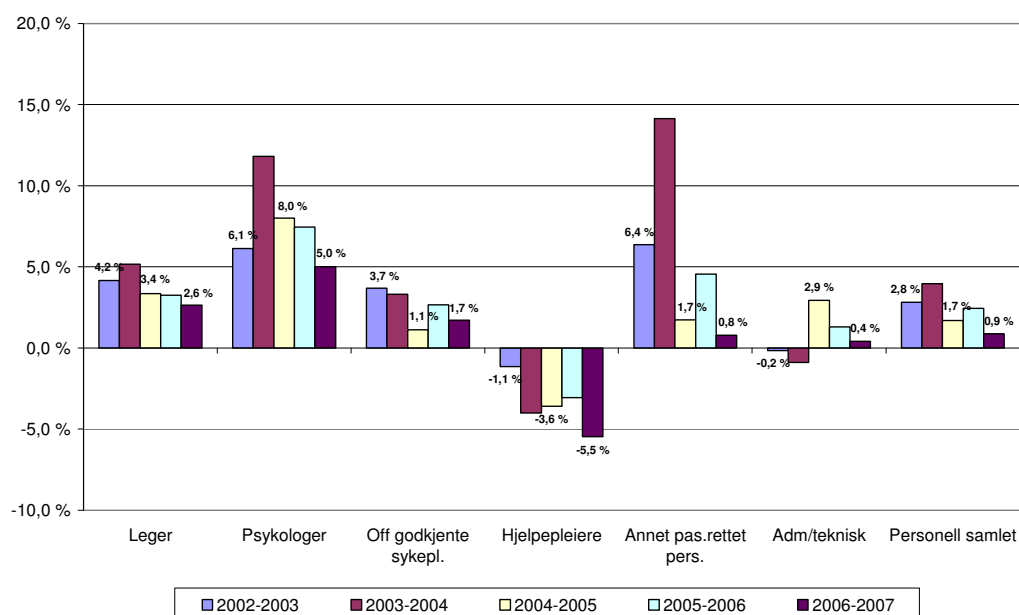
⁸ Det forutsettes da at lønnsnivået for nye årsverk er lik lønnsnivået ved eksisterende årsverk.

⁹ Utdannelse som hjelpepleier har opphørt og er noe av årsaken til reduksjon i årsverk for denne gruppen.

Tabell 1.3 Årsverk for personellgrupper og samlet i perioden 2002-2007. Inklusiv private institusjoner. Kilde: SSB.¹⁰

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endr 02-07
Leger	9 287	9 673	10 173	10 514	10 855	11 140	20,0 %
Psykologer	1 988	2 110	2 359	2 548	2 738	2 875	44,6 %
Off godkjente sykepl.	28 975	30 043	31 040	31 387	32 219	32 771	13,1 %
Hjelpepleiere	8 212	8 118	7 793	7 513	7 282	6 883	-16,2 %
Annet pas.rettet pers	14 869	15 814	18 049	18 360	19 196	19 347	30,1 %
Adm/teknisk	21 939	21 904	21 708	22 346	22 637	22 729	3,6 %
Totalt	85 270	87 662	91 122	92 668	94 927	95 745	12,3 %

Figur 1.2 viser årlige prosentvise endringer i perioden 2002-2007. Vekstraten i årsverk lavere i 2006-2007 enn den var de foregående årene.



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

¹⁰ Data er hentet fra tabell 03735 i SSB sin Statistikkbank.

Tabell 1.4 viser utviklingen i årsverk for legespesialister med driftsavtale i perioden 2002-2007. For spesialister innenfor somatiske spesialiteter har det vært en økning på nær 3 prosent i perioden sett under ett. De siste år har antall årsverk har stort sett vært uforandret. Innenfor psykisk helsevern, som her hovedsakelig omfatter kliniske psykologer, har det i perioden 2002-2007 vært en økning på 3 prosent. Det var imidlertid en reduksjon i antall årsverk fra 2006 til 2007.¹¹

Tabell 1.4 Årsverk for legespesialister med driftsavtale. 2002-2007.
Fordelt etter spesialitet. Kilde: SSB.

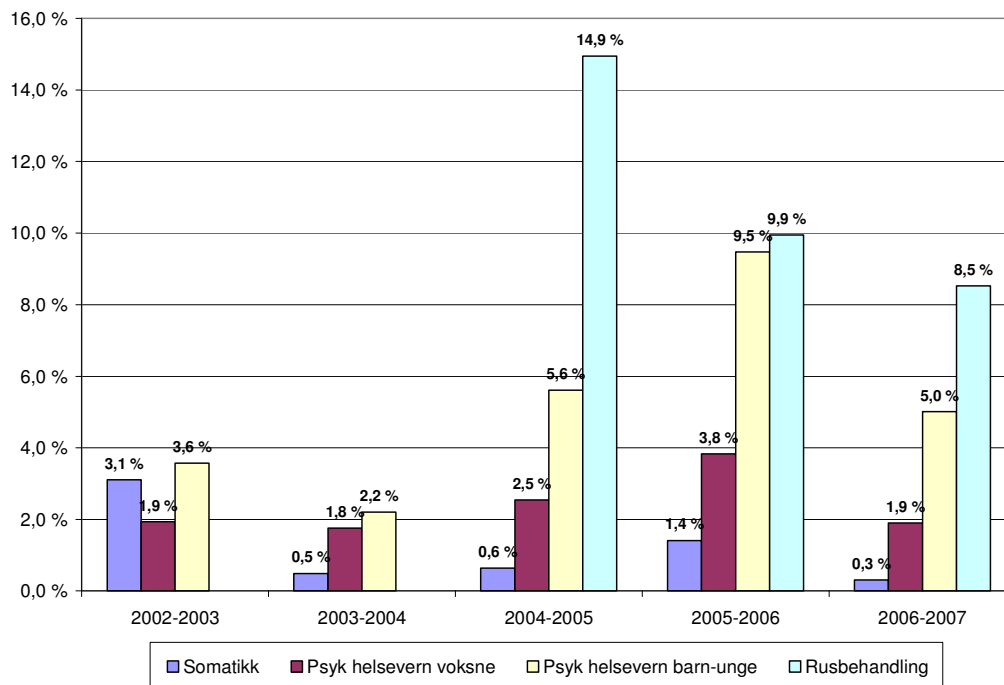
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2002- 2007
Somatikk	546	552	569	558	561	561	2,8 %
Psykisk helsevern	567	579	580	585	606	583	3,0 %
Samlet	1 112	1 132	1 149	1 143	1 167	1 144	2,9 %

1.3 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling

Årsverk

Figur 1.3 viser årlig prosentvis endring for årsverksinnsatsen for de aktuelle tjenesteområdene. Når alle personellgrupper inkluderes viser tallene at det siden 2003 har vært en sterkere vekst innenfor psykisk helsevern og rusbehandling (fom 2004-2005) enn det har vært innenfor somatisk sektor. Det er imidlertid et spørsmål om de prosentvise endringene for psykisk helsevern og rusbehandling gir et helt korrekt bilde av forholdet mellom disse to funksjonene. Grunnen er at pasientene i en del tilfeller har dobbeltdiagnoser, samt at det ved en del institusjoner innenfor psykisk helsevern finnes f. eks rus-team. Dersom man ser psykisk helsevern og rusbehandling samlet, var den årlige prosentvise endringen i perioden 2004-2007 hhv. 3,9 prosent, 5,5 prosent og 2,6 prosent.

¹¹ Denne endringen er trolig ikke reell. Dette skyldes at en del hjemler i tidligere Helse Øst ikke var besatt ved tellingstidspunktet.



Figur 1.3 Prosentvis endring i årsverk samlet for somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling¹². Inklusiv private institusjoner. 2002-2007. Kilde: SSB.

Det har de siste årene foregått en reduksjon i administrativt og teknisk personell innenfor somatisk sektor og en tilsvarende økning innenfor psykisk helsevern. Siden denne type personell i mange helseforetak både dekker somatiske tjenester og psykisk helsevern, kan det være vanskelig å differensiere årsverkene mellom disse to tjenesteområdene. Historisk har nok mye av dette personellet blitt "plassert" innenfor somatisk sektor selv om de også har betjent psykisk helsevern. Dette medfører at den økning man nå observerer for årsverk i psykisk helsevern delvis kan forklares av en endret klassifisering av årsverk som dekker flere funksjoner.

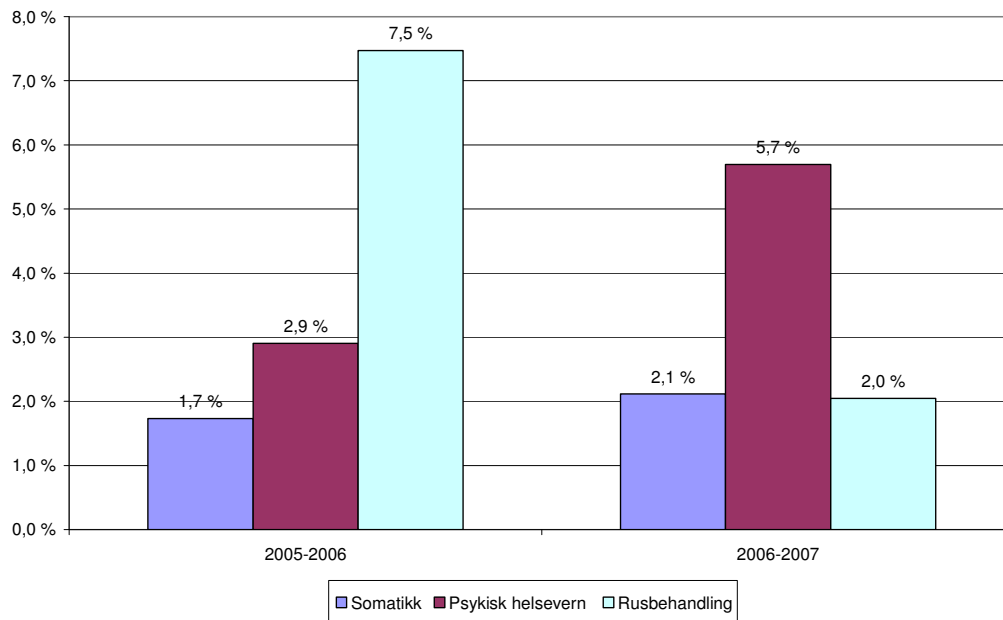
De relative vekstratene mellom særlig psykisk helsevern for voksne (PHV) og somatikk endres når administrativt og teknisk personell ekskluderes. Siste år har det da vært en sterkere prosentvis vekst i somatikk, selv om den dog er marginalt høyere (0,8 prosent mot 0,5 prosent). For psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) er det uansett en større prosentvis vekst både med og uten administrativt/teknisk personell.

¹² SINTEF Helse vil i sin sektorrappport for rusbehandling (under trykking) presentere utviklingstall for årsverk som viser en mer moderat vekst fra 2006 til 2007. De mener en del av veksten i perioden skyldes mer komplett rapportering.

Driftskostnader

Figur 1.4 viser realendring i driftskostnader siste tre år for funksjonene somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, når det korrigeres for nye oppgaver angitt i avsnitt over.¹³ Det fremgår av figuren at veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling er om lag på samme nivå som for somatisk sektor fra 2006 til 2007.

Ved å sammenligne utviklingen i årsverk i figur 1.3 med utviklingen i driftskostnader i figur 1.4 fremkommer noen avvik. Særlig tydelig er det for rusbehandling, hvor det fremkommer en relativt sterk vekst i årsverk fra 2006 til 2007 uten at dette gjenfinnes i veksten for driftskostnader.¹⁴ Videre er det også relativt stor vekst i driftskostnader for psykisk helsevern, mens det er mer moderat vekst i årsverk.¹⁵



Figur 1.4 Prosentvis realendring i driftskostnader 2005-2006 og 2006-2007. Korrigert for nye oppgaver.
Kilde: SINTEF Helse og Helsedirektoratet.

¹³ Reduksjon som følge av endringer i arbeidsgiveravgiften er fordelt på funksjonene etter andel lønnskostnader.

¹⁴ Det er imidlertid usikkerhet om endringen i årsverk for rusbehandling i figur 1.3 er en reell vekst, jf fotnote i nevnte figur. I tillegg er det mulig å observere en sterkere vekst i årsverk enn driftskostnader dersom det foregår en vridning fra bruk av private tilbud til oppbygging av egne tilbud.

¹⁵ Det er ikke avdekket hvor eventuelt feilen ligger, men det antas at fordelingen av fellespersonell kan være en delforklaring. Sannsynligvis er det også andre momenter som forklarer dette.

2. Aktivitet

De regionale helseforetakene har ansvar for pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientopplæring. Det eksisterer gode aktivitetsdata for pasientbehandling. Når det gjelder forskning, eksisterer det noe data knyttet til artikkelproduksjon og doktorgrader, mens det for utdanning ikke eksisterer opplysninger om aktivitetsnivå. Pasientopplæring inngår delvis i aktivitetsdata for pasientbehandling, men trolig er det vesentlige mangler i forhold til pasientopplæring samlet. Det presenteres derfor ikke data for utdanning og pasientopplæring.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2007 ble det lagt opp til at aktivitetsnivået for pasientbehandling skulle videreføres på om lag samme nivå som i 2006. Som for foregående år ble det gitt styringssignal om at prosentvis vekst i psykisk helsevern og rusbehandling skal være sterkere enn innenfor somatisk sektor. Det ble videre nevnt at omfanget av avtaler med private kommersielle sykehus ikke måtte bli høyere enn eksisterende nivå.

Følgende hovedresultater presenteres i kapitlet:

- Aktivitetsveksten i somatisk sektor (døgn- og dagbehandling målt i registrerte DRG-poeng) fra 2006 til 2007 var på 2,2 prosent.
- Korrigert for kodeforbedring anslås aktivitetsveksten i somatisk sektor fra 2006 til 2007 til om lag 1,2 prosent. Dette er 0,6 prosent mer enn styringsmålet.
- Bruken av kommersielle sykehus og private avtalespesialister fortsetter å gå ned og utgjør i 2007 under 2 prosent av aktiviteten i somatisk sektor.
- Det er ingen vekst i døgnopphold fra 2006 til 2007 verken i somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Det er vekst i dagbehandling i somatisk sektor.
- Det er vekst i poliklinisk behandling i somatisk sektor, i psykisk helsevern for voksne og for barn og unge.
- Det er trolig aktivitetsvekst fra 2006 til 2007 for poliklinisk behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men datakvaliteten er for dårlig til å kvantifisere endringstall.
- Aktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten vurderes til å være i tråd med eiers bestilling til de regionale helseforetakene for 2007.

2.1 Somatikk

Tabell 2.1 og tabell 2.2 viser utviklingen i antall DRG-poeng, antall opphold og konsultasjoner i perioden 2003 til 2007. DRG-poengene er et aktivitetsmål som korrigerer for pasientenes ressursbehov gjennom bruk av kostnadsinformasjon.

Tabell 2.2 viser at DRG-poengene øker med drøyt 2 prosent fra 2006 til 2007, mens aktiviteten målt i antall opphold har en lavere vekst i denne perioden. For døgnoppholdene (liggetid over 0 dager) viser tabellene at det har vært en reduksjon siste året.

Den polikliniske aktiviteten har den sterkeste veksten siste året med drøyt 5 prosent. En stor del av dette skyldes imidlertid inkludering av Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus med ca 90 000 konsultasjoner. Korrigert for dette er økningen siste år på 2,6 prosent.

Tabell 2.1 Aktivitetstall for somatisk sektor 2003-2007. Inklusive ISF-aktivitet hos private aktører. Kilde: Norsk pasientregister.

	2003	2004	2005	2006	2007
DRG-poeng	1 022 933	1 042 829	1 083 021	1 111 597	1 136 223
Opphold	1 258 454	1 310 057	1 368 720	1 424 853	1 435 322
Døgnoophold	828 876	841 790	854 581	876 196	862 632
Dagoppford	429 578	468 267	514 139	548 657	572 690
Polikliniske konsultasjoner	3 240 745	3 374 388	3 458 478	3 551 519	3 736 048
Konsultasj. priv. spes. ¹⁶				2 018 093	2 109 279

Det er også et betydelig antall konsultasjoner hos private avtalespesialister i 2007. Selv om det har vært innsamlet data fra disse aktørene i flere år, er det først i 2006 at komplettheten er blitt så god at det er mulig å estimere nasjonale tall for dette.

Tabell 2.2 Prosentvis endring i aktivitet i somatisk sektor 2002-2007. Inklusive ISF-aktivitet hos private aktører. Kilde: Norsk pasientregister.

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
DRG-poeng	1,9 %	3,9 %	2,6 %	2,2 %
Opphold	4,1 %	4,5 %	4,1 %	0,7 %
Døgnoophold	1,6 %	1,5 %	2,5 %	-1,5 %
Dagoppford	9,0 %	9,8 %	6,7 %	4,4 %
Polikliniske konsultasjoner	4,1 %	2,5 %	2,7 %	5,2 % ¹⁷
Konsultasjoner priv. spes.				4,4 %

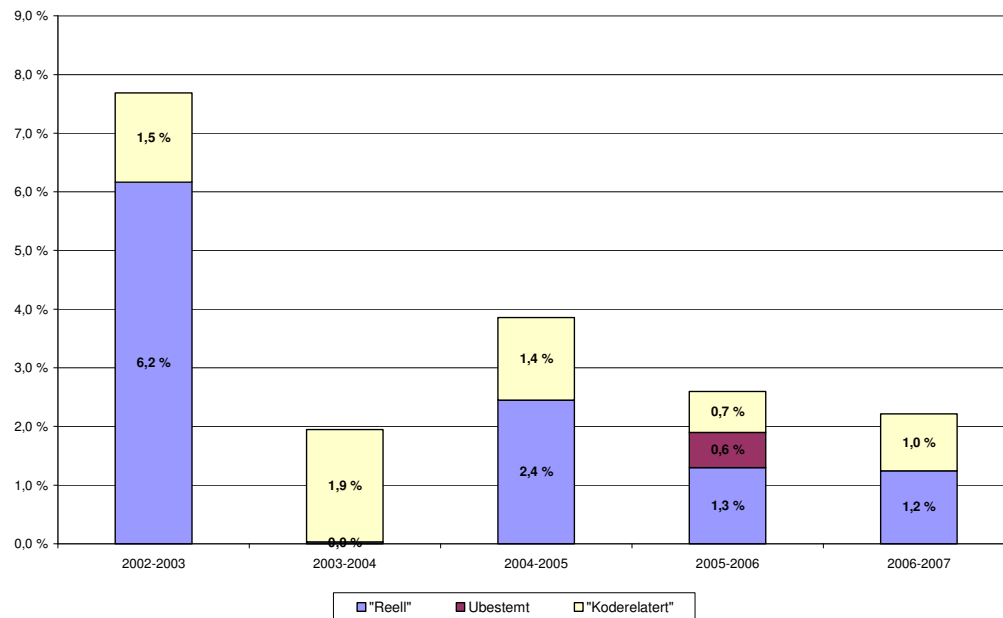
"Koderelatert" versus "reell" endring i DRG-poeng

En sentral del av ISF-ordningen er DRG-systemet, som grupperer sykehusoppholdene inn i ca 500 pasientgrupper (DRG-er). Grupperingen baserer seg på registrerte medisinske koder for diagnoser og prosedyrer. En endring i måten sykehusopphold registreres på, i forhold til slike koder, kan derfor medføre endringer i DRG-gruppering. Det foretas derfor årlig beregninger av hvor stor del av veksten i DRG-poeng som skyldes antatt registreringsendring. Figur 2.1 viser hvor stor andel av årlig vekst i DRG-poeng som skyldes "reell" og "koderelatert" endring.

Endringen i DRG-poeng fra 2006 til 2007 forklares med 1,0 prosent "registreringsendring" og 1,2 prosent aktivitetsvekst. Beregningene av registreringsendringer baseres på datagrunnlaget for ISF. Dette datagrunnlaget avviker litt fra datagrunnlaget til denne rapporten, blant annet i forhold til hvilke institusjoner som inngår og om materialet lukkes ved hvert tertial. Økningen i DRG-poeng i det totale nasjonale datagrunnlaget i samme perioden (tabell 2.1) er beregnet til 2,2 prosent.

¹⁶ Antallet konsultasjoner hos private spesialister er estimert basert på graden av komplettethet i innrapporterte data til NPR.

¹⁷ Dersom det korrigeres for Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus, som først ble inkludert i 2007, var den endringen på 2,6 prosent.



Figur 2.1 Vekst i registrerte DRG-poeng fordelt på "reell" og "koderelatert" vekst. 2002-2007. Kilde: ISF, Helsedirektoratet.

2.2 Bruk av private kommersielle aktører

Oppdraget til de regionale helseforetakene i 2007 var at omfanget av avtaler mellom RHF og private kommersielle sykehus ikke måtte være høyere enn dagens (2006) nivå. Det er derfor ventet at bruken av slike tilbud er uendret eller redusert. Tabell 2.3 viser en nedgang i bruken av kommersielle sykehus også i 2007. Andelen av den totale aktiviteten, målt i DRG-poeng, er nå mindre enn 2 prosent.

Sterkest aktivitetsnedgang i private sykehus siste år finner vi for medisinske opphold innen faget øyesykdommer. Også når det gjelder øyeoperasjoner, plastiske operasjoner på nesen og utredninger for obstruktive søvnapnesyndrom, er det betydelig reduksjon i aktiviteten.

Kjøp av aktivitet fra private avtalespesialister, målt i DRG-poeng, gikk ned med 25 prosent fra 2006 til 2007 og utgjorde i 2007 1 248 DRG-poeng.

Tabell 2.3 DRG-poeng og endring fra foregående år, samt andel DRG-poeng for private kommersielle sykehus. 2003 – 2007.¹⁸
Kilde: Norsk pasientregister.

	2003	2004	2005	2006	2007
Sum DRG-poeng	22 790	23 208	27 347	22 981	19 086
Andel DRG-poeng	2,2 %	2,2 %	2,5 %	2,1 %	1,7 %
Endring fra foregående år	194,8 %	1,8 %	17,8 %	-16,0 %	-16,9 %

¹⁸ Feiringklinikken og Hjertesenteret er ikke regnet med blant private kommersielle sykehus.

2.3 Psykisk helsevern

Det er foreløpig ikke noe pasientklassifiseringssystem for psykisk helsevern. Det er 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 psykisk helsevern for barn og unge (PHBU).

Det har vært stor oppmerksomhet knyttet til aktivitetsutviklingen innenfor psykisk helsevern. At aktiviteten på dette området er rammefinansiert mens den delvis er aktivitetsbasert innenfor somatisk sektor, har reist spørsmål om det kan ha oppstått utilsiktede vridningseffekter mellom sektorene.¹⁹ 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 2007 er denne dekningsgraden kommet opp på 4,5 prosent på landsbasis.

Tabell 2.4 og 2.5 beskriver utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner og døgnopphold innenfor psykisk helsevern for voksne. Når det gjelder psykisk helsevern for barn og unge, er det utviklingen i antall polikliniske tiltak som beskrives²⁰.

Tabell 2.4 Aktivitet psykisk helsevern 2003 – 2007. Kilde: SINTEF Helse og SSB.

	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>					
Polikliniske tiltak	447 217	495 963	561 304	641 972	717 160
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>					
Polikliniske konsultasjoner	699 221	758 979	867 390	930 789	988 418
Døgnopphold	44 739	45 721	47 597	51 704	51 571

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

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>				
Polikliniske tiltak	12,5 %	11,2 %	14,4 %	11,7 %
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>				
Polikliniske konsultasjoner	6,9 %	14,3 %	7,3 %	6,2 %
Døgnopphold	2,2 %	4,1 %	8,6 %	-0,3 %

Hovedtrekkene fra tabellene 2.4 og 2.5 er:

- Det er en klar aktivitetsvekst for poliklinisk omsorgsnivå både innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor psykisk helsevern for voksne i hele perioden.
- Det er en liten aktivitetsnedgang siste år for døgnopphold innenfor psykisk helsevern for voksne.

¹⁹ Se "Hvordan håndtere konflikterende styringssystem? – En analyse av hvorfor og hvordan felleskostnader fordeles" (Østergren og Meyer) i Resultatevaluering av sykehusreformen, NFR 2007.

²⁰ Begrepet "tiltak" brukes i psykisk helsevern for barn og unge synonymt med begrepet "konsultasjon" i psykisk helsevern for voksne. Tallene omfatter både direkte tiltak (konsultasjon med pasienten/pårørende) og indirekte tiltak (konsultasjon med andre om pasienten).

2.4 Rusbehandling

Tabellene 2.6 og 2.7 viser aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fra og med 2005. Det er stor usikkerhet knyttet til kvalitet og kompletthet i datagrunnlaget når det gjelder den polikliniske rusbehandlingen. Noe av den polikliniske veksten er knyttet til at poliklinikkdata for 2005 og 2006 er hentet fra RHF-enes årsmeldinger, mens datagrunnlaget for 2007 er hentet fra SINTEF Helse, som baserer seg på data for konsultasjoner og innleggelser fra SSB.

De polikliniske konsultasjonene i 2007 omfatter også konsultasjonene rapportert fra sentrene for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Deler av den polikliniske rusbehandlingen skjer innenfor psykisk helsevern for voksne (PHV). Deler av virksomheten innenfor PHV skjer ved de psykiatriske ungdomsteamene (PUT) og andre deler ved rusteam ved distriktpspsykiatriske sentre. Både konsultasjoner, kostnader og personell er med i statistikken for PHV. SINTEF Helse har i årets sektorrapport for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (under trykking) estimert antall refusjonsberettigede ruskonsultasjoner innen PHV til om lag 10 prosent av den totale aktiviteten ved voksenpsykiatriske poliklinikker.

I sektorrapporten for rus har SINTEF Helse valgt å ikke presentere endringstall for polikliniske ruskonsultasjoner fra 2006 til 2007. Dette er på grunn av den mangelfulle datakvaliteten. Aktivitetsrapporteringen fra 3 av 4 RHF tyder på en vekst fra 2006 til 2007, men hvor mye av dette som skyldes mer komplette data i 2007 og hva som er reell vekst, har det ikke vært mulig å kartlegge.

Tabell 2.6 Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2005 – 2007.
Kilde 2005 - 2006: SSB (innleggelser) og RHF (konsultasjoner).
Kilde 2007: SSB/SINTEF Helse.

	2005	2006	2007
Polikliniske konsultasjoner ²¹	104 153	125 739	155 965
Innleggelser	12 983	13 077	12 473

Tabellene 2.6 og 2.7 viser at det for tverrfaglig spesialisert rusbehandling ikke er noen vekst i omsorgsnivå døgnet (innleggelser). Den polikliniske aktiviteten vokser, men som nevnt over er det usikkert hvor sterk den reelle veksten er og hvor mye som kan forklares ved mer komplette datagrunnlag.

Tabell 2.7 Årlig aktivitetsvekst tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2005 – 2007. Kilde: SSB.

	2005-2006	2006-2007
Innleggelser	0,7 %	-4,6 %

²¹ LAR Akershus har mangelfull rapportering i 2007.

