

Årsrapport

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten

September 2011

Forord

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) avleverer med dette sin årsrapport for 2010. Rapporten omhandler temaene aktivitet, ressursbruk, personellkostnader herunder lønnsnivå, produktivitet, samt spesialisthelsetjenesten i Norden. BUS igangsatte sammen med Helse- og omsorgsdepartementet et nordisk utredningsprosjekt med fokus på temaene sykehusstruktur, eierstyring og produktivitet. Kapittel 5 i rapporten oppsummerer dette arbeidet.

Årets rapport inneholder både en beskrivende faktadel og et sammendrag med utvalgets vurderinger.

Datagrunnlaget for rapporten er i hovedsak hentet fra Statistisk sentralbyrå, SAMDATA, Norsk pasientregister, de regionale helseforetakene og Spekter.

Oslo 1. september 2011

*Tor Iversen
Leder*

Bård Lilleeng

Anne-Marie Barane

Kari Nyland

*Nils Otto
Skribeland*

Stig Økland

Jorid Kalseth

*Lars Rønningen
Heidi Torvik
Helga Daae*

FORORD	3
UTVALGETS MANDAT OG SAMMENSETNING.....	7
DEL I SAMMENDRAG MED VURDERINGER.....	9
UTVALGETS SAMLEDE VURDERING.....	9
<i>Nasjonalt.....</i>	9
<i>Helse Sør-Øst.....</i>	12
<i>Helse Vest</i>	13
<i>Helse Midt-Norge.....</i>	14
<i>Helse Nord.....</i>	14
<i>Samsvar mellom aktivitetskrav og regionale behov.....</i>	15
<i>Norge i Norden.....</i>	16
<i>Datagrunnlaget</i>	17
DEL II: NASJONAL OG REGIONAL UTVIKLING	19
1. RESSURSBRUK	19
1.1 <i>Driftskostnader</i>	20
1.2 <i>Årsverk</i>	23
1.3 <i>Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling (TSB)</i>	24
1.4 <i>Utvikling i lønnskostnader, lønnsnivå og månedsverk</i>	26
1.4.1 <i>Lønnsnivå</i>	27
1.4.2 <i>RHF-data som kilde for lønnsnivå og dekomponeringsanalyse..</i>	30
2. AKTIVITET	35
2.1 <i>Pasientbehandling.....</i>	36
2.1.2 <i>Somatisk virksomhet.....</i>	36
2.1.3 <i>Psykisk helsevern</i>	45
2.1.4 <i>Rusbehandling.....</i>	48
2.1.5 <i>Sammenligning mellom somatisk virksomhet, psykisk helsevern og rusbehandling</i>	50
3. PRODUKTIVITET.....	55
3.1 <i>Produktivitet i somatisk sektor</i>	55
3.2 <i>Produktivitet i psykisk helsevern.....</i>	58
3.3 <i>Produktivitet innen TSB.....</i>	61
4. HELSEFORETAKENES ØKONOMISKE SITUASJON	63
4.1 <i>Institusjonelle forhold</i>	63
4.2 <i>Regnskapsmessig resultat</i>	65
4.3 <i>Eiendeler</i>	66
4.3.1 <i>Investeringer.....</i>	68
4.3.2 <i>Finansiering av investeringer.....</i>	70
4.4 <i>Helseforetakenes egenkapital og gjeld.....</i>	71
4.5 <i>Likviditet</i>	74
DEL III: NORGE I NORDEN	79
5. UTREDNING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN I NORDEN	79
5.1 <i>Den somatiske sykehusstrukturen i de nordiske landene</i>	80
5.2 <i>Styringsrelasjonen mellom bestiller (myndighet) og utfører (sykehus) i de nordiske landene.....</i>	83
5.3 <i>Case-studie av sykehusintern organisering (somatikk) i de nordiske landene.....</i>	84
5.4 <i>Analyse av produktivitet ved somatiske sykehus i de nordiske landene.....</i>	85

DEL IV: DATAGRUNNLAG OG KILDER.....87

<i>Ressursbruk.....</i>	<i>87</i>
<i>Årsverk</i>	<i>87</i>
<i>Aktivitet pasientbehandling.....</i>	<i>87</i>
<i>Produktivitet</i>	<i>88</i>
<i>Resultat, investeringer, egenkapital, gjeld og likviditet.....</i>	<i>88</i>
<i>Lønnsnivå og dekomponeringsanalyse.....</i>	<i>88</i>
<i>Øvrige kilder</i>	<i>88</i>
<i>Rapporter som det refereres til:</i>	<i>89</i>

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)

Seniorforsker Jorid Kalseth, SINTEF Helsetjenesteforskning

Førsteamanuensis Kari Nyland, Trondheim Økonomiske høyskole

Administrerende direktør Bård Lilleeng, Helse Stavanger HF

Økonomidirektør Anne-Marie Barane, Helse Midt-Norge RHF

Fagdirektør Nils Otto Skribeland, Helse- og omsorgsdepartementet

Rådgiver Stig Økland, Finansdepartementet

Del I Sammendrag med vurderinger

Utvalgets samlede vurdering

Utvalget beskriver samlet aktivitet, sammensetning av aktivitet, ressursbruk, produktivitet og økonomisk resultat i de regionale helseforetakene. I denne delen gis et sammendrag av resultatene og en samlet vurdering av utviklingen.

Nasjonalt

I statsbudsjett, oppdragsdokument og foretaksmøter spesifiserte Helse- og omsorgsdepartementet blant annet følgende krav til de regionale helseforetakene i 2010:

- *Tildelt ressursramme la til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,3 prosent fra 2009 til 2010. Veksten kunne fordele seg ulikt innenfor ulike behandlingsområder.*

Utvalget tolker dette som at lavere vekst enn 1,3 prosent i et behandlingsområde kan veies opp av høyere vekst i andre behandlingsområder. Oppdraget må derfor følges opp ved å gjøre en samlet vurdering av utviklingen i alle behandlingsområder.

- *Det fremkommer i statsbudsjettet for 2010 at det er et mål "om høyere prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling" (enn somatisk aktivitet) (Prop.1 S 2009-10, side 16). Det er derfor fortsatt av interesse å sammenligne utviklingen i aktivitet mellom de ulike tjenesteområdene.*
- *De regionale helseforetakene ble i 2010 gitt i oppdrag å kjøpe tjenester hos private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner på samme nivå som i 2009.*
- *Som følge av Stortingets vedtak om oppfølging av pensjonsreformen, ble pensjonskostnadene for 2010 for de regionale helseforetakene redusert med om lag 9,25 mrd kroner. Dette medførte at basisrammen til de regionale helseforetakene for 2010 ble satt ned med 4,45 mrd kroner, mens den øvrige kostnadsreduksjonen ble avsatt til å styrke foretakenes egenkapital, tilsvarende 4,8 mrd kroner. Følgelig ble det stilt krav om at de regionale helseforetakene skal ha regnskapsmessig resultat på 4,8 mrd kroner i 2010.*

For somatisk virksomhet, inklusiv poliklinikk, var det en økning i aktiviteten målt i DRG-poeng med 1,2 prosent fra 2009 til 2010. Større endringer i ISF-ordningen var årsak til at systemmessige forhold utgjorde 0,7 prosentpoeng av veksten i DRG-poeng. Korrigert for systemmessige forhold er den reelle økningen i DRG-poeng estimert til 0,5 prosent. Det var samtidig en betydelig vekst i behandling innenfor somatisk sektor som ikke omfattes av beregningene innenfor DRG-systemet. Dette

medfører at veksten i behandlingsaktivitet innenfor somatisk sektor samlet sett anslås til om lag 1 prosent. Innen psykisk helsevern for voksne (PHV) økte antallet døgnopphold med 3,5 prosent og antallet polikliniske konsultasjoner med 5,7 prosent. Antallet polikliniske tiltak innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) økte med 7,7 prosent. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) økte antallet innleggelser med 3,3 prosent og antallet polikliniske konsultasjoner med 2,7 prosent.

Samlet sett finner utvalget at kravet til vekst i pasientbehandlingen er oppfylt for spesialisthelsetjenesten som helhet¹. Det er spesielt veksten i behandling innenfor psykisk helsevern som bidrar til dette.

Siden det verken innenfor psykisk helsevern (PH) eller TSB er tilsvarende pasientklassifiseringssystem som innenfor somatisk virksomhet (DRG-systemet), vil sammenligningen mellom vekst i somatisk virksomhet og de to andre områdene basere seg på en sammenligning av utvikling i døgnopphold og av utvikling i polikliniske konsultasjoner/dagbehandling. Selv med en liten økning (0,2 prosent) i antall døgnopphold innen somatisk virksomhet, er økningen i antallet døgnopphold i PH og TSB åpenbart større enn økningen innenfor somatisk virksomhet. Siden økningen i antall dagbehandlinger var 2,4 prosent og økningen i antall polikliniske konsultasjoner var 3,2 prosent innenfor somatisk virksomhet, er også veksten for polikliniske konsultasjoner innenfor PH større enn innenfor somatisk virksomhet, mens det er mer uklart innenfor TSB. Samlet sett vurderer utvalget den prosentvise veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2010 til å være større enn innen somatisk virksomhet.

Denne konklusjonen understøttes av at veksten i ressursbruk og årsverk innen både PH (henholdsvis 4,5 prosent og 1,7 prosent) og TSB (henholdsvis 5,5 prosent og 3,3 prosent) var større enn innen somatisk virksomhet (henholdsvis 2,2 prosent og 0,5 prosent). Det er dermed tallmessig grunnlag for å si at de regionale helseforetakene som helhet prioriterte psykisk helsevern og rusbehandling høyere enn somatisk virksomhet i 2010.

For landet som helhet har det vært en reduksjon i opphold for døgnrehabilitering i sykehus med 8,9 prosent. Samtidig har det vært en økning i antallet dag- og polikliniske opphold med 9,5 prosent. I tillegg til rehabilitering i sykehus er det en betydelig virksomhet i private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. For landet som helhet var det en reduksjon i antallet opphold i slike institusjoner med 7,3 prosent fra 2009 til 2010. Samtidig viser nasjonale tall at de regionale helseforetakenes kostnader til kjøp av tjenester fra private rehabiliteringsinstitusjoner har vært uendret fra 2009 til 2010. Dette kan innebære at kvaliteten på det enkelte opphold har blitt bedre. Denne vurderingen samsvarer med de vurderingene samtlige regionale helseforetak gjør i årlige meldinger til Helse- og omsorgsdepartementet. Utvalget har ikke tilgang til ytterligere data for å belyse problemstillingen.

De regionale helseforetakene har de fire hovedoppgavene pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasientopplæring. Det er tynt datagrunnlag for oppgaver utover pasientbehandling. Det medfører blant annet at

¹ Utvalget har vektet veksten i de somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og rusbehandling med sektorenes andeler av samlet ressursbruk i spesialisthelsetjenesten.

tall for produktivitsutvikling til nå har begrenset seg til pasientbehandling. BUS har tatt initiativ til et utredningsarbeid med sikte på å inkludere også andre hovedoppgaver i produktivitsberegningene. Årets rapport inkluderer resultater av forskning i form av forskningspoeng (artikler og dr grader) i tillegg til pasientbehandling målt ved antall DRG-poeng i produktivitsmålet. Pasientbehandling (og tilhørende kostnader) som ikke inkluderes i DRG-systemet, inkluderes heller ikke i aktivitsmålet. På nasjonalt nivå var det en reduksjon i beregnet kostnadseffektivitet innenfor somatisk virksomhet i 2010 i forhold til i 2009. Dette gjelder uavhengig av om forskning inkluderes i aktivitsmålet. Innen PHV har det vært en reduksjon i antallet konsultasjoner per fagårsverk med fem prosent, mens antallet utskrivninger fra sykehus per årsverk økte med fire prosent. Innen PHBU er antallet behandlede pasienter per fagårsverk redusert med 2 prosent, mens antall tiltak per fagårsverk økte tilsvarende. Det er en mistanke om at økningen i tiltak delvis kan forklares ved hjelp av endringer i registreringspraksis. Samlet er utvalgets vurdering av tallene at det har vært en svak reduksjon i produktivitet i spesialisthelsetjenesten fra 2009 til 2010².

Samlet sett hadde de regionale helseforetakene i 2010 et positivt årsresultat på 6,067 mrd kroner. Dette er 1,267 mrd kroner mer enn eiers krav og er samtidig første år der samtlige regionale helseforetak oppfyller eiers styringskrav til årsresultat etter at de regionale helseforetakene ble opprettet i 2002.

Det har blitt vedtatt ny inntektsfordeling mellom de regionale helseforetakene (jfr. Magnussenutvalgets innstilling (NOU 2008:2)). Den nye inntektsfordelingen ble gjennomført ved økte bevilgninger i 2009 og 2010 til Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord uten at Helse Sør-Øst fikk redusert sine inntekter. I 2010 ble det bevilget 525 millioner kroner til dette formålet. Økte bevilgninger gir rom for bedre årsresultat, økt aktivitet, lavere produktivitet eller en kombinasjon av disse komponentene. For de regionale helseforetakene som helhet er forbedringen av økonomisk resultat i forhold til 2009 betydelig. Forbedring i økonomisk resultat i forhold til eiers styringskrav utgjorde 955 millioner kroner.

De regionale helseforetakenes resultater i 2010 viderefører på mange måter resultatene fra 2009. Det økonomiske resultatet er positivt og betydelig forbedret i forhold til i 2009, samtidig som aktivitsveksten innen somatisk virksomhet er om lag tilsvarende som i 2009. At det samtidig er en reduksjon i produktivitet, samsvarer med at kostnadsveksten var større i 2010 enn i 2009.

Denne utviklingen uttrykker viktige forandringer som har funnet sted i sektoren siden de første årene etter foretaksreformen da årlige underskudd var regelen. Akkumulering av underskudd medfører både mindre likviditet til investeringer og utsikter til manglende økonomisk bærekraft siden man står i fare for å ikke ha tilstrekkelige inntekter til å håndtere framtidige drifts- og kapitalkostnader. Utvalget har merket seg at 2010 er første år med negative samlede netto investeringer. Betydelige investeringsplaner, tidligere underskudd og begrensede muligheter for opplåning har medført en erkjennelse i sektoren om betydningen av positivt økonomisk resultat for å finansiere framtidige investeringer i sykehusbygg og infrastruktur. Dette har medført en mer langsiktig tankegang og innebærer at man i større grad ser drift og investeringer i sammenheng for å ha tilstrekkelig likviditet til investeringer. Det kan samtidig være et problem at produktivitsøkninger ofte

² Siden det ikke eksisterer mål for kvalitet, vil kvalitetsforbedring som medfører større kostnader, også medføre lavere produktivitet.

forutsetter investeringer samtidig som investeringer ofte forutsetter produktivitetssøkninger for å skaffe likviditet til investeringer.

Med utgangspunkt i de siste årenes tall for produktivitetsutvikling ser utvalget på det som en viktig utfordring å øke produktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Den nordiske studien som offentliggjøres samtidig med årets BUS rapport, viser at selv de mest effektive norske sykehusene er mindre effektive enn de mest effektive finske sykehusene. Dette indikerer at det er rom for produktivitetsforbedringer i hele sektoren.