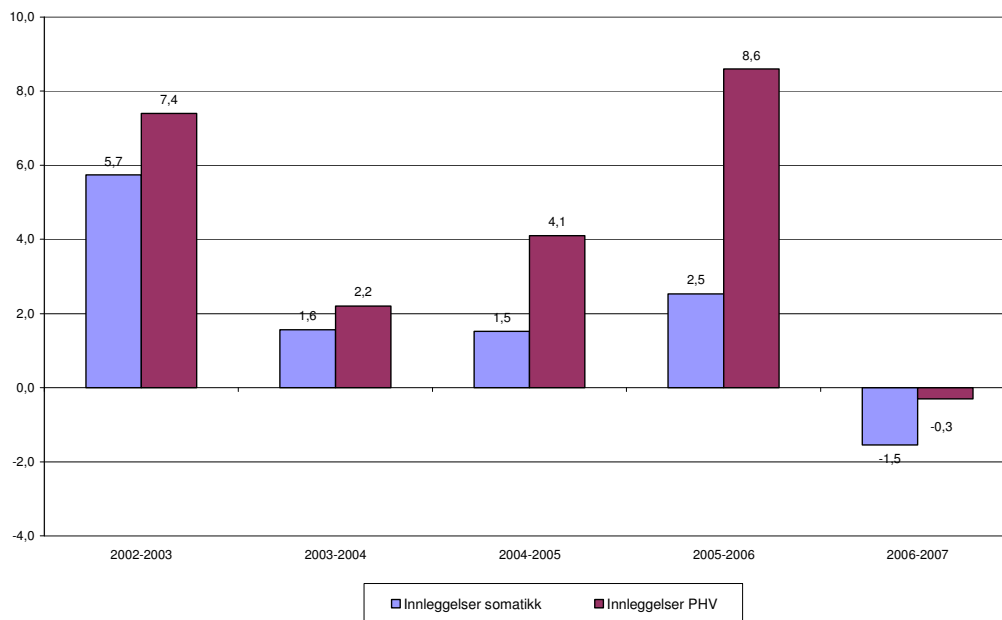
Tabell 2.8 viser utviklingen i antall pasienter som gis legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i perioden 2003-2007. Det har vært en økning alle årene, men den prosentvise veksttakten har blitt lavere hvert år.

Tabell 2.8 Antall som gis Legemiddelassistert rehabilitering per 31. desember 2003 - 2007. Kilde: LAR-Øst.

	2003	2004	2005	2006	2007
Antall pasienter	2 431	3 003	3 614	4 166	4 542

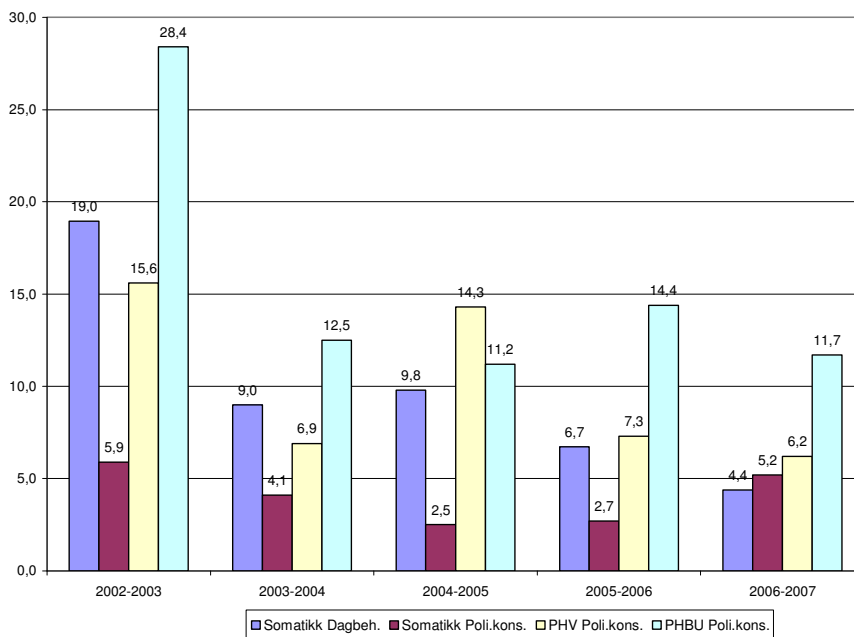
2.5 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling

Som tidligere nevnt måles aktiviteten somatisk sektor vanligvis i DRG-poeng. Dette målet omfatter både innleggelser/døgnbehandling og dagbehandling. I tillegg kommer polikliniske konsultasjoner. Dagbehandlingen i psykisk helsevern og TSB har et lite omfang og er i hovedsak registrert som polikliniske konsultasjoner. Sammenligninger mellom sektorene er derfor krevende. Figur 2.2 viser utviklingen i innleggelser (døgnoophold) i somatiske sykehus og psykisk helsevern for voksne i perioden 2002 til 2007. Figuren viser at den årlig veksten i hele perioden har vært størst i PHV. Siste år, hvor det er nedgang i innleggelser, viser mindre reduksjon i psykisk helsevern for voksne enn i de somatiske sykehusene.



Figur 2.2 Årlig aktivitetsvekst for innleggelser/døgnbehandling innenfor somatikk og psykisk helsevern for voksne 2002-2007. Kilde: Norsk Pasientregister

Figur 2.3 presenterer den polikliniske aktivitetsutviklingen i de ulike sektorene for årene 2002 til 2007. Her er også dagbehandlingene i somatiske institusjoner tatt med. Det har vært en betydelig aktivitetsvekst i alle sektorer. Laveste vekstrater de siste årene er det i somatisk sektor (dagbehandling og polikliniske konsultasjoner). Størst vekst er det i polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for barn og unge.



Figur 2.3 Årlig aktivitetsvekst for somatisk dagbehandling og poliklinisk aktivitet innenfor somatikk, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2002-2007.
Kilde: Norsk Pasientregister og SINTEF Helse.

2.6 Forskningsaktivitet

Det har de seneste årene vært foretatt en måling av deler av forskningsaktiviteten gjennom publiserte artikler og doktorgrader. Dette fanger opp resultatet av en del av forskningsaktiviteten, men beskriver ikke all forskningsaktivitet. Likevel vil disse dataene gi en indikasjon på utvikling i forskningsvirksomhet ved helseforetakene.

Tabell 2.9 viser poengene som er beregnet for deler av forskningsaktiviteten i perioden 2000 til 2006. Dette er data beregnet av HOD og er basert på et glidende gjennomsnitt for tre år.²² Basert på dette datagrunnlaget og usikkerheten på grunn av de endringer som er gjort beregning av poengene, er det kun grunnlag for å konkludere at forskningsaktiviteten har vært nokså uendret i perioden 2002-2006.²³

Tabell 2.9 Forskningspoeng (artikler og dr.grader) i perioden 2000-2006.
Kilde St.prp. 1 (2007-2008).

	2000-2002	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006
Forskningspoeng	2054	2257	2372	2474	2361

²² HOD oppgir at det i perioden dataene har vært beregnet, har blitt foretatt endringer i beregningsmetode. Det er derfor ikke mulig å se på utviklingen per år over tid. Dette medfører at dataene i tabell 2.9 må tolkes med en viss varsomhet.

²³ Det har de siste par årene vært foretatt estimering av foretakenes ressursbruk til forskning. Beregningene for driftsårene 2005 og 2006 indikerer en økning i ressursbruk til forskning fra 1,2 mrd kroner til 1,5 mrd kroner. Spørsmålet er imidlertid om deler av denne veksten kan knyttes til bedre estimater eller om hele økningen er en reell vekst i ressursbruk til forskning.

3. Produktivitet

Så vidt utvalget vet, er det kun SINTEF Helse som rutinemessig årlig beregner og publiserer indikatorer for produktivitet. Resultatene som presenteres her, er derfor basert på de analyser som er gjort i forbindelse med SINTEF Helse sine Samdata-rapporter.

Følgende hovedresultat presenteres i dette kapitlet:

- Siste år (2006-2007) var det for somatisk sykehusvirksomhet en realvekst i driftskostnader per DRG-poeng på 1-2 prosent avhengig av om avskrivninger inkluderes eller ikke.
- I perioden før siste år har det vært en positiv effektivitetsutvikling både når det gjelder teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne var det fra 2006 til 2007 et uendret nivå på utskrivninger per årsverk og en svak nedgang i konsultasjoner per fagårsverk. Det har imidlertid årene før (2002-2006) i all hovedsak vært en vekst i begge disse indikatorene.
- Når det gjelder psykisk helsevern for barn og unge har det i perioden 2002-2007 vært markert vekst i tiltak per pasient og per fagårsverk. Pasienter per fagårsverk har også økt i denne perioden

SINTEF Helse utarbeider ulike mål for produktivitet og kostnadsnivå. Produktivitetsberegningene er basert på DEA-metoden²⁴, mens indikatorer for kostnadsnivå er enklere metodisk. Siden beregningene for 2007 basert på DEA-metoden ikke er tilgjengelig før etter at BUS-rapporten er offentliggjort, vil utviklingen siste år basere seg på indikatorer for kostnadsnivå.

Produktivitet er av SINTEF Helse definert som forholdet mellom ressursinnsats og produksjon. Ressursinnsats er normalt målt vha årsverk eller driftskostnader, mens produksjonen er målt med DRG-poeng og et mål for poliklinisk aktivitet. Videre defineres effektivitet som avstanden mellom faktisk produktivitet og maksimal produktivitet. Maksimal produktivitet bestemmes av de enhetene med høyest produktivitet.²⁵ SINTEF Helse opererer med to effektivitetsmål; teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet.^{26 27}

I kapittel 2.1 ble det vist at veksten i DRG-poeng dekomponeres i "koderelatert" og "reell" vekst. Det er i de etterfølgende indikatorer for produktivitet og kostnadsnivå ikke korrigert for dette. Alt annet gitt medfører dette en overestimering av utviklingen i produktivitet og underestimering i endring i kostnadsnivå for de årene med positiv "koderelatert" vekst.

Det utarbeides ikke rutinemessig produktivitetsmål basert på DEA-metoden for psykisk helsevern.

²⁴ Data Envelopment Analysis (DEA), på norsk dataomhyllingsanalyse, er en ikke parametrisk metode for bestemmelse av en frontproduksjon. Denne fronten definerer den maksimale produksjonen som kan produseres gitt bruken av innsatsfaktorer. De effektive enhetene ligger på denne fronten, som alle andre enheter måles mot. (Se kapittel 6.2 i Petersen (red) 2007)).

²⁵ Teoretisk maksimal produktivitet er ikke mulig å beregne, derfor må man benytte de mest produktive som referansemål.

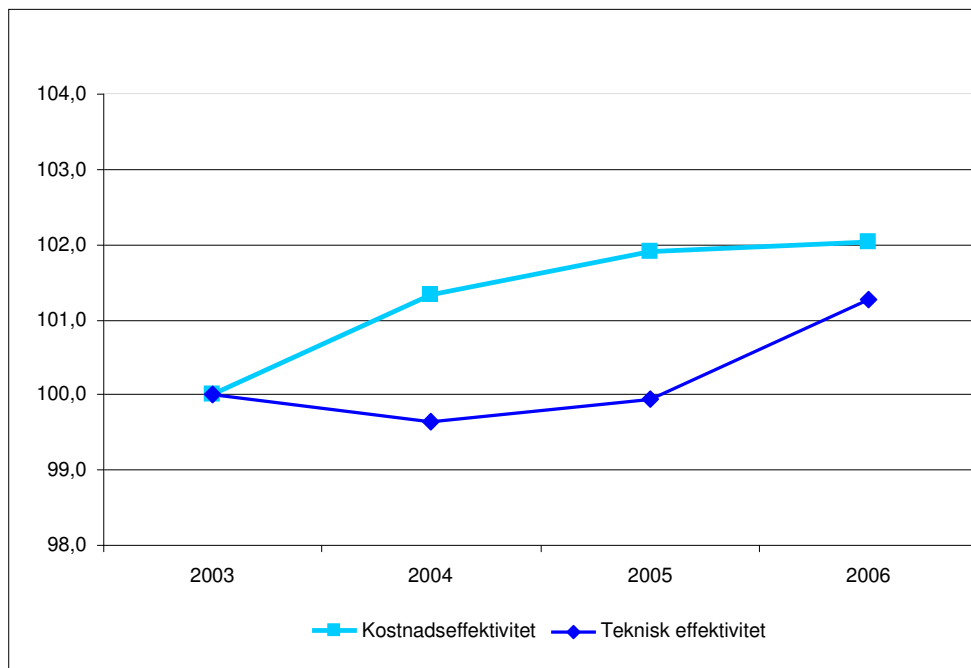
²⁶ Teknisk effektivitet: ressursinnsats er definert som årsverk (SSB) og produksjon er DRG-poeng + polikliniske refusjoner. Kostnadseffektivitet: ressursinnsats er definert som driftskostnader pasientbehandling og produksjon er DRG-poeng + polikliniske refusjoner.

²⁷ SINTEF Helse vil i årets sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste forsøke å kvantifisere usikkerheten i beregning av teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet. Disse opplysningene kan modifisere konklusjoner i forhold til utviklingstrekk. Dette har det imidlertid ikke vært mulig å ta hensyn til her da SINTEF sin rapport først er tilgjengelig etter at denne BUS-rapporten er offentliggjort.

3.1 Produktivitet i somatisk sektor

Perioden 2003-2006

Basert på de analyser som ble presentert i fjorårets Samdata sektorrapport for somatisk virksomhet, var det en positiv effektivitetsutviklingen fra 2003 til 2006, som vist i figur 3.1. Dette gjelder både i forhold til teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet, som øker med hhv drøyt 1 prosent og 2 prosent.²⁶ Veksten i teknisk effektivitet kom særlig fra 2005 til 2006, mens for kostnadseffektiviteten var det i perioden 2003 til 2005 at bidraget til samlet vekst kom. Veksten i kostnadseffektivitet blir noe større (drøyt 3 prosent) dersom man ikke veker i forhold til helseforetakenes størrelse, mens den tekniske effektiviteten er nokså upåvirket av dette. Det betyr at de mindre helseforetakene har en relativt sett bedre utvikling i kostnadseffektivitet enn hva de større har.



Figur 3.1 Nasjonal effektivitetsutvikling i perioden 2003 til 2006. Basisår 2003 = 100. Årsgjennomsnitt vektet i forhold til foretaksstørrelse. Kilde: SINTEF Helse (Samdata sektorrapport)

Perioden 2006-2007

Tabell 3.1 viser utviklingen i driftskostnader per DRG-poeng eksklusiv og inklusiv avskrivningskostnader. Dette er indikatorer for kostnadsnivået ved helseforetakene, og vil derfor gi en indikasjon på i hvilken retning kostnadsnivået siste år har endret seg. Nominelt har det vært en vekst i kostnadsnivået på ca 7-8 prosent avhengig av om kapitalkostnader (avskrivninger) inkluderes eller ikke. Siden prisindeksen for 2007 er på 6,1 prosent, er realutviklingen på 1,1-1,7 prosent, avhengig av om avskrivninger inkluderes eller ikke.

Med utgangspunkt i de foreliggende beregninger slutter utvalget at det for de regionale helseforetakene som helhet ikke er dokumentert noen positiv produktivitetsutvikling målt ved kostnader per DRG-poeng innen somatikk fra 2006-2007.

Det er flere forbehold knyttet til disse beregningene av produktivitetsutvikling 2006-2007. DRG-poeng er ikke korrigert for kodeforbedringer. Dette vil isolert sett bidra til å overvurdere produktivitetsveksten innen somatikk. På den annen side vet vi ikke om vi fullt ut har klart å justere for kostnader som ikke er knyttet til den DRG-baserte aktiviteten. Det trekkes i retning av å undervurdere produktivitetsveksten innen somatikk.

Tabell 3.1 Driftskostnader per DRG-poeng 2007, samt nominell og reell endring 2006-2007. Kilde: SINTEF Helse.

	2007	Prosentvis endring	
		Nominelt	Reelt
Driftskostnader per DRG-poeng	38 250	7,9	1,7
Driftskostnader per DRG-poeng inkl avskrivninger	41 798	7,2	1,1

3.2 Produktivitet i psykisk helsevern

For psykisk helsevern finnes det ikke aktivitetsmål som korrigerer for ressursbehov slik som DRG-poengene gjør for somatisk sykehusvirksomhet. Man må derfor benytte andre mål på ressursutnyttelse. Dette er indikatorer for arbeidsproduktivitet, som polikliniske konsultasjoner per fagårsverk og utskrivninger per årsverk.²⁸

Det er hovedsaklig fokusert på perioden 2002 til 2007. Siden det innenfor psykisk helsevern har vært en opptrappingsplan i perioden 1998-2008, kan det være viktig å kjenne til utviklingstrekk før 2002. Dette kommenteres der det er aktuelt.

På grunn av Opptrappingsplanen er det utfordrende å vurdere produktivitetsindikatorer for psykisk helsevern, både for voksne og barn og unge, i perioden 2002 til 2007. Siden det har vært en styrt vekst, har sektoren måttet håndtere en markert vekst på mange områder, herunder opplæring av nye ansatte. Eventuelt fravær av produktivitetsforbedringer kan derfor ha sammenheng med slike forhold.

Psykisk helsevern for voksne

Tabell 3.2 viser utviklingen i polikliniske konsultasjoner per fagårsverk og utskrivninger per årsverk i perioden 2002 til 2007. I figur 3.2 er utviklingen vist relativt til utgangsnivået i 2002.

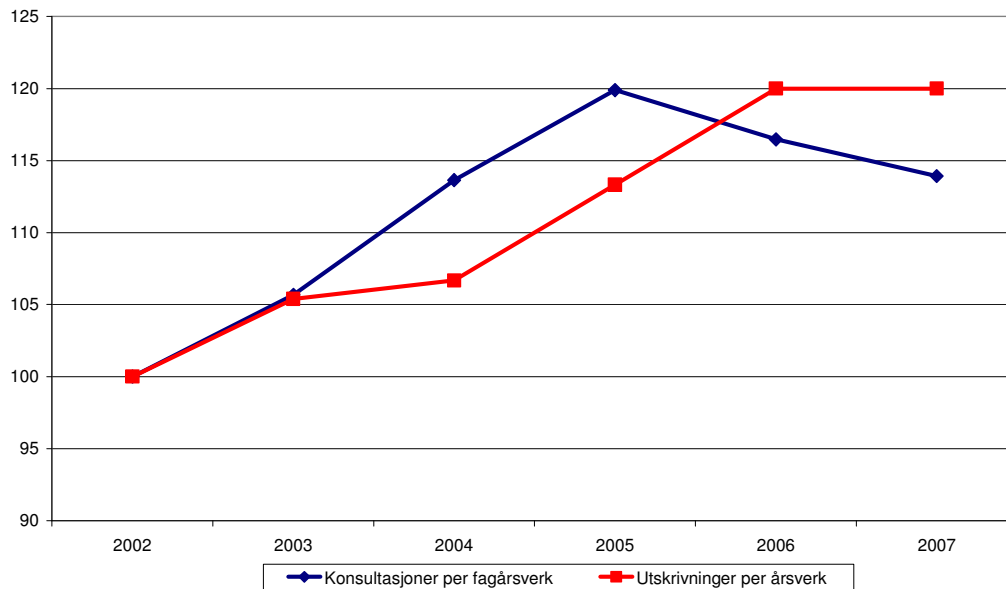
Siden 2002 har det samlet vært en produktivitetsvekst både når det gjelder poliklinisk virksomhet og døgnvirksomhet (utskrivninger). Samtidig viser Figur 3.2 en produktivitetsnedgang i poliklinikk fra 2005 til 2007 og utflating innenfor døgnvirksomheten 2006-2007. Sistnevnte størrelse kan være noe påvirket av veksten i adm/teknisk personell, som det er grunn til å stille spørsmål ved om er reell.²⁹ For poliklinisk virksomhet opplyses det fra SINTEF Helse at det i perioden har vært en sterk vekst i antall årsverk. Dette har medført økt behov for opplæring av nye ansatte. I opplæringsperioden vil dette bidra til å redusere produktiviteten.

²⁸ Fagårsverk omfatter årsverk utført av universitetsutdannet eller høyskoleutdannet personell, mens årsverk (ift indikatoren utskrivninger per årsverk) i tillegg omfatter årsverk også for andre personellgrupper.

²⁹ Jmf kapittel 1.3.

Tabell 3.2 Polikliniske konsultasjoner per fagårsverk og utskrivinger per årsverk for psykisk helsevern for voksne. 2002-2007.
Kilde: SINTEF Helse.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Konsultasjoner per fagårsverk	352	372	400	422	410	401
Utskrivninger per fagårsverk	3,0	3,2	3,2	3,4	3,6	3,6



Figur 3.2 Polikliniske konsultasjoner per fagårsverk og utskrivinger per årsverk for psykisk helsevern for voksne. 2002=100.
Kilde: SINTEF Helse.

Psykisk helsevern for barn og unge

Det har innenfor psykisk helsevern for barn og unge vært en produktivitetsvekst i perioden 2002 til 2007, som vist i tabell 3.3 og figur 3.3. Dette gjelder både for tiltak per pasient og tiltak per fagårsverk, mens det for pasienter per fagårsverk er en noe svakere utvikling perioden sett under ett.³⁰

Tiltak er her definert som summen av direkte og indirekte tiltak.³¹ Det er indikasjoner på at den observerte veksten i tiltak per pasient eller per fagårsverk delvis skyldes endringer i registreringspraksis, og da særlig i forhold til antall tiltak.³² Siden omfanget av en slik eventuell registreringsendring ikke er anslått, er det ikke mulig å estimere den reelle produktivitetsendringen.

³⁰ Halsteinli (2008) analyserer produktivitetsutviklingen innen psykisk helsevern for barn og unge i perioden 1998-2006. Analysen viser at produktivitetsutviklingen perioden sett under ett var i området 21-31 prosent, og at produktivitetsveksten har kommet jevnt hele perioden.

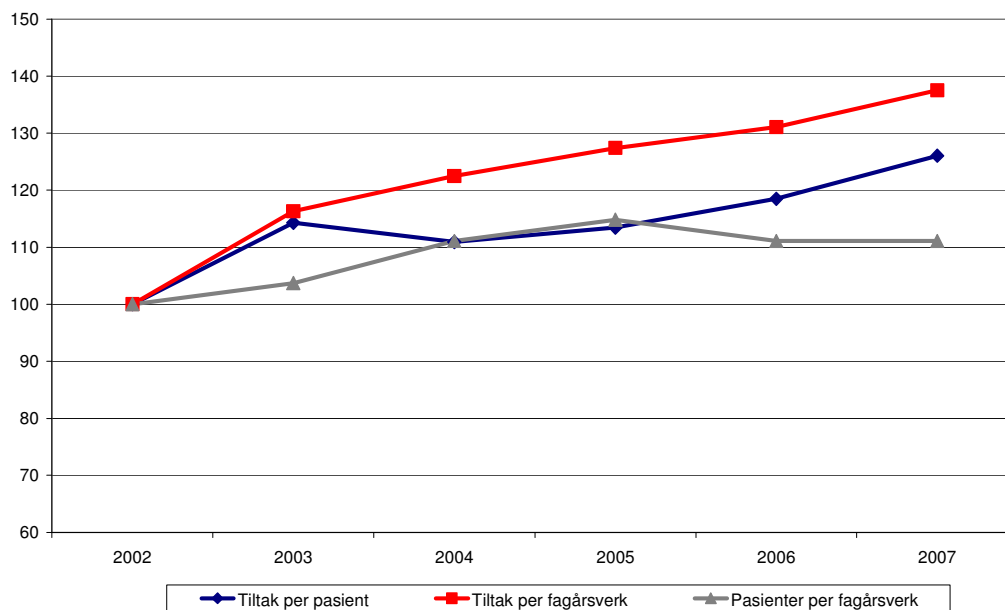
³¹ Ved direkte tiltak er pasient eller foresatte til stede. Indirekte tiltak er møter med samarbeidspartnere med videre.

³² Se kapittel 9 i Pedersen (red) 2007. Samdata sektorrapport for psykisk helsevern.

Tabell 3.3 Tiltak (direkte og indirekte) per pasient og per fagårsverk, samt pasienter per fagårsverk for psykisk helsevern for barn og unge. 2002-2007.

Kilde: SINTEF Helse.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Tiltak per pasient	11,9	13,6	13,2	13,5	14,1	15,0
Tiltak per fagårsverk	325	378	398	414	426	447
Pasienter per fagårsverk	27	28	30	31	30	30



Figur 3.3 Tiltak (direkte og indirekte) per pasient og per fagårsverk, samt pasienter per fagårsverk for psykisk helsevern for barn og unge. 2002-2007. 2002=100. Kilde: SINTEF Helse.

4. Helseforetakenes økonomiske situasjon

Årsresultatet viser den økonomiske effekten av årets aktivitet, dvs de totale inntektene fratrasket de ressursene som er forbrukt i perioden. Vi sammenligner også årsresultatet med det krav som eier har stilt til denne størrelsen og viser effekt på foretakenes egenkapital.

I resultatregnskapet spres kostnaden knyttet til investeringer over driftsmiddelets levetid gjennom avskrivninger. Vi ser nærmere på investeringstakten i sektoren. Dette vil gi et bilde på hvordan avskrivningskostnadene vil utvikle seg framover.

Balansen synliggjør hvilke økonomiske ressurser foretakene eier (eiendeler) og hvordan de er finansiert (egenkapital (EK) og gjeld). Vi viser sentrale nøkkeltall fra balansen for å kunne vurdere utvikling i helseforetakenes finansielle stilling.

For å kunne betale sine løpende forpliktelser som f eks lønn til ansatte og betaling til leverandører og kreditorer, må helseforetakene ha tilgang på penger. Til slutt vil vi derfor se nærmere på noen nøkkeltall som sier noe om likviditetssituasjonen i helseforetakene.

Følgende hovedresultat presenteres i dette kapitlet:

- De regionale helseforetakene hadde i 2007 et negativt avvik målt mot eiers styringskrav med om lag 1,5 milliarder kroner. Dette er noe lavere enn året før.
- Regnskapsmessig årsresultat var i 2007 på -6,1 milliarder kroner. Dette har bidratt til en ytterligere reduksjon av de regionale helseforetakenes egenkapital.
- Egenkapitalen er i perioden 2003 til 2007 redusert med omtrent 20 milliarder kroner, hvorav 12,5 milliarder er en konsekvens av manglende bevilgninger knyttet til avskrivninger og økte pensjonskostnader.
- Det var også i 2007 et relativt høyt investeringsnivå i de regionale helseforetakene. Korrigert for avskrivninger økte realkapitalen med drøyt 3 milliarder kroner i 2007.
- De regionale helseforetakenes langsiktige gjeld økte med ca 3,3 milliarder kroner i 2007.
- Driftskreditten, som er en del av den kortsiktige gjelden, har økt markert de siste årene, og veksten i 2007 var på ca 1,9 milliarder kroner.
- Flere indikatorer og kilder for likviditetssituasjonen viser at de regionale helseforetakenes likvide situasjon har blitt mer anstrengt.

4.1 Institusjonelle forhold

Inntektsrammene til de regionale helseforetakene fastsettes gjennom årlige budsjettvedtak i Stortinget. De regionale helseforetakene mottar både en basisbevilgning og aktivitetsbaserte tilskudd. I basisbevilgningen ligger også midler til investeringer som ikke er øremerket. Krav til innhold i tjenestetilbudet samt aktivitetsnivå fastsettes i det årlige oppdragsdokumentet. I foretaksmøtene settes krav knyttet til økonomi og organisasjon.

Det er Stortinget som vedtar øvre rammer for samlet driftskreditt som de regionale helseforetakene kan benytte. Helse- og omsorgsdepartementet operasjonaliserer dette for hvert enkelt RHF. De regionale helseforetakene kan bare ta opp langsiktige lån hos Helse- og omsorgsdepartementet.

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift. Dette innebærer at de regionale helseforetakene har ansvar for å planlegge og prioritere investeringsprosjekter i regionen. Prosjektene skal planlegges framdrifts- og kostnadmessig innenfor regionens samlede ressursrammer. Beslutningskompetansen til å igangsette enkeltprosjekter tilligger styret i det regionale helseforetaket.

4.2 Regnskapsmessig resultat og egenkapital

Frem til og med 2006 ble det brukt to resultatbegrep for å måle utviklingen i økonomien i de regionale helseforetakene: regnskapsmessig årsresultat, slik det fremgår av de revisorattesterte regnskapene, og korrigert årsresultat, som er det resultatmålet eier har styrt etter.

Det korrigerte årsresultatet har gjenspeilet at ressursene de regionale helseforetakene har mottatt (bevilgninger), ikke har vært tilstrekkelige for å kunne gjenanskaffe og opprettholde verdien på sykehusbygg og utstyr som ble overtatt i 2002. Dette var en følge av at bevilgningen som ble lagt inn i foretakenes basisrammer for å dekke avskrivningskostnader knyttet til åpningsbalansen som ble etablert, gjorde helseforetakene i stand til å gjenanskaffe og vedlikeholde om lag 60 prosent av bygg og utstyr.³³

I 2007 gikk man bort fra begrepet korrigert årsresultat, uten at inntektsrammen og forutsetninger knyttet til avskrivninger ble endret. Det ble dermed akseptert at de regionale helseforetakene kunne gå med 1,4 milliarder kroner i regnskapsmessig underskudd, som skyldtes at det ikke var tatt høyde for å dekke alle avskrivningskostnader gjennom beløpet som ble stilt til disposisjon i basisrammen. Ved utgangen av 2007 ble det som følge av en ny veiledning for beregning av pensjonskostnader en markert økning i RHF-enes pensjonskostnader. I foretaksmøtene i januar 2008 ble det vedtatt at denne økningen skulle unntas fra resultatkravet. Det ble derfor også tatt hensyn til dette ved fastsetting av eiers styringskrav.

Tabell 4.1 viser utviklingen i eiers styringskrav³⁴, årsresultat for konserngruppen i RHF-ene samlet, samt avvik i forhold til eiers styringskrav.

Det fremgår av tabellen at eier har akseptert negativt årsresultat alle år for de regionale helseforetakene samlet. De to siste årene ble også økte pensjonskostnader unntatt resultatkravet. I tillegg til dette har helseforetakene brukt ytterligere midler enn det Stortinget har bevilget, noe som fremkommer ved at resultatavviket i forhold til eiers styringskrav er negativt i alle årene 2002 til 2007.

³³ Inntektsnivået dekket med andre ord ca 60 prosent av årlige avskrivningskostnader basert på åpningsbalansen.

³⁴ Eiers styringskrav er her satt som summen av de korreksjoner eier har satt ift årsresultat, dvs strukturfond, endrede levetider og pensjonskostnader.

Tabell 4.1 Eiers styringskrav, årsresultat og resultatavvik ift eiers styringskrav. 2002-2007. Kilde: Årsregnskap RHF.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Samlet
Eiers styringskrav	-1 985	-2 011	-1 819	-1 647	-2 493	-4 660	-14 615
Årsresultat	-2 811	-3 983	-3 748	-3 020	-4 364	-6 110	-24 036
Avvik ift eiers styringskrav	-826	-1 972	-1 929	-1 373	-1 871	-1 450	-9 421
Avvik i pst av inntekt	-1,5 %	-3,2 %	-2,9 %	-1,9 %	-2,3 %	-1,6 %	

Regnskapsført årsresultat får direkte konsekvenser for egenkapitalen til de regionale helseforetakene. Som det fremgår av tabell 4.2, er det en reduksjon i egenkapitalen samlet på omtrent samme nivå som akkumulert underskudd for perioden 2003-2007.

To av de regionale helseforetakene, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge, har i denne perioden mottatt vesentlige investeringstilskudd som ikke har blitt godskrevet egenkapitalen. Tilskuddene er i balanseregnskapet ført som en framtidig forpliktelse og vil inntektsføres når byggeprosjektene er ferdigstilt i takt med byggets levetid (avskrivningstiden). Tilskuddet vil slik bidra til dekning av en del av de framtidige avskrivningskostnadene på byggene. Investeringstilskudd styrker i realiteten helseforetakenes finansielle situasjon på lik linje med et egenkapitalinnskudd. På grunn av dette forholdet gir ikke egenkapitalen som synliggjøres i foretakenes regnskap, et fullstendig bilde av den framtidige finansielle situasjon i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

Reduksjonen i egenkapital kan ikke fortsette på lang sikt uten at de regionale helseforetakene tilføres ny egenkapital.

Tabell 4.2 Egenkapital i millioner kroner pr 31.12 for RHF-ene samlet i perioden 2002-2007. Kilde: Årsregnskap RHF

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2002-2007
RHF-ene samlet	59 667	55 497	52 221	49 155	44 836	38 696	-20 971
Prosent endring		-7 %	-6 %	-6 %	-9 %	-14 %	

Tabell 4.1 viser at 14,6 milliarder kroner, tilsvarende 70 prosent av den samlede reduksjon av egenkapitalen, er en styrt reduksjon fra eiers side på grunn av manglende bevilgninger knyttet til avskrivninger og økte pensjonskostnader.

4.3 Investeringer

I dette avsnittet presenteres utviklingen i investeringsaktivitet for bygninger, medisinsk teknisk utstyr (MTU) og andre anleggsmidler i perioden 2002 til 2007. Det er benyttet to ulike kilder i denne tidsperioden, slik at overgangen fra 2004 til 2005 er noe påvirket av dette.

Investeringsnivået for bygninger overestimeres noe, da også anlegg under utførelse inngår i grunnlaget for denne størrelsen. Det betyr samtidig at investeringer i MTU og andre anleggsmidler som inngår i byggeprosjekter, underestimeres noe.

Tabell 4.3 viser at det fram til og med 2006 var en årlig vekst i investeringsaktiviteten knyttet til i bygninger, men at dette er svakt redusert i 2007. For MTU og andre anleggsmidler har investeringsaktiviteten variert fra år til

år med både vekst og reduksjon. Det er en noe lavere investeringsaktivitet i 2007 enn året før.

Tabell 4.3 Årlige investeringer fordelt på bygninger, medisinsk teknisk utstyr (MTU) og andre anleggsmidler, samt avskrivninger og netto investeringer samlet. Millioner kroner. Løpende priser. 2002-2007. Kilde: 2002-2004 Deloitte, 2005-2007 Årsregnskap RHF.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Totalt
Bygninger	1 664	3 629	5 554	5 933	7 066	6 732	30 579
MTU	910	868	898	796	1 139	929	5 540
Andre anleggsmidler	617	1 238	712	1 123	1 110	1 025	5 825
<i>Investeringer samlet</i>	<i>3 191</i>	<i>5 735</i>	<i>7 164</i>	<i>7 852</i>	<i>9 315</i>	<i>8 687</i>	<i>41 944</i>
Avskrivninger	4 768	4 902	5 081	5 028	5 177	5 310	30 265
<i>Netto investeringer</i>	<i>-1 577</i>	<i>832</i>	<i>2 083</i>	<i>2 825</i>	<i>4 139</i>	<i>3 377</i>	<i>11 680</i>

For å ta hensyn til slitasje på anleggsmidlene foretas det årlig avskrivninger på disse eiendelene. Netto investeringer er investeringer fratrasket avskrivninger og viser utviklingen i realkapitalen når det hensyntas kapitalslitet.

Det har vært en økning i kapitalbeholdningen knyttet til bygninger og andre anleggsmidler i perioden 2002 til 2007. Tall for MTU viser en liten nedgang. Det er imidlertid grunn til å tolke resultatet for MTU med en viss varsomhet. I to av de regionale helseforetakene foregår det større utbyggingsprosjekter hvor investeringer i MTU inngår i kategorien "anlegg under utførelse" og fremkommer derfor ikke som en investering i MTU. I tillegg er det ikke uvanlig å leie medisinsk teknisk utstyr, og dermed vil endringer i omfanget av slik leievirksomhet også påvirke investeringsaktiviteten for MTU.

Samlet har det vært en høy investeringsaktivitet etter reformen i 2002 og verdien av bygg og utstyr har økt. Dette vil øke årlige avskrivninger når de ulike byggeprosjektene ferdigstilles. Hvordan økte avskrivninger vil påvirke foretakenes kostnader, må ses i sammenheng med investeringstilskuddene som er gitt. Det er etter sykehusreformen gitt investeringstilskudd³⁵ til tre spesifikke prosjekter. Dette er et ekstraordinært bidrag utover de ordinære rammer, og gjelder:

- Nye Ahus (2600 mill. kr)
- Forskningsbygg ved Radiumhospitalet (760 mill.kr),
- St. Olavs hospital fase 1 (2900 mill. kr) og fase 2 (1260 mill. kr)

Utover dette er det også gitt ytterligere investeringsmidler til fase 1 St. Olavs hospital og til etablering av stråleterapienheter som en del av kreftplanen. Dette håndteres på lik linje med investeringstilskudd.

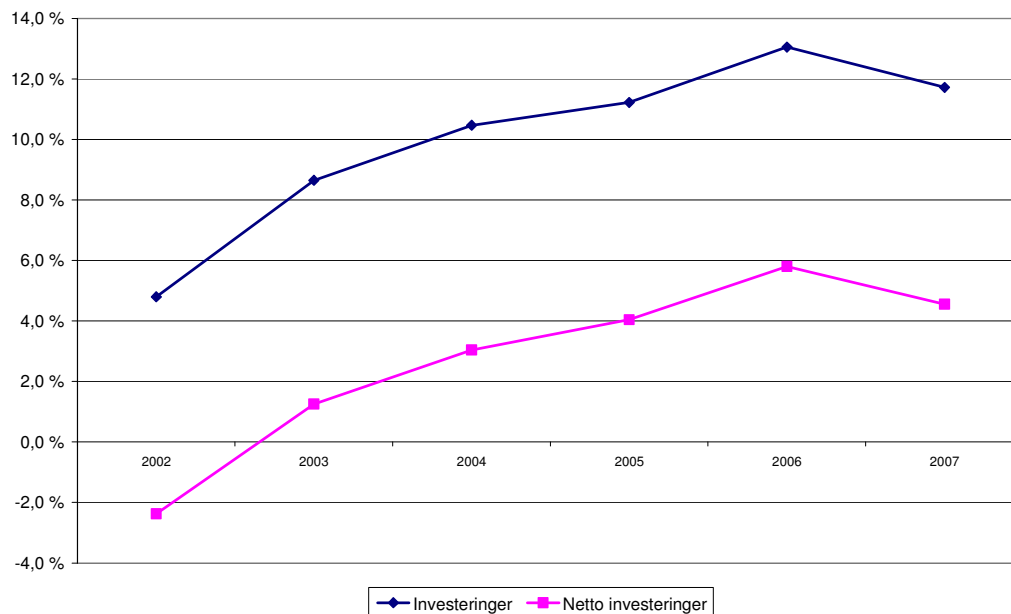
Tabell 4.4 viser at netto investeringer hvor det er tatt hensyn til mottatte investeringstilskudd gir en netto økning i perioden 2002 til 2007 på 3,6 milliarder kroner. Dersom man legger til grunn avskrivningsperiode på 20 år vil investeringene i perioden føre til økte avskrivningskostnader på 180 millioner kr årlig.

³⁵ Investeringstilskuddet er et ekstraordinært bidrag for å kunne håndtere deler av de økte avskrivningskostnader ved investeringen. Mottatt årlige tilskudd føres direkte i balansen, som en utsatt inntekt (forpliktelse), og inntektsføres i tråd med investeringens levetid, og vil dermed føre til at årlige netto avskrivningskostnader (eller kostnadsbyrden ved investeringen) reduseres. Investeringstilskudd føres ikke som en inntekt i det regnskapsåret som det utbetales (dette ville ført til meget skjeve utslag i resultatregnskapet).

Tabell 4.4 Mottatte investeringstilskudd³⁶ og netto investeringer korrigert for investeringstilskudd. 2002-2007. Kilde: Årsregnskap RHF og HOD.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Totalt
Mottatt investeringstilskudd	494	372	732	3 464	1 319	1 681	8 062
Netto investeringer hensyntatt mottatt investeringstilskudd	-2 071	460	1 351	-639	2 820	1 696	3 618

Figur 4.1 viser investeringsnivået som andel av immaterielle og varige anleggsmidler. Det har vært en økning fra 2002 til 2006, mens andelen reduseres noe i 2007. Veksten er særlig knyttet til Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.



Figur 4.1 Investeringer og netto investeringer som prosentandel av immaterielle og varige anleggsmidler. 2002-2007. Kilde: Årsregnskap RHF.

4.4 Eiendeler og gjeld

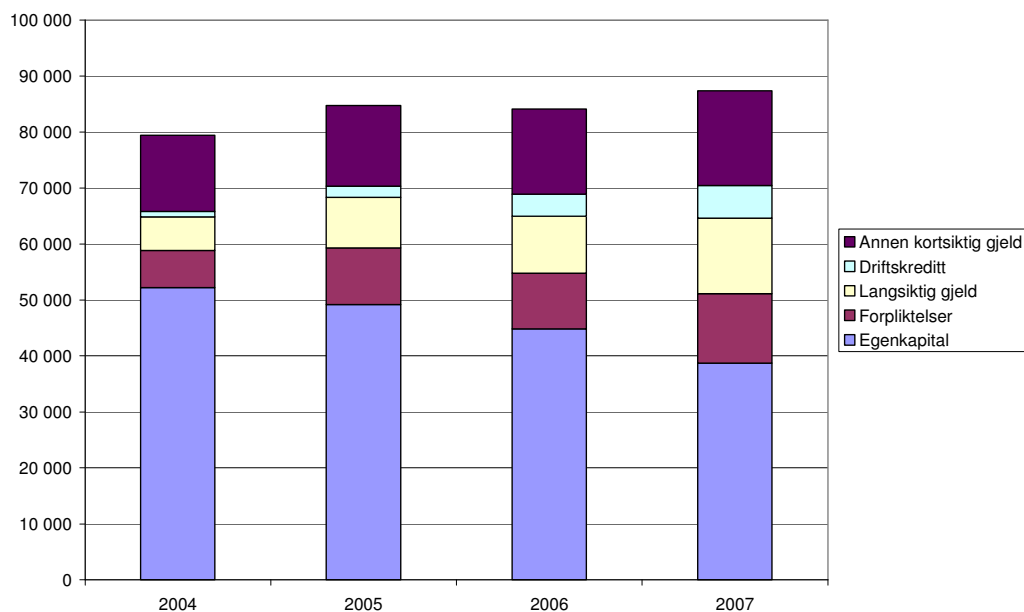
I dette avsnittet presenteres noen overordnede tall for eiendeler, gjeld og egenkapital, samt utviklingstall for langsiktig gjeld, pensjonsforpliktelser, investeringstilskudd og driftskreditt.

Tabell 4.5 og figur 4.3 viser at det siden 2004 har vært en økning i RHF-enes eiendeler. Samtidig har det vært en økning i deres kortsiktige og langsiktige forpliktelser og en nedgang i RHF-enes egenkapital. Som nevnt i avsnitt 4.2, er sistnevnte en følge av årlige driftsunderskudd der størstedelen er styrt av eier.

³⁶ Nye St. Olavs Hospital er et integrert universitetssykehus. Kunnskapsdepartementet fullfinansierer universitets- og høyskolearealene i bygget. Tabellen tar hensyn til bidrag fra Kunnskapsdepartementet

Tabell 4.5 Utvalgte data fra RHF-enes balanse 2004-2007.
Kilde: Årsregnskap RHF.

Balansedata RHF	2004	2005	2006	2007	2004-2007
Sum eiendeler	79 432	84 720	84 069	87 356	7 924
Finansiert gjennom					
Egenkapital	52 221	49 155	44 836	38 696	-13 525
Avsetning forpliktelser	6 586	10 124	9 915	12 435	5 849
herav pensjonsforpliktelser	2 920	2 975	2 694	3 605	684
herav investeringstilskudd	2 559	6 129	6 146	7 687	5 128
Langsiktig gjeld	5 994	9 019	10 206	13 491	7 497
Kortsiktig gjeld	14 631	16 422	19 112	22 734	8 104
herav driftskreditt	984	2017	3917	5799	4 816



Figur 4.3 Finansieringselementene for RHF-enes eiendeler. 2004-2007.
Kilde: Årsregnskap RHF.

Avsetninger til fremtidige forpliktelser inkluderer i hovedsak pensjonsforpliktelser og investeringstilskudd. Investeringstilskudd posteres i balansen som en avsetning for framtidig forpliktelse fordi dette tilskuddet skal inntektsføres med en årlig andel i takt med avskrivninger. Balansetall på denne posten de enkelte år fremkommer som en nettostørrelse mellom årlig mottatt tilskudd fratrullet andel som er inntektsført i regnskapet det samme året. Investeringstilskuddene er ekstraordinære bidrag – utover ordinære rammer – til prosjektene St. Olavs Hospital fase 1 og 2, Ahus og Forskningsbygg ved Radiumhospitalet. I tillegg føres investeringsmidler mottatt gjennom kreftplanen også som investeringstilskudd i regnskapene.

De regionale helseforetakene skal kun ha langsiktige gjeld gjennom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Økningen i langsiktig gjeld er i hovedsak knyttet til lån hos HOD.³⁷ Siden dette er rentebærende lån, medfører økningen at noe av framtidige driftsinntekter bindes til å betale renter og avdrag på disse lånene.

³⁷ Årsregnskapene til de regionale helseforetakene gjelder hele foretaksgruppen – slik at også heleide og deleide datterselskaper er med. Noen av disse har langsiktig lån hos private aktører.

Når det gjelder kortsiktig gjeld, viser tabell 4.5 at mer enn halvparten av økningen skyldes økt bruk av driftskreditt. Det fremgår også at veksten i bruk av driftskreditt har vært meget stor siste år, med en økning på ca 2 milliarder årlig fra 2005. På linje med langsiktige lån er dette også rentebærende lån som gir RHF-ene forpliktelser i form av renter og avdrag.

Stortinget fastsetter øvre rammer for driftskreditt nasjonalt, mens HOD ut fra dette fastsetter driftskredittrammer for de fire regionale helseforetakene. Den øvre rammen for driftskreditt i 2007 var på 6,5 milliarder kroner, og HOD hadde fordelt 6,4 milliarder kroner av denne rammen til helseforetakene pr 31.12 2007. Ved årsskiftet 2007-2008 var 90 prosent av driftskredittrammen benyttet.

4.5 Likviditetssituasjonen

Det fremkommer av oversikten i forrige avsnitt at det er en sterk vekst i bruk av driftskreditt i de fire regionale helseforetakene de siste tre årene. Dette er en indikasjon på at likviditetssituasjonen i helseforetakene har blitt vanskeligere. Hovedforklaringene på den økte bruken av driftskreditt er vedvarende driftsunderskudd og at pensjonspremien har vært større enn pensjonskostnaden.

I tabell 4.6 vises forholdet mellom pensjonskostnader og pensjonspremie. Tabellen viser også hvilken likviditetsmessig betydning det har å unnta deler av pensjonskostnadene fra resultatkravet. Fram til 2006 var pensjonspremien høyere enn pensjonskostnaden. Siden det er pensjonskostnadene som har betydning for inntektsrammene til de regionale helseforetakene, har dermed de regionale helseforetakene måttet benytte en større del av inntektene eller driftskreditten til å betale pensjonspremier. De regionale helseforetakene fikk ikke kompensert for økte pensjonskostnader i 2006 og 2007 med hhv 965,8 millioner kroner og 3260 millioner kroner. Dette påvirker også andel pensjonspremie som betales gjennom driftskreditten. For disse to årene kan man derfor ikke se på premie i forhold til kostnad, siden helseforetakene ikke fikk dekket kostnaden, men se på premie i forhold til anslaget for pensjonskostnader som lå til grunn for fastsettelsen av helseforetakenes bevilgning. Likviditetsmessig effekt for betalte pensjonspremier i forhold til inntektsnivå utgjør dermed 7,8 milliarder kroner, som vist i tabell 4.6.

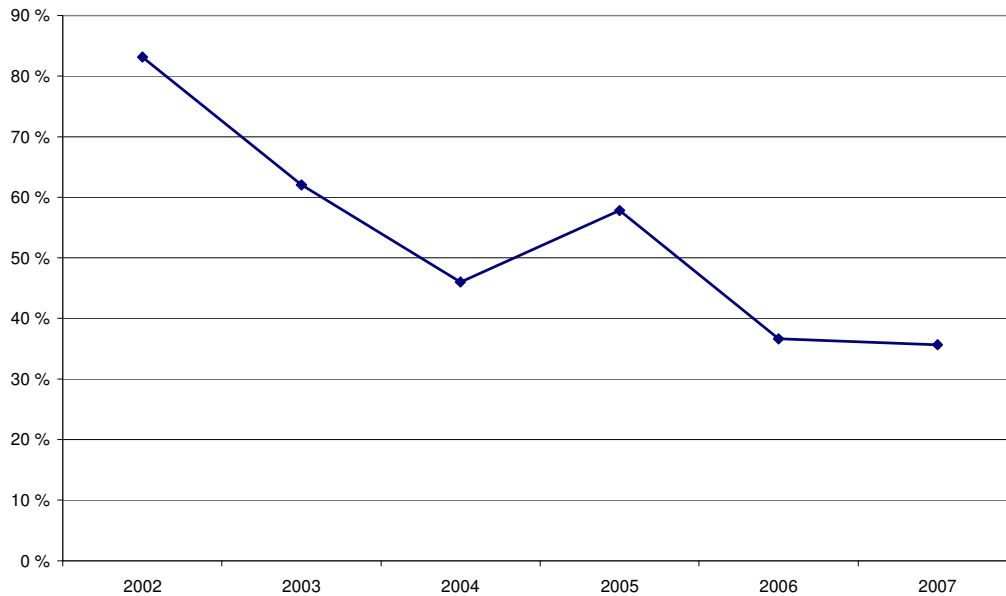
Tabell 4.6 Pensjonspremie og pensjonskostnader, samt differansen mellom disse. 2002-2007. Kilde: Årsregnskap RHF og HOD.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Sum
Pensjonspremie	4 607	4 806	5 328	4 898	5 517	6 716	31 872
Pensjonskostnader	3 296	3 585	3 869	4 178	4 969	8 364	28 261
Mer(+)/mindrebetalt. (-) pensjon	1 311	1 222	1 459	720	548	-1 648	3 612
Pensjonskostnader unntatt resultatkrav	0	0	0	0	966	3 260	4 226
Likviditetsmessig effekt ift pensjon	1 311	1 222	1 459	720	1 514	1 612	7 838

I flere av de regionale helseforetakenes årsmeldinger opplyses det at de har en anstrengt likviditet, og at det av den grunn har vært nødvendig å gjennomføre tiltak, blant annet å øke bruken av driftskreditt.

Trenden mot en strammere likvid situasjon bekreftes også ved å følge utviklingen i likviditetsgrad (omløpsmidler sett i forhold til kortsiktig gjeld). Denne størrelsen vil for de fleste virksomheter si noe evne til å innfri kortsiktig gjeld. For helseforetakene har det imidlertid hittil vært tilstrekkelig å søke om utvidete kredittrammer for å håndtere slik kortsiktig gjeld. Likevel vil likviditetsgraden

være en indikator på likviditetssituasjonen. Økningen i likviditetsgrad nasjonalt i 2005 er i hovedsak knyttet til at Helse Midt-Norge fikk utbetalt investeringstilskudd på 2,9 milliarder kr til fase 1 av St. Olavs Hospital. Tilskuddet ble utbetalt i desember måned og sto dermed i hovedsak på konto ved utgangen av året.



Figur 4.4 Likviditetsgrad (omløpsmidler dividert på kortsiktig gjeld) for de regionale helseforetakene samlet. 2002-2007.
Kilde: Årsregnskap RHF.

5. Kostnadskomponenter

I dette kapitlet beskrives utviklingen i de viktigste kostnadskomponentene i helseforetakene, dvs lønnskostnader, herunder lønnsnivå og pensjonskostnader, medisiner og medisinsk forbruksmateriell.

- Lønnskostnadene utgjorde i 2007 nær 55 milliarder kroner. Delvis på grunn av økte pensjonskostnader var det en økning i lønnskostnader på 12,6 prosent.
- Rentekostnadene utgjør i 2007 kun 0,7 prosent av samlede driftskostnader, men fremkommer med en nominell vekst på drøyt 80 prosent.
- Lønnsnivået for ansatte i helseforetakene økte fra 2006 til 2007 med 5,0 prosent. Veksten i lønnsnivå for leger var 2,6 prosent i samme periode, mens veksten for sykepleiere og spesialsykepleiere var hhv 5,4 og 5,9 prosent.
- Det kom i 2007 en sterk vekst i helseforetakenes pensjonskostnader. På nasjonalt nivå var det en vekst på 3,2 milliarder kroner. Dette kommer i tillegg til en vekst i 2006 på ca 1 milliard kroner. Disse endringene i pensjonskostnader har begge år blitt unntatt eiers styringskrav.

5.1 Fordeling av kostnader

Tabell 5.1 viser utviklingen i samlede driftskostnader for spesialisthelsetjenesten, fordelt på de regionale helseforetakenes lønnskostnader, kostnader til medisiner og medisinsk forbruksmateriell, samt noen andre kostnadskomponenter.