Bak de nasjonale tallene ligger en betydelig regional variasjon. Utvalget vil nå oppsummere aktivitet, ressursbruk, produktivitet og økonomisk resultat i hver av de fire regionene, og samtidig gjøre en vurdering av hvorvidt de målene departementet satte for virksomheten, er oppfylt.

Helse Sør-Øst

I Helse Sør-Øst var det en økning i antall DRG-poeng med 0,4 prosent. Med tillegg for behandlingsaktivitet som ikke fanges opp i DRG-systemet og systemendringer anslås veksten i somatisk sektor til 0,3 prosent. Det var en økning i antall utskrivinger innen PHV med 4,3 prosent og i polikliniske konsultasjoner med 3,5 prosent. Innen PHBU har det vært en økning i polikliniske tiltak med 7,4 prosent. Innen TSB har antallet polikliniske tiltak blitt redusert med 3,5 prosent og antallet innleggelser økt med 2,5 prosent. Antall pasienter som mottar Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har økt med 8,5 prosent. Det er usikkert om Helse Sør-Øst har oppfylt departementets krav til aktivitetsvekst i 2010.

Med en økning i antall døgnopphold på 0,1 prosent, en økning i antallet dagbehandlinger på 1,5 prosent og en økning i antallet polikliniske konsultasjoner på 2,2 prosent innen somatisk virksomhet synes det klart at veksten innen psykisk helsevern har vært større enn veksten innen somatisk virksomhet i Helse Sør-Øst. Dette er trolig også tilfellet for TSB selv om reduksjonen i antallet polikliniske tiltak bidrar til noe tvil om denne konklusjonen. Konklusjonen kan samtidig underbygges av at veksten i ressursbruk har vært større innen PH (5,7 prosent) og innen TSB (8,0 prosent) enn innen somatisk virksomhet (1,7 prosent).

Beregnet produktivitet ved somatiske institusjoner har blitt redusert med nær 2 prosent i 2010. Innen PHV har antallet konsultasjoner per fagårsverk blitt redusert med 6,8 prosent, mens antallet utskrivinger per årsverk økte med 1,8 prosent. Antallet pasienter per fagårsverk innen PHBU har blitt redusert med 4,4 prosent. Med manglende vektorer kan vi ikke uten videre slutte om den samlede produktiviteten har blitt redusert i 2010 i forhold til 2009. Siden somatisk sektor er stor i forhold til PH, konkluderer utvalget med at beregnet produktivitet samlet sett har blitt redusert i Helse Sør-Øst i 2010.

Helse Sør-Øst hadde i 2010 et årsresultat som er 172 millioner kroner større enn eiers styringskrav.

Samlet sett finner utvalget det usikkert om Helse Sør-Øst har oppfylt kravet til samlet aktivitet. Kravet til aktivitetssammensetning anses som oppfylt. Samtidig som produktiviteten har blitt redusert, er kravet til økonomisk resultat oppfylt. Økonomisk resultat i forhold til eiers styringskrav er 329 millioner kroner større i 2010 enn i 2009.

Helse Vest

I Helse Vest økte antallet DRG-poeng i 2010 med 2,6 prosent. Med tillegg for behandlingsaktivitet som ikke fanges opp i DRG-systemet samt systemendringer, anslås veksten i somatisk sektor til 1,6 prosent. Innen PHV økte antallet utskrivinger med 3,9 prosent, mens antallet polikliniske konsultasjoner økte med 6,5 prosent fra 2009. Polikliniske tiltak for barn og unge innen PHBU økte med 4,8 prosent. Antallet polikliniske konsultasjoner innen TSB økte med 17,5 prosent, mens antallet innleggelser økte med 5,5 prosent. Samlet sett vurderer utvalget at kravet til aktivitetsvekst er oppfylt.

Det var i 2009 en økning i somatisk døgnbehandling med 2,0 prosent. Antallet polikliniske konsultasjoner økte med 5,5 prosent og antall dagbehandlinger med 1,7 prosent innenfor somatisk virksomhet. Utvalgets vurdering er at aktivitetsveksten innenfor PH og TSB er større enn aktivitetsveksten innenfor somatisk virksomhet i 2010. Regnskapstallene for kostnader innenfor de tre områdene viser samtidig at veksten i ressursbruk innen PH (3,0 prosent) har vært større enn veksten innen somatisk virksomhet (2,4 prosent), mens veksten i ressursbruk innen TSB (1,2 prosent) har vært mindre enn veksten i ressursbruk innen somatisk virksomhet. Ut fra en samlet vurdering av tall for aktivitet og ressursbruk slutter utvalget at Helse Vest har oppfylt kravet til aktivitetssammensetning.

Helse Vest hadde en reduksjon i beregnet produktivitet innen somatisk sektor med 1,1 prosent. Innen PHV var det reduksjon i konsultasjoner per fagårsverk (2,5 prosent) og en økning i utskrivinger per årsverk (12,5 prosent), mens det var uendret antall pasienter per fagårsverk innen PHBU. Siden somatisk sektor er stor i forhold til PHV, slutter utvalget at det trolig har vært en viss reduksjon i produktiviteten samlet sett i Helse Vest i 2009.

Årsresultatet for Helse Vest var i 2010 436 millioner kroner større enn eiers styringskrav. Dette er en økning på 279 millioner kroner i forhold til i 2009.

Samlet sett er det utvalgets vurdering at inntektsveksten i 2010 i Helse Vest både har bidratt til en betydelig bedring i økonomisk resultat, økning i aktivitet samtidig som produktiviteten trolig ble redusert.

Helse Midt-Norge

I Helse Midt-Norge økte antallet DRG-poeng med 1,6 prosent i 2010. Med tillegg for behandlingsaktivitet som ikke fanges opp i DRG-systemet samt systemendringer, anslås veksten i somatisk sektor til 1,3 prosent. Antallet utskrivninger økte med 2,3 prosent innen PHV, mens antallet polikliniske konsultasjoner økte med 13,0 prosent. Antallet polikliniske tiltak innen PHBU økte med 17,9 prosent. Innen TSB økte antallet innleggelser med 9 prosent, mens antallet polikliniske konsultasjoner økte med 30 prosent. Utvalget konkluderer med at Helse Midt-Norge har oppfylt kravet til aktivitetsvekst.

Mens antallet somatiske døgnopphold ble redusert med 1,1 prosent, økte antallet dagbehandlinger med 4,6 prosent. Antall polikliniske konsultasjoner innen somatisk virksomhet økte med 4,2 prosent. Aktivitetstallene viser dermed at veksten både i psykisk helsevern og i TSB var større enn i somatisk virksomhet. Utviklingen i ressursbruk er noe mer sammensatt. Veksten i PH (2,1 prosent) har vært mindre enn veksten innen somatisk virksomhet (3,3 prosent), mens veksten innenfor TSB (13,4 prosent) var større enn veksten innenfor somatisk virksomhet. Samlet sett er det utvalgets vurdering at veksten i psykisk helsevern og rus har vært større enn innen somatisk virksomhet i Helse Midt-Norge.

Helse Midt-Norge hadde i 2010 tilnærmet uendret produktivitet innen somatisk sektor i forhold til 2009. Utskrivninger per årsverk i PHV økte med 3,0 prosent, og konsultasjoner per fagårsverk økte med 2,3 prosent. Innen PHBU økte antallet pasienter per fagårsverk med 3,9 prosent. Utvalgets vurdering er at det samlet sett har vært en liten økning i produktivitet i Helse Midt-Norge.

Årsresultatet for Helse Midt-Norge var i 2010 548 millioner kroner større enn eiers styringskrav. Dette er en økning med 334 millioner kroner fra 2009 og er fjerde året på rad at Helse Midt-Norge oppfyller eiers krav til årsresultat.

Samlet sett er det utvalgets vurdering at inntektsveksten i 2010 i Helse Midt-Norge har bidratt til en betydelig økning i økonomisk resultat og en økning i aktivitet. Samtidig er det en liten vekst i produktivitet.

Helse Nord

I Helse Nord økte antallet DRG-poeng med 2,6 prosent i 2010. Med tillegg for behandlingsaktivitet som ikke fanges opp i DRG-systemet samt systemendringer, anslås veksten i somatisk sektor til 1,4 prosent. Samtidig økte antallet utskrivninger med 4 prosent innenfor PHV og antallet polikliniske konsultasjoner med 7 prosent innenfor PHV. Antallet polikliniske tiltak innenfor PHBU økte med 3,9 prosent. Innen TSB ble antallet innleggelser redusert med 1,3 prosent, mens antallet polikliniske konsultasjoner økte med 33,6 prosent. Utvalgets vurdering er at Helse Nord har oppfylt aktivitetskravet.

Innenfor somatisk virksomhet var det en reduksjon i døgnopphold med 0,7 prosent, en økning i antallet polikliniske konsultasjoner med 2,8 prosent og en økning i dagbehandlinger med 5,7 prosent. Utvalget slutter at veksten innenfor både PHV og innenfor PHBU har vært større enn innenfor somatikk, mens det er mer uklart om veksten innen TSB har vært større enn veksten innen somatisk virksomhet. For Helse Nord understøtter tallene for ressursbruk delvis aktivitetstallene, siden veksten

innen somatisk virksomhet (3,0 prosent) er mindre enn veksten i PH (4,0 prosent). I TSB ble kostnadene redusert med 8,2 prosent. Det er dermed uklart om Helse Nord samlet sett har oppfylt departementets krav for prioritering av aktivitet.

I 2010 var beregnet produktivitet innen somatisk sektor 0,7 prosent mindre enn i 2009 i Helse Nord. Innenfor PH er retningen mer uklar siden konsultasjoner per fagårsverk i PHV har blitt redusert med 5,9 prosent, utskrivninger per årsverk innen PHV har økt med 5,6 prosent og pasienter per fagårsverk ble redusert med 1,1 prosent innen PHBU. Utvalget konkluderer med at det samlet sett ser ut til å ha vært en liten reduksjon i beregnet produktivitet i Helse Nord.

Økonomisk resultat i Helse Nord var i 2010 112 millioner kroner større enn eiers styringskrav.

Samlet sett er det utvalgets vurdering at inntektsveksten i 2010 i Helse Nord har bidratt til en bedring av økonomisk resultat. Forbedringen av det økonomiske resultatet har skjedd parallelt med en økning i behandlingsaktivitet og en liten reduksjon i produktivitet.

Tabell 1 oppsummerer resultatene i de enkelte regionale helseforetak i forhold til vurderte mål.

Tabell 1 De regionale helseforetakenes resultater i forhold til mål for virksomheten.

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Samlet for hele landet
Vekst i pasientbehandling	Usikkert	Ja	Ja	Ja	Ja
Større vekst i PH og TSB i forhold til somatisk virksomhet	Ja	Ja	Ja	Usikkert	Ja
Vekst i produktivitet	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei
Økonomisk resultat	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Samsvar mellom aktivitetskrav og regionale behov

Utvalget stilte i fjorårets rapport spørsmål ved om det er logisk konsistent å stille identiske aktivitetskrav til de regionale helseforetakene samtidig som beregnede behov og dermed utvikling i basisramme varierer mellom regionene. Dette spørsmålet er like aktuelt i år, noe oppdateringen av departementets inntektsmodell viser. Oppdateringen gir en noe endret inntektsfordeling mellom de regionale helseforetakene enn den opprinnelige fordelingen Magnussen-utvalget kom fram til. En viktig grunn til dette er at befolkningsveksten er større i Helse Sør-Øst og Helse

Vest enn i Helse Midt-Norge og Helse Nord. At kravene til aktivitetsutvikling settes like for alle de regionale helseforetakene, vil dermed i seg selv (alt annet likt) bidra til at aktivitetskravet blir vanskeligere å oppfylle for de regionene med svakest befolkningsutvikling. Samtidig vil identiske aktivitetskrav implisitt medføre et krav fra staten om at dekningen av spesialisthelsetjenester skal være bedre i regioner med liten vekst i befolkningen enn i regioner med stor vekst i befolkningen.

Norge i Norden

I sin prosjektrapport til BUS fant Kittelsen et al. (2009) at produktiviteten i somatisk spesialisthelsetjeneste var lavere ved norske sykehus/helseforetak enn ved finske sykehus. I 2010 ble det initiert et nytt nordisk prosjekt som et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og BUS, og administrert av BUS. Spørsmålene som ble stilt, var om sykehusstrukturen i Norge bidrar til høyere nivå på ressursbruk enn i de andre nordiske land, om hvordan forholdet mellom sykehuseier og sykehus er regulert og om hvorfor produktiviteten ved finske sykehus er bedre enn ved norske sykehuset. Det siste spørsmålet ble både belyst ved en statistisk studie og ved en intervjustudie. Prosjektet gikk etter en internasjonal anbudsrunde også denne gang til SINTEF/Frischsenteret. De har oppsummert sitt arbeid i Kalseth et al. (2011).

Resultatene viser at Norge har flere sykehus med akuttfunksjon enn Danmark, Sverige og Finland når man tar hensyn til befolkningsgrunnlaget. Det er også flere sykehus med fødetilbud samtidig som det er mer ressurser knyttet til ambulansetjenestene.

I de statistiske analysene skilles det mellom de mest effektive sykehusene i hvert av de fire landene på den ene siden og hvordan sykehusene i hvert land fordeler seg i forhold til de mest effektive i eget land på den andre siden. Forfatterne finner at de mest effektive sykehusene er mer effektive i Finland og Danmark enn de er i Norge og Sverige. Det er samtidig små forskjeller mellom landene med hensyn til hvor effektive de andre sykehusene er i forhold til de mest effektive sykehusene i hvert enkelt land. Forfatterne konkluderer med at det er forskjellene mellom "beste praksis" (bestemt av de mest effektive sykehusene i hvert av landene) som dominerer effektivitetsforskjellene mellom landene³.

Konklusjonen er robust overfor alternative måter å analysere data på. Den statistiske analysen gir ikke svar på hvilke landspesifikke forhold som begrenser sykehusenes muligheter til å være like effektive som de finske. Årsakene til effektivitetsforskjellene kan ligge i strukturelle og kulturelle forhold i og utenfor helsetjenesten.

Å avdekke noen slike forhold var formålet med intervjustudien som ble utført ved to sykehus i hvert av de nordiske landene. Det ble identifisert forskjeller mellom særlig Finland på den ene siden og de andre nordiske landene på den andre siden. Finland har kommunale helsesentre med senger som avlaster sykehusene. Ved finske sykehus ble det ikke rapportert om flaskehalser internt i form av manglende tverrfaglig samarbeid. Det er færre helsepersonell per seng i Finland sammenlignet med de andre landene. Det er ingen entydig sammenheng mellom utforming og innhold av styringssystemene og kostnadsnivå eller produktivitetsnivå i de fire landene.

³ Analysene korrigerer ikke for eventuelle forskjeller i behandlingskvalitet.

Datagrunnlaget

Oppfølging av krav forutsetter at man har data som gjør oppfølgingen meningsfull uten for mye skjønn. BUS har som en del av sitt mandat å kunne foreslå en utvidelse av datagrunnlaget der det er nødvendig.

Utvalget har tatt initiativ til en nærmere analyse av datagrunnlaget i de regionale helseforetakenes lønns- og personalkuber (HR-kuber). Utvalgets sekretariat har i samarbeid de regionale helseforetakene arbeidet med å dekomponere utviklingen i lønnskostnader i en pris- og volumeffekt på en robust måte. Dette er viktig informasjon både for helseforetakene i virksomhetsplanleggingen og for BUS i arbeidet med å beskrive utviklingen i sektoren. Resultatene fra dette arbeidet er nærmere beskrevet i kapittel 1.4.2 av rapporten. Utvalget tar sikte på at dette samarbeidet vil fortsette.

Utviklingen i antall DRG-poeng er en viktig indikator i beskrivelser av utvikling av behandlingsaktivitet. DRG-systemet spiller samtidig en viktig rolle i beregningen av de aktivitetsbaserte inntektene til de regionale helseforetakene. Det er et spørsmål om begge disse rollene kan ivaretas av samme indikator. Oppdatering av kostnadsvektene i DRG-systemet vil ofte gå sammen med en kalibrering av vektene på nasjonalt nivå slik at det samlede antall DRG-poeng i et år skal være identiske før og etter justeringen. Det medfører samtidig at systemet kan være mindre egnet til å beskrive aktivitetsutviklingen på mindre aggregert nivå både i forhold til pasientgrupper og helseforetak.

I arbeidet med årets rapport har utvalget måttet foreta mange typer av vurderinger i forbindelse med beskrivelse av aktivitetsutviklingen og i forbindelse med beregning av produktivitetsutviklingen der aktivitetstallene spiller en viktig rolle. BUS vil foreslå for departementet å vurdere om man trenger å utvikle indikatorer i tillegg til antallet DRG-poeng for å beskrive aktivitetsutviklingen innen somatisk sektor.

Også i arbeidet med årets rapport har rapporterte regnskapsdata for kjøp av tjenester ved private rehabiliteringsinstitusjoner vist seg mangelfulle. Det har medført at utvalget på grunnlag av tilgjengelige data ikke kan slutte om regionenes kjøpe av tjenester hos private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner er på samme nivå som i 2010 som i 2009. Dette er problematisk siden man da på grunn av manglende data ikke vet om et av kravene som blir stilt i oppdragsdokumentet, er oppfylt.

Del II: Nasjonal og regional utvikling

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

- Ressursbruk, herunder lønnsutbetalinger og lønnsnivå
- Aktivitet
- Produktivitet
- Helseforetakenes økonomiske situasjon

1. Ressursbruk

Dette kapitlet beskriver utviklingen i ressursbruk i perioden 2006 til 2010. Ressursbruk måles ved driftskostnader og årsverk. Det var fra 2008 til 2009 en endring i datakilde knyttet til årsverk, til at data kun innsamles via register i Statistisk Sentralbyrå (SSB). Dette medfører at tallene for 2008 og 2009 ikke er direkte sammenlignbare.

Følgende hovedtrekk vises i kapitlet:

- Totale driftskostnader eksklusiv pensjon og arbeidsgiveravgift var nær 87 mrd kroner i 2010.
- Korrigert for nye oppgaver var kostnadsveksten på 2,8 prosent fra 2009 til 2010.
- Alle regioner har høyere vekst innen spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern enn somatisk virksomhet i siste femårsperiode.
- Det var en lav vekst i antall årsverk fra 2009 til 2010.
- Antall årsverk for leger og psykologer i spesialisert rusbehandling (TSB) økte i alle de fire regionene fra 2009 til 2010.
- Ansatte i helseforetakene hadde en vekst i månedsfortjeneste fra 2009 til 2010 på 4,2 prosent (Datalønnsvekst, Spekter). Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjøret (TBU) har anslått årslønnsveksten i helseforetakene til 3,7 prosent fra 2009 til 2010.
- Det var noen regionale forskjeller i vekst i månedsfortjeneste for ansatte i alt. Helse Midt-Norge lå høyest med 5,0 prosent, mens Helse Sør-Øst hadde lavest vekst med 4,0 prosent.
- Det er for første gang i BUS-rapporten gjennomført en robust dekomponering av endring i lønnsutbetalinger i en priseffekt (lønnsnivå) og volumeffekt (månedsverk). Regionale variasjoner i endring i lønnsutbetalinger skyldes i hovedsak variasjoner i endring i månedsverk.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2010 er det satt følgende mål for aktiviteten og ressursendring:

- Alle de regionale helseforetakene skal i 2010 kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i minst samme omfang som i 2009 for befolkningen.
- Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i TSB skal økes.

1.1 Driftskostnader

De totale driftskostnadene inkludert pensjonkostnader (heretter kalt pensjon), arbeidsgiveravgift og av-/nedskrivninger var 93 mrd kroner i 2010. For å kunne beregne endring fra tidligere år, er kostnader til pensjon og arbeidsgiveravgift tatt ut. Det har siste år vært store endringer i estimatene for pensjonkostnader og avsetning til pensjon. Dette har medført en stor reduksjon i regnskapsførte pensjonskostnader i 2010. Alle kostnadstall i dette kapitlet er av den grunn eksklusiv pensjon og arbeidsgiveravgift. Det henvises til SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010 for ytterligere diskusjon av dette temaet.

Totale driftskostnader for 2010 var i underkant av 81 mrd kroner, eksklusiv pensjon, arbeidsgiveravgift og av-/nedskrivninger. Dette tilsvarer en økning på 3,0 prosent fra året før. Når det korrigeres for nye oppgaver var veksten 2,8 prosent.

Av de totale driftskostnadene (eksklusiv kapital) i 2010, utgjør lønnskostnadene om lag 2/3 av kostnadene i behandlingssektorene. Andel varekostnader og andel andre driftskostnader var innen psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling 15-16 prosent. Innen somatisk virksomhetsområde er andel lønn noe lavere og andel varekostnader noe høyere enn i psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling (TSB).

Tabell 1.1 viser de totale driftskostnader eksklusiv pensjon og arbeidsgiveravgift for perioden fra 2006 til 2010. Tallene er ikke korrigert for nye oppgaver. Totale driftskostnader var i 2010 81 mrd kroner. Inkludert av-/nedskrivninger, men ekskludert pensjon og arbeidsgiveravgift, var totale kostnader i underkant av 87 mrd kroner i 2010.

Tabell 1.1 Totale driftskostnader eksklusiv pensjon og arbeidsgiveravgift 2006-2010. Korrigert for gjestepasientoppgjør. Ikke korrigert for nye oppgaver. Løpende priser. Millioner kroner. Kilde: SAMDATA.⁴

	2006	2007	2008	2009	2010
Samlede driftskostnader ekskl pensjon, arb.g.avg og kapital	64 535	68 170	73 369	76 949	80 645
Herav:					
Somatikk	46 185	48 520	52 202	54 550	56 745
Psykisk helsevern	11 059	11 993	12 860	13 257	14 104
Rusbehandling	1 969	2 088	2 375	2 626	2 820
Prehosp tjenester (ambulanse)	2 463	2 596	2 833	3 143	3 436
Syketransport	1 884	1 915	2 027	2 284	2 444
Annet	976	1 058	1 071	1 088	1 097
Av- og nedskrivninger mm ⁵	6 076	6 090	6 087	6 133	5 978
Samlede driftskostnader ekskl pensjon og arb.g.avg ⁶	70 611	74 261	79 456	83 082	86 623

⁴ Totalltallene i tabellen avviker fra sum regionale kostnader da gjestepasientoppgjøret ikke balanserer nasjonalt. Tidligere år har sum regionale tall fra SAMDATA blitt presentert som nasjonale tall.

⁵ Dette inkluderer konto 60 Av- og nedskrivninger, konto 630 Leie av lokaler og konto 78 Tap mv.

⁶ Totale kostnader inkludert pensjon, arbeidsgiveravgift og kapital var i 2006 91,4 mrd kr, i 2007 97 mrd kr, i 2008 99,1 mrd kr, i 2009 100,3 mrd kr og i 2010 92,9 mrd kr.

Tabell 1.2 viser den prosentvise endring i totale driftskostnader for hvert år fra 2006 til 2010, samt endring i femårsperioden. Det er her ikke korrigert for nye oppgaver, se figur 1.1 for korreksjon for nye oppgaver. Fra 2009 til 2010 har kostnadene økt med tre prosent. Dette fordeler seg med økning på drøye to prosent i somatisk virksomhet, og en kostnadsøkning på 4,5 og 5,5 prosent i henholdsvis psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling.

Veksten innen somatisk sektor fra 2006 til 2010 blir noe lavere dersom det korrigeres for nye oppgaver, innen andre virksomhetsområder er det kun mindre endringer. Den største kostnadsveksten fra 2006 til 2010 var innen spesialisert rusbehandling med 26 prosent, men også kostnader til prehospitale tjenester (ambulanse) har hatt en vekst på 23 prosent i perioden. Deler av kostnadene for prehospitale tjenester genereres av primærhelsetjenesten gjennom rekvirering av ambulansetjenester. Andre funksjoner som administrasjon og personalpolitiske tiltak har hatt fallende totalkostnader hvert år fra 2007 til 2010.

Kostnadene per innbygger i somatisk virksomhetsområde øker med en prosent fra 2006 til 2010. Innen psykisk helsevern var det en kostnadsøkning per innbygger på seks prosent, og innen spesialisert rusbehandling på 18 prosent i samme periode. Ratetall for de ulike helseregioner er diskutert ytterligere i SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010.

Tabell 1.2 Prosentvis endring i totale driftskostnader 2006-2010. Korrigert for gjestepasientoppgjør. Ikke korrigert for nye oppgaver. Faste priser. Kilde: SAMDATA.²

	2006- 2007 ⁷	2007- 2008	2008- 2009	2009- 2010	2006- 2010
Samlede driftskostnader ekskl pensjon, arb.g.avg og kapital	3,1 %	2,5 %	1,1 %	3,0 %	10,0 %
Herav:					
Somatikk	2,5 %	2,5 %	0,8 %	2,2 %	8,2 %
Psykisk helsevern	5,9 %	2,1 %	-0,6 %	4,5 %	12,3 %
Rusbehandling	3,5 %	8,3 %	6,6 %	5,5 %	26,1 %
Prehosp tjenester (ambulanse)	2,9 %	3,9 %	7,0 %	7,4 %	22,9 %
Syketransport	-0,8 %	0,8 %	8,7 %	5,1 %	14,2 %
Annet	5,9 %	-3,6 %	-2,1 %	-1,0 %	-1,0 %
Av- og nedskrivninger mm ⁸	-2,2 %	-4,8 %	-2,8 %	-4,3 %	-13,4 %
Samlede driftskostnader ekskl pensjon og arb.g.avg ⁹	2,7 %	1,9 %	0,8 %	2,4 %	8,0 %

Kostnadsøkningen var lavere i somatisk sektor enn i psykisk helsevern og rusbehandling fra 2009 til 2010. Dette gjelder også i femårsperioden fra 2006 til 2010. Kostnadene øker med 26 prosent innen spesialisert rusbehandling i perioden,

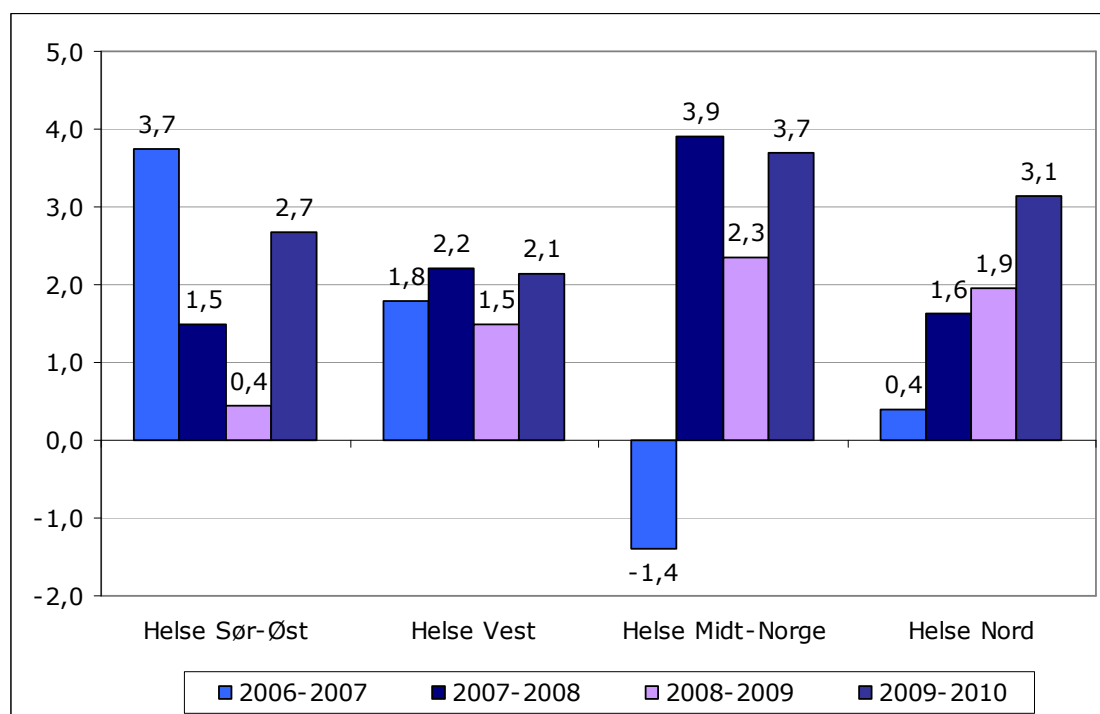
⁷ Modum Bad inkludert i tallene fra 2007, slik at veksten fra 2006 til 2007, og fra 2006 til 2010, overestimeres. Veksten uten Modum Bad var 5,1 prosent fra 2006 til 2007, og veksten fra 2006 til 2010 uten Modum Bad var 11,5 prosent.

⁸ Dette inkluderer konto 60 Av- og nedskrivninger, konto 630 Leie av lokaler og konto 78 Tap mv.

⁹ Totale kostnader inkludert pensjon, arbeidsgiveravgift og kapital var i 2006 91,4 mrd kr, i 2007 97 mrd kr, i 2008 99,1 mrd kr, i 2009 100,3 mrd kr og i 2010 92,9 mrd kr.

med 12 prosent i psykisk helsevern og 8 prosent innen somatisk virksomhet fra 2006 til 2010. Samme bilde gjelder alle helseregioner.

Figur 1.1 viser endringer i totale driftskostnader fra 2006 til 2010 i hver helseregion når det korrigeres for nye oppgaver. Siste år observeres en kostnadsøkning på mellom 2,1 og 3,7 prosent i helseregionene. Den totale kostnadsveksten i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge var noe høyere enn i Helse Vest og Helse Nord i perioden fra 2006. I de to førstnevnte regionene var kostnadsveksten i underkant av ni prosent, med Helse Vest om lag et prosentpoeng lavere. Helse Nord har den laveste kostnadsveksten i perioden med i overkant av syv prosent.



Figur 1.1 Årlig prosentvis endring i totale driftskostnader 2006-2010¹⁰. Korrigert for nye oppgaver. Faste priser. Kilde: SAMDATA.

Det er i Oppdragsdokumentene sagt at alle regionale helseforetak i 2010 skulle kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i minst samme omfang som i 2009. Det er ikke mulig ut fra foreliggende kostnadsdata å finne ut hvor mye den enkelte region har kjøpt for. Dette skyldes for det første at det for 2010 i overføringen til private rehabiliteringsinstitusjoner i varierende grad er tatt høyde for lavere pensjonskostnad. Det er derfor vanskelig eksakt å måle hvor mye det er inngått avtale om kjøp for. Imidlertid tyder de tall vi har tilgang til at det er kjøpt tjenester fra private rehabiliteringsinstitusjoner i samme omfang i 2010 som i 2009.