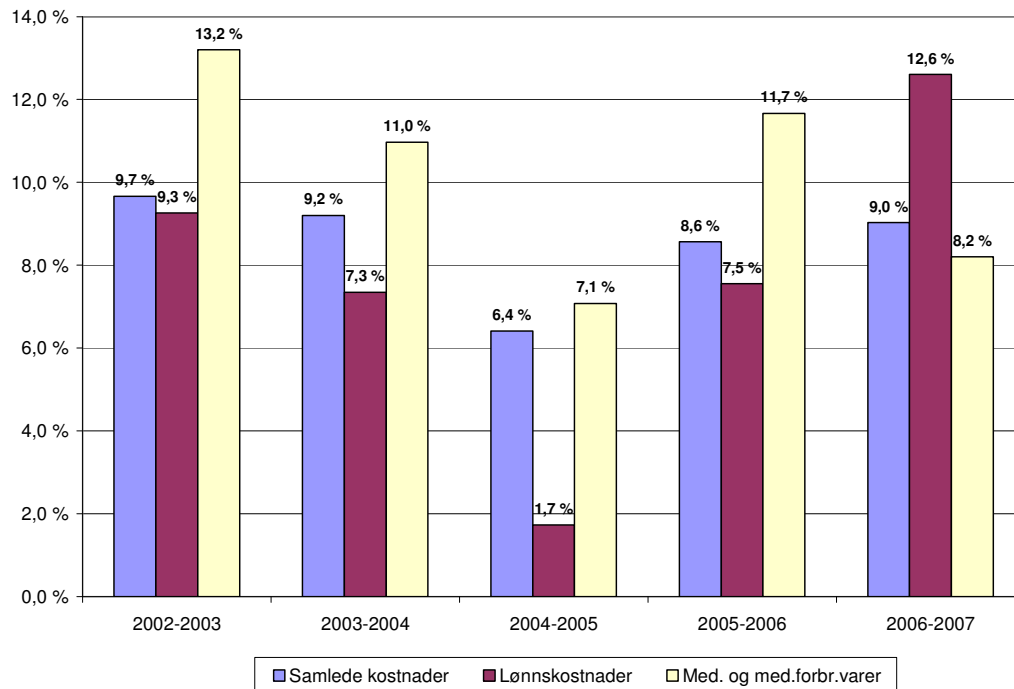
Samlede driftskostnader har økt til nær 87 milliarder kroner i 2007. En markert del av veksten siste år er økte pensjonskostnader, noe som her fremkommer som en vesentlig del av økte lønnskostnader. Det er også verdt å legge merke til veksten i rentekostnadene, selv om beløpet i seg selv utgjør en liten andel av de totale kostnadene. Denne veksten forklares av økte låneopptak som vist i kapittel 4.

Tabell 5.1 Spesialisthelsetjenestens samlede driftskostnader, samt viktige kostnadskomponenter for de regionale helseforetakene. 2002-2007. Løpende priser. Kilde: SINTEF Helse og årsregnskap RHF

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Samlede kostnader	57 487	63 043	68 844	73 319	79 601	86 786
Herav:						
Lønnskostnader	37 909	41 419	44 460	45 309	48 729	54 871
Med. og med. forbr.varer	4 880	5 524	6 130	6 563	7 328	7 930
Andre kostnader	9 871	11 164	13 234	16 279	18 055	18 108
Rentekostnader ³⁸	23	29	54	141	312	568
Avskrivinger ³⁸	4 803	4 908	4 965	5 028	5 177	5 310

Den nominelle veksten i samlede driftskostnader er på 9,0 prosent fra 2006-2007, som vist i figur 5.1. Lønnskostnadene øker i samme periode med 12,6 prosent, mens kostnader til medisiner og medisinsk forbruksmateriell øker med 8,2 prosent.

³⁸ Kilde: Årsregnskap RHF.



Figur 5.1 Prosentvis endring i samlede kostnader, lønnskostnader og medisiner/medisinsk forbruksmateriell. Løpende priser.
Kilde: SINTEF Helse og årsregnskap RHF.

5.2 Utvikling i lønnsnivå

Datolønnsvekst – alle foretakene

BUS har i år som tidligere år valgt å bruke data om lønnsnivå fra arbeidsgiverforeningen Spekter.³⁹ Hovedårsaken til at Spekter fortsatt er valgt som datakilde, er ønsket om en sammenhengende tidsserie med mulighet til å opprettholde fordelingene på personellgrupper og per region. I analysearbeidet er Spekter sine data sammenholdt med SSB sine data. Det er forskjeller i tallene fra disse to kildene, noe som både skyldes ulike uttrekkstidspunkt og til dels ulike grunnlag for uttrekk av data. Derfor vil de to statistikkgrunnlagene gi noe ulike lønnsnivå for enkelte år, men over tid jevner disse forskjellene seg ut.

Tabell 5.2 viser utvikling i månedsfortjeneste for ulike yrkesgrupper. Månedsfortjeneste inkluderer avtalt lønn (herunder utvidet tjeneste/arbeidstid for leger) og uregelmessige tillegg. Overtid er ikke inkludert. Lønnsdata er hentet ut i oktober 2007 for alle personellgrupper unntatt legene. Lønnsdata for legene ble hentet ut i februar 2008. Først da var resultatet fra legenes lønnsforhandlinger for 2007 inkludert i lønnsutbetalingen. På den måten vil endringstallene fra 2006 til 2007 inkludere lønnsoppkjøret for 2007 for alle personellgruppene.

Den gjennomsnittlige månedsfortjenesten i 2007 var på 33 105 kroner og har økt med 5,0 prosent fra 2006. Med utgangspunkt i månedsfortjenesten kan det anslås at gjennomsnittlig årslønn for ansatte i helseforetakene utgjør 397 000 kroner. Det fremgår av tabellen at legene i 2007 har en månedsfortjeneste på

³⁹ PriceWaterhouseCoopers har på oppdrag fra utvalget analysert datamaterialet fra Spekter.

58 814 kroner⁴⁰, noe som er nær dobbelt så mye som gjennomsnittslønnen for sykepleierne på 29 858 kroner.

Tabell 5.2 Utvikling i månedsfortjeneste (inkluderer ikke overtidsgodtgjørelse). Løpende priser. Kilde: Spekter.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ansatte i alt	26 170	27 628	29 030	29 942	31 523	33 105
<i>Etter kategori:</i>						
Leger	45 628	53 842	54 220	55 845	57 305	58 814
Sykepleiere	24 861	25 595	26 270	27 334	28 321	29 858
Spesialsykepleiere	27 727	29 166	29 742	30 615	31 862	33 740
Hjelpepleiere	22 854	23 696	23 949	24 744	25 966	27 169
Annet helsepersonell	24 621	24 591	26 599	26 792	28 615	30 139
Andre personellgrupper	22 398	22 662	24 603	25 634	27 371	28 414

Gruppen "annet helsepersonell" utgjør om lag 17 prosent av statistikkgrunnlaget og omfatter bioingeniører, ambulansearbeidere, fysioterapeuter, psykologer, miljøterapeuter, radiografer og sosionomer som de antallsmessig største gruppene. Gruppen andre personellgrupper utgjør i 2007-statistikken om lag 31 prosent av statistikkgrunnlaget. I denne gruppen inngår de øvrige ansatte i helseforetakene, fra ufaglærte til teknisk administrativt personale og ledelsen.

Tabell 5.3 viser årlig vekst i månedsfortjeneste (datolønnsvekst) for perioden 2002-2007.

Tabell 5.3 Prosentvis vekst i månedsfortjeneste. Kilde: Spekter

	2002-2003 ⁴¹	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Alle ansatte	5,6 %	5,1 %	3,1 %	5,3 %	5,0 %
<i>Etter kategori</i>					
Leger	18,0 %	0,7 %	3,0 %	2,6 %	2,6 %
Sykepleiere	2,9 %	2,6 %	4,1 %	3,6 %	5,4 %
Spesialsykepleiere	5,2 %	2,0 %	2,9 %	4,1 %	5,9 %
Hjelpepleiere	3,7 %	1,1 %	3,3 %	4,9 %	4,6 %
Annet helsepersonell	-0,1 %	8,2 %	0,7 %	6,8 %	5,3 %
Andre personellgrupper	1,2 %	8,6 %	4,2 %	6,8 %	3,8 %

Spesialsykepleiere og sykepleiere hadde størst prosentvis lønnsvekst fra 2006 til 2007. I perioden 2003 til 2007 har ansatte i gruppen annet helsepersonell og andre personellgrupper hatt sterkest lønnsvekst, som samlet utgjør henholdsvis 22,6 og 25,4 prosent. Lønnsveksten for legene var i samme periode 9,2 prosent. Vi ser samtidig av tabellen at legeguppen hadde en betydelig lønnsvekst i overgangen fra 2002-2003.

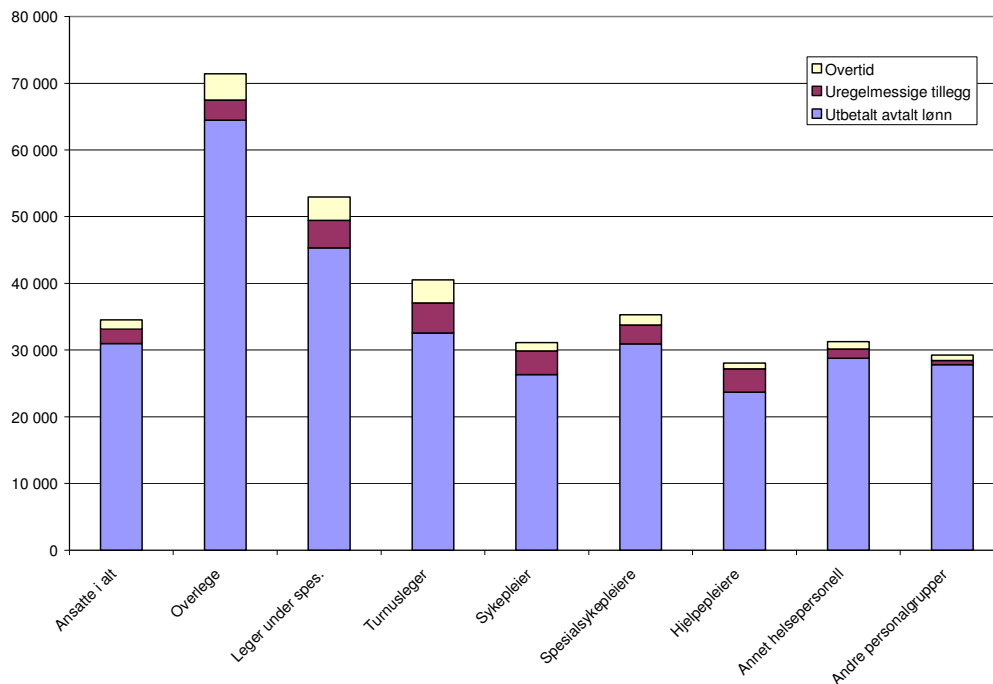
Spekters data for overtidsgodtgjørelse er hentet ut fra en måned per år. Nivå og veksttakt kan påvirkes av tilfeldige eller sesongvise forskjeller i bruk av overtid. Den gjennomsnittlige overtidsbetalingen på måletidspunktet utgjorde i 2007

⁴⁰ For leger innebærer utvidet tjeneste/arbeidstid (UTA) at månedsfortjenesten omfatter et høyere antall timeverk enn for de øvrige lønnstakerne. UTA utgjør i 2007 12,6 prosent av overlegenes månedsfortjeneste, 13,4 prosent for leger under spesialisering og 7 prosent for turnusleger.

⁴¹ Det er brudd i tidsserien fra 2002 til 2003 og det er av den grunn usikkerhet knyttet til veksttallene fra 2002-2003.

1 384 kroner, noe som er 176 kroner mer enn i 2003. Overtidsgodtgjørelse utgjør relativt små beløp og er en liten andel (fra 4-8 prosent) av totalt utbetalt lønn for alle personellgruppene.

Figur 5.2 viser hvordan månedlig utbetalt lønn fordeler seg mellom avtalt lønn, uregelmessige tillegg og overtidsgodtgjørelse for de ulike personellgruppene i 2007. Figuren viser at legegruppen har mest overtidsgodtgjørelse i den aktuelle måneden, mens pleiegruppene har relativt høyere turnusbelastning (uregelmessige tillegg) i forhold til avtalt utbetalt lønn (fastlønn).



Figur 5.2 Utbetalt avtalt lønn, uregelmessige tillegg og overtidsgodtgjørelse for personellgrupper i 2007. Kilde: Spekter.

Årslønnsvekst

Teknisk beregningsutvalg for inntektsoppgjørene (TBU) har gjort anslag over lønnsvekst (årslønnsvekst) i helseforetakene for perioden 2002 til 2007 (tabell 5.4). Årslønnsveksten skiller seg fra datolønnsveksten beskrevet i tabell 5.3, ved at man tar hensyn til den tidsperioden i løpet av året som gammel og ny avtale gjelder.

Tabell 5.4 Årlig årslønnsvekst i prosent i perioden 2002 – 2007.
Kilde: TBU-inntektsoppgjørene.

	2002- 2003	2003- 2004	2004- 2005	2005- 2006	2006- 2007	2002- 2007
<i>Helseforetakene</i>	7,0	3,0	3,3	3,7	4,9	23,8
Gjennomsnitt samfunnet	4,5	3,5	3,3	4,1	5,4	22,6

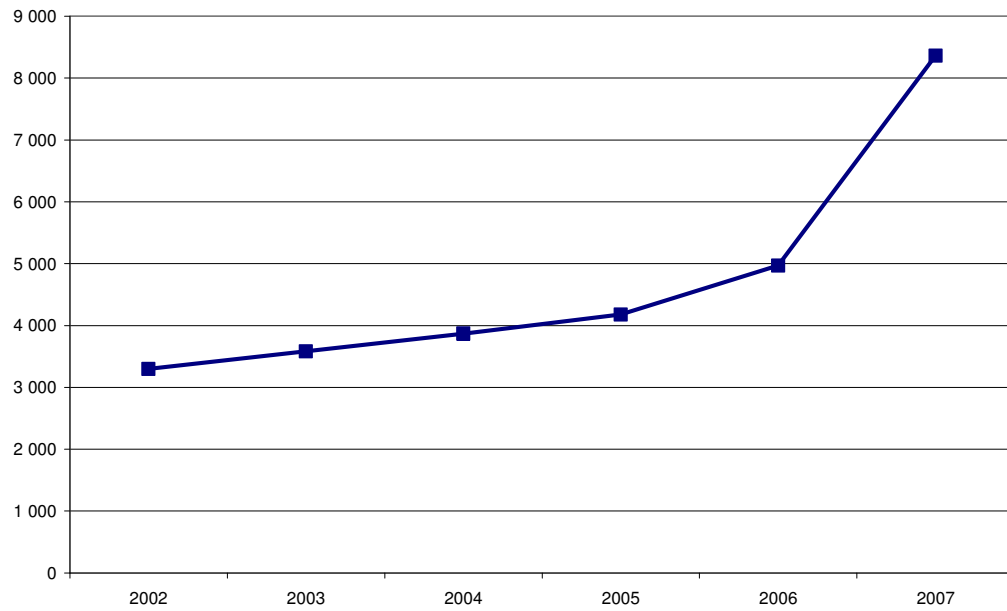
Årslønnsveksten på 4,9 prosent fra 2006 til 2007 for helseforetakene er lavere enn gjennomsnittet for samfunnet (5,4 prosent), noe høyere enn for kommuneansatte (4,8 prosent), men lavere enn gjennomsnittet for statsansatte (5,1 prosent). Samlet i perioden 2002 – 2007 utgjør årslønnsveksten i foretakene 23,8 prosent mot et gjennomsnitt for samfunnet på 22,6 prosent.

5.3 Pensjonskostnader

Pensjonskostnader er et uttrykk for endring i nåverdien av fremtidige pensjonsforpliktelser fra ett år til det neste. Pensjonskostnadene er derfor en "prognose" i forhold til de fremtidige pensjonsforpliktelsene. "Prognosen" påvirkes i størst grad av forventninger om framtidig lønnsutvikling og framtidig rentenivå. Det er pensjonskostnadene som inngår i regnskapet til helseforetakene og dermed påvirker det regnskapsmessige resultatet til helseforetakene. Pensjonspremien er den faktiske innbetalingen til de enkelte pensjonskassene. Premien inngår ikke i resultatregnskapet, men får en likviditetsmessig effekt ettersom det er premien som faktisk betales.

Det ble på slutten av året 2007 implementert ny veileder for beregning av pensjonskostnadene. Økningen i pensjonskostnader i 2007 var i stor grad bestemt av økte forventninger om framtidig lønnsvekst.

Konsekvensene av dette var en markert høyere fastsetting av de regionale helseforetakenes pensjonskostnader, jmf figur 5.3, som igjen bidro til et vesentlig dårligere regnskapsmessig årsresultat. Økningen i pensjonskostnader pga den nye veilederen ble imidlertid unntatt eiers styringskrav. Figur 5.3 viser videre at det har vært en jevn vekst i pensjonskostnadene i perioden 2002 til 2006, men at det er et markert knekkpunkt i 2007.



Figur 5.3 Pensjonskostnader for de regionale helseforetakene samlet i perioden 2002 til 2007. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap RHF.

Del III: Regional utvikling

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

1. juni 2007 ble Helse Øst og Helse Sør slått sammen til Helse Sør-Øst. I denne rapporten er det foretatt sammenligninger mellom Helse Sør-Øst for 2007 med summen av Helse Øst og Helse Sør de foregående årene. I en del tilfeller vil ikke dette nødvendigvis være helt sammenlignbare størrelser, men er likevel gjort for å få et inntrykk av utviklingen.

6. Ressursbruk - regionalt

I dette kapitlet er fokus rettet mot de regionale helseforetakenes ressursbruk målt i form av driftskostnader. I oversiktene under er det ikke korrigert for endringer i oppgaver.⁴²

Følgende hovedresultater fremkommer:

- Med unntak av Helse Sør-Øst var det en lavere realvekst i driftskostnader i 2006-2007 sammenlignet med tidligere år. Helse Sør-Øst har en vekst på linje med tidligere år.
- Korrigert for nye oppgaver, inklusiv endret arbeidsgiveravgift, var det Helse Midt-Norge som hadde minst realvekst i driftskostnader fra 2006 til 2007. Størst vekst var det i Helse Sør-Øst.
- Helse Midt-Norge og Helse Nord har en sterkere realvekst i driftskostnader til psykisk helsevern og rusbehandling enn til somatisk virksomhet. For Helse Sør-Øst og Helse Vest er realveksten for rusbehandling lavere enn for somatisk virksomhet.

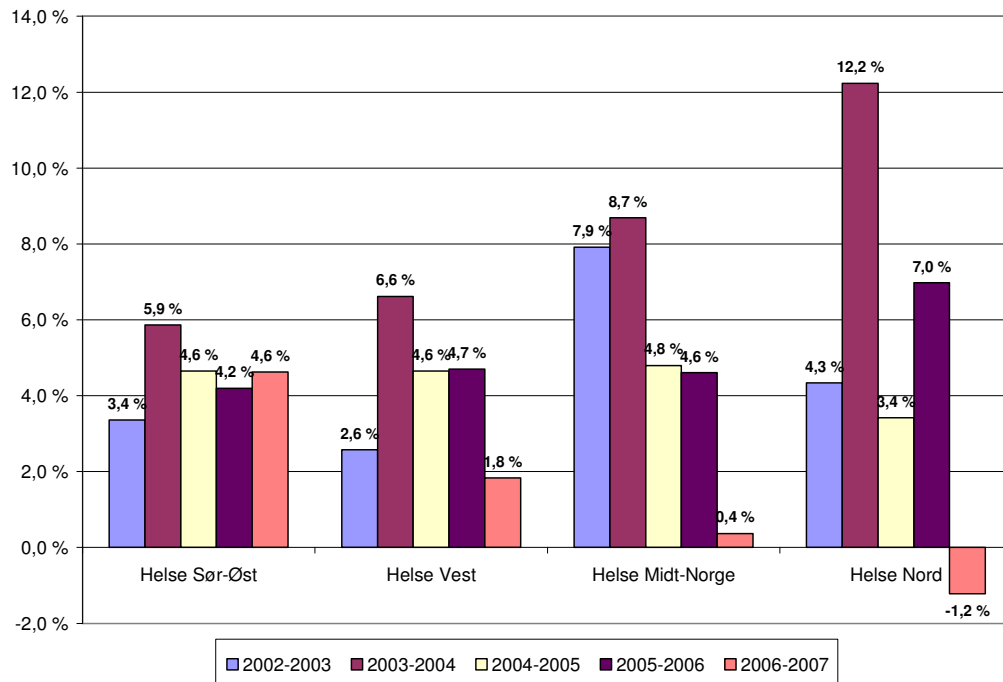
6.1 Ressursbruk

Det har i all hovedsak vært en realvekst i de regionale helseforetakenes driftskostnader i perioden fra 2002 og fram til i dag. Figur 6.1 viser årlig realendring i denne perioden, og det fremkommer der at med unntak av Helse Nord i 2006-2007, har det vært realvekst alle år. Realnedgangen i Helse Nord skyldes endringer i arbeidsgiveravgiften fra 2006 til 2007.⁴³

Det fremgår også av figur 6.1 at for tre av regionene er realveksten lavere i 2006-2007 enn den har vært tidligere år. Unntaket er Helse Sør-Øst som har en realvekst på linje med de nærmeste foregående årene.

⁴² Imidlertid er dette analysert i Midttun (2008), og det vil derfor bli henvist til dette arbeidet der det er aktuelt.

⁴³ Midttun (2008) viser at korrigert for endringer i arbeidsgiveravgift og pensjonskostnader er veksten i Helse Nord høyere enn for Helse Midt-Norge og Helse Vest. Samtidig finner Midttun (2008) på linje med resultatene i denne rapporten at veksten i Helse Sør-Øst er sterkere enn for de andre regionene og at kostnadene for Helse Midt-Norge var uendret fra 2006 til 2007.

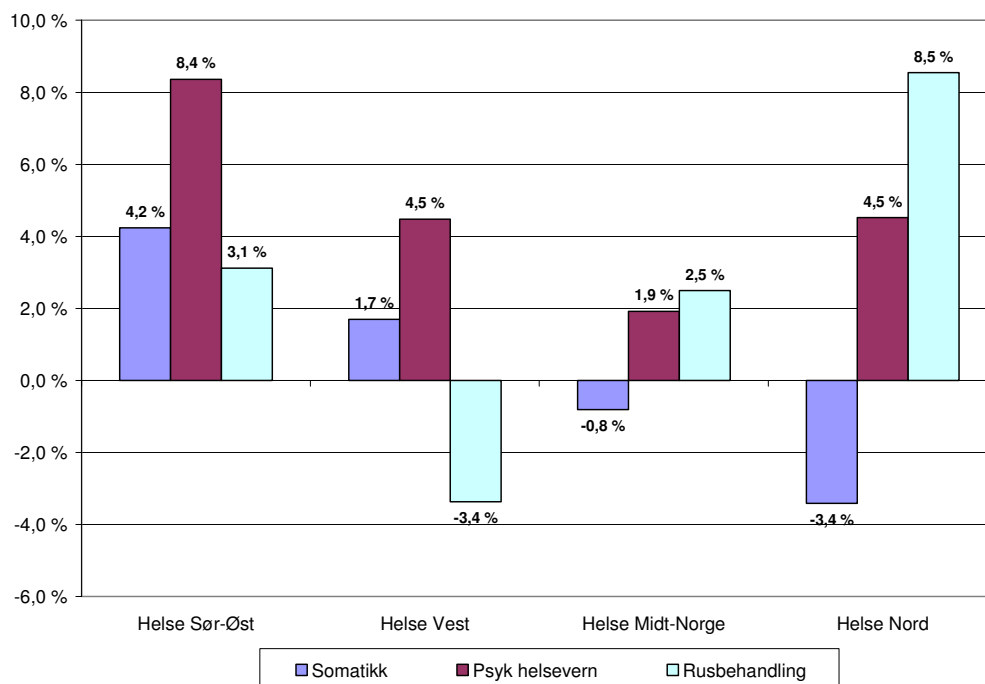


Figur 6.1 Årlig prosentvis realendring i samlede driftskostnader (inkl avskrivninger). Ikke korrigert for nye oppgaver. 2002-2007.
Kilde: SINTEF Helse og RHF/HOD.

6.2 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling

Figur 6.2 viser utviklingen i driftskostnader for somatisk virksomhet, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Figuren viser at Helse Midt-Norge og Helse Nord har en lavere vekst i driftskostnader til somatisk virksomhet enn for psykisk helsevern og rusbehandling. For de to andre regionene er det lavere vekst for rusbehandling enn for somatisk virksomhet, mens veksten i psykisk helsevern er sterkere enn for somatisk virksomhet.⁴⁴ Det er her korrigert for utvidelse av finansieringsansvaret for TNF-hemmere, men ikke for endret arbeidsgiveravgift.

⁴⁴ Veksten for Helse Sør-Øst for psykisk helsevern overestimeres noe da Modum Bad inkluderes i driftskostnadene til regionen fra 2007. Korrigert for dette er veksten for psykisk helsevern for Helse Sør-Øst drøyt 7 prosent.



Figur 6.2 Prosentvis endring i driftskostnader til somatisk virksomhet, psykisk helsevern og rusbehandling fra 2006 til 2007. Korrigert for ny oppgave ift TNF-hemmere. Faste 2007-priser. Kilde: SINTEF Helse og HOD.

7 Aktivitet - regionalt

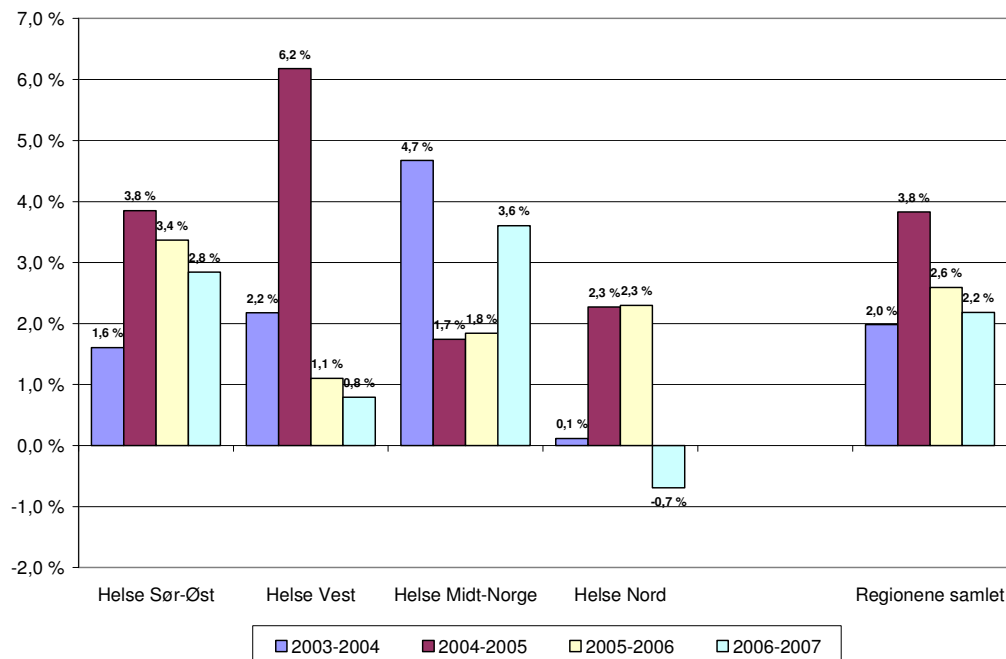
Oppdraget til de regionale helseforetakene i 2007 var å videreføre aktivitetsnivået på omtrent samme nivå som i 2006. Videre ble det eksplisitt formulert at det skulle være en prosentvis sterkere vekst i psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatisk behandling. For det tredje ble det uttrykt at omfanget av avtaler med private kommersielle sykehus ikke skulle bli høyere enn eksisterende nivå.