¹⁰ 1. juni 2007 ble Helse Øst og Helse Sør slått sammen til Helse Sør-Øst, og kostnadstallene for de to opprinnelige regionene er summert.

Helseregionene har anledning til å kjøpe behandlingsplasser på alle rehabiliteringsinstitusjoner med en driftsavtale med et regionalt helseforetak. Slike kjøp vil inngå i et ordinært gjestepasientoppgjør mellom regioner, og det vil derfor ikke være mulig å skille kjøp på private rehabiliteringsinstitusjoner spesielt. Det er derfor ikke mulig å finne ut hvor mye hver helseregion har kjøpt for basert på aggregerte regnskapsdata.

1.2 Årsverk

Tabell 1.3 viser antall årsverk for ulike personellgrupper i perioden fra 2006 til 2010. Det er lav vekst i antall årsverk fra 2009 til 2010, med en økning på under en prosent. Det er beregnet 97 800 årsverk i spesialisthelsetjenesten i 2010. Den største endringen fra foregående år finnes i utdanningsgruppen psykologer, med en vekst på i underkant av seks prosent til nær 3 300 årsverk. Både lege- og sykepleierårsverk øker med om lag to prosent fra 2009. Den største prosentvise nedgangen finnes innenfor gruppen hjelpepleiere mv, en nedgang på syv prosent fra 6 300 årsverk i 2009 til 5 900 årsverk i 2010. Innenfor gruppen annet personell er det også en reduksjon, mens annet helsepersonell har en økning i antall årsverk.

På grunn av overgang til registerbaserte data fra 2009, er det ikke mulig å beregne endringstall for hele femårsperioden. Imidlertid inneholder tabell 1.3 de skjembaserte tallene for perioden fra 2006 til 2008.

Tabell 1.3 Årsverk for personellgrupper i perioden 2006-2010¹¹. Helseforetak, sykehus og private institusjoner med driftsavtale. Kilde: SSB.

	2006	2007 ¹²	2008	2009 ¹³	2010	Pst endr 09-10
Leger	10 849	11 049	11 343	12 101	12 323	1,8 %
Psykologer	2 725	2 846	2 983	3 114	3 287	5,6 %
Off godkjente sykepleiere	32 160	32 766	32 533	33 142	33 751	1,8 %
Hjelpepleiere	7 267	6 868	6 364			
Annet pas.rettet personell	18 979	18 947	18 673			
Adm/teknisk	22 636	22 650	23 811			
Hjelpepleiere inkl barnepl	-	-	-	6 299	5 880	-6,7 %
Annen helseutd på videreg.nivå	-	-	-	5 888	6 098	3,6 %
Annen helseutd på univ/høyskole nivå	-	-	-	13 223	13 495	2,1 %
Annet personell	-	-	-	23 270	22 943	-1,4 %
I alt	94 616	95 126	95 707	97 037	97 777	0,8 %

Datagrunnlag benyttet i SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010 viser at det innen TSB var en økning i samlede årsverk for leger og psykologer i alle de fire regionene.

Tabell 1.4 viser at det i 2010 var et stabilt antall spesialister med driftsavtale, sett i forhold til 2009. Dette gjelder også i perioden fra 2006 til 2010. Det har i samme

¹¹ Data for perioden 2005-2008 er innrapportert på skjema (ikke rus), mens data for 2009-2010 er fra register.

¹² Tallene for 2007 er nedkorrigert med i underkant av 300 årsverk ift Statistikkbanken/SSB. Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning.

¹³ Tall fra 2009 er oppdatert i SSB etter at BUS-rapporten for 2009 var ferdig, og er oppdatert.

periode vært større økning i antall legespesialister med driftsavtale innen somatisk virksomhet enn for lege- og psykologspesialister innen psykisk helsevern.

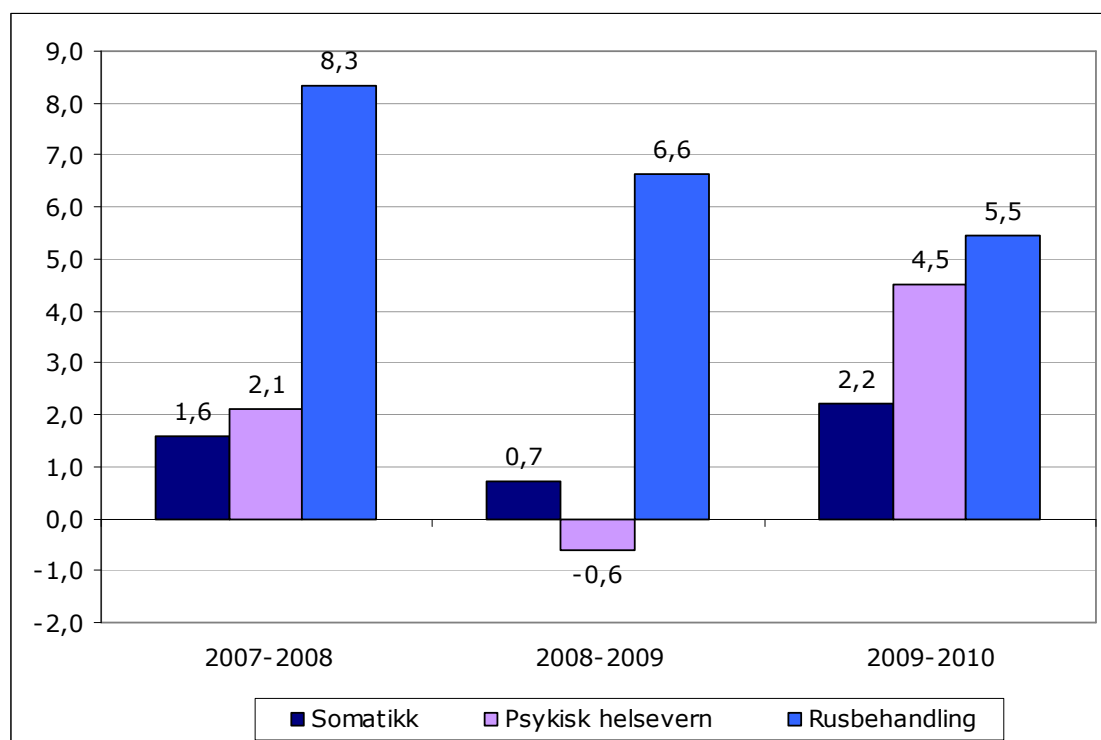
Tabell 1.4 Årsverk for lege- og psykologspesialister med driftsavtale 2006-2010. Fordelt etter spesialitet. Kilde: SSB.

	2006	2007	2008	2009	2010	Pst endr 06-10
Somatisk virksomhet	561	561	569	572	576	2,5 %
Psykisk helsevern	606	583	601	608	600	-0,9 %
Samlet	1 167	1 144	1 170	1 179	1 176	0,8 %

1.3 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling (TSB)

Driftskostnader

Siste år var kostnadsveksten innen somatisk virksomhet lavere enn innen psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling, se figur 1.2. Dette er også tilfelle når en ser femårsperioden fra 2006 til 2010 under ett. Imidlertid er det forskjeller mellom de ulike helseregionene, og det er ikke alle regionene som har denne utviklingen siste år selv om det er gjeldende i femårsperioden.



Figur 1.2 Prosentvis endring i driftskostnader til somatisk virksomhet, psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) fra 2007 til 2010. Korrigert for nye oppgaver. Faste priser. Kilde: SAMDATA og HOD.

Det er et avvik i figur 2.1 i forhold til tilsvarende figur i fjorårets BUS-rapport, knyttet til endring for 2008-2009 i psykisk helsevern. I årets rapport fremkommer det en reduksjon på 0,6 prosent, mens det i fjorårets rapport var en økning på 1,7 prosent. Årsaken til denne forskjellen knytter seg til pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift, som er ekskludert i årets rapport. Deler av veksten i driftskostnader fra 2008-2009 skyldes en vekst i pensjonskostnader og arbeidsgiveravgift.

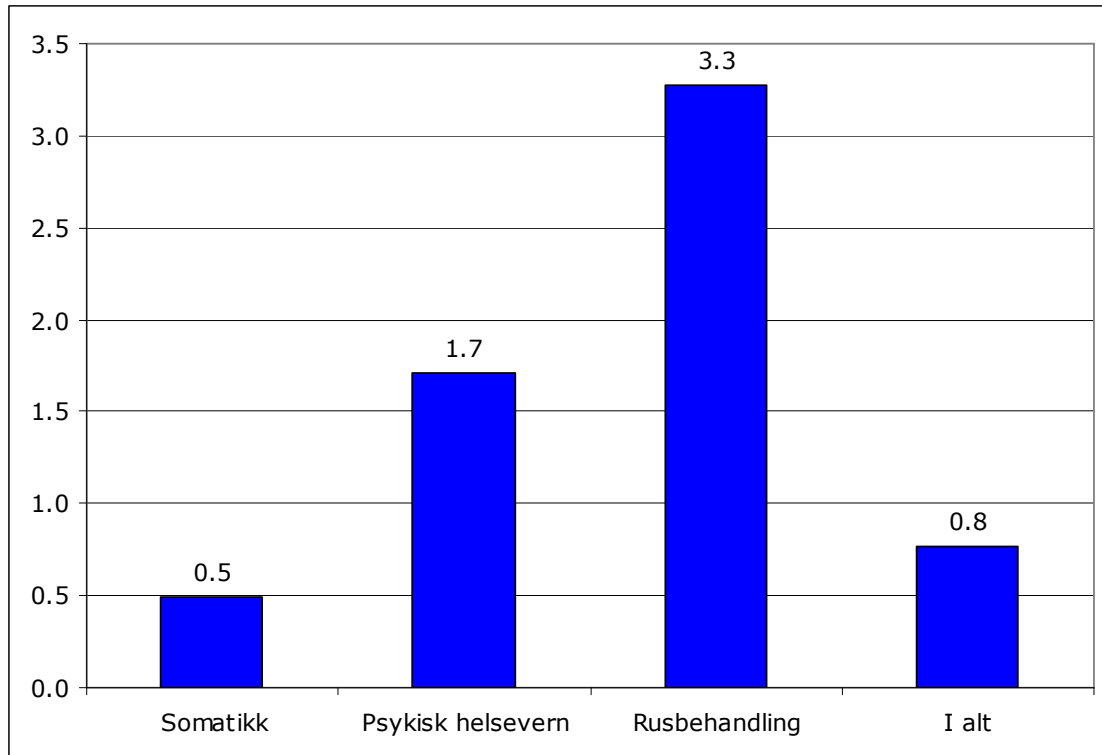
Fra 2009 til 2010 har kostnadsveksten i Helse Sør-Øst vært lavest innen somatisk virksomhet, men for de andre helseregionene var kostnadsveksten i andre virksomhetsområder lavere enn somatisk sektor, se tabell 1.5. For Helse Vest var det lavere vekst innen spesialisert rusbehandling, og i Helse Midt-Norge lavere innen psykisk helsevern. Helse Nord har negativ vekst i spesialisert rusbehandling fra 2009 til 2010. Men for regionene samlet var kostnadsveksten lavere for somatisk virksomhet enn for psykisk helsevern og rusbehandling, mye på grunn av Helse Sør-Østs tyngde i gjennomsnittsmålene.

Tabell 1.5 Prosentvis endring i driftskostnader til somatisk virksomhet, psykisk helsevern og rusbehandling fra 2009 til 2010. Per helseregion. Korrigert for nye oppgaver. Faste priser. Kilde: SAMDATA og HOD.

	Somatisk virksomhet	Psykisk helsevern	Rusbehandling
Helse Sør-Øst	1,7 %	5,7 %	8,0 %
Helse Vest	2,4 %	3,0 %	1,2 %
Helse Midt-Norge	3,3 %	2,1 %	13,4 %
Helse Nord	3,0 %	4,0 %	-8,2 %
Regionene samlet	2,2 %	4,5 %	5,5 %

Årsverk

Figur 1.3 viser endring i årsverk i de ulike behandlingssektorene fra 2009 til 2010. Tallene er hentet fra Statistikkbanken, og avviker noe fra tall i SAMDATA¹⁴. Økningen i antall årsverk er liten fra 2009 til 2010, nærmere bestemt 0,8 prosent. Imidlertid viser figuren at antall årsverk øker mer i psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling enn i somatisk virksomhetsområde. Utviklingen i årsverkene viser altså det samme bildet som kostnadsutviklingen siste år.



Figur 1.3 Prosentvis endring i årsverk i somatisk sektor, psykisk helsevern og rusbehandling (TSB). 2009-2010. Kilde: SSB¹⁵.

1.4 Utvikling i lønnskostnader, lønnsnivå og månedsverk

I avsnitt 1.1 fremgikk det at lønnskostnadene utgjør om lag 2/3 av kostnadene i behandlingssektorene (somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling). Endringer i lønnskostnader vil derfor ha relativt stor betydning for endringer i driftskostnader. Endringer i lønnskostnader kan grovt sett forklares gjennom endring i utførte måneds-/årsverk og/eller endring i lønnsnivå. I dette avsnittet analyseres disse forhold nærmere.

¹⁴ SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010 presenterer tall hvor det er ingen økning i årsverk innen somatisk virksomhet. Dette avviker fra tall presentert her og er knyttet til håndtering av private institusjoner og fordeling fellespersonell. Tall for psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling har kun mindre avvik og er knyttet til fordeling av fellespersonell.

¹⁵ Tabell 08062 i Statistikkbanken.

Det benyttes data fra Det teknisk beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU), Spekter og de regionale helseforetakene.

På nasjonalt nivå har vi også tilgang til data fra SSB sin statistikk for utviklingen i månedsfortjeneste for heltidsansatte i spesialisthelsetjenesten per 1. oktober, men på grunn av kategoriseringen av de ansatte og måleperiode presenteres denne ikke i detalj. Data fra Spekter gir datolønnsvekst mellom én observasjonsmåned hvert år etter at lønnsoppgjøret er implementert, i år 1. november. Inndelingen i personellkategorier er beholdt som før for å sikre kontinuitet i dataseriene.

Videre er det innhentet lønns- og personelldata fra de regionale helseforetakene, gjennom databaser som omfatter lønnsutbetalinger og brutto månedsverk. Dette datagrunnlaget er mer egnet til en dekomponering av endring i lønnsutbetalinger i en pris- og volumeffekt. De regionale helseforetakene besluttet våren 2011 en ny kategorisering av ansatte i 11 personellgrupper på nivå 1 og drøyt 40 grupper på nivå 2.¹⁶ I tabellene presenteres det en aggregert versjon av disse. Det har til dels vært en krevende prosess å innhente data fra RHF-ene blant annet på grunn av omorganisering i helseforetakene og endringer i personalsystemene. Selv om data kun er innhentet for 2009 og 2010 er det fortsatt enkelte helseforetak som ikke er inkludert. BUS anser at lønns- og personelldata innhentet og tilrettelagt fra RHFene over tid vil gi et bedre analysegrunnlag på lønnsområdet, men ber om at årets analyser benyttes med forsiktighet.

I første del av avsnittet presenteres tall for utvikling i lønnsnivå, mens det i andre del presenteres resultater fra dekomponeringsanalysene.

1.4.1 Lønnsnivå

I dette avsnittet ses det både på datolønnsvekst og årslønnsvekst. Dato lønnsvekst er nominell lønnsvekst mellom to observasjonsdatoer, mens årslønnsvekst er endring mellom kalenderår. Årslønnsvekst inkluderer både måneder med «gammel» og «ny» lønnsavtale. TBU benytter årslønnsvekst, mens de data som benyttes fra Spekter vil vise datolønnsvekst. Data fra regionene dekker hver måned i året, og presenteres her som årslønnsvekst.

Årslønnsvekst (TBU)

TBU presenterer gjennomsnittlig lønnsvekst for en rekke sektorer i landet, herunder for helseforetakene. Tabell 1.6 viser at TBU har anslått veksten i lønnsnivå for helseforetakene til 3,7 prosent fra 2009 til 2010. Dette er på linje med utviklingen for kommuneansatte, men noe lavere enn for statsansatte. TBU har videre anslått at gjennomsnittlig lønnsvekst for norske lønnstakere under ett var $3\frac{3}{4}$ prosent siste år¹⁷.

I perioden 2006-2010 var lønnsutviklingen for helseforetakene omtrent på linje med kommune- og statsansatte, og noe høyere enn gjennomsnittet for landet.

¹⁶ Se definisjon av gruppene i "Nasjonal HR indikator katalog", administrert av de regionale helseforetakene.

¹⁷ Foreløpig anslag i TBU, Endelig hovedrapport per 5. april 2011.

Tabell 1.6 Årlig prosentvis endring i lønnsnivå for helseforetakene, utvalgte sektorer og landet samlet. Årslønnsvekst. 2006-2010. Kilde: TBU.

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Helseforetak	4,9 %	6,5 %	5,1 %	3,7 %
Kommuneansatte	4,8 %	6,7 %	4,6 %	3,7 %
Statsansatte	5,1 %	6,7 %	4,4 %	4,5 %
Gjennomsnitt landet, anslag	5,4 %	6,3 %	4,5 %	3,7 %

Utvikling i månedsførtjeneste (Spekter)

Månedsførtjeneste defineres som summen av utbetalt avtalt lønn og uregelmessige tillegg. Overtidsgodtgjørelse er ekskludert.

Ved vurdering og tolkning av tallene er det viktig å være bevisst at endring i lønnsnivå for en gruppe ikke bare skyldes effekt av lønnsoppgjør, men også vil kunne forklares med endringer i sammensetning av gruppen (endring i stillingskategorier innen gruppen, turnover og lignende).

Tabell 1.7 viser tall for månedsførtjeneste for ulike personellgrupper i perioden 2006 til 2010, samt prosentvis endring siste år. I 2010 var gjennomsnittlig månedsførtjeneste for ansatte samlet 38 785 kroner, en økning på 4,2 prosent fra 2009. Datolønnsveksten er noe høyere enn årslønnsveksten fra TBU. Det er gruppen "Andre personellgrupper" som siste år hadde den sterkeste prosentvise økningen med 5,3 prosent.¹⁸ Data fra Spekter viser videre at veksten i lønnsnivå for leger siste år var 3,6 prosent, mens den for sykepleiere var 2,7 prosent. Som det framgår av tabellen hadde både spesialsykepleiere og hjelpepleiere en noe høyere vekst i lønnsnivå enn sykepleiere.

Tabell 1.7 Månedsførtjeneste for ulike personellgrupper og ansatte i alt. 2006-2010. Kilde: Spekter.

	2006	2008	2009	2010	Pst endring 2009-2010
Ansatte i alt	31 523	35 930	37 220	38 785	4,2 %
Leger	57 305	61 632	64 055	66 378	3,6 %
Sykepleiere	28 321	32 789	33 683	34 588	2,7 %
Spesialsykepleiere	31 862	36 787	37 565	38 888	3,5 %
Hjelpepleiere	25 966	29 884	31 026	32 116	3,5 %
Annet helsepersonell	28 615	32 766	34 285	35 425	3,3 %
Andre personellgrupper	27 371	30 859	31 774	33 458	5,3 %

I perioden 2006 til 2010 hadde, med unntak av legegruppen, alle personellkategorier en nominell vekst i lønnsnivå på 22-24 prosent. Veksten for legegruppen var nær 16 prosent. Dersom man ser på samlet lønnsvekst for en lengre periode vil imidlertid forskjellen mellom legegruppen og de andre gruppene være noe mindre, blant annet hadde legene hadde en relativt høy lønnsvekst fra 2002 til 2003.

I data fra SSB fremkommer det at heltidsansatte i helseforetakene hadde en gjennomsnittlig månedslønn eksklusiv overtidsgodtgjørelse på 38 700 kroner per 1.

¹⁸ De største personellgruppene i denne kategorien er fagarbeidere (ca 30 %), ufaglærte (ca 25 %), ledere utenfor overenskomst (10 %), teknisk/administrativt (10 %). Andelene er basert på 2009-tall.

oktober 2010. Dette var 1 000 kroner, eller 2,7 prosent, mer enn på samme tidspunkt i 2009. Dette er noe lavere enn i statistikken fra Spekter grunnet annen tidsperiode og sammensetning som beskrevet tidligere.

Tabell 1.8 viser gjennomsnittlig månedsfortjeneste for ansatte i alt i de fire helseregionene. Det er gjennomgående små regionale forskjeller i lønnsnivå i 2010 for ansatte i alt. Forskjellen mellom høyeste og laveste nivå er kun ca 300 kroner, fra ca 38 700 i Helse Sør-Øst og Helse Vest til nær 39 000 kroner i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Med unntak av overleger viser mer detaljerte tall at det heller ikke for ulike personellgrupper er store forskjeller mellom regionene. Når det gjelder overleger er lønnsnivået i Helse Nord drøyt 13 prosent over landsgjennomsnittet for gruppen.

Tabell 1.8 Gjennomsnittlig månedsfortjeneste for ansatte i alt. Foretaksgruppen i regionene. 2006-2010. Kilde: Spekter.

	2006	2007	2008	2009	2010
<i>Helse Øst</i>	31 359	33 128			
<i>Helse Sør</i>	31 908	33 258			
Helse Sør-Øst		33 186	36 017	37 234	38 731
Helse Vest	31 548	33 005	35 458	37 182	38 718
Helse Midt Norge	31 101	32 815	36 017	37 055	38 902
Helse Nord	31 598	33 198	36 111	37 416	39 035
Regionene samlet	31 523	33 105	35 930	37 220	38 785

Tabell 1.9 viser prosentvis endring i månedsfortjeneste for ulike personellgrupper i de fire regionene. For ansatte i alt var det siste år sterkest datolønnsvekst i Helse Midt-Norge med 5,0 prosent. I de andre regionene var veksten på ca 4 prosent. For de ulike personellgruppene varierer det noe mellom regionene og mellom år hvorvidt det er en relativt sterkere eller svakere vekst.

For leger viser tabellen at Helse Nord hadde sterkest vekst siste år med 7,1 prosent, mens veksten året før var lavest med 1,6 prosent. I Helse Nord ble noe lønnsvekst i 2009 først registrert i 2010. For denne regionen er derfor lønnsvekst 2008/2009 for lav og lønnsvekst 2009/2010 for høy. Perioden 2008/2010 sett under ett gir et riktig bilde av lønnsveksten. Dersom man ser samlet på årene 2008-2010 var veksten for leger i alle regioner i størrelsesorden 7-9 prosent. Innad i legegruppen var det særlig veksten i månedsfortjeneste for overleger i Helse Nord som skiller seg noe ut med 7,0 prosent, som forklart tidligere. I de andre regionene var veksten for overleger i størrelsesorden 3,0-3,5 prosent. Man må imidlertid huske at endring i månedsfortjeneste ikke bare bestemmes av lønnsoppgjør, men også av endringer i sammensetning av gruppen og lønnsavtaler. Datagrunnlaget vårt muliggjør ikke en dekomponering av årsaker til endringer i gjennomsnittlig månedsfortjeneste.

Tabell 1.9 Årlig prosentvis endring i månedsfortjeneste for ulike personellgrupper og ansatte i alt (datolønnsvekst). Foretaksgruppen i regionene. 2006-2010. Kilde: Spekter.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt Norge		Helse Nord	
	2008-2009	2009-2010	2008-2009	2009-2010	2008-2009	2009-2010	2008-2009	2009-2010
Ansatte i alt	3,4 %	4,0 %	4,9 %	4,1 %	2,9 %	5,0 %	3,6 %	4,3 %
Leger	4,2 %	2,8 %	4,4 %	4,5 %	3,6 %	3,2 %	1,6 %	7,1 %
Sykepleiere	2,6 %	2,3 %	3,7 %	3,3 %	2,7 %	3,8 %	2,5 %	2,6 %
Spesialsykepleiere	1,8 %	3,2 %	3,3 %	3,5 %	1,3 %	4,2 %	2,6 %	4,0 %
Hjelpepleiere	3,9 %	3,5 %	4,9 %	3,4 %	2,6 %	4,1 %	3,0 %	3,0 %
Annet helsepersonell	4,6 %	3,2 %	5,0 %	5,0 %	5,8 %	3,2 %	3,1 %	3,7 %
Andre personalgrupper	2,9 %	5,4 %	2,7 %	5,4 %	3,1 %	5,1 %	3,9 %	4,8 %
Overleger	3,8 %	3,0 %	7,7 %	3,5 %	3,6 %	3,0 %	4,0 %	7,0 %
LiS	3,0 %	4,2 %	3,7 %	4,0 %	4,5 %	2,2 %	2,4 %	2,2 %
Turnusleger	3,9 %	3,4 %	1,6 %	3,8 %	3,3 %	3,1 %	0,5 %	4,0 %

For sykepleiere varierte endringen i månedsfortjeneste siste år fra 2,3 prosent i Helse Sør-Øst til 3,8 prosent i Helse Midt-Norge. Dersom man ser på perioden 2008-2010 var det i Helse Vest at veksten i lønnsnivå var høyest, men bare noe høyere enn i Helse Midt-Norge.

Når det gjelder gruppen Annet helsepersonell var veksten i månedsfortjeneste sterkest i Helse Vest både i 2008-2009 og 2009-2010 med 5,0 prosent begge år. I Helse Midt-Norge var det også samlet sett de to siste årene vekst i lønnsnivå nær opp til nivået i Helse Vest.

1.4.2 RHF-data som kilde for lønnsnivå og dekomponeringsanalyse

BUS har de siste to årene arbeidet målrettet med å fremskaffe et datagrunnlag som kan muliggjøre en dekomponering av endring i lønnskostnader i en pris- (lønnsnivå) og volumkomponent (månedsverk). Dette er blant annet som en følge av BUS sitt mandat om å foreslå utvidelser av datagrunnlaget der det er nødvendig. Bruk av tall fra ulike kilder (SSB, Spekter, regionale helseforetak) har tidligere år ikke gitt robuste resultater. Våren 2010 igangsatte BUS derfor et pilotprosjekt hvor lønns- og personelldata fra regionenes databaser ble brukt som eneste kilde for å se på muligheten for en slik dekomponering. I denne piloten ble data fra Helse Midt-Norge benyttet.

Resultatet av piloten var så pass lovende at de regionale helseforetakene og BUS innledet et samarbeid høsten 2010 for å fremskaffe de relevante data fra alle de fire regionene. Dette resulterte i leveranse av månedsdata for lønnsutbetalinger og brutto månedsverk for en rekke personellkategorier. Datagrunnlaget muliggjør beregning av lønnsnivå, samt en dekomponeringsanalyse, men kun for perioden 2009 til 2010.

I og med at dette er første gang disse dataene brukes til å foreta en slik dekomponeringsanalyse, samt at det kun foreligger data for 2009 og 2010, vil det kunne være svakheter i datagrunnlaget som ikke er fanget opp. Den største

svakheten var manglende data fra Oslo Universitetssykehus (OUS) for deler av 2009.¹⁹ Det opplyses fra Helse Sør-Øst at dette skyldes utfordringer med interne organisasjonsendringer. Et særskilt tilrettelagt datagrunnlag fra OUS ble levert BUS for seint til å bli inkludert i rapporten her.²⁰ Siden analysene fordrer at det foreligger data for minst to år, samt at OUS utgjør en så vesentlig del av Helse Sør-Øst, er utvalget av den oppfatning at det her ikke kan presenteres tall for Helse Sør-Øst.

Det er også forskjeller mellom foretakene i hvilken grad ambulansetjenesten er inkludert i statistikken. BUS ser behovet for å videreføre arbeidet med å utbedre statistikkgrunnlaget og å utarbeide relevante sammenligninger basert på statistikk fra helseforetakenes lønns- og personalsystemer, men ønsker å inkludere analysene slik disse foreligger i dag. Resultatene som presenteres må vurderes i lys av de nevnte mangler i datagrunnlaget.

Det presenteres først beregninger av lønnsnivå (basert på utbetalinger knyttet til fast lønn), dernest vises det resultater fra dekomponeringsanalysen.

Lønnsnivå 2009-2010 basert på data fra regionene

Ved beregning av lønnsnivå i dette avsnittet er det tatt utgangspunkt i lønnsutbetalinger og brutto månedsverk for fast lønn eksklusiv etterreguleringer. Dette vises for brutto månedsverk samlet²¹ ("ansatte i alt") og en del utvalgte stillingskategorier i tabell 1.10. Tabellen viser at gjennomsnittlig lønnsnivå i 2010 for brutto månedsverk samlet var 37 513 kroner i Helse Nord, en økning på 3,8 prosent fra 2009 (årslønnsvekst, inkl. UTA-tid). Gjennomsnittlig lønnsnivå i Helse Midt-Norge er noe lavere enn i Helse Nord, men igjen noe høyere enn i Helse Vest.

Tabell 1.10 viser lønnsnivå for den nye inndelingen i stillingskategorier på aggregert nivå. For ansatte i administrasjon og ledelse²² var lønnsnivået noe høyere i Helse Vest og Helse Nord og lavest i Helse Midt-Norge. Den prosentvise endringen siste år varierte mellom 3,1 og 3,5 prosent.

Leger i Helse Nord har et noe høyere lønnsnivå enn i de andre regionene. Endringen siste år er imidlertid rimelig lik mellom 3,0 og 3,6 prosent.

Lønnsnivået for leger som presenteres i tabell 1.10 avviker en del fra tilsvarende tall fra Spekter. Dette skyldes for det første at tallene i tabell 1.10 er gjennomsnitt for 2010, mens Spekter-tallene er data for en gitt måned i 2010. For det andre er definisjon av lønnsnivå og årsverk ikke helt lik i de to beregningene²³. For

¹⁹ I tillegg inngår ikke Sunnaas sykehus, Asker og Bærum i Vestre Viken for deler av perioden. Sykehuset Østfold har ikke levert data.

²⁰ Det vil imidlertid bli utarbeidet et notat som viser resultater for Helse Sør-Øst sammen med de andre regionen innen medio september 2011.