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 hovedresultater:

- Siste år er det en lavere aktivitetsvekst i somatiske sykehus enn årene før, målt ved DRG-poeng. Det er betydelige regionale forskjeller, med økt vekst i Midt-Norge og aktivitetsnedgang i Helse Nord.
- Samlet vekst i perioden 2002 – 2007 i Helse Nord er halvparten av veksten i de øvrige helseregionene.
- Det regionale sykehusforbruket, målt ved DRG-poeng per innbygger, har økt og jevnet seg ut i perioden 2002 til 2007.
- Antall DRG-poeng ved private sykehus og avtalespesialister fortsetter å gå ned i 2007.
- Aktiviteten ved private avtalespesialister bidrar delvis til utjevning mellom regionene i den totale polikliniske aktiviteten.
- Innenfor psykisk helsevern for både barn og unge og voksne er det den polikliniske aktiviteten som øker siste år. Unntatt er den polikliniske aktiviteten for voksne i Helse Sør-Øst som viser tilnærmet nullvekst.
- Det er store og økende forskjeller i tilgjengeligheten til psykisk helsevern for barn og unge, målt ved antall pasienter i prosent av befolkningen 0-17 år.
- Det er betydelige regionale forskjeller i omfanget av poliklinisk rusbehandling, målt ved antall konsultasjoner per innbygger.

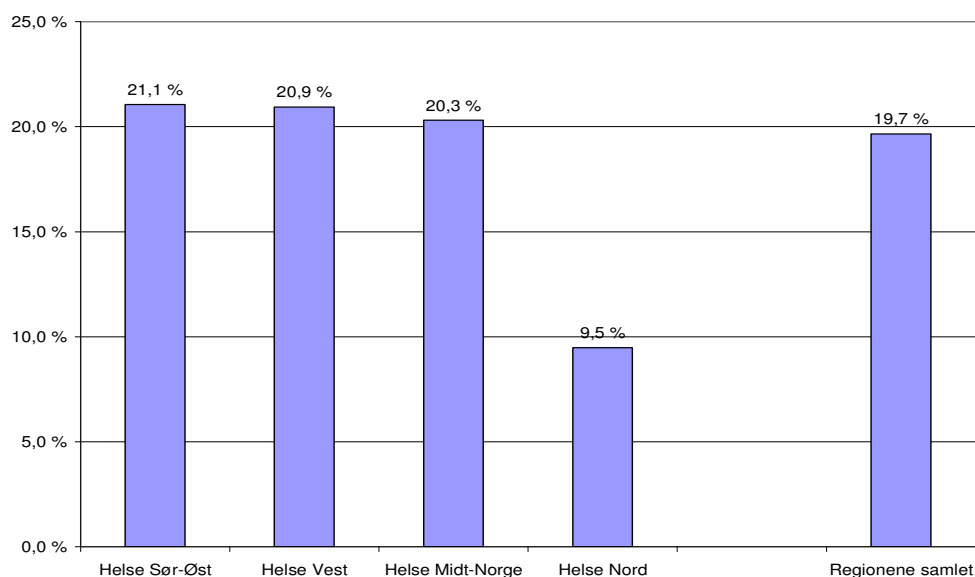
7.1 Somatisk virksomhet

Figur 7.1 viser utviklingen i DRG-poeng i helseregionene i perioden 2002-2007. Det er en nedgang i den årlige veksten i sykehusaktivitet, målt ved DRG-poeng, fra 2006 til 2007. I Helse Nord er det faktisk en absolutt nedgang i aktiviteten siste år. I Helse Midt-Norge var det en aktivitetsvekst fra 2006 til 2007 som var høyere enn de to foregående årene.



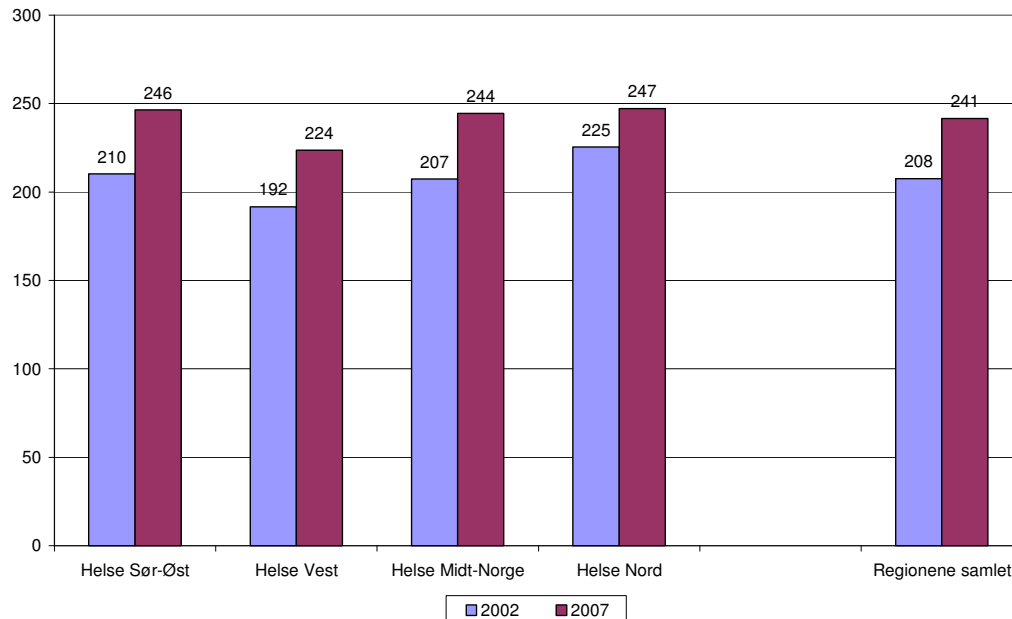
Figur 7.1 Årlig vekst i antall DRG-poeng, i perioden 2002-2007.
Bostedsregion. Kilde: Norsk pasientregister

Figur 7.2 viser den samlede veksten i aktivitet ved sykehusene siden eierskapsreformen i 2002. Mens veksten er jamnstor i de 3 sydligste regionene, er den mer på det halve nivået i Helse Nord. Som vist i avsnitt 2.1, vil en del av endringen i DRG-poeng skyldes registreringsendringer. Analysene på nasjonalt nivå indikerer at mindre enn halvparten av veksten kan knyttes til dette forhold. Det er imidlertid ikke publisert data som indikerer at det er regionale forskjeller i omfanget av registreringsendringer, som eventuelt kunne forklart deler av utviklingen i Helse Nord.



Figur 7.2 Samlet vekst i registrerte DRG-poeng fra 2002 til 2007.
Kilde: Norsk pasientregister

Avvikende befolkningsutvikling er en mulig forklaring på hvorfor Helse Nord skiller seg markant fra de andre regionene når det gjelder vekst i DRG-poeng. Helse Nord har et tilnærmet uendret befolkningsnivå mellom 2002 og 2007, mens alle de andre regionene har hatt en vekst på 2 - 4 prosent. I figur 7.3 vises derfor antall DRG-poeng per 1000 innbyggere for de fire helseregionene.



Figur 7.3 Antall DRG-poeng per 1000 innbyggere 2002 og 2007. Etter bostedsregion. Kilde: Norsk pasientregister.

Figur 7.3 viser at Helse Nord hadde en noe høyere forbruksrate i 2002 enn de andre regionene og at den sterkere veksten i de tre sydlige regionene fra 2002 til 2007 har jevnet ut forskjellene. Fortsatt har befolkningen i Helse Nord størst bruk av sykehusbehandling, målt i DRG-poeng per innbygger, men i 2007 bare litt større enn Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Det minste sykehusforbruket i perioden har befolkningen i Helse Vest.

7.2 Bruk av private sykehus og avtalespesialister i ISF

Tabell 7.1 viser at aktiviteten ved private kommersielle sykehus⁴⁵ har blitt redusert i tre av fire regioner. Det er kun Helse Midt-Norge som har en økning fra 2006 til 2007. Fra regionen forklares dette med at aktiviteten i 2006 var unormalt lav på grunn av forhandlinger om nye kontrakter med aktuelle aktører.

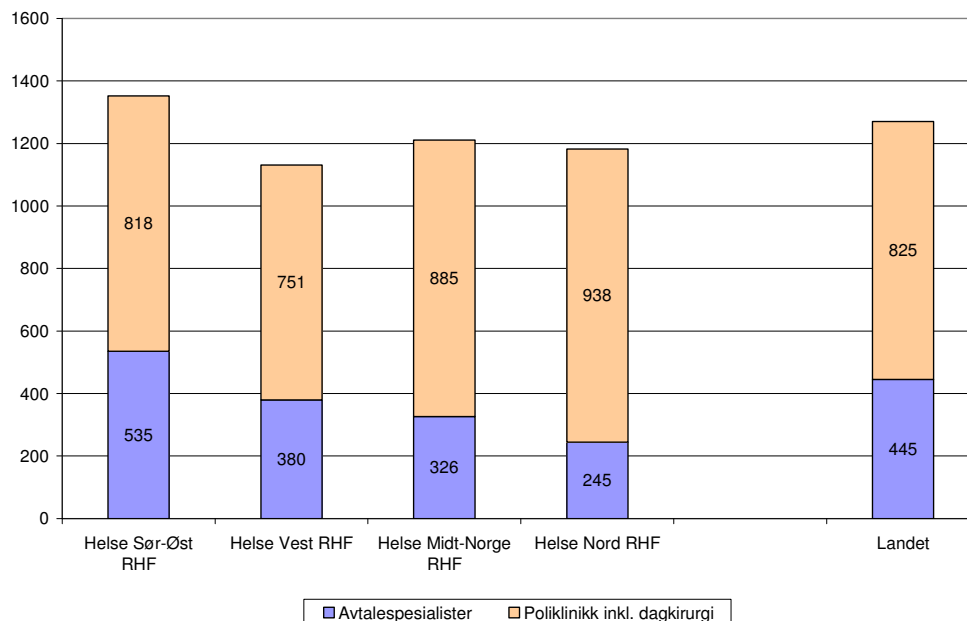
Tabell 7.1 DRG-poeng ved private kommersielle sykehus 2002 til 2007. Bostedsregion. Kilde: Norsk pasientregister.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst	6 963	17 873	14 012	16 468	14 022	10 256
Helse Vest	272	713	1 544	4 190	3 527	3 443
Helse Midt-Norge	492	4 138	7 290	5 858	4 436	4 644
Helse Nord	4	65	362	831	996	744
Regionene samlet	7 731	22 790	23 208	27 347	22 981	19 086

⁴⁵ Feringklinikken og Hjertesenteret er ikke inkludert i denne gruppen.

7.3 Konsultasjoner hos private avtalespesialister

På tross av at det fortsatt ikke er komplette pasientdata fra de private avtalespesialistene, er komplettheten nå så pass god at det er mulig å estimere nasjonale og regionale volumtall for antall konsultasjoner. Dermed blir det mulig å se nærmere på forholdet mellom aktiviteten hos private avtalespesialister og aktiviteten ved poliklinikkene. Er det slik at disse to tjenestestedene utfyller hverandre og bidrar til utjevning mellom geografiske områder? Eller er det slik at tilbudet hos private avtalespesialister forsterker forskjellene som observeres i bruk av poliklinikk?

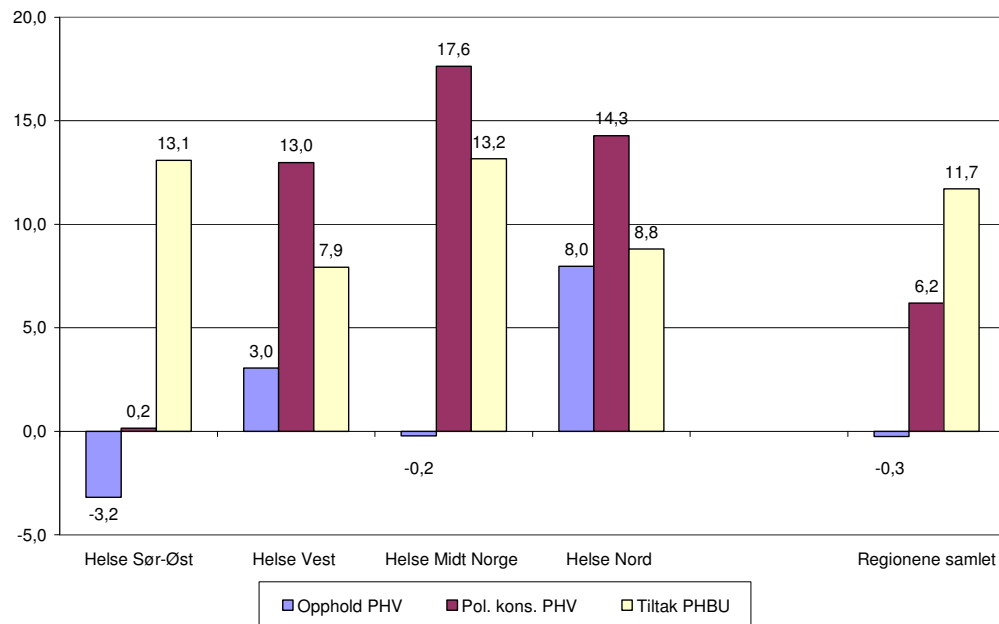


Figur 7.4 Antall spesialistkonsultasjoner per 1000 innbyggere ved poliklinikker og hos private avtalespesialister etter region i 2007. Konsultasjoner hos avtalespesialister er estimerte størrelser. Kilde: Norsk Pasientregister.

Figur 7.4 presenterer konsultasjoner per innbyggere per region. Det skilles mellom poliklinisk aktivitet og private avtalespesialister. Figuren viser at de to tilbudene utfyller hverandre og bidrar til utjevning i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helse Sør-Øst har samlet et forbruksnivå av spesialistkonsultasjoner som ligger noe over de øvrige helseregionene.

7.4 Psykisk helsevern

Figur 7.5 viser den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern i helseregionene fra 2006 til 2007. Den største veksten innenfor psykisk helsevern er knyttet til den polikliniske aktiviteten for barn og unge. Her er det en markant økning i alle helseregionene.

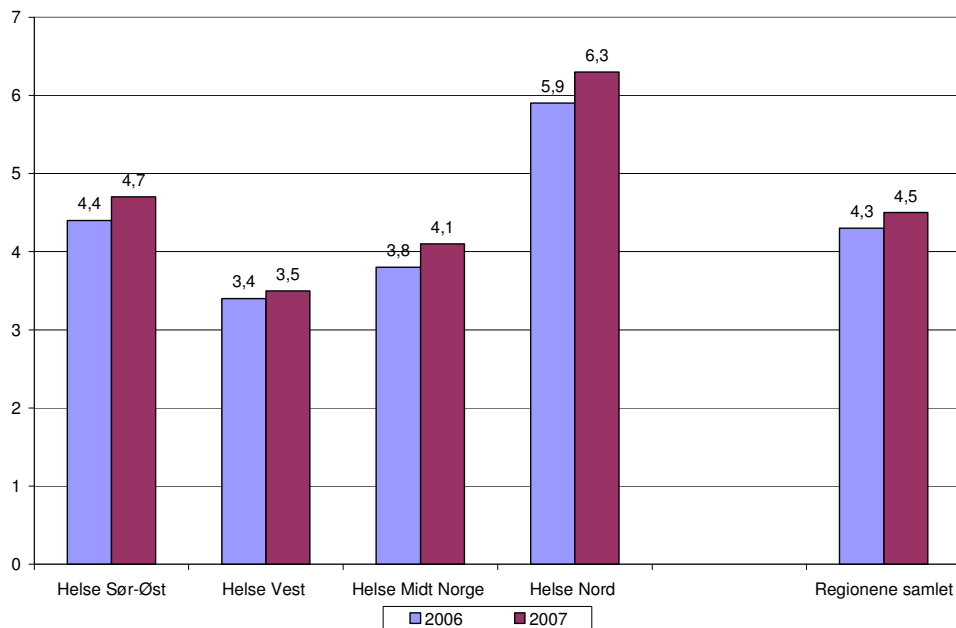


Figur 7.5 Aktivitetsvekst fra 2006 til 2007 i psykisk helsevern etter region. Prosentvis vekst i antall tiltak i psykisk helsevern for barn og unge, antall polikliniske konsultasjoner og antall døgnopphold (antall innlagte pasienter) i psykisk helsevern for voksne. Kilde: SINTEF Helse.

Utviklingen i den polikliniske aktiviteten innenfor psykisk helsevern for voksne er mer preget av ulik utvikling på regionalt nivå. Mens det er tilnærmet uendret aktivitetsnivå i Helse Sør-Øst, er det markert aktivitetsvekst i de 3 øvrige helseregionene.

Ser vi på døgnaktiviteten (opphold) innenfor psykisk helsevern for voksne ser vi at det også her er ulik utvikling i regionene. I Helse Sør-Øst er det en aktivitetsnedgang, mens det er en økning i Helse Vest og Helse Nord.

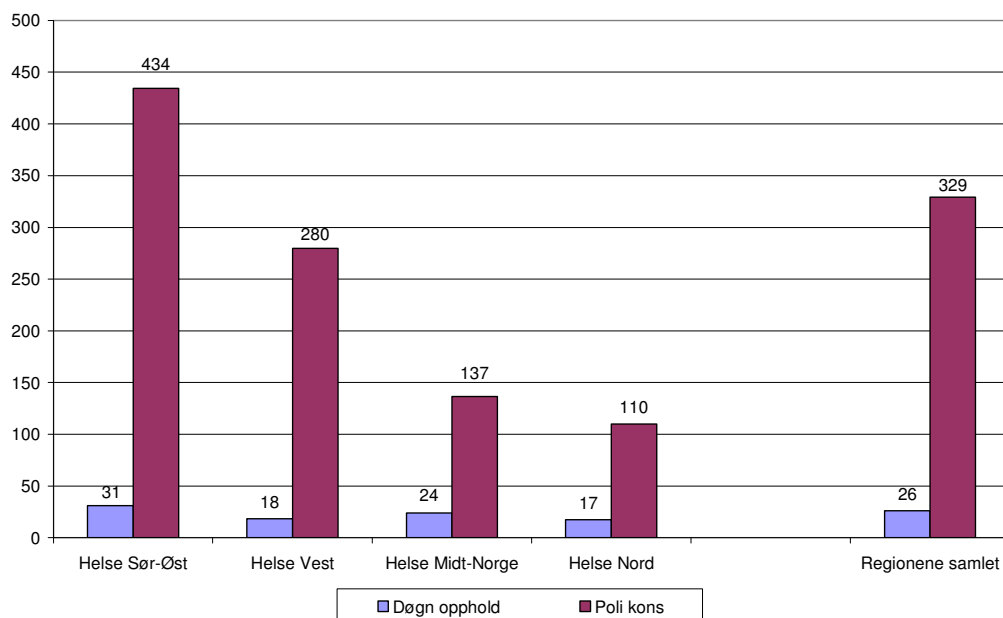
Et helsepolitisk mål er at spesialisthelsetjenestens tilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge skal nå minst 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen (antall pasienter i prosent av innbyggere 0 -17 år). Figur 7.6 viser denne dekningsgraden i de respektive helseregionene. Det er en forskjell mellom dekningsgraden i Helse Nord med 6,3 prosent og Helse Vest med 3,5 prosent. Selv om dekningsgraden øker nasjonalt, ser det ut til at de regionale forskjellene øker på dette området.



Figur 7.6 Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge i prosent av befolkningen 0-17 år etter helseregion, 2006 og 2007.
Kilde: SINTEF Helse.

7.5 Rusbehandling

Figur 7.7 viser at det i 2007 er regionale forskjeller i aktivitet når det gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Forskjellene kan avspeile ulikheter i tilbud til befolkningen eller ulike behov i de ulike regionene. Det vises til SAMDATA Sektorrapport for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (under trykking) for nærmere analyser og beskrivelser av datagrunnlaget.



Figur 7.7 Antall døgnopphold/innleggelser og antall polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helseregioner. 2007.
Kilde: SINTEF Helse.

Legemiddelassistert rehabilitering

Som det går frem av tabell 7.2, øker antall personer som omfattes av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med knapt 400 fra 2006 til 2007. Dette er en økning på 9 prosent. Veksten siste år er noe lavere enn den var fra 2005 til 2006. Det er minst vekst i Helse Sør-Øst (7 prosent) og størst vekst i Helse Nord (26 prosent). Den polikliniske aktiviteten ved LAR-sentrene er inkludert i tallene for polikliniske konsultasjoner i figur 7.7 foran.

Tabell 7.2 Antall som gis Legemiddelassistert rehabilitering per 31. desember 2003 - 2007. Kilde: LAR-Øst.

	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst	1 808	2 179	2 570	2 909	3 123
Helse Vest	438	568	686	818	903
Helse Midt-Norge	185	164	224	260	290
Helse Nord		92	134	179	226
Regionene samlet	2 431	3 003	3 614	4 166	4 542

7.6 Forskningsaktivitet

Tabell 7.3 viser utviklingen i andelen poeng for artikler og dr.grader for de fire regionale helseforetakene. Poengene som ligger til grunn for tallene i tabellen er grunnlaget for beregning av de aktivitetsbaserte tilskuddene til forskning som RHF-ene mottar. Det er i avsnitt 2.6 kort beskrevet at metoden for beregning av disse poengene er endret i perioden og at utviklingstallene derfor må tolkes med en viss varsomhet.

I perioden sett under ett øker Helse Sør-Øst og Helse Vest sin andel, mens den reduseres i Helse Midt-Norge. Det er derfor en svak indikasjon på at forskningsvirksomheten i Helse Midt-Norge relativt sett reduseres noe. Men endringene andeler små, og det er derfor grunn til å være varsom med klare konklusjoner.

Tabell 7.3 Andel forskningspoeng (artikler og dr.grader) per region i perioden 2000-2006.
Kilde: St.prp. 1 (2007-2008).

	2000-2002	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006
Helse Sør-Øst	61	62	62	63	62
Helse Vest	20	21	21	22	22
Helse Midt-Norge	12	11	11	9	9
Helse Nord	7	7	7	6	7
Regionene samlet	100	100	100	100	100

8 Produktivitet - regionalt

I dette kapitlet presenteres indikatorer for kostnadsnivå og produktivitet for de regionale helseforetakene.

Følgende hovedresultat fremkommer i dette kapitlet:

- Helse Sør-Øst og Helse Vest har fra 2006 til 2007 en realøkning i driftskostnader per DRG-poeng for somatisk sykehusvirksomhet på ca 2,5 prosent. For de to andre regionene er det en nedgang på drøyt 2 prosent.
- Perioden som leder fram til siste år, er preget av regionale forskjeller når det gjelder effektivitetsutvikling. Helse Midt-Norge har en negativ utvikling i kostnadseffektivitet i denne perioden, men samtidig indikasjoner på en effektivitetsforbedring siste år.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne hadde 3 av 4 regioner en nedgang i konsultasjoner per fagårsverk fra 2006 til 2007. Kun Helse Midt-Norge hadde en vekst i denne perioden. Fra ca 2001 har det vært en produktivitetsvekst for 3 av 4 regioner. Her er det Helse Nord som er unntaket.
- I psykisk helsevern for barn og unge var det en økning i tiltak per fagårsverk for alle regioner fra 2006 til 2007. Den prosentvise økningen varierer imidlertid noe mellom regionene. Endringen i antall pasienter per fagårsverk fra 2006 til 2007 er på den annen side uendret (Sør-Øst og Nord) eller negativ (Vest og Midt-Norge). Det har vært en økning i denne indikatoren fra 1998 til 2006 for alle regioner unntatt Helse Vest.

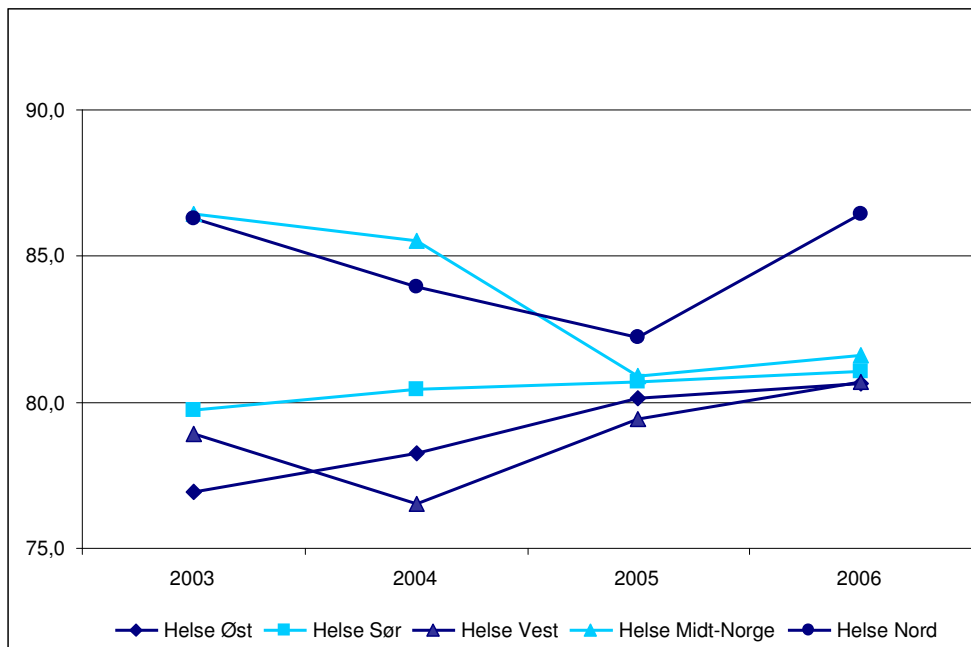
8.1 Produktivitet i somatisk sektor

Teknisk effektivitet i perioden 2003-2006

I perioden 2003 til 2006 var det vesentlige regionale forskjeller i utviklingen i teknisk effektivitet (aktivitet ift årsverk⁴⁶). Mens Helse Øst hadde en vekst i hele perioden på ca 5 prosent, var det i Helse Midt-Norge og Helse Nord en markert nedgang frem til 2005. Fra 2005 til 2006 var det en økning i teknisk effektivitet for alle regioner og sterkest for Helse Nord med ca 5 prosent.

I 2006 har alle regioner unntatt Helse Nord et nokså likt nivå for teknisk effektivitet, som vist i figur 8.1. Helse Nord har et nivå som ligger ca 5 prosentpoeng høyere enn de andre.

⁴⁶ I rapporten til SINTEF Helse (Petersen (red) 2007) gjøres leseren oppmerksom på at analyser basert på rapporterte personelldata må tolkes med varsomhet.