²¹ Ambulansepersonell er i ulik grad inkludert i data fra de regionale helseforetakene. I Helse Midt-Norge utføres det meste av ambulansetjenesten av private aktører, mens dette er noe annerledes i andre regioner. Vi har derfor beregnet lønnsnivå og endring i dette for brutto månedsverk samlet eksklusiv ambulansepersonell. Beregnet lønnsnivå øker svakt i Helse Vest og Nord, mens det er tilnærmet ingen endring i tallene for prosentvis endring.

²² Gruppen Administrasjon og ledelse omfatter her personell på alle nivå i organisasjonene.

²³ Det er særlig håndtering av månedsverk for UTA som har betydning for beregnet lønnsnivå. Data fra Spekter viser lønnsnivå for heltidsekvivalenter (dvs månedsverk for UTA er ikke inkludert), mens lønnsnivå presentert i tabell 1.10 er beregnet ut fra sum månedsverk for fast lønn (dvs inklusiv månedsverk for UTA). Dersom månedsverk for UTA ekskluderes ved beregning av lønnsnivå, vil avviket i lønnsnivå mellom Spekter og RHF-data bli vesentlig redusert.

sykepleiere er det som ventet lite variasjon i lønnsnivå mellom regionene, noe som også gjelder for endring siste år (varierte fra 2,9 til 3,5 prosent).

Tabell 1.10 Gjennomsnittlig lønnsnivå (fast lønn) for brutto månedsverk samlet og utvalgte stillingskategorier regionalt. 2009-2010.

Kilde: Regionale helseforetak.

	2010			Prosent endring 2009-2010		
	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Brutto månedsverk samlet	36 777	37 218	37 513	3,3 %	3,2 %	3,8 %
Adm og ledelse	36 009	34 891	36 511	3,5 %	3,1 %	3,1 %
Pasientrettede stillinger	31 547	32 460	30 978	2,7 %	3,8 %	3,8 %
Leger	58 262	57 761	60 666	3,3 %	3,0 %	3,6 %
Psykologer	43 011	40 439	43 076	3,6 %	2,7 %	2,5 %
Sykepleiere	35 147	35 416	35 803	2,9 %	3,5 %	3,2 %
Helsefagarbeider/-hjelpepleier	30 972	30 177	30 830	3,5 %	3,7 %	3,2 %
Diagnostisk personell	32 399	32 498	33 100	3,1 %	3,7 %	3,5 %
Drifts/teknisk personell	27 516	31 283	27 961	1,8 %	2,6 %	3,6 %

For gruppene Helsefagarbeidere og Diagnostisk personell er det kun mindre regionale forskjeller i lønnsnivå og endring siste år. Men når det gjelder Drift/teknisk personell viser tabell 1.10 at lønnsnivået i Helse Midt-Norge er en del høyere enn i Helse Vest og Helse Nord. Det er noe usikkerhet rundt datagrunnlaget for denne stillingskategorien i Helse Midt-Norge og man må derfor tolke den observerte forskjellen med varsomhet.

Dekomponering av endring i lønnsutbetalinger

I tabell 1.11 vises tall for prosentvis endring i lønnsutbetalinger, brutto månedsverk og lønnsnivå fra 2009 til 2010. Merk at lønnsnivå i tabell 1.11-1.14 er definert som sum lønnsutbetalinger dividert med sum brutto månedsverk, og vil dermed være forskjellig fra lønnsnivå presentert i tabell 1.10. Årsaken til denne forskjellen er at det her skal fokuseres på samlede lønnsutbetalinger, ikke bare for fast lønn som i tabell 1.10.

For Helse Vest økte lønnsutbetalingene med 5,5 prosent fra 2009 til 2010. De økte utbetalingene kan forklares av en økning i brutto månedsverk på 2,1 prosent og en økning i lønnsnivå på 3,3 prosent. Tilsvarende kan man lese tallene for de andre regionene.

Hovedbilde i tabell 1.11 er at endringen i lønnsnivå er rimelig lik mellom regionene, mens det er variasjoner i endringer i månedsverk som i hovedsak forklarer variasjoner i endringer i lønnsutbetalinger. Imidlertid ser man av tabellen at det er variasjoner mellom regionene i forhold til hvor stor andel av endringen i lønnsutbetalinger som skyldes endring i månedsverk eller endring i lønnsnivå. Som nevnt vil også endret sammensetning innad i gruppen kunne bidra til ulik utvikling.

Tabell 1.11 Dekomponering av endring i lønnsutbetalinger. Prosentvis endring i lønnsutbetalinger, brutto månedsverk og lønnsnivå (årslønnsvekst). 2009-2010. Brutto månedsverk samlet ("alle ansatte").
Kilde: Regionale helseforetak.

	Lønnsutbetalinger	Månedsverk	Lønnsnivå
Helse Vest	5,5 %	2,1 %	3,3 %
Helse Midt-Norge	3,1 %	-0,4 %	3,5 %
Helse Nord	5,1 %	1,4 %	3,6 %

I tabell 1.12 vises dekomponeringstall for legegruppen. Det er særlig Helse Midt-Norge som skiller seg ut med en relativt sett lavere økning i lønnsutbetalinger, og som man ser av tabellen skyldes dette en lavere vekst i brutto månedsverk. Helse Vest skiller seg også noe fra de andre regionene med en relativt sett mindre økning i lønnsnivå, samtidig som brutto månedsverk økte relativt sett mer. Det var med andre ord noe variasjon mellom regionene når det gjelder utviklingen i lønnsutbetalinger, månedsverk og lønnsnivå for legegruppen.

Tabell 1.12 Dekomponering av endring i lønnsutbetalinger. Prosentvis endring i lønnsutbetalinger, brutto månedsverk og lønnsnivå. 2009-2010. Leger samlet. Kilde: Regionale helseforetak.

	Lønnsutbetalinger	Månedsverk	Lønnsnivå
Helse Vest	7,4 %	5,2 %	2,1 %
Helse Midt-Norge	3,8 %	0,8 %	3,0 %
Helse Nord	7,1 %	2,8 %	4,2 %

I tabell 1.13 presenteres dekomponeringstall for sykepleiergruppen. Mens det var en del variasjoner mellom regionene for legegruppen, viser tallene for sykepleiergruppen at det fra 2009 til 2010 kun var mindre regionale forskjeller når det gjelder utvikling i utbetalinger, månedsverk og lønnsnivå.

Tabell 1.13 Dekomponering av endring i lønnsutbetalinger. Prosentvis endring i lønnsutbetalinger, brutto månedsverk og lønnsnivå. 2009-2010. Sykepleiere samlet. Kilde: Regionale helseforetak.

	Lønnsutbetalinger	Månedsverk	Lønnsnivå
Helse Vest	4,4 %	1,2 %	3,2 %
Helse Midt-Norge	4,9 %	1,4 %	3,5 %
Helse Nord	4,5 %	1,6 %	2,9 %

Hjelpepleiere har tidligere år vært definert som en egen gruppe i statistikk for årsverksinnsats, og for denne gruppen har det vært en reduksjon i årsverk i spesialisthelsetjenesten i mange år. Denne gruppen inngår nå i gruppen Helsefagarbeidere. I tabell 1.14 vises resultater av dekomponeringen av lønnsutbetalinger for helsefagarbeidere i perioden 2009-2010. Tallene viser at utviklingen er rimelig lik mellom regionene. Reduksjonen i lønnsutbetalinger skyldes for det meste en noe sterkere reduksjon i brutto månedsverk. Endringen i lønnsnivå er rimelig lik mellom regionene.

Tabell 1.14 Dekomponering av endring i lønnsutbetalinger. Prosentvis endring i lønnsutbetalinger, brutto månedsverk og lønnsnivå. 2009-2010. Helsefagarbeidere. Kilde: Regionale helseforetak.

	Lønnsutbetalinger	Månedsverk	Lønnsnivå
Helse Vest	-4,1 %	-7,0 %	3,1 %
Helse Midt-Norge	-3,9 %	-7,2 %	3,5 %
Helse Nord	-3,6 %	-6,3 %	2,8 %

2. Aktivitet

De regionale helseforetakene har ansvar for fire hovedoppgaver: pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasient- og pårørendeopplæring. I dette kapitlet presenteres aktivitetsdata kun for pasientbehandling, som det finnes et godt og omfattende datagrunnlag for. For de andre hovedoppgavene er datagrunnlaget mer begrenset, og det vises til fjorårets BUS-rapport for en beskrivelse av aktivitet fram til 2009.

Følgende hovedresultater presenteres i kapitlet:

- For somatisk virksomhet, inklusiv poliklinikk, var det en økning i aktiviteten målt i DRG-poeng med 1,2 prosent fra 2009 til 2010. Korrigert for aktivitet som ikke inngår i DRG-systemet og systemmessige forhold er den reelle økningen estimert til om lag 1 prosent.
- Helse Sør-Øst hadde en noe lavere økning i DRG-poeng enn de 3 andre regionene.
- Det generelle bildet viser en lavere vekst (i noen regioner reduksjon) i somatisk døgnbehandling, mens dag- og poliklinisk aktivitet øker prosentvis mer.
- Det var nær 9 000 flere pasienter som fikk et tilbud i somatisk sykehusvirksomhet i 2010 sammenlignet med 2009, en prosentvis økning på 0,5.
- Aktiviteten ved private rehabiliteringsinstitusjoner målt i antall opphold ble redusert med 7,3 prosent fra 2009 til 2010.
- Innen psykisk helsevern var det nasjonalt vekst for både døgn- og poliklinisk virksomhet siste år. Aktivitetsøkningen siste år var gjennomgående høyere enn året før (2008-2009).
- Antall pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge økte med 3,7 prosent til 54 012 pasienter i 2010. De polikliniske tiltakene økte med 7,7 prosent til 906 284 tiltak i 2010. For begge aktivitetsmål var det økning i alle regioner.
- Innen psykisk helsevern for voksne økte antall pasienter ved de offentlige institusjonene med 3,9 prosent, og det var 121 848 pasienter som mottok tilbud i 2010. Antall døgnopphold økte med 3,3 prosent, mens polikliniske konsultasjoner viste en vekst på 5,7 prosent. Det var økning i aktivitet i alle regionene.
- For tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk (TSB) var det siste år en økning både for innleggelser (2,7 prosent) og polikliniske konsultasjoner (3,3 prosent). For konsultasjonene var det reduksjon i Helse Sør-Øst, mens det for innleggelser var reduksjon i Helse Nord. Utover dette var det vekst i alle regioner.
- I all hovedsak var den prosentvise aktivitetsveksten for psykisk helsevern og TSB høyere enn for somatisk virksomhet.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2010 ble det satt følgende mål for aktiviteten:

- Tildelt ressursramme la til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,3 prosent fra 2009 til 2010. Veksten kunne imidlertid fordele seg ulikt innenfor ulike behandlingsområder.
 - Basert på prognose fra 1. tertial 2009 ble det lagt til rette for å øke ISF-aktiviteten med 1,2 prosent i 2010.
 - For poliklinisk aktivitet utover det som inngår i ISF (dvs i hovedsak psykisk helsevern, TSB og lab/røntgen), ble det lagt til rette for en vekst på 2,5 prosent basert på regnskapstall per juni 2009.

2.1 Pasientbehandling

2.1.2 Somatisk virksomhet

Når det gjelder somatisk virksomhet vil fokus rette seg mot endring i faktisk aktivitet mellom år, og da særlig siste års endring. Derne er det interessant å undersøke utviklingen i faktisk aktivitet over flere år for å identifisere trender i aktivitetsutviklingen. I denne gjennomgangen vil det dessuten bli vist til beregninger av aktivitet per innbygger (rater) presentert i SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010.²⁴

Aktivitetsutvikling for somatisk virksomhet nasjonalt

Det er SAMDATA og Norsk Pasientregister (NPR) som er kilde for tallene. I SAMDATA har det fra 2010 vært endringer i hvordan oppholdene kategoriseres. Dette medfører et brudd med tidligere års data, og tall for 2009 presenteres både sammenlignbart med tidligere år og sammenlignbart med ny inndeling fra 2010. Forskjellen i antall dagbehandlinger i 2009 med gammel og ny kategorisering er i hovedsak at cytostatika og en del dagrehabilitering i de nye tallene er kategorisert som polikliniske konsultasjoner. I tillegg er stråleterapi inkludert i datagrunnlaget fra 2010.²⁵ I tabellene presenteres derfor tidligere inndeling i en svakere farge for å markere bruddet.

Tabell 2.1 Aktivitetstall for somatisk sektor 2006-2010²⁶.
Kilde: NPR og SAMDATA.

Aktivitetsmål	2006	2008	2009	2009	2010
DRG-poeng	1 111 597	1 154 169	1 166 650	1 284 199	1 299 559
Døgnopphold	876 196	874 167	863 265	863 669	865 699
Dagbehandling	548 657	555 758	581 233	418 057	428 930
Polikliniske konsultasjoner		4 223 177	4 317 830	4 676 245	4 825 750
Konsult. priv.avtalespes. ²⁷	2 018 093	2 031 121	2 014 134		na

²⁴ SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010 (IS-1921), Helsedirektoratet.

²⁵ Aktivitet knyttet til pasientadministrert biologiske legemidler og hjemmebasert posedialyse er ikke inkludert.

²⁶ I forbindelse med ISF-oppgjørene blir det utarbeidet egne aktivitetsoversikter. Disse omfatter bare aktivitet som blir ISF-finansiert. Aktivitet gjennom ordningen "Raskere tilbake" og annen aktivitet som ikke finansieres gjennom ISF fører til at tallene i ISF-analysene blir forskjellige fra de som presenteres her.

Tabell 2.2 Prosentvis endring i aktivitet i somatisk sektor 2006-2010.
Kilde: NPR og SAMDATA.

Aktivitetsmål	2006-2007	2007-2008 ²⁸	2008-2009	2009-2010
DRG-poeng	2,2	1,6	1,1	1,2
Døgnopphold	-1,5	1,3	-1,2	0,2
Dagbehandling	4,4	-3,0	4,6	2,6
Polikliniske konsultasjoner			2,2	3,2
Konsult. priv.avtalespes.	4,5	-3,7	-0,8	na

Aktivitetstallene i tabell 2.1 inkluderer aktivitet hos private aktører. I tillegg er tallene for strålebehandling inkludert i nye tall for 2009 og tall for 2010. Nye tall inneholder også antall DRG-poeng for poliklinisk aktivitet. Det er en økning i aktiviteten målt i antall DRG-poeng på 1,2 prosent fra 2009 til 2010, og det ble produsert om lag 1,3 mill DRG-poeng i 2010. Aktivitet knyttet til pasientadministrerte biologiske legemidler og hjemmebasert posedialyse inngår ikke som en ordinær del av DRG-systemet. Disse aktivitetene hadde til sammen en sterkere vekst siste år enn for DRG-poengene. Samtidig medførte endringer i DRG-systemet og ISF at veksten i DRG-poeng er for høy. Samlet sett er aktivitetsveksten innen somatisk virksomhet estimert til å være om lag 1 prosent.

Tabell 2.2 viser at det var omtrent uendret nivå på antall døgnopphold i 2009 og 2010, med en svak økning på 0,2 prosent til 866 000 opphold. Antall dagbehandling økte med 2,6 prosent til i underkant av 430 000, og antall polikliniske konsultasjoner økte med 3,2 prosent. Det ble utført over 4,8 millioner polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten i 2010.