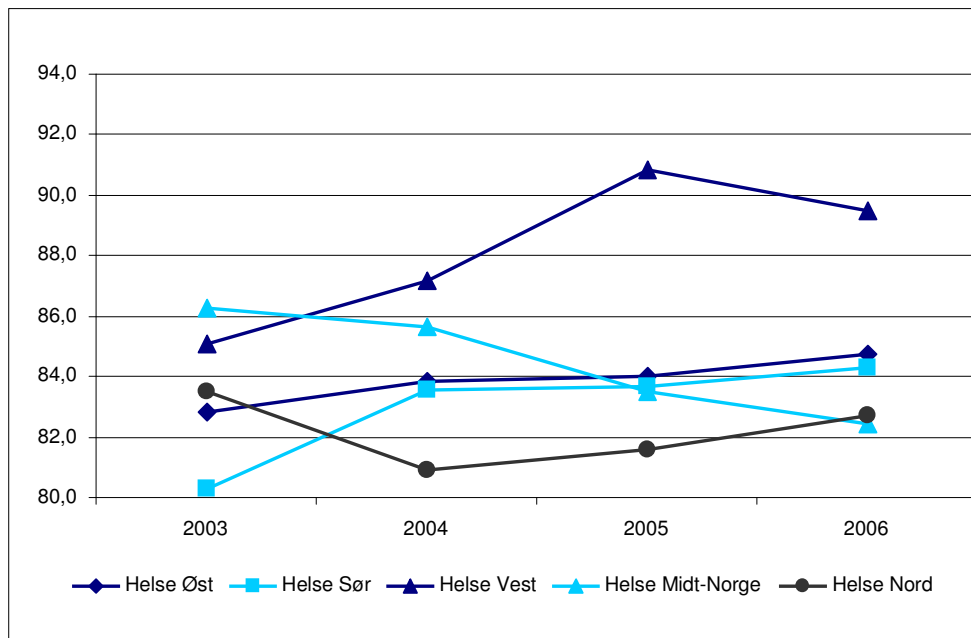
Figur 8.1 Teknisk effektivitet i de fem regionale helseforetakene.
Årsgjennomsnitt vektet i forhold til sykehusstørrelse.
Kilde: SINTEF Helse.

Kostnadseffektivitet i perioden 2003-2006

Det er også regionale forskjeller i utviklingen for kostnadseffektiviteten (aktivitet ift driftskostnader). Helse Vest og Helse Sør har en vekst på ca 4-5 prosent i perioden 2003 til 2005, mens Helse Midt-Norge også her har en negativ utvikling med reduksjon hele perioden 2003-2006 med ca 4 prosent. Helse Nord har økende kostnadseffektivitet fra 2004 til 2006, mens Helse Øst øker hele perioden med til sammen 2 prosent. Fra 2005 til 2006 har Helse Midt-Norge og Helse Vest reduksjon i kostnadseffektiviteten.

Figur 8.2 viser at i 2006 har fire regioner omtrent samme nivå i kostnadseffektivitet. Det er kun Helse Vest som avviker noe, ved at denne regionen har et nivå som ligger ca 6-8 prosentpoeng høyere. Det er også verdt å legge merke til at det er mindre forskjeller mellom regionene i kostnadseffektivitet i 2006 enn i 2003.

Ved å sammenholde effektivitetsmålene i figur 8.1 og 8.2 ser man at Helse Nord fremstår med en relativt sett høyere teknisk effektivitet samtidig som kostnadseffektiviteten er relativt sett lav. Motsatt resultat ser det ut til å være for Helse Vest. Det er sannsynligvis flere årsaker til dette, men det er ikke dokumentert nærmere i Petersen (red 2007). Imidlertid vil det på generelt grunnlag selvsagt være mulig å ha en relativt sett høy aktivitet ift ansatte (dvs høy teknisk effektivitet) samtidig som kostnadsnivået relativt sett er høyere enn hos andre aktører.



Figur 8.2 Kostnadseffektivitet i de fem regionale helseforetakene.
Årsgjennomsnitt vektet i forhold til sykehusstørrelse.
Kilde: SINTEF Helse

Kostnad per DRG-poeng 2006-2007

Det er som nevnt i kapittel 3 ennå ikke beregnet teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet for 2007. For å se på utviklingen siste år benyttes derfor driftskostnader per DRG-poeng som indikator for endring i kostnadseffektivitet.

Tabell 8.1 viser at alle regioner har en nominell vekst i driftskostnader per DRG-poeng. Korrigert for prisstigning viser tabellen at Helse Sør-Øst og Helse Vest har en vekst i kostnadsnivået på ca 2,5 prosent og de to andre regionene en nedgang på drøyt 2 prosent. Reduksjonen i Helse Nord er forklart av endret arbeidsgiveravgift.⁴⁷

⁴⁷ Midttun (red 2008) henviser til beregninger som viser at Helse Nord har en høyere vekst i kostnader per DRG-poeng enn Helse Midt-Norge, men lavere enn Helse Sør-Øst og Helse Vest.

Tabell 8.1 Gjennomsnittlig driftskostnader (inkl avskrivninger) per DRG-poeng for institusjoner i de regionale helseforetakene i 2007 samt endring fra 2006. Kilde: SINTEF Helse.

	2007	Prosent endring	
		Nominelt	Reelt
Helse Sør-Øst	40 821	8,5	2,3
Helse Vest	40 571	8,8	2,6
Helse Midt-Norge	43 313	3,8	-2,2
Helse Nord	47 880	3,5	-2,5
Regionene samlet	41 798	7,2	1,1

8.2 Produktivitet i psykisk helsevern

Psykisk helsevern for voksne

I perioden 1998-2006 var det en lik utvikling i konsultasjoner per fagårsverk for fire av fem regioner, som vist i Pedersen (red) 2007. Første del av perioden var preget av produktivitsnedgang fram til ca 2001, med en etterfølgende produktivitsforbedring fram til 2006. For Helse Nord var det en svak vekst fra 1998 til 2004 perioden sett under ett, og deretter en produktivitsnedgang fra 2004 til 2006 (særlig fra 2004 til 2005).

Tabell 8.2 viser at tre av fire regioner har en produktivitsnedgang fra 2006 til 2007, målt med konsultasjoner per fagårsverk. Unntaket er Helse Midt-Norge som har en økning på nær 6 prosent. Nedgangen er sterkest i Helse Vest.

Tabell 8.2 viser også at det har vært en økning i antall utskrivninger per årsverk for Helse Vest og Helse Midt-Norge fra 2006 til 2007. For Helse Sør-Øst var det en nedgang på nær 3 prosent, mens Helse Nord har et uendret nivå i denne perioden.

Tabell 8.2 Polikliniske konsultasjoner per fagårsverk og utskrivninger per årsverk innenfor psykisk helsevern for voksne. 2006-2007. Kilde: SINTEF Helse.

	Konsultasjoner per fagårsverk			Utskrivninger per årsverk		
	2006	2007	Pst endring	2006	2007	Pst endring
Helse Sør-Øst	438	429	-2,0 %	3,4	3,3	-2,8 %
Helse Vest	398	370	-6,9 %	3,6	3,7	2,9 %
Helse Midt-Norge	424	448	5,7 %	3,9	4,1	6,1 %
Helse Nord	308	301	-2,3 %	4,0	4,0	-0,2 %

Psykisk helsevern for barn og unge

Det har i perioden 1998-2006 vært en markert økning i produktiviteten i poliklinikkene innenfor psykisk helsevern for barn og unge, når dette måles med tiltak per fagårsverk (Pedersen (red) 2007). Samtidig uttrykkes det noe usikkerhet til hvorvidt produktivitsveksten er så sterk som denne indikatoren viser, på grunn av en sannsynlig endring i registreringspraksis i forhold til tiltak.

Halsteinli (2008) viser at den tekniske effektiviteten økte for alle regioner i perioden 1998-2006 sett under ett, men at det også har vært delperioder med reduksjon. Fra 2002 til 2006 hadde regionene med unntak av Helse Midt-Norge

en nokså lik utvikling. Helse Midt-Norge har produktivitetsvekst fram til 2005, etterfulgt av et markert fall i 2006.⁴⁸

Tabell 8.4 viser utviklingen i tiltak per fagårsverk fra 2006 til 2007. Det fremgår av tabellen at det fortsatt er vekst i tiltak per fagårsverk. Sterkest vekst er det for Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge med drøyt 6 prosent. Dette indikerer en produktivitetsforbedring siste år, selv om dette må tolkes med noe varsomhet dersom det fortsatt foregår endringer i registreringspraksis.

Tabell 8.4 Tiltak per fagårsverk innenfor psykisk helsevern for barn og unge. 2006 og 2007. Kilde: SINTEF Helse.

	2006	2007	Pst endring
Helse Sør-Øst	475	505	6,4 %
Helse Vest	380	386	1,6 %
Helse Midt-Norge	339	360	6,2 %
Helse Nord	399	413	3,5 %

I perioden 1998-2006 var det en økning i antall pasienter per fagårsverk for alle regioner unntatt Helse Vest, som hadde et uendret nivå perioden sett under ett. (Pedersen (red) 2007). Sterkest prosentvis vekst finner man i Helse Øst, mens nivået hele perioden var høyest i Helse Sør.

Tabell 8.5 viser utviklingen i pasienter per fagårsverk fra 2006 til 2007. Det er i denne perioden en nedgang i Helse Vest og Helse Midt-Norge, mens det i de to andre regionene er et uendret nivå. Det er derfor ingen indikasjoner på en forbedret produktivitet når dette måles med pasienter per fagårsverk.

Tabell 8.5 Pasienter per fagårsverk innenfor psykisk helsevern for barn og unge. 2006 og 2007. Kilde: SINTEF Helse.

	2006	2007	Pst endring
Helse Sør-Øst	32	32	-0,4 %
Helse Vest	27	26	-5,2 %
Helse Midt-Norge	28	27	-2,7 %
Helse Nord	30	30	0,9 %

⁴⁸ Se Halsteinli (2008) for en nærmere diskusjon av resultatene.

9 Helseforetakenes økonomiske situasjon - regionalt

I dette kapitlet fokuseres det på de regionale helseforetakenes økonomiske situasjon.

Det presenteres både regnskapsført årsresultat, krav eier har stilt til denne størrelsen og effekt på foretakenes egenkapital.

Vi ser videre nærmere på investeringstakten i de regionale helseforetakene. Dette vil gi et bilde på hvordan avskrivningskostnadene for helseforetakene vil utvikle seg framover.

Balansen synliggjør hvilke økonomiske ressurser helseforetakene eier (eiendeler) og hvordan de er finansiert (egenkapital (EK) og gjeld). Vi viser sentrale nøkkeltall fra balansen for å kunne vurdere utvikling i helseforetakenes finansielle stilling.

For å kunne betale sine løpende forpliktelser som f.eks. lønn til ansatte og betaling til leverandører og kreditorer, må helseforetakene ha tilgang på penger. Til slutt vil vi derfor se nærmere på noen nøkkeltall som sier noe om likviditetssituasjonen i helseforetakene.

Kapitlet viser følgende hovedresultat:

- Alle de regionale helseforetakene hadde i 2007 et negativt regnskapsmessig årsresultat. Målt i forhold til eiers styringskrav har tre av de regionale helseforetakene et mindre avvik i 2007 enn året før. Helse Midt-Norge var i 2007 omtrent i balanse, mens Helse Sør-Øst hadde et vesentlig dårligere resultat målt mot eiers styringskrav.
- Egenkapitalen ble redusert for alle de regionale helseforetakene også i 2007.
- Investeringsaktiviteten er særlig høy i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge knyttet til utbyggingene ved Ahus og St. Olavs Hospital.
- Alle de fire regionale helseforetakene hadde en vekst i langsiktig gjeld i 2007. Helse Midt-Norge har høyest andel langsiktig gjeld i forhold til samlede eiendeler med drøyt 16 prosent. Helse Nord ligger lavest med ca 11 prosent.
- Det var også en vekst i bruk av driftskreditt i alle regionale helseforetak i 2007. Økningen varierte fra ca 400 millioner i Helse Nord til drøyt 700 millioner i Helse Midt-Norge.
- Flere indikatorer og kilder tilsier en forverret likviditetssituasjon i alle de regionale helseforetakene.

9.1 Regnskapsmessig resultat og utvikling i egenkapital

I dette avsnittet presenteres data for årsresultat og egenkapital for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene.

Fra 2007 opererer ikke Helse- og omsorgsdepartementet med korrigert årsresultat, men kun ett styringskrav. Alle RHF-ene hadde i 2007 et styringskrav som tilsa et negativt årsresultat. Årsaken til det er ikke kompenserte avskrivningskostnader. Ved utgangen av 2007 ble det som følge av en ny veiledning for beregning av pensjonskostnader en markert økning i RHF-enes pensjonskostnader. I foretaksmøtene i januar 2008 ble det vedtatt at denne

økningen skulle unntas fra resultatkravet. Det er tatt hensyn til dette ved fastsetting av eiers styringskrav (korreksjon av årsresultat) i tabell 9.1.⁴⁹

Tabellen viser eiers styringskrav siden eierskapsreformen i 2002. I perioden tom 2005 gjelder dette utelukkende korreksjon for ikke kompenserte avskrivningskostnader. I 2006 og 2007 inngår også økte pensjonskostnader, som ikke er kompensert og som er unntatt resultatkravet.

Tabell 9.1 Eiers styringskrav for RHF-ene. 2002-2007.

Kilde: Årsregnskap RHF.

RHF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Samlet
Helse Sør-Øst	-862	-1 283	-1 112	-1 044	-1 489	-2 775	-8 565
Helse Vest	-523	-349	-336	-336	-509	-875	-2 928
Helse Midt-Norge	-205	-93	-151	-90	-210	-550	-1 299
Helse Nord	-395	-286	-209	-177	-285	-460	-1 812
RHF-ene samlet	-1 985	-2 011	-1 808	-1 647	-2 493	-4 660	-14 604

Tabell 9.2 viser at det er variasjoner i utviklingen i årsresultat korrigert for eiers styringskrav. Helse Sør-Øst har et vesentlig høyere underskudd i 2007 enn i 2006 (summen av Helse Øst og Sør). Helse Nord har nesten halvert underskuddet, mens Helse Midt-Norge er i balanse ift eiers styringskrav. Helse Vest har et vesentlig lavere underskudd i 2007 enn året før.

Tabell 9.2 Årsresultat i forhold til eiers styringskrav for RHF. 2002-2007.

Kilde: Årsregnskap RHF.

RHF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Samlet
Helse Sør-Øst	-417	-726	-720	-454	-322	-1 087	-3 726
Helse Vest	-313	-524	-531	-182	-405	-90	-2 045
Helse Midt-Norge	24	-461	-498	-572	-711	-10	-2 228
Helse Nord	-120	-262	-174	-165	-433	-263	-1 417
RHF-ene samlet	-826	-1 973	-1 929	-1 373	-1 871	-1 450	-9 422

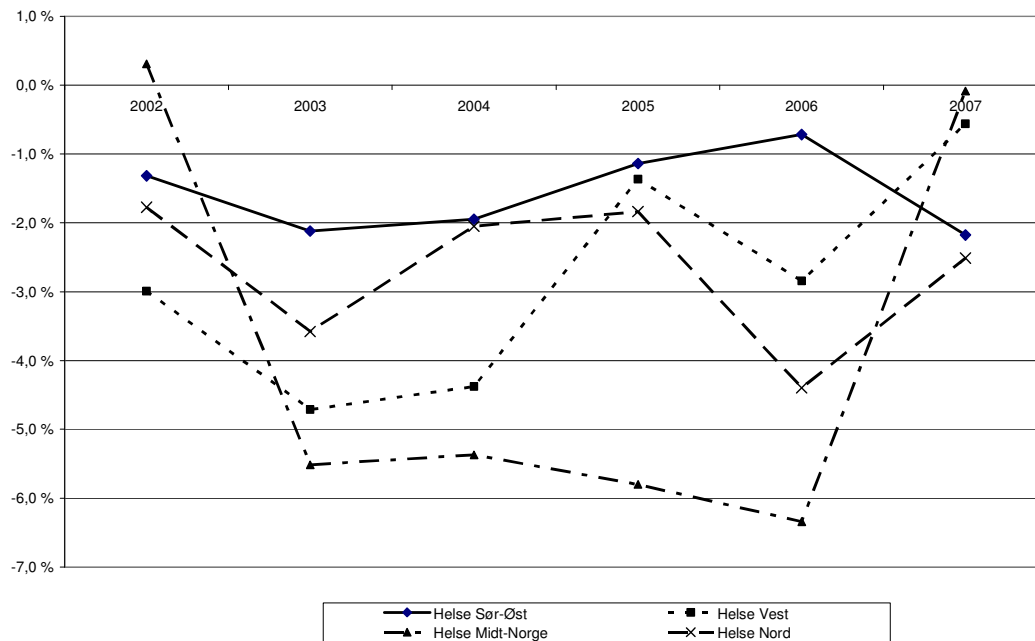
Siden de regionale helseforetakene er styrt mot negative årsresultat, jmf tabell 9.1, vil regnskapsmessig årsresultat vise et større underskudd for helseforetakene, som vist i tabell 9.3. Som det framgår av denne oversikten, var det også i 2007 betydelige underskudd ved RHF-ene. Mye av dette skyldes økningen i pensjonskostnader som var unntatt eiers styringskrav.

Tabell 9.3 Årsresultat for RHF. 2002-2007. Kilde: Årsregnskap RHF.

RHF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Samlet
Helse Sør-Øst	-1 279	-2 009	-1 832	-1 498	-1 810	-3 862	-12 290
Helse Vest	-836	-873	-867	-518	-915	-965	-4 974
Helse Midt-Norge	-181	-554	-649	-662	-921	-560	-3 527
Helse Nord	-515	-548	-383	-342	-718	-723	-3 229
RHFene samlet	-2 811	-3 984	-3 731	-3 020	-4 364	-6 110	-24 020

⁴⁹ I 2002 ble det ifm med behandling av St.prp. nr 59 sagt at helseforetakene hadde et gap på 2,6 mrd. kroner for å komme i balanse. Helseforetakene mottok 1,3 mrd. kroner. De resterende 1,3 mrd. kroner skulle dekkes gjennom effektiviserings- og kostnadsreduserende tiltak i løpet av 3 år (dvs 2002 til 2004), slik at foretakene var i økonomisk balanse i 2004. Dette forhold er det imidlertid ikke justert for i tabell 9.1 da dette ikke er spesifisert per RHF.

Siden RHF-ene er ulik i størrelse, er det vanskelig å vurdere nivå og endringer i underskudd mellom disse. Det er derfor i figur 9.1 vist det "korrigerte" underskuddet i forhold til samlede driftskostnader i RHF-et. Det fremgår at utviklingen varierer mellom regionene. Helse Sør-Øst har en negativ utvikling fra 2006 til 2007, mot en positiv utvikling fra 2003 til 2006. Helse Midt-Norge er i balanse i forhold til eiers styringskrav etter å ha hatt fire år med markert negativt resultat. Også Helse Vest har en markert forbedring siste år og er nesten i balanse. Helse Nord har hatt en noe ujevn utvikling, med en forbedring siste år.

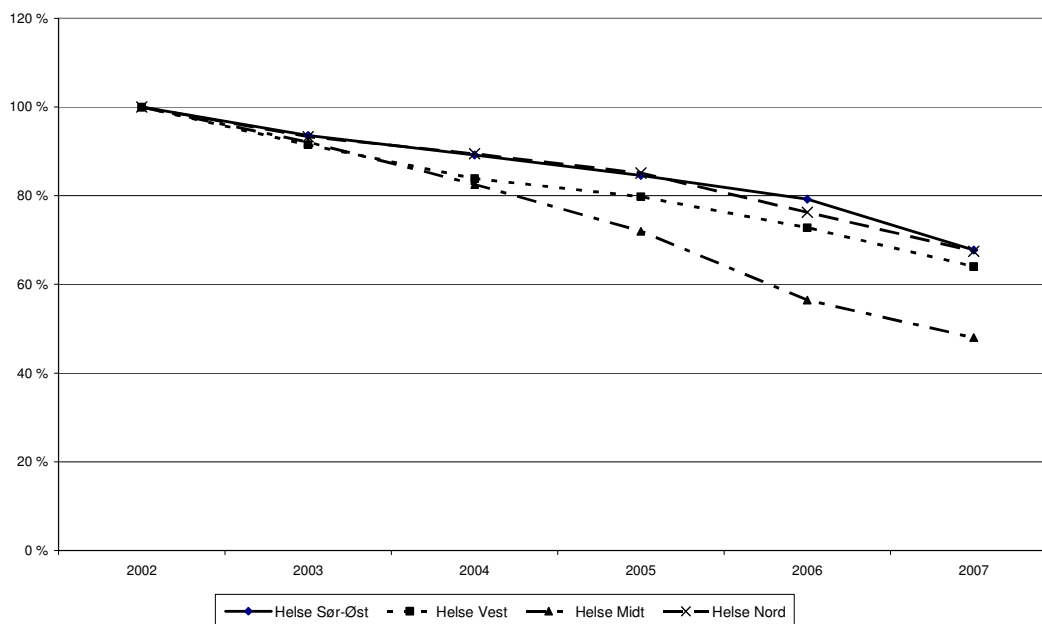


Figur 9.1 Korrigert årsresultat i prosent av driftskostnader 2002-2007.
Kilde: Årsregnskap RHF.

De regionale helseforetakene har også i 2007 hatt underskudd, og dette har medført en nedgang i egenkapitalen, som vist i tabell 9.4. Utviklingen målt i forhold til nivået i 2002 er vist i figur 9.2.

Tabell 9.4 Egenkapital per 31.12. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2007.
Kilde: Årsregnskap RHF

RHF	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst	33 825	31 667	30 172	28 609	26 804	22 915
Helse Vest	11 085	10 139	9 297	8 845	8 071	7 098
Helse Midt-Norge	6 545	6 026	5 403	4 712	3 697	3 141
Helse Nord	8 212	7 664	7 349	6 989	6 264	5 541
RHF-ene samlet	59 667	55 497	52 221	49 155	44 836	38 696



Figur 9.2 Utvikling i egenkapital i perioden 2002 til 2007 målt i forhold til nivået i 2002. Kilde: Årsregnskap RHF

Egenkapitalen framkommer som differansen mellom eiendeler og gjeld. Sagt med andre ord er dette den del av eiendelenes verdi som ikke er finansiert med gjeld.

To av de regionale helseforetakene, Helse Sør-Øst⁵⁰ og Helse Midt-Norge, har i perioden etter 2002 mottatt betydelige investeringstilskudd fra Staten. Disse tilskuddene tas ikke til inntekt det året de mottas. Dette ville gitt svært misvisende årsresultat for det aktuelle året. Nye bygg balanseføres til kostpris (eiendel) og avskrives over levetiden. Tilskuddet tas til inntekt i takt med denne avskrivningsplanen. Tilskuddet føres i mellomtiden som en framtidig forpliktelse (som en forskuddsbetaling), og får først effekt på årsresultatet når det inntektsføres. Investeringstilskudd styrker i realiteten helseforetakenes finansielle situasjon på lik linje med et egenkapitalinnskudd. På grunn av dette forholdet gir ikke egenkapitalen som synliggjøres i foretakenes regnskap, et fullstendig bilde av den framtidige finansielle situasjon i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

9.2 Investeringer

I dette avsnittet presenteres utviklingen i investeringer basert på opplysninger i RHF-enes årsregnskap. Datakildene for disse oversiktene er endret i perioden (fra 2004 til 2005) og de er ikke helt sammenlignbare ved dette bruddet. Investeringsnivået for bygninger overestimeres noe, da det i grunnlaget for dette også inngår anlegg under utførelse.

Tabell 9.5 viser at det fortsatt er et relativt høyt investeringsnivå i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Dette skyldes utbyggingsprosjektene ved Ahus og St Olavs Hospital. For Helse Nord viser tallene en reduksjon i investeringene fra 2006 til 2007, mens de for Helse Vest er svakt høyere i 2007.

⁵⁰ Dette er knyttet til tidligere Helse Øst.

Tabell 9.5 Investeringer. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2007.
Kilde: 2002-2004 Deloitte. 2005-2007 Årsregnskap RHF.

RHF	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst	1 790	3 096	3 459	4 029	5 614	4 830
Helse Vest	401	708	915	1 228	1 113	1 238
Helse Midt-Norge	729	1 589	2 408	2 027	1 729	2 060
Helse Nord	271	342	382	569	859	559

Dersom det tas hensyn til regnskapsført kapitalslit (avskrivninger), har både Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge en økning i sin realkapital fra 2006 til 2007, som vist i tabell 9.6. For Helse Nord endres dette fra 2006 til 2007 ved at det i 2007 var en svak nedgang i realkapitalen.

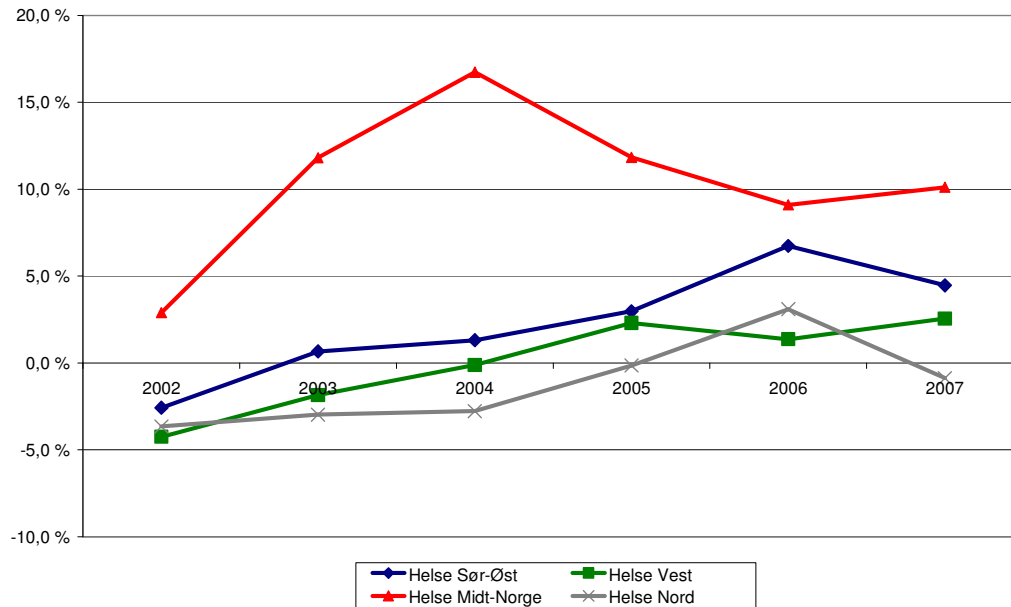
I dette bildet må det også tas hensyn til at to av de regionale helseforetakene, Helse Sør-Øst⁵¹ og Helse Midt-Norge, i perioden etter 2002 har mottatt investeringstilskudd fra Staten. Investeringstilskuddet er et ekstraordinært bidrag for å kunne håndtere deler av de økte avskrivningskostnader ved investeringen.