Dekomponering av endring i DRG-poeng

Grupperingen til ulike DRGer baserer seg på registrerte medisinske koder for diagnoser og prosedyrer. Dersom sykehus endrer praksis i sin måte å registrere disse kodene på, vil det kunne gi endringer i DRG-grupperingen, slik at den samme aktiviteten gir flere eller færre DRG-poeng. I tillegg til dette vil endringer i ISF-systemet også medføre endringer i DRG-poeng. Dette kan være endringer i regelverk, herunder grupperingslogikk, prisregler og kostnadsvektorer, som medfører at den samme aktiviteten gir flere eller færre poeng i ulike år. Denne type systemendringer vil ikke helseforetakene ha mulighet til å påvirke. Det foretas derfor årlige beregninger av hvor mye av endring i DRG-indeksen²⁹ som kan knyttes til system- og registreringsendring.³⁰

²⁷ Konsultasjoner hos private avtalespesialister, som tidligere har vært estimert basert på innrapporterte tall, presenteres ikke for 2010 da kvaliteten anses for dårlig. Totalt var det 739 spesialister med driftsavtale med et RHF. Imidlertid inngår den del av konsultasjonene som finansieres gjennom ISF-ordningen i de nasjonale tallene.

²⁸ Endringstallene for DRG-poeng, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner vil være påvirket av endring i registrering av dagrehabilitering fra 2007 til 2008. Korrigert for dette var endringen for DRG-poeng 2,1 prosent, dagbehandling 6,2 prosent og polikliniske konsultasjoner 2,6 prosent mellom de to år.

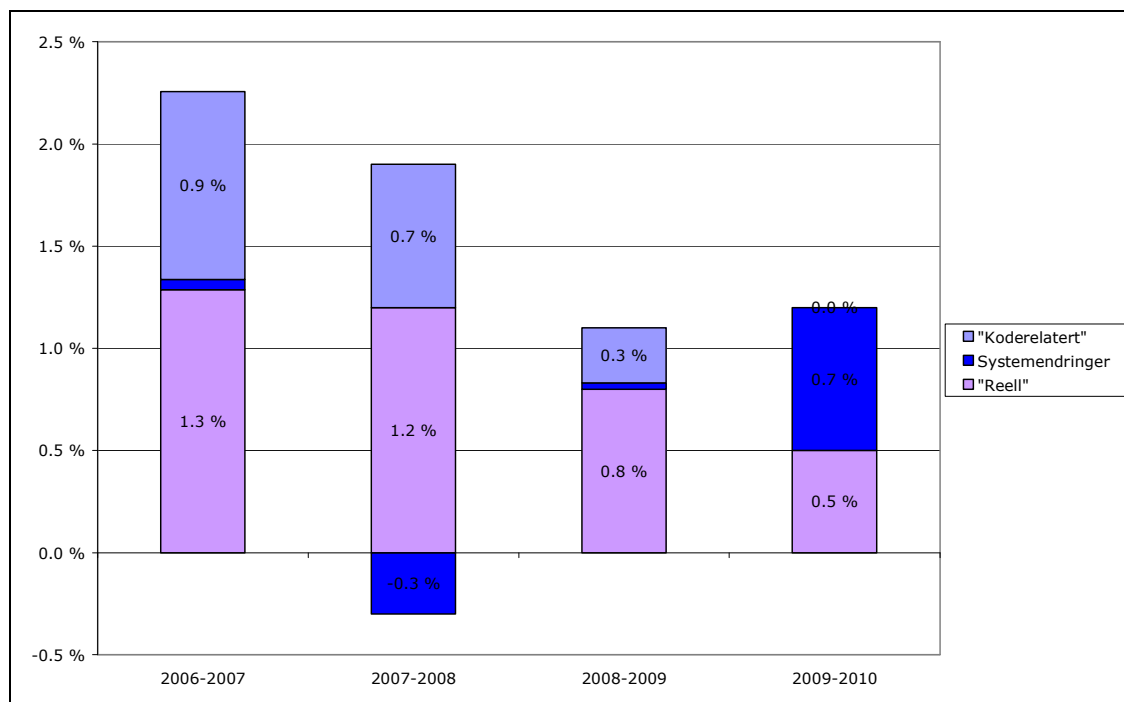
²⁹ Antall DRG-poeng i forhold til antall opphold.

³⁰ Det vises til Petersen (2004) for en nærmere beskrivelse av metoden for dekomponering av endring i DRG-indeks. Tallgrunnlaget for de enkelte år er hentet fra beregninger utført av Helsedirektoratet i forbindelse med ISF-avregningen de aktuelle årene.

Figur 2.1 viser dekomponeringen for årene 2006-2010. Det fremgår at endringen fra 2009 til 2010 avviker noe fra bildet foregående år, ved at mye av endringen knyttes til systemmessige forhold. Det er særlig to forhold som forklarer dette. For det første er 2010 det første året hvor døgn, dag og poliklinikk er inkludert i ett og samme ISF-system. Denne endringen medførte at deler av aktiviteten som i 2009 inngikk i ISF poliklinikk, i 2010 inngår i dag/døgn delen av ISF. Og motsatt ved at aktivitet i dag/døgn delen i 2010 inngikk som poliklinikk. Dette medfører at en del aktivitet vektet ulikt mellom de to årene. I tillegg ble det i 2010 opprettet noen DRG-er for poliklinisk legemiddelbehandling, hvor effekten på DRG-poeng i hovedsak ble estimert i etterkant. Innføringen av et felles ISF-system krevde også en endring i rapporteringsformat fra helseforetakene, fra "flat fil" til NPR-melding. Siden det er mulig å rapportere flere medisinske koder i NPR-melding, ga også denne endringen en positiv effekt på antall DRG-poeng. Samlet medførte dette at av en endring på 1,2 prosent, var 0,7 prosent knyttet til systemendringer.³¹

Det fremgår av figur 2.1 at det ikke kan påvises effekt av registreringsendringer fra 2009 til 2010. Dette er første år siden innføring av korreksjon for registreringsendringen at denne er tilnærmet lik null.

Ovennevnte resultater medfører at estimert "reell" vekst i DRG-poeng blir 0,5 prosent fra 2009 til 2010. Den reelle veksten estimeres imidlertid til å være noe høyere, om lag 1 prosent, når det korrigeres for aktivitet utenfor DRG-systemet.



Figur 2.1 Dekomponering av endring i DRG-poeng i "reell", systemmessig og "koderelatert" endring. 2006-2010. Kilde: Helsedirektoratet.

³¹ Sammenslåinger av helseforetak ved beregning av antall opphold og DRG-poeng er i 2010 estimert til å redusere veksten i DRG-poeng med 0,1 prosentpoeng.

Aktivitetsutvikling for somatisk virksomhet regionalt

Oversikt over antall DRG-poeng per helseregion (pasientens bostedsregion³²) viser at samtlige regioner har en økning fra 2009 til 2010, se tabell 2.3. DRG-poengene for sammenlignbare tall i 2009 og 2010 inneholder DRG-poeng for poliklinisk aktivitet, og er derfor ikke sammenlignbart med tidligere år. Den største økningen i antall DRG-poeng var det i Helse Vest og i Helse Nord med 2,6 prosent. Dersom det korrigeres for endringer som ikke er fanget opp i DRG-poengene, er den prosentvise endringen fra 2009 til 2010 estimert til å være noe lavere, jf siste kolonne i tabell 2.3. Det er imidlertid ikke uten videre enkelt å korrigere for de aktuelle forhold, slik at tallene i nevnte kolonne må ses på som anslag.

Tabell 2.3 DRG-poeng (inklusive ISF-aktivitet hos private aktører) per bostedsregion 2006-2010, samt prosentvis endring fra 2009 til 2010. Kilde: NPR og SAMDATA.

Bostedsregion	2006	2009	2009 ³³	2010	Pst endr 2009-10	Estimert pst endr korr syst endring ³⁴
Helse Sør-Øst	622 855	657 902	723 730	726 846	0,4 %	0,3 %
Helse Vest	215 470	224 494	247 098	253 425	2,6 %	1,6 %
Helse Midt-Norge	154 147	165 177	182 903	185 782	1,6 %	1,3 %
Helse Nord	115 072	114 069	125 706	129 036	2,6 %	1,4 %
Annet	4 053	5 007	4 760	4 470	-6,1 %	
Samlet	1 111 597	1 166 650	1 284 199	1 299 559	1,2 %	0,8 %

Tabell 2.3 viser utviklingen i DRG-poeng slik det er registrert som aktivitet i 2009 og 2010. Innenfor ISF-ordningen vurderes aktivitetsnivået i 2010 opp mot bestilt aktivitet for 2010, begge størrelser i DRG-poeng. Bestilt aktivitet for 2010 baseres på en prognose med utgangspunkt i aktivitetsdata for 1. tertial 2009. "Endringstallene" mellom tabell 2.3 og det som er beregnet i ISF-ordningen er derfor ikke det samme.³⁵ Dersom den faktiske aktivitetsutviklingen i 2. og 3. tertial 2009 var lavere enn prognosen for 2009, medfører dette en mulighet for sterkere faktisk aktivitetsvekst mellom 2009 og 2010, enn forholdet mellom bestilt og faktisk aktivitet for 2010. Helsedirektoratet har gjennomført analyser av dette sistnevnte, som viser at Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge hadde noe lavere ISF-aktivitet enn bestilt. For Helse Vest og Helse Nord var ISF-aktiviteten i 2010 noe høyere enn

³² Det er ikke alle pasienter det er registrert bostedsregion på i Norge, blant annet utlendinger og pasienter med hemmelig bostedskommune. Disse pasientene fremkommer som "Annet" i tabellene i dette kapitlet.

³³ Inkluderer ikke DRG-poeng for aktivitet i noen spesifikke DRGer for poliklinisk behandling av visse kostbare legemidler som ble innført i 2010. Effekten av denne endringen er estimert i SAMDATA. Endringen fra 2009 til 2010 for Helse Sør-Øst ville vært -0,1 %, Helse Vest 1,4 %, Helse Midt-Norge 0,9 % og Helse Nord 1,1 % og regionene samlet 0,4 % dersom de nevnte DRGer hadde vært inkludert i 2009.

³⁴ Det er korrigert for aktivitetsendring for det som er utenfor DRG-systemet (hjemmebasert dialyse, pasientadministrerte legemidler), endringer i rapportering fra enheter (OUS, Vestre Viken, Helse Bergen) og systemendringer (i hovedsak polikliniske DRG-er for legemiddelbehandling).

³⁵ I tillegg inngår det i ISF-ordningen aktivitet som ikke fremkommer direkte av det ordinære pasientdatagrunnlaget. Dette gjelder pasientadministrerte legemidler (H-resept) og hjemmebasert posedialyse.

bestilt. Dette er basert på foreløpig avregning for 2010, endelig avregning blir klart først høsten 2011.³⁶

Tabell 2.4 viser antall døgnopphold per helseregion. Det har vært en økning i landet på 0,2 prosent, noe som nærmest i sin helhet kan knyttes til Helse Vest. Økningen i denne regionen var på to prosent fra 2009 til 2010, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde en reduksjon i antall døgnopphold på henholdsvis 1,1 og 0,7 prosent. I Helse Sør-Øst var det en økning på 510 døgnopphold, eller 0,1 prosent. Tall fra SAMDATA viser at veksten i døgnopphold i Helse Vest var knyttet til planlagt virksomhet, ikke akuttinnleggelser.

Tabell 2.4 Antall døgnopphold per bostedsregion 2006-2010, samt prosentvis endring fra 2009 til 2010. Kilde: NPR og SAMDATA.

Bostedsregion	2006	2008	2009	2009	2010	Pst endr 2009-10
Helse Sør-Øst	486 090	483 774	478 492	478 845	479 355	0,1 %
Helse Vest	173 137	175 772	174 934	174 998	178 414	2,0 %
Helse Midt-Norge	119 118	119 450	117 802	117 936	116 682	-1,1 %
Helse Nord	93 956	90 514	87 510	87 551	86 951	-0,7 %
Annet	3 895	4 657	4 527	4 339	4 297	-1,0 %
Samlet	876 196	874 167	863 265	863 669	865 699	0,2 %

Antall dagbehandlinger, se tabell 2.5, viser en økning på 2,4 prosent fra 2009 til 2010. Denne gruppen har endret innhold i den nye kategoriseringen som er innført fra 2010. Tidligere innholdt denne gruppen både dagkirurgi, dialyse, cytostatika og annen dagbehandling, og har gjennom flere år vist en økende trend. Fra 2010, og 2009-tall gjort sammenlignbart med 2010, inneholder dagbehandlingsgruppen dagkirurgi og dialyse, mens en del dagrehabilitering og cytostatika er flyttet til kategori "poliklinikk".

Fra 2009 til 2010 var det Helse Nord som hadde den største prosentvise veksten i antall dagbehandlinger, en økning på 5,7 prosent. Økningen var også stor i Helse Midt-Norge, med 4,6 prosent, mens økningen i Helse Vest og Helse Sør-Øst var henholdsvis 1,7 og 1,5 prosent. Mens veksten i dagbehandling i Helse Sør-Øst og Helse Vest var knyttet til dialyse, var det dagkirurgi som forklarte veksten for de to andre regionene. Målt per innbygger var det kun økning i Helse Nord og Helse Midt-Norge, og ingen endring i de to andre regionene.

Tabell 2.5 Antall dagbehandlinger (inklusive ISF-aktivitet hos private aktører) per bostedsregion 2006-2010, samt prosentvis endring fra 2009 til 2010. Kilde: NPR og SAMDATA.

Bostedsregion	2006	2008	2009	2009	2010	Pst endr 2009-10
Helse Sør-Øst	319 342	317 552	330 654	241 588	245 248	1,5 %
Helse Vest	102 684	99 064	107 256	75 442	76 756	1,7 %
Helse Midt-Norge	70 562	82 729	86 682	61 780	64 603	4,6 %
Helse Nord	55 674	55 786	56 096	41 339	43 697	5,7 %
Annet	395	627	545	401	439	9,5 %
Samlet	548 657	555 758	581 233	420 550	430 743	2,4 %

³⁶ Se notatet "ISF 2010 – foreløpig avregning" utarbeidet av Helsedirektoratet.

Antall polikliniske konsultasjoner er vist i tabell 2.6. Tallene for 2009 og 2010 inneholder mer aktivitet enn tidligere, da en del dagbehandling nå er kategorisert som poliklinikk. Strålebehandling er først inkludert i data for poliklinikk i 2009 og 2010. Det samme gjelder cytostatika, som tidligere har vært kategorisert som "dagbehandling".

Tabellen viser en økning i den polikliniske aktiviteten på 3,2 prosent i landet som helhet. Helse Vest er den regionen med sterkest vekst på 5,5 prosent, mens Helse Midt-Norge har en vekst på 4,2 prosent. Helse Nord har en vekst på 2,8 prosent. I Helse Sør-Øst er veksten 2,2 prosent.

Tabell 2.6 Polikliniske konsultasjoner per bostedsregion 2008-2010, samt prosentvis endring fra 2009 til 2010.
Kilde: NPR og SAMDATA.