Tabell 9.6 Netto investeringer. Investeringer-avskrivninger. Millioner kroner.
Løpende priser 2002-2007.
Kilde: 2002-2004 Deloitte. 2005-2007 Årsregnskap RHF.

RHF	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst	-961	247	488	1 117	2 624	1 799
Helse Vest	-524	-222	-13	273	164	311
Helse Midt-Norge	230	1 063	1 841	1 446	1 088	1 340
Helse Nord	-323	-255	-233	-12	263	-73

Tabellene 9.5 og 9.6 viser investeringsnivået i absolutte tall, og det kan dermed være vanskelig å vurdere nivået relativt mellom ulike regioner. I figur 9.3 vises netto investeringer per RHF målt i forhold til immaterielle og varige anleggsmidler. Det er Helse Midt-Norge som hele perioden relativt sett har hatt høyest investeringsnivå, med økende andel fram til 2004 og reduksjon fram mot 2007. Siden investeringer medfører økte anleggsmidler, er det ikke overraskende at andelen reduseres i perioder. De tre andre RHF-ene følger hverandre nokså likt i hele perioden, med en økende andel fram til 2006 og noe reduksjon siste år.

⁵¹ Dette er knyttet til tidligere Helse Øst.



Figur 9.3 Netto investeringer som prosentandel av immaterielle og varige anleggsmidler, 2002-2007. Kilde: Årsregnskap RHF.

9.3 Eiendeler og gjeld

I dette avsnittet presenteres det først noen overordnede tall for størrelser i balansen til de fire RHF-ene. Deretter fokuseres det på utviklingen av mer spesifikke forpliktelser og gjeldselementer i balansen.

Tabell 9.7 viser at Helse Sør-Øst i 2007 har samlede eiendeler på nær 50 milliarder kroner. De andre RHF-ene har mellom 10 og 15 milliarder kroner. Helse Midt-Norge har en relativt liten andel egenkapital, sammenlignet med f.eks Helse Vest.

Tabell 9.7 Utvalgte data fra RHF-enes balanse 2007. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap RHF.

Balansedata RHF	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Sum eiendeler	48 207	14 251	15 125	9 772
Finansiert gjennom:				
Egenkapital	22 915	7 098	3 141	5 541
Avsetning forpliktelser	5 014	1 064	5 678	678
herav pensjonsforpliktelser	1 712	749	663	480
herav investeringstilskudd	2 807	22	4 858	0
Langsiktig gjeld	8 016	2 071	2 207	1 197
Kortsiktig gjeld	12 261	4 018	4 099	2 356
herav driftskreditt	2 496	1 312	1 594	398
Sum egenkapital og gjeld	48 207	14 251	15 125	9 772

Langsiktig gjeld kan i hovedsak tas opp som lån til investeringer gjennom Helse- og omsorgsdepartementet. Dermed viser nivået på langsiktig gjeld hvilke regionale helseforetak som i perioden 2002-2007 har mottatt lånerammer fra departementet for å kunne gjennomføre investeringer. Tabell 9.8 viser at det i

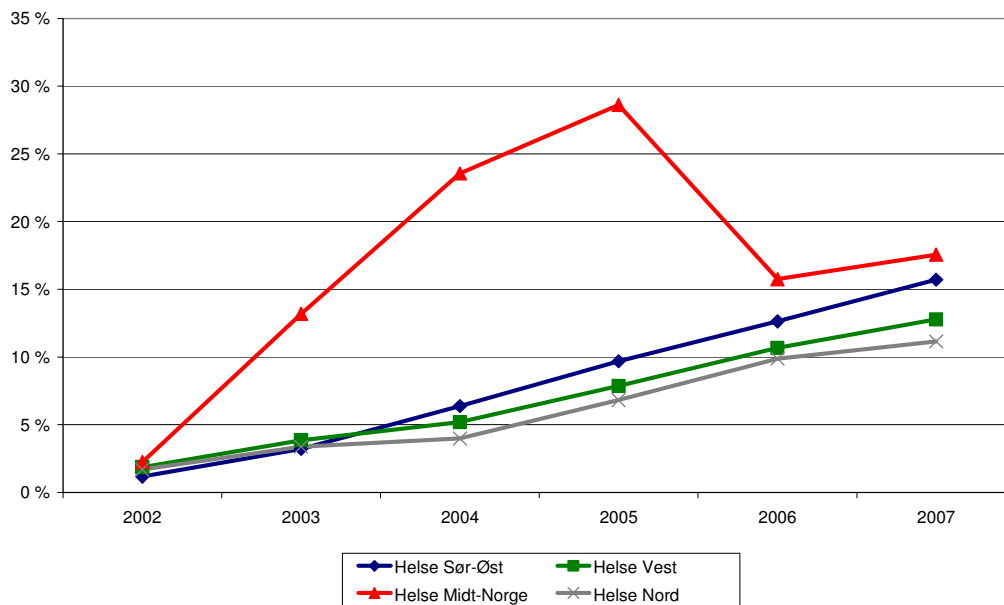
2007 fortsatt var en økning i langsiktig gjeld for alle de fire regionale helseforetakene.

Tabell 9.8 Langsiktig gjeld. Millioner kroner. Løpende priser 2002-2007.
Kilde: Årsregnskap RHF

RHF	2002	2003	2004	2005	2006	2 007
Helse Sør-Øst	396	1 199	2 588	4 203	5 700	8 016
Helse Vest	207	462	675	1 090	1 611	2 071
Helse Midt	171	1 142	2 385	3 099	1 878	2 207
Helse Nord	119	260	347	628	1 016	1 197
RHF-samlet	893	3 062	5 994	9 019	10 206	13 491

For å få et bedre bilde av nivået på langsiktig gjeld bør det relateres til RHF-enes størrelse. Som mål på størrelse i denne sammenhengen brukes samlede eiendeler. I figur 9.4 vises utviklingen i langsiktig gjeld målt i forhold til samlede eiendeler. Med unntak av Helse Midt-Norge har de regionale helseforetakene en tilnærmet lik utvikling, men med en gradvis økende forskjell i andelen langsiktig gjeld. I 2007 er det av disse tre RHF-ene Helse Sør-Øst som ligger høyest med drøyt 16 prosent, mens Helse Nord ligger lavest med ca 11 prosent.

Helse Midt-Norge sin avvikende utvikling skyldes i stor grad at investeringstilskuddet til fase 1 av utbyggingen på St Olavs Hospital ble mottatt og delvis benyttet til å nedbetale gjeld. I 2007 er imidlertid nivået for Helse Midt-Norge i nærheten av Helse Sør-Øst med ca 18 prosent.



Figur 9.4 Langsiktig gjeld som andel av samlede eiendeler. 2002-2007.
Kilde: Årsregnskap RHF.

Når det gjelder avsetninger til framtidige forpliktelser, i all hovedsak pensjonsforpliktelser og investeringstilskudd, er den prosentvise økningen i perioden særlig sterk for Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. For de to andre RHF-ene er økningen mer beskjeden, i all hovedsak fordi disse ikke har mottatt investeringstilskudd.

Tabell 9.9 og tabell 9.10 viser utviklingen i de to nevnte forpliktelsene. For Helse Sør-Øst skyldes økningen fra 2006 til 2007 i hovedsak endring i regnskapsført investeringstilskudd per 31.12 på ca 1,2 milliarder kroner og økning i pensjonsforpliktelser på 600 millioner kroner. Tilsvarende gjelder for Helse Midt-Norge, hvor drøyt 100 millioner kroner skyldes økte pensjonsforpliktelser og 350 millioner kroner endring i regnskapsført investeringstilskudd. For Helse Nord og Helse Vest er det i all hovedsak økte pensjonsforpliktelser som forklarer endringen i avsetning for framtidige forpliktelser.

Tabell 9.9 Regnskapsførte investeringstilskudd per 31.12. Millioner kroner. Løpende priser 2004-2007. Kilde: Årsregnskap RHF

	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst	524	1 006	1 618	2 807
Helse Vest	0	26	24	22
Helse Midt	2 035	5 097	4 504	4 858
Helse Nord	0	0	0	0
RHF-ene samlet	2 559	6 129	6 146	7 687

Tabell 9.10 Pensjonsforpliktelser. Millioner kroner. Løpende priser 2004-2007. Kilde: Årsregnskap RHF

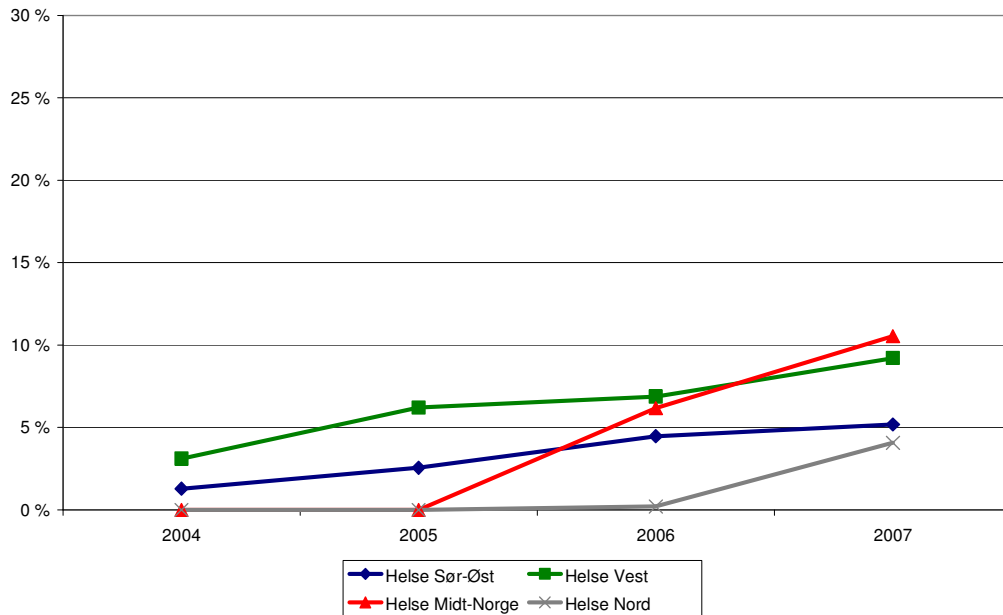
	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst	1 476	1 311	1 114	1 712
Helse Vest	536	638	610	749
Helse Midt-Norge	469	577	548	663
Helse Nord	439	449	422	480
RHF-ene samlet	2 920	2 975	2 694	3 605

Av kortsiktig gjeld er det særlig driftskreditt som er interessant å se nærmere på. Tabell 9.11 viser at Helse Sør-Øst (knyttet til tidligere Helse Sør) og Helse Vest har benyttet driftskreditt allerede fra 2004, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord først har benyttet dette fra 2006. For alle RHF-ene viser tabell 9.11 at det har vært en markert økning i bruken av driftskreditt siste årene.

Tabell 9.11 Driftskreditt. Millioner kroner. Løpende priser 2004-2007. Kilde: Årsregnskap RHF

RHF	2004	2005	2006	2 007
Helse Sør-Øst	563	1 140	2 066	2 496
Helse Vest	421	877	975	1 312
Helse Midt-Norge		0	855	1 594
Helse Nord		0	20	398
RHF-samlet	984	2 017	3 917	5 799

Figur 9.5 viser at driftskreditt som andel av samlede eiendeler i 2007 er 10 prosent eller lavere. Det er Helse Midt-Norge og Helse Vest som har størst andel med ca 10 prosent, mens de to andre RHF-ene ligger på omtrent 5 prosent.



Figur 9.5 Driftskreditt som andel av samlede eiendeler. 2002-2007.
Kilde: Årsregnskap RHF.

10.4 Likviditetssituasjonen

I dette avsnittet gjøres det en vurdering av RHF-enes likvide situasjon. Dette gjøres ved å vurdere to indikatorer; likviditetsgrad og bruk av driftskreditt. I tillegg er det innhentet opplysninger om RHF-enes egen vurdering av likviditetssituasjonen i forbindelse med årsregnskapet.

I forrige avsnitt ble det vist at alle RHF-ene i 2007 hadde en ustrakt bruk av driftskreditter, og at det har vært en rask vekst de siste årene. Denne utviklingen viser at det har vært en vanskelig likviditetssituasjon i RHF-ene, særlig i 2007, for noen RHF også tidligere år.

Det fremkommer i årsmeldingen til flere RHF at de opplever den likvide situasjonen som anstrengt. Eksempelvis skriver et RHF at de ved utgangen av 2007 hadde benyttet kassakreditten fullt ut og hadde måttet be foretakene holde tilbake betalinger som ikke var lønn eller reiseregninger.

Tabell 9.12 viser utviklingen i likviditetsgraden fra 2002 til 2007. Med unntak av endringer enkelte år er tendensen en klar reduksjon i likviditetsgraden. Dette bekrefter bildet fra de andre kildene om at RHF-ene opplever at likviditetssituasjonen har blitt vanskeligere.

Tabell 9.12 Likviditetsgrad (omløpsmidler/kortsiktig gjeld) 2002-2007.
Kilde: Årsregnskap RHF

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst	79 %	59 %	52 %	51 %	42 %	44 %
Helse Vest	76 %	47 %	27 %	33 %	28 %	26 %
Helse Midt-Norge	105 %	82 %	38 %	119 %	29 %	24 %
Helse Nord	85 %	70 %	58 %	53 %	34 %	30 %
RHF-ene samlet	83 %	62 %	46 %	58 %	37 %	36 %

10. Kostnadskomponenter – regionalt

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

- Veksten i lønnskostnader og kostnader til medisiner og medisinsk forbruksmateriell er siste år sterkest i Helse Sør-Øst og minst i Helse Midt-Norge.
- Det er forholdsvis små forskjeller mellom de regionale helseforetakene når det gjelder gjennomsnittlig månedfortjeneste for alle lønsmottakere under ett.
- Gjennomsnittlig månedfortjeneste for leger var i 2007 høyest i Helse Nord. I Helse Midt-Norge var det en reduksjon i denne størrelsen fra 2006 til 2007.
- Det var for regionene samlet en sterk vekst i pensjonskostnader fra 2006 til 2007. Størst vekst finner man for Helse Sør-Øst med 75 prosent. Minst vekst er det Helse Nord som har med 57 prosent.

10.1 Lønnskostnader og kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer

Tabellene 10.1 og 10.2 viser lønnskostnader og kostnader til medisiner og medisinske forbruksmateriell i perioden 2002-2007 i løpende priser.

Det er en noe sterkere vekst i lønnskostnader siste år, noe som skyldes i stor grad økte pensjonskostnader og vekst i lønnsnivå, jmf kapittel 5.

Tabell 10.1 Lønnskostnader (inkl pensjon og arbeidsgiveravgift) 2002 til 2007. Løpende priser. Millioner kroner. Kilde: SINTEF Helse.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst	21 358	23 434	25 112	25 591	27 339	31 342
Helse Vest	7 080	7 718	8 205	8 357	9 132	10 135
Helse Midt-Norge	5 452	5 737	6 099	6 288	6 774	7 343
Helse Nord	4 019	4 530	5 045	5 072	5 484	6 056
Regionene samlet	37 909	41 419	44 460	45 309	48 729	54 875

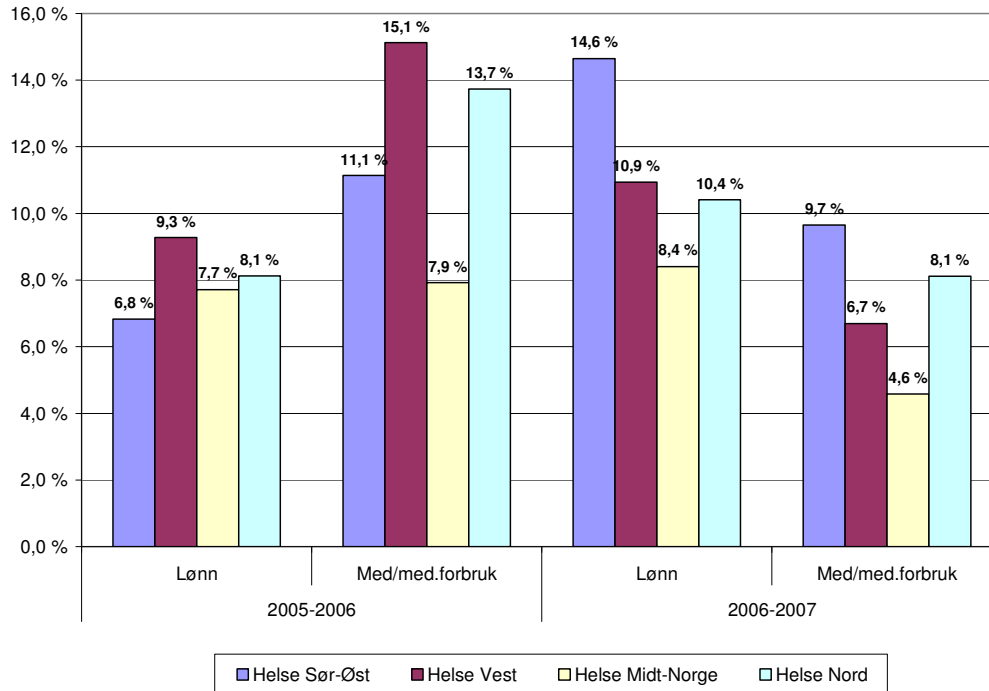
Det har gjennom hele perioden vært en vekst i kostnader til medisiner og medisinsk forbruksmateriell. Det fremgår av tabell 10.2 at veksttakten har vært noe sterkere i Helse Sør-Øst og Helse Vest.

Tabell 10.2 Kostnader til medisiner og medisinsk forbruksmateriell 2002 til 2007. Løpende priser. Millioner kroner. Kilde: SINTEF Helse.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Helse Sør-Øst	2 725	3 097	3 441	3 695	4 106	4 502
Helse Vest	872	974	1 109	1 191	1 371	1 463
Helse Midt-Norge	735	825	898	971	1 048	1 096
Helse Nord	548	628	682	707	804	869
Regionene samlet	4 880	5 524	6 130	6 563	7 328	7 930

Figur 10.1 viser prosentvise vekst i kostnadskomponentene i løpende priser. Helse Midt-Norge har minst vekst i kostnader til medisiner og medisinsk forbruksmateriell i perioden, samtidig som de også siste år har minst vekst i lønnskostnader. Helse Sør-Øst har minst vekst i lønnskostnader fra 2005 til 2006

og størst vekst i denne størrelsen siste år. Veksten i lønnskostnader for Helse Nord er reelt sett høyere enn vist i figuren, siden det ikke er korrigert for endret arbeidsgiveravgift i 2007. Det understrekes også at det her ikke er korrigert for nye oppgaver.



Figur 10.1 Årlig prosentvis nominell endring i lønnskostnader og kostnader til medisiner og medisinsk forbruksmateriell. 2005-2007. Kilde: SINTEF Helse.

10.2 Pensjonskostnader

Pensjonskostnader er et uttrykk for endring i nåverdien av fremtidige pensjonsforpliktelser fra ett år til det neste. Pensjonspremien er den faktiske innbetalingen til de enkelte pensjonskassene. Både i 2006 og 2007 var det vesentlige endringer i fastsettelsen av pensjonskostnaden.

Tabell 10.3 viser pensjonskostnaden for årene 2002 til 2007. Endringen fra 2006 til 2007 er markert høyere enn observert endring tidligere år og veksten i 2007 er størst for Helse Sør-Øst.

Tabell 10.3 Pensjonskostnader for regionale helseforetak. Millioner kroner. Løpende priser 2002 – 2007. Kilde: Årsregnskap RHF.

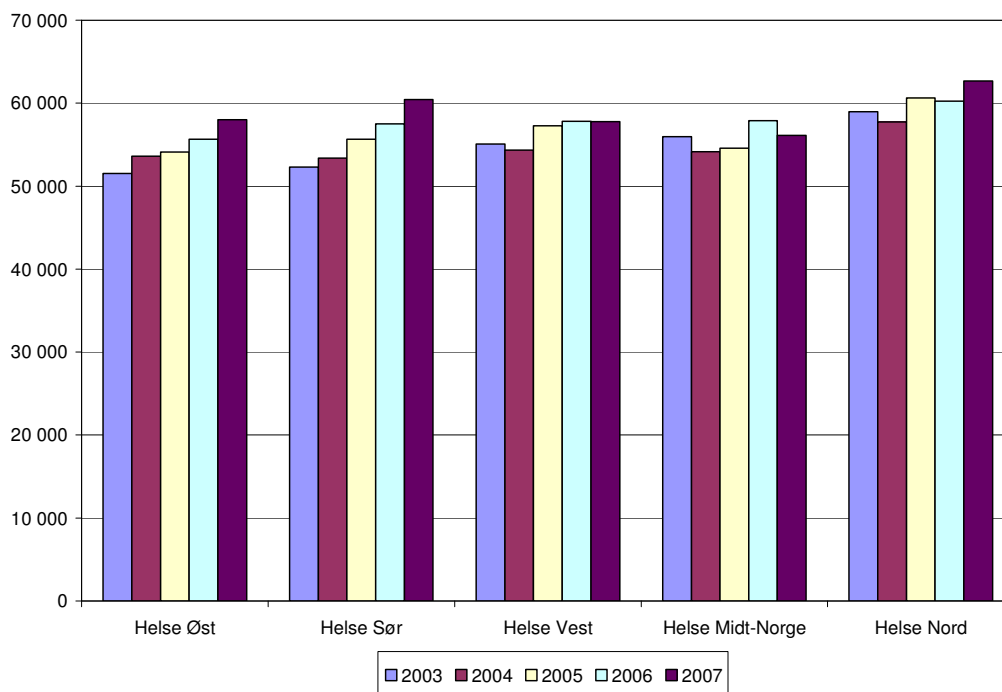
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Pst endr 06-07
Helse Sør-Øst	1 871	1 987	2 082	2 307	2 685	4 707	75,3 %
Helse Vest	604	628	692	780	957	1 527	59,6 %
Helse Midt Norge	431	576	637	613	755	1 231	63,1 %
Helse Nord	390	395	458	479	573	899	56,8 %
RHF-ene samlet	3 296	3 585	3 869	4 178	4 969	8 369	68,3 %

10.3 Lønnsnivå

Det er forholdsvis små forskjeller mellom de regionale helseforetakene når det gjelder gjennomsnittlig månedsfortjeneste for alle lønsmottakere under ett. Helse Nord og Helse Sør-Øst har høyere gjennomsnittlig utbetaling per månedsverk på hhv 33 198 kroner og 33 186 kroner. Det utgjør hhv 93 kroner og 81 kroner mer betalt enn gjennomsnittet for alle foretakene samlet. Personell i Helse Midt-Norge får i gjennomsnitt de laveste utbetalingene med 290 kroner mindre per månedsverk enn gjennomsnittet for RHF samlet. De er dermed små regionale forskjeller i gjennomsnittlig månedsfortjeneste i 2007 og de er mindre i 2007 enn i 2006.

Forskjellen i månedsfortjeneste har ulike mønstre avhengig av hvilken personellgruppe som sammenlignes. Her vil variasjoner påvirkes av at arbeidsstyrken kan være ulikt sammensatt mellom de ulike regionale helseforetakene. Hvis det er forskjell i forhold som alder og erfaring kan dette gi et ulikt gjennomsnittlig lønnsnivå, selv om individer med samme kvalifikasjoner og erfaring kan få likt betalt.

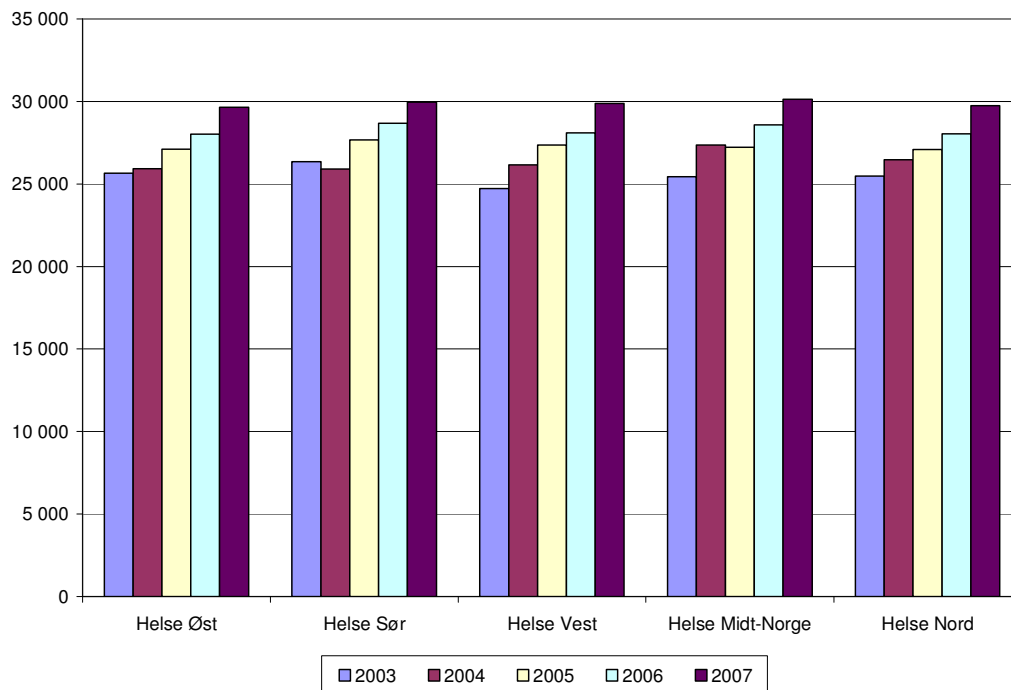
I figur 10.2 vises gjennomsnittlig månedsfortjeneste for leger per region i perioden 2003-2007.⁵² Tidsserien inkluderer lønn for utvidet tjeneste/arbeidstid, men ikke overtidsbetaling. Figuren viser at Helse Midt Norge har hatt en reduksjon i utbetalt månedsfortjeneste for leger fra 2006-2007. Helse Nord har tradisjonelt hatt høye legelønninger av rekrutteringshensyn og figuren viser at Helse Nord ligger på topp i hele perioden. Sammenlignes månedsfortjenesten i Helse Nord med Helse Midt-Norge, som har lavest månedsfortjeneste i 2007, utgjør forskjellen 6 564 kroner. Inkluderes overtid er differansen høyest mot Helse Vest og utgjør 7 347 kroner.



Figur 10.2 Regional variasjon i månedsfortjeneste for leger i perioden 2003-2007. Kilde: Spekter.

⁵² Det har ikke vært mulig innenfor rammen av denne rapporten å utarbeide gjennomsnittlig månedsfortjeneste for Helse Sør-Øst samlet for 2003-2006. Tidligere Helse Øst og Helse Sør fremstilles derfor hver for seg i denne oversikten.

Figur 10.3 viser regional variasjon i månedsfortjeneste for sykepleiere. Figuren viser at lønnsveksten for sykepleiere har vært sterkest fra 2006 til 2007. Det er forholdsvis små forskjeller mellom de regionale helseforetakene når det gjelder lønnsnivå og lønnsutvikling for sykepleiere. Gjennomsnittlig månedsfortjeneste for sykepleiere er høyest i Helse Midt Norge i 2007, mens Helse Øst har lavest. Det er imidlertid små variasjoner fra gjennomsnittet, og differensen mellom høyeste og laveste månedsfortjeneste i 2007 er på 490 kroner.



Figur 10.3 Regional variasjon i månedsfortjeneste for sykepleiere.
Kilde: Spekter.

For spesialsykepleiere er gjennomsnittlig månedsfortjenesten i 2007 33 740 kroner, og tall fra regionene viser små variasjoner fra gjennomsnittet. Også her er forskjell i månedsfortjeneste størst mellom Helse Øst og Helse Midt-Norge. For spesialsykepleiere er det imidlertid Helse Øst som har høyest lønnsnivå, med 858 kroner mer i månedsfortjeneste enn i Helse Midt-Norge. Lønnsforskjellene mellom spesialsykepleiere og sykepleiere er i 2007 størst i Helse Øst og minst i Helse Midt-Norge.

Del IV: Norge i Norden

11. Norge i et nordisk perspektiv

11.1 Bakgrunn

I følge mandatet skal BUS gjøre en vurdering av situasjonen i spesialisthelsetjenesten i Norge i forhold til Danmark, Sverige og Finland. Denne vurderingen skal baseres på tilgjengelige nøkkeltall. Den mest sentrale publikasjonen med nøkkeltall er den årlige Helsestatistik for de nordiske lande som publiseres av Nordisk Medicinalstatistisk Komité (NOMESKO). Rapporten inneholder blant annet data om sykehusbehandling og ressursbruk. BUS har fått tilgang til relevante datagrunnlag fra 2006 som publiseres av NOMESKO i august i 2008.

Utvalget har kommet fram til at det per dag ikke eksisterer et tilfredsstillende datagrunnlag for å kunne sammenligne situasjonen i spesialisthelsetjenesten i de nordiske landene. Utvalget har derfor invitert nordiske fagmiljøer til å melde sin interesse for å gjøre et prosjektarbeid for utvalget. Etter planen vil dette prosjektet kunne starte opp i november i år. Resultater forventes å foreligge før neste sommer, slik at de kan inkluderes i årsrapporten fra BUS neste år. Arbeidet skal omfatte en beskrivelse av landenes organisering av spesialisthelsetjenesten, aktivitetsdata, ressursgrunnlag og analyser av produktivitet.

De største utfordringer er knyttet til kvalitet og sammenlignbarhet i datagrunnlagene. Er kvaliteten god og er definisjonene de samme, slik at forskjeller som fremkommer kan tolkes som reelle forskjeller og ikke bare et utslag av ulike avgrensninger og datakvalitet?

I dette kapitlet gjøres det derfor i år bare en sammenligning mellom de fire nordiske landene ut fra omfanget av innleggelser for utvalgte pasientgrupper og omfanget av utvalgte kirurgiske operasjoner. I tillegg til å sammenligne med de nordiske nasjonale tallene, presenteres også tallene for de 4 helseregionene i Norge.

11.2 Organiseringen av sykehustjenestene

Spesialisthelsetjenesten, og særlig sykehusorganiseringen, har i alle de nordiske landene sterke likhetstrekk. Sykehusene er i all hovedsak finansiert gjennom offentlige midler og alle landene har helsepolitiske målsettinger om at sykehustjenester skal være lett tilgjengelige og av god kvalitet for alle innbyggere i landene, uavhengig av innbyggernes inntekt og bosted. De fleste sykehus er eid av offentlige myndigheter, men alle land har i større eller mindre grad et supplement av privat spesialisthelsetjeneste. Det er lovfestede pasientrettigheter og fritt sykehusvalg i alle landene, og alle land benytter seg av stykkpriselementer i kombinasjon med rammetilskudd.

I **Norge** er sykehusene eid av staten gjennom fire regionale helseforetak. De regionale helseforetakene har et "sørge for ansvar" for befolkningen i sin region og eier regionens helseforetak eller har driftsavtaler med ikke-kommersielle sykehus. De regionale helseforetakene inngår også avtaler med kommersielle sykehus og privatpraktiserende spesialister (leger og psykologer). I forhold til somatisk virksomhet finansierer staten de regionale helseforetakene gjennom en kombinasjon av ramme (60 prosent) og stykkpris (40 prosent). Det er ikke egenandel for innleggelser i sykehus, men for poliklinisk behandling.

I **Danmark** er sykehusene eid av fem regioner som er politisk styrt og har også driftsansvaret. I motsetning til de andre nordiske landene har Danmark utviklet

sitt eget nasjonale DRG-system (dkDRG). Fra 2007 har Danmark startet en begrenset medfinansiering fra kommunene basert på dkDRG og DAGS (polikliniske pasientgrupper), samt at disse stykkprissystemene benyttes til gjestepasientoppgjøret mellom regionene. I 2008 er det en stykkprisandel for innleggelser på 55 prosent, begrenset til elektive opphold. Det er ikke egenandeler for befolkningens bruk av sykehustjenester.

I **Finland** er det kommunene eller sammenslutninger av kommuner (sykehusdistrikt) som eier og driver sykehusene. I Finland er det samme forvaltningsnivået som har ansvaret både for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsetjenestene i Finland er delvis finansiert vha skatteinngang i kommunene, delvis statlige overføringer og delvis fra forsikringsordninger. Befolkningen betaler egenandeler for innleggelser og poliklinisk behandling i sykehusene.

I **Sverige** er det 18 landsting og tre regioner som eier og driver sykehusene. Disse samarbeider i seks behandlingsregioner som alle har minst ett regionsykehus. Også i Sverige er det samme forvaltningsnivået som har ansvaret for både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De enkelte landsting har beslutningsrett når det gjelder finansieringsmodell. Det varierer derfor i hvilken grad stykkpris for sykehusbehandling er innført i Sverige. Det er landstingene som også bestemmer om og eventuelt hvor mye egenbetaling som gjelder ved sykehusbehandling.

11.3 Aktivitetsindikatorer

Tabell 11.1 presenterer utskrivninger per 1000 innbyggere for fem pasientgrupper med høyt volum. Disse gruppene utgjør 40-45 prosent av alle innleggelser/utskrivninger i sykehusene.

Det norske datagrunnlaget i den nordiske statistikken avviker noe fra det nasjonale datagrunnlaget BUS har mottatt fra Norsk Pasientregister (NPR). Gjennomgående er det flere opphold i datagrunnlaget fra NPR i forhold til det datagrunnlaget SSB har benyttet i rapporteringen til NOMESKO. Dette betyr at de nasjonale tallene i tabell 11.1 – 11.4 for Norge ikke er summen av regiontallene, men forskjellene er ikke store.

Når det gjelder svulster/kreftbehandling er det i første rekke Sverige som skiller seg ut med færre opphold enn de tre andre landene. I de ulike regionene i Norge er det et ensartet nivå når det gjelder sykehusopphold per innbygger med hoveddiagnosekoden svulster. Tabell 11.2 viser at det generelt er en utvikling med færre innleggelser for svulster i perioden 2002 – 2006. Det er ikke urimelig å tolke dette som et resultat av en økende grad av dagbehandling og poliklinisk behandling i kreftomsorgen, både når det gjelder cellegift og strålebehandling.

Sykdommer i sirkulasjonssystemet er de sykdommer som står for den største andel av sykehusinnleggelsene i alle nordiske land. Det fremgår av tabell 11.1 at det er omlag den samme raten i de nordiske landene. Variasjonene mellom regionene i Norge er større enn variasjonene mellom landene. Befolkningen i Nord ligger noe oftere på sykehus for sykdommer i sirkulasjonssystemet enn befolkningen på Vestlandet. Tabell 11.2 viser at det har vært en viss nedgang i utskrivningsratene i perioden 2002 – 2006.

Åndedrettssykdommer er en sykdomsgruppe med relativt store forskjeller mellom de nordiske landene når det gjelder opphold på sykehus. Befolkningen i Danmark ligger dobbelt så ofte på sykehus som befolkningen i Sverige for åndedrettssykdommer. Finland og Norge har rater for denne sykdomsgruppen noe midt mellom Sverige og Danmark. På regionalt nivå i Norge er det nesten

ingen forskjell. Tabell 11.2 viser at det er en viss økning i innleggelsene for denne pasientgruppen i perioden 2002 – 2006 både i regionene og landene, med unntak for Finland hvor raten går ned.

For sykdommer i fordøyelsessystemet ligger nordmenn og svensker mindre på sykehus enn dansker og finner i følge Tabell 11.1. I Norge ligger befolkningen i Nord-Norge noe mer på sykehus enn de som er bosatt i de andre helseregionene. For denne pasientgruppen går ratene opp i perioden 2002 – 2006 i Norge og Danmark, mens den går noe ned i Finland og Sverige. Raten i Helse Nord går litt ned i perioden.

Nest siste kolonne i Tabell 11.1 viser pasienter som skrives ut for sykdommer i skjelett-, muskel- og bindevev. Her skiller Finland og Sverige seg ut med utskrivningsrater på henholdsvis 19,4 og 8,7 per 1000 innbyggere. Norge og Danmark ligger mer på samme nivå mellom disse landene. Variasjonene mellom regionene i Norge er små. Utviklingstallene i tabell 11.2 viser en viss tendens til mindre forskjeller i og med at raten i Sverige har gått litt opp mens raten i Finland har gått noe ned i perioden.

Tabell 11.1 Utskrivninger fra sykehus etter utvalgte hoveddiagnosegrupper, per 1 000 innbyggere 2006. Norske helseregioner og nordiske land.
Kilde: NOMESCO årsrapport for 2006 og Norsk Pasientregister.

Region/Land	Svulster	Sirkulasjons systemet	Åndedretts systemet	Fordøyelses Systemet	Muskel- skjelett systemet	Sum ratene
Helse Sør-Øst	17,7	26,1	15,0	11,9	11,5	82,3
Helse Vest	16,1	22,1	15,3	12,0	11,5	77,0
Midt-Norge	18,5	23,0	15,7	13,1	12,8	83,1
Helse Nord	19,0	28,3	15,4	15,0	12,6	90,1
Norge	17,7	25,0	14,8	12,4	11,7	81,5
Danmark	19,5	26,0	18,2	16,8	10,9	91,3
Finland	19,8	24,0	12,5	15,0	19,4	90,7
Sverige	14,3	25,5	9,9	12,2	8,7	70,6
ICD-10 koder:	C00-D48	I00-I99	J00-J99	K00-K99	M00-M99	

Tabell 11.1 omfatter 5 store pasientgrupper som i sum utgjør 40-45 prosent av alle opphold/innleggelser/utskrivninger ved sykehusene i de nordiske landene. Ut fra disse tallene ligger befolkningen i Sverige mindre på sykehus enn befolkningen i Danmark og Finland. I Norge ligger befolkningen oftere på sykehus enn i Sverige, men sjeldnere enn befolkningen i Danmark og Finland. I Norge er det befolkningen i Nord som har de fleste oppholdene per innbygger.

Ulik grad av dagbehandling og poliklinisk behandling er en mulig forklaringsfaktor på de observerte forskjellene. Organisatoriske forskjeller på hvor skillet mellom førstelinjetjenesten og sykehusene går, er en annen mulig forklaringsfaktor. Trolig er begge disse forklaringsfaktorene relevante. Hjerter- og karsykdommer (sirkulasjonssystemet) er en stor sykdomsgruppe i alle landene. Her er det muligens mindre rom for behandling på lavere omsorgsnivå i sykehusene eller i førstelinjetjenesten. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor det ikke fremkommer noen forskjeller for denne pasientgruppen.

Tabell 11.2 Utskrivninger fra sykehus etter utvalgte hoveddiagnosegrupper. Rateendringer 2002-2006. Norske helseregioner og nordiske land. Kilde: NOMESCO årsrapport for 2002 og 2006 og Norsk Pasientregister.

Region/land	Svulster	Sirkulasjons systemet	Åndedretts systemet	Fordøyelses Systemet	Muskel-skjelett systemet	Sum ratene
Helse Sør-Øst	-1,4	-0,3	1,5	0,3	-0,9	-0,9
Helse Vest	-2,2	-0,4	0,2	0,9	0,8	-0,8
Midt-Norge	0,8	-2,5	2,4	0,7	-0,1	1,4
Helse Nord	-1,9	-5,5	0,8	-0,2	-0,2	-6,9
Norge	0,0	1,3	1,4	0,9	0,3	3,8
Danmark	-0,1	-0,5	1,8	0,4	0,3	1,8
Finland	-1,7	-2,8	-2,3	-0,8	-0,5	-8,1
Sverige	-1,2	-1,0	0,0	-0,1	0,6	-1,7

Diagnosene sier noe om hvorfor vi er på sykehus. De kirurgiske prosedyrene sier noe om hvilken behandling sykehusene gir pasientene. Tabell 11.3 og 11.4 viser de aldersstandardiserte ratene for henholdsvis proteseoperasjoner i hofte, blindtarmoperasjoner, coronaranstamoser (hjerteroperasjoner) og perkutan coronar angioplastikk (PTCA/PCI) i perioden 2002 til 2006. Tallene for Finland inkluderer Åland i disse kirurgitabellene. Mens ratene for diagnoser i tabell 11.1 var per 1 000 innbyggere er ratene for operasjoner i tabell 11.3 per 100 000 innbyggere.

Tabell 11.3 Utvalgte kirurgiske operasjoner ved sykehus, per 100 000 innbyggere 2006. Norske helseregioner og nordiske land. Kilde: NOMESCO årsrapport for 2006 og Norsk Pasientregister.

Helseregion/land	Hofteprotese Operasjoner	Blindtarm operasjoner	Hjerte operasjoner	PTCA/PCI
Helse Sør-Øst	216	107	75	244
Helse Vest	182	116	76	244
Helse Midt-Norge	234	106	76	187
Helse Nord	197	113	126	350
Land				
Norge	198	112	81	251
Danmark	200	105	45	173
Finland	222	135	66	153
Sverige	216	119	98	195

NCSP-koder: NFB, NFC JEA FNA, FNB, FNC, FNG02, FNG05 FND, FNE

Det er nærliggende å anta at volumet på hofteproteseoperasjoner kan styres av kapasitet og indikasjonskriterier. Tabell 11.3 viser at raten for denne operasjonen er lavest for Norge og Danmark og høyest i Finland. Tabell 11.4 viser at veksten fra 2002 til 2006 er lavest i Norge og Danmark og høyest i Finland. Dette kan tolkes som et uttrykk for økende forskjeller i perioden.

Det er også interessant å observere at forskjellene i omfanget av hofteproteseoperasjoner er store mellom regionene i Norge. Helse Midt-Norge har den største veksten i perioden 2002 – 2006 og det høyeste nivået i 2006.

Blindtarmoperasjoner knyttes normalt til blindtarmbetennelser. Dersom incidensen for blindtarmbetennelse er nokså lik i de nordiske landene, forventer en at også operasjonsratene er like. Tabell 11.3 viser imidlertid at denne operasjonsraten er høyere i Finland enn i de andre nordiske landene. Dersom det antas at blindtarmbetennelse ikke er mer vanlig i den finske befolkning enn i de andre landene, kan en mulig forklaring være at medisinsk praksis er forskjellig. Det vil si at indikasjonene for å gjøre det kirurgiske inngrepet er ulikt i de nordiske landene.

Tabell 11.4 Utvalgte kirurgiske operasjoner ved sykehus.
Rateendringer 2002 - 2006. Norske helseregioner og nordiske land
Kilde: NOMESCO årsrapport for 2002 og 2006 og Norsk
Pasientregister.

Helseregion	Hofteprotese Operasjoner	Blindtarm operasjoner	Hjerte operasjoner	PTCA/PCI
Helse Sør-Øst	5	2	-8	72
Helse Vest	20	0	8	82
Helse Midt-Norge	36	-21	-18	37
Helse Nord	12	-8	11	35
Land				
Norge	11	-2	-4	64
Danmark	17	-18	-17	49
Finland	33	-15	-15	106
Sverige	22	-3	24	69

Tabell 11.3 viser at Sverige har størst operasjonsaktivitet når det gjelder åpen hjertekirurgi eller coronaranstamoser. Minst aktivitet observeres i Danmark. Norge har også en relativ høy operasjonsaktivitet på dette området. Tabell 11.4 viser at i perioden 2002 - 2006 har aktiviteten gått noe ned i alle land unntatt Sverige, som har hatt en markant vekst i den åpne hjertekirurgien.

Når det gjelder åpen hjertekirurgi, viser tabell 11.3 at aktiviteten i Nord-Norge er betydelig høyere enn i de tre øvrige regionene. Tabell 11.1 viste også at innleggingshyppigheten for sykdommer i sirkulasjonssystemet er høyere i Nord-Norge. Dette er konsistent med statistikk fra den norske kvalitetsdatabasen for toraxkirurgi, som viser at særlig befolkningen i Nord-Norge og særlig Finnmark har de høyeste operasjonsratene. Det er høyere sykdomsforekomst i den nordnorske befolkningen som fremheves som den sentrale forklaringsfaktoren.

Utblokkning av sentrale blodårer, eller Perkutan transluminal koronar angioplastikk (PTCA/PCI), er det inngrepet av de fire utvalgte inngrepene hvor aktivitetsveksten i perioden har vært sterkest. I alle land har veksten vært 50 prosent eller mer. Finland som hadde lav aktivitet i 2002 har doblet inngrepshyppigheten i perioden, men har også i 2006 den laveste raten. Tabell 11.3 viser at det er i Norge at inngrepshyppigheten er størst i 2006. I Norge viser tabellen at det er befolkningen i Nord-Norge som hyppigst blir behandlet med denne metoden, mens befolkningen i Midt-Norge sjeldnere gjennomgår denne behandlingen. Også her er det, i alle fall for Nord-Norge, den samme årsaksfaktoren som for åpen hjertekirurgi som kan bidra til å forklare aktivitetsnivået.

Konklusjoner når det gjelder aktivitet i sykehussektoren:

Både ut fra diagnoser og prosedyrer kan man observere at forskjellene mellom de nordiske landene i perioden 2002 til 2006 er relativt små, med noen unntak.

Tabell 11.1 viste at Sverige hadde færre innleggelser med kreftdiagnoser og sykdommer i åndedrettssystemet enn de andre landene. Tabell 11.3 viste at det gjøres dobbelt så mange åpne hjerteroperasjoner i Sverige som i Danmark, mens Norge gjør mer PTCA/PCI (utblokking av koronararteriene) enn de andre landene.

De regionale norske tallene i tabell 11.1 varierer nesten like mye som variasjonene mellom landene (særlig hvis en ser bort fra de svenske tallene). Også for operasjonsratene i tabell 11.3 er de norske regionale variasjonene til dels betydelig større enn variasjonene mellom landene. Særlig stor forskjell er det mellom Helse Nord og de øvrige regionene når det gjelder hjertekirurgi (både åpen og PTCA/PCI).

Små variasjoner (med noen viktige unntak) i ratene i tabell 11.1 og 11.3 kan tolkes som et uttrykk for at de helsepolitiske mål og de nordiske landenes sykehussystemer og kapasitet ikke er så forskjellige. Variasjon i sykelighet, forskjeller i valg av omsorgsnivå og forskjeller i indikasjonskriterier for kirurgisk behandling er i vekslende grad relevante faktorer både når vi sammenligner mellom helseregionene i Norge og når vi sammenligner de nordiske landene⁵³.

11.4 Personellindikatorer

Årsverk blir benyttet som en indikator på ressursinnsats. Tilgjengelige data på dette området ser ut til å være begrenset. I den nordiske helsestatistikken er det en oversikt som viser yrkesaktive leger (personer) etter spesialitet. I bearbeidingen av disse dataene har vi slått sammen alle spesialiteter som i hovedsak utøves på sykehus. Det som er kalt sykehusspesialiteter i tabell 11.5 omfatter imidlertid også privatpraktiserende leger innen disse spesialitetene.

Tabell 11.5 Yrkesaktive leger etter spesialitet. Per 100 000 innbyggere. 2006.
Kilde: NOMESCO årsrapport for 2002, 2005 og 2006.

	Norge	Sverige	Danmark ⁵⁴	Finland ⁵⁵
Almenmedisin	47	57	77	43
<i>Sykehusspesialiteter</i>	<i>166</i>	<i>188</i>	<i>134</i>	<i>256</i>
<i>Legespesialister i alt</i>	<i>213</i>	<i>245</i>	<i>211</i>	<i>299</i>
Ingen spesialitet	166	97	110	
Leger i alt 2006	379	342	321	
Leger i alt 2002	342	316	292	
Endring 2002-2006	32	26	29	

Tabell 11.5 viser at Norge i 2006 hadde flest yrkesaktive leger i alt. Flest sykehusspesialister per innbygger er det i Finland. Sammenholdt med tilsvarende data fra 2002 observeres en økende legedekning i alle landene i perioden.

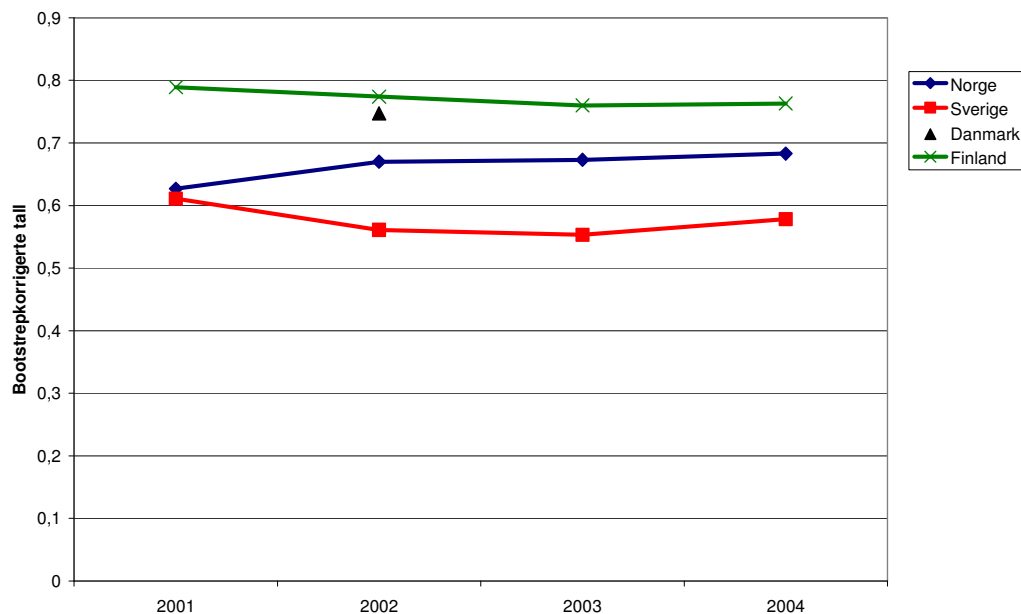
⁵³ Disse observasjoner og tolkninger stemmer godt overens med de analyser som Beate M. Huseby ved SINTEF Helse har gjort av pasientdata fra 2002 innhentet fra pasientregistrene i Danmark, Sverige og Norge.

⁵⁴ Tall fra Danmark er fra 2005.

⁵⁵ Mangler tall fra Finland for leger uten spesialitet.

11.5 Produktivitetsindikatorer

Det fins ikke årlige data for produktivitet i spesialisthelsetjenesten i Norden. Kittelsen m. fl (2007) publiserte i fjor en nordisk komparativ analyse av effekten av eierskapsreformen i Norge på sykehusproduktiviteten. Dette er etter utvalgets kjennskap den mest oppdatert analysen når det gjelder produktivitet i de aktuelle landene. Analysen konkluderer med at sykehusreformen har gitt en positiv effekt på sykehusenes produktivitet. Størrelsen på effekten anslås til å være i området 3 til 4 prosentpoeng. Figur 11.1 viser også at norske sykehus, i gjennomsnitt, i perioden 1999 til 2004 har et produktivitetsnivå som er lavere enn i Finland, og høyere enn i Sverige. Forfatterne skriver samtidig at det tas forbehold om datakvalitet og sammenliknbarhet ved vurdering av forskjeller produktivitetsnivå.



Figur 11.1 Gjennomsnittlig produktivitetsnivå for sykehusene i de nordiske land. 2001 – 2004.

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 for å få til en standardisering av regnskapsdata. Det er imidlertid fremdeles noe forskjell på datagrunnlaget fra SSB og SINTEF. Utvalget har av hensyn til sammenlignbare tidsserier også for 2007 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 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 vedlegget til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007 er det en tabell som viser en oversikt over hva som inngår i NPR, SAMDATA og SSB ([www.sintef.no/samdata tabell 55](http://www.sintef.no/samdata_tabell_55), side 223). For 2007 er datagrunnlaget hos NPR, SAMDATA og BUS-rapporten det samme.

Aktiviteten for psykisk helsevern tar 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 for 2007 basert på skjemadata rapportert til SSB både for døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. SINTEF Helse har bearbeidet data for polikliniske konsultasjoner og innhentet supplerende poliklinikkdata fra sentrene for legemiddelassistert rehabilitering. Kompetansesenteret i Helse Sør-Øst for Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er kilde for antall LAR pasienter i landet.

Helsedirektoratets avdeling for pasientklassifisering, 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 hentet fra de regionale helseforetakene og HOD. For perioden 2002 til 2004 er data bearbeidet av Deloitte Consulting. Investeringsdata for 2005 og 2006 er hentet fra de regionale helseforetakenes årsregnskap. Tallene fra 2002-2004 er derfor ikke direkte sammenlignbare med tallene fra 2005-2007.

Lønnsnivå:

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

Norden:

Aktivitetsdata og personelldata for de andre nordiske landene er hentet fra de årlige statistikkpublikasjonene fra Nordisk Medicinalstatistisk Komité: Helsestatistik for de nordiske lande. Data for 2006 er basert på grunnlagstabeller for årets rapport (under trykking).

Data om produktivitet er hentet fra Hero's skriftserie 2007:1 Sverre A.C. Kittelsen, Jon Magnussen og Kjartan S. Anthun: Sykehusproduktivitet etter statlig overtakelse: En nordisk komparativ analyse.

Øvrige kilder:

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

På oppdrag fra BUS er det utarbeidet følgende rapporter siste år:

- Kari Nyland, TØH og Katarina Østergren, NHH: Økonomisk styring i helseforetak – avdelingslederens holdning til økonomiansvar.
- Arne Holmeide, Tor Øystein Seierstad og Morten Eimot, Analysesenteret: Sykehuskostnader og alder.

Rapporter som refereres til:

Halsteinli Vidar: Produktivitetsutvikling i BUP poliklinikker 1998-2006: Betydningen av endret pasientsammensetning. SINTEF Helse, 2008, A6587.

Midttun Linda (red): SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2007. SINTEF Helse, Rapport 1/08.

Pedersen Per Bernhard (red): SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006. SINTEF Helse, Rapport 2/07.

Petersen Stein Østerlund (red): SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006. SINTEF Helse, Rapport 3/07.

Lilleeng Solfrid (red): SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007. SINTEF Helse, under trykking.