Bostedsregion	2008	2009	2009	2010	Prosentvis endring 2009-10
Helse Sør-Øst	2 305 969	2 391 465	2 596 049	2 653 811	2,2 %
Helse Vest	783 456	811 327	878 812	926 863	5,5 %
Helse Midt-Norge	655 707	655 961	707 037	736 996	4,2 %
Helse Nord	462 602	448 554	484 357	497 965	2,8 %
Annet	15 443	10 523	9 990	10 115	1,3 %
Samlet	4 223 177	4 317 830	4 676 245	4 825 750	3,2 %

Antall pasienter og aktivitet per innbyggere (rater)

I tabell 2.7 vises tall for antall pasienter i sykehus (innleggelse og/eller poliklinikk) i 2009 og 2010. Som det fremgår av tabellen var det en økning på nær 9 000 pasienter mellom disse årene, en vekst på 0,5 prosent. Dette er første gang i BUS-rapporten det vises reelle tall på endring i antall pasienter mellom to år. I Helse Sør-Øst var antall pasienter omtrent uendret fra 2009 til 2010, mens veksten i pasienter var sterkest i Helse Vest med 1,6 prosent (ca 5 500 pasienter). Også i Helse Midt-Norge og i Helse Nord var det en økning i antall pasienter, med henholdsvis 0,6 prosent (1 500 pasienter) og 1,1 prosent (2 000 pasienter). Veksten i antall pasienter er knyttet til en økning i den polikliniske aktiviteten.

Tabell 2.7 Antall pasienter per helseregion 2009-2010, samt prosentvis endring.
Kilde: NPR og SAMDATA.

Bostedsområde	Antall pasienter			Antall pasienter per 1000 innbyggere	
	2009	2010	Endring prosent	2009	2010
Helse Sør-Øst	937 769	937 468	0,0 %	346	342
Helse Vest	345 409	350 964	1,6 %	341	341
Helse Midt-Norge	248 863	250 364	0,6 %	370	368
Helse Nord	186 671	188 719	1,1 %	401	403
Annet	10 926	11 073	1,3 %		
Samlet	1 729 638	1 738 588	0,5 %	354	351

Befolkningsveksten fra 2009 til 2010 var på over 62 000 personer, og alle regioner i Norge hadde en befolkningsvekst. Det meste av veksten kommer i yngre befolkningsgrupper (nær 60 prosent for de under 50 år). Befolkning over 67 år og eldre øker med nær 20 prosent. Befolkningsveksten vil isolert sett gi et noe høyere behov for spesialisthelsetjenester, men ikke nødvendigvis i samme takt som befolkningsveksten. Det er ikke ventet at sykdomsbilde ble endret mye mellom 2009 og 2010, slik at utviklingen i befolkningen (særlig for de eldre) gir et bilde på utviklingen i behov for spesialisthelsetjenester. Rateberegninger, aktivitet per 1 000 innbyggere, benyttes derfor for å kunne se på den faktiske endringen i aktiviteten mellom år, korrigert for befolkningsendringer.

Det presenteres få tall for rater i denne rapporten, men det henvises til SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010 for tabellariske oversikter.³⁷ Men i tabell 2.7 over vises det at raten for antall pasienter behandlet ble noe redusert fra 2009 til 2010, og at det var Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge som stod for den tendensen.

Antall DRG-poeng per 1 000 innbygger nasjonalt viste ingen endring fra 2009 til 2010, men alle regioner med unntak av Helse Sør-Øst hadde en økning i sine rater. Dersom det korrigeres for systemendringer og behov, slik det er gjort i SAMDATA, endres bildet for Helse Vest og Helse Midt-Norge. Disse to regionene fremstår da med uendret forbruksrate fra 2009 til 2010.

Rehabilitering

De regionale helseforetakene ble i 2010 gitt i oppdrag å kjøpe tjenester hos private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner på samme nivå som i 2009. Det er derfor av interesse å følge med aktivitetsutviklingen spesielt ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. For å gi et mer helhetlig bilde av rehabiliteringsvirksomhet i somatisk spesialisthelsetjeneste vil det også presenteres tall for rehabilitering i sykehus. Samtidig må det påpekes at de tall for rehabilitering i sykehus som presenteres her ikke med sikkerhet kan sies å være fullt ut dekkende. Bakgrunnen for dette er delvis ulik eller ikke-komplett registrering av koder for rehabilitering, delvis at det vil være en gråsoner mellom opptrening etter behandling og spesialisert rehabilitering og sist at det er usikkert i hvilken grad rehabilitering er inkludert i datagrunnlaget eller ikke.

I de tallene som presenteres har det blitt benyttet samme seleksjonskriterium for alle årene som er inkludert. Vi er ikke kjent med at det har skjedd endringer i registrering av døgnrehabilitering i perioden 2008-2010, og det bør derfor være mulig å vurdere utviklingen over tid for denne delen av aktiviteten. Når det gjelder poliklinisk rehabilitering har det skjedd endringer i forhold til hva som registreres som slik aktivitet fra 2009 til 2010. For en institusjon vet vi at aktiviteten i 2010 ble registrert som poliklinisk rehabilitering, mens samme aktivitet i 2009 ble registrert som "ordinær" poliklinisk konsultasjon. Vi har korrigert tallene for denne endringen. Men det er i tillegg indikasjoner på at tilsvarende endringer har skjedd ved andre institusjoner, men der er ikke endringen like tydelig.

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010 presenterer også tall for rehabilitering de siste årene, blant annet tall for aktivitet per innbyggere. Rapporten viser også at

³⁷ I SAMDATA er tall for 2009 justert for systemendringer i DRG-systemet og for behovsendringer i hht Magnussen-utvalget. Det gir noen avvik i ratene.

antall pasienter som har mottatt rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten har blitt redusert fra 69 693 i 2008, til 65 647 i 2009 og til 62 411 i 2010.

Rehabilitering i sykehus

I tabell 2.8 vises tall for døgnrehabilitering³⁸ i sykehus i perioden 2008 til 2010. Det fremgår av tabellen at antall opphold for døgnrehabilitering har blitt redusert for alle regioner i den perioden det her ses på. Siste år var den prosentvise nedgangen størst i Helse Midt-Norge med -18,5 prosent, mens Helse Sør-Øst hadde lavest reduksjon med -6,2 prosent. Det er tilnærmet det samme bilde som vises dersom man ser på endring i antall oppholdsdøgn for døgnrehabilitering.

Tabell 2.8 Antall opphold for døgnrehabilitering 2008-2010, samt prosentvis endring fra 2008 til 2010. Kilde: NPR og SAMDATA.

Bostedsregion	2008	2009	2010	Endring 2009-10	
				Opphold	Prosent
Helse Sør-Øst	17 058	16 460	15 434	-1 026	-6,2 %
Helse Vest	4 824	4 105	3 694	-411	-10,0 %
Helse Midt-Norge	3 782	3 647	2 972	-675	-18,5 %
Helse Nord	2 769	2 310	2 059	-251	-10,9 %
Annet	38	42	46		
Samlet	28 471	26 564	24 205	-2 359	-8,9 %

Utvikling i dag- og poliklinisk rehabilitering vises i tabell 2.9. Nivå og utvikling vil i denne oversikten i stor grad være bestemt av den polikliniske aktiviteten. Det fremgår av tabellen at utviklingen over tid varierer noe mellom regionene. Helse Sør-Øst har en økning i aktivitet fra 2008 til 2009, men en reduksjon fra 2009 til 2010. Helse Vest har tilnærmet uendret aktivitet de to første årene, etterfulgt av en kraftig vekst fra 2009 til 2010. Helse Midt-Norge har en markert vekst alle årene i perioden. Det ble nevnt innledningsvis til avsnittet om rehabilitering at det er indikasjoner på endret registreringspraksis av poliklinisk rehabilitering i 2010. Dette kan være en delforklaring på de høye endringstallene for Helse Vest og Helse Midt-Norge, men tilgjengelig datagrunnlag gir ikke mulighet for å konkludere på dette punkt. Helse Nord har på sin side en reduksjon fra 2008 til 2009, etterfulgt av en vekst til 2010.

Tabell 2.9 Antall dag- og polikliniske opphold for rehabilitering 2008-2010, samt prosentvis endring fra 2008 til 2010. Kilde: NPR og SAMDATA

Bostedsregion	2008	2009	2010	Endring 2009-10	
				Opphold	Prosent
Helse Sør-Øst	43 324	49 339	45 968	-3 371	-6,8 %
Helse Vest	7 034	6 943	11 592	4 649	67,0 %
Helse Midt-Norge	4 806	7 083	11 798	4 715	66,6 %
Helse Nord	5 626	4 849	5 350	501	10,3 %
Annet	7	14	24		
Samlet	60 797	68 228	74 732	6 504	9,5 %

³⁸ Døgnrehabilitering er definert som primær og sekundær rehabilitering hvor pasient overnatter, inklusiv døgnaktiviteten ved Granheim Lungesykehus og Glittrelinikken.

For Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord skyldes veksten i aktivitet fra 2009 til 2010 i all hovedsak økt poliklinisk virksomhet. Dagrehabilitering (innlagte) reduseres i alle regioner.

Private rehabiliteringsinstitusjoner

I tillegg til rehabilitering i sykehus er det også en del spesialisert rehabiliteringsvirksomhet ved private institusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Oppdraget om kjøp av rehabiliteringstjenester på samme nivå som i 2009 nevnt innledningsvis er knyttet til aktiviteten ved disse private institusjonene. Tabell 2.10 viser utviklingen i antall opphold ved de aktuelle institusjonene i perioden 2006 til 2010.

Tall fra SAMDATA viser at antall pasienter ved de private rehabiliteringsinstitusjonene ble redusert med nær 10 prosent fra 2009 til 2010, mot en vekst på 1,1 prosent året før. Det opplyses fra regionale helseforetak at det ved kjøp av tjenester fra private rehabiliteringsinstitusjoner har blitt stilt høyere krav til kvalitet i de tjenester som skal leveres. Økt kvalitet kan medføre at kostnad per opphold øker.

Med unntak av Helse Nord, som har tilnærmet uendret aktivitet, har alle regionene lavere aktivitet i 2010 enn i 2009. Helse Midt-Norge har en reduksjon på i underkant av -12 prosent, mens tilsvarende tall for Helse Vest og Helse Sør-Øst er henholdsvis -7,8 prosent og -5,1 prosent. Tall for antall oppholdsdøgn viser det samme bildet i alle de fire regionene. For tre av regionene fremgår det derfor ikke av aktivitetstallene at nivået i 2010 er på linje med 2009.³⁹

Tabell 2.10 Antall opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner (etter avtale med RHF). Perioden 2006-2010. Kilde: NPR.

Bostedsregion	2006	2007	2008	2009	2010	Pst endr 2009-10
Helse Sør-Øst	14 434	17 260	18 324	18 806	17 841	-5,1 %
Helse Vest	4 525	4 943	5 098	4 991	4 600	-7,8 %
Helse Midt-Norge	5 103	5 509	5 692	5 176	4 567	-11,8 %
Helse Nord	4 360	4 196	4 439	4 267	4 301	0,8 %
Annet	0	20	18	569	22	
Samlet	28 422	31 928	33 571	33 809	31 331	-7,3 %

Tabell 2.10 viser videre at det for tre av regionene (Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge) var en vekst i aktivitet fra 2006 til 2008/2009, og at dette ble etterfulgt av reduksjon siste år. For Helse Nord har aktiviteten ligget på noe over 4 000 opphold alle årene i perioden.

³⁹ I kapittel 1 om ressursbruk vises det til beregninger om at kjøp av rehabiliteringstjenester på nasjonalt nivå i 2010 ser ut til å være på linje med nivået i 2009.

2.1.3 Psykisk helsevern

Aktivitetsutviklingen innen psykisk helsevern måles gjennom flere størrelser. Data fra Norsk pasientregister for 2009 og 2010 gjør det mulig å telle hvor mange pasienter som har hatt et tilbud innen psykisk helsevern. Tidligere år har det kun vært mulig å telle antall døgnopphold eller polikliniske konsultasjoner/tiltak.⁴⁰ Mens det tidligere ikke var mulig å avklare om en vekst i opphold eller konsultasjoner var kommet flere pasienter til gode, er dette mulig for 2009-2010. Det eksisterer imidlertid fortsatt ikke et klassifiseringssystem for psykisk helsevern hvor det justeres for ulik ressursbruk mellom pasienter eller pasientgrupper, som DRG-systemet gjør for somatisk sykehusvirksomhet.

Tabell 2.11 og 2.12 viser hovedtall for aktivitetsutviklingen innen psykisk helsevern for voksne (PHV) og barn/unge (PHBU). For barn og unge var det en vekst i antall pasienter på 3,7 prosent, mens antall tiltak økte med 7,7 prosent fra 2009-2010.⁴¹ Når det gjelder psykisk helsevern for voksne var det i samme periode en økning for både utskrivninger og poliklinisk aktivitet på hhv 3,5 prosent og 5,7 prosent. Antall pasienter i psykisk helsevern for voksne økte med 3,9 prosent.

Aktivitetsøkningen siste år er gjennomgående høyere enn fra 2008-2009. I SAMDATA Spesialisthelsetjenesten vises det videre at aktivitetsveksten generelt er høyere enn befolkningsveksten.

Helsedirektoratet⁴² har analysert nærmere pasientpopulasjonen innen psykisk helsevern i 2009, og blant annet fokusert på kjennetegn ved de mest ressurskrevende pasientene⁴³ versus de øvrige pasientene. Innen PHBU mottok de 10 prosent mest ressurskrevende pasientene 66 prosent av ressursene, mens tilsvarende forhold innen PHV var nær 80 prosent.

Tabell 2.11 Aktivitetsdata for psykisk helsevern. Absolutte tall. 2006-2010.
Kilde: SAMDATA og NPR.

	2006	2007	2008	2009	2010
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>					
Pasienter			49 320	52 091	54 012
Polikliniske tiltak	641 972	716 509	808 354	842 112	906 649
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>					
Pasienter				117 314	121 848
Utskrivninger	47 549	47 681	49 195	50 415	52 203
Polikliniske konsultasjoner	930 789	988 418	1 098 898	1 138 982	1 204 257
<i>Private avtalespesialister</i>					
Konsultasjoner				675 508	n/a

⁴⁰ Tidligere års beregninger av antall pasienter har ikke kunnet ta hensyn til at samme pasient har vært ved to eller flere institusjoner.

⁴¹ Deler av veksten i Helse Midt-Norge skyldes endring i registreringspraksis. Dersom Helse Midt-Norge holdes utenfor var veksten nasjonalt 6,4 prosent.

⁴² "Pasienter i det psykiske helsevernet 2009", Rapport IS-1908, 2011.

⁴³ Definert som de 10 prosent av pasientene som brukes mest ressurser. Nærmere definisjon er gitt i rapporten.

Tabell 2.12 Aktivitetsdata for psykisk helsevern. Prosent endring. 2006-2010.
Kilde: SAMDATA og NPR.

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>				
Pasienter			5,6 %	3,7 %
Polikliniske tiltak	11,6 %	12,8 %	4,2 %	7,7 %
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>				
Pasienter				3,9 %
Utskrivninger	0,3 %	3,2 %	2,5 %	3,5 %
Polikliniske konsultasjoner	6,2 %	11,2 %	3,6 %	5,7 %
<i>Private avtalespesialister</i>				
Konsultasjoner			-	-

I tabell 2.13 vises tall for antall pasienter som har mottatt tilbud innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) i hvert av årene 2008 til 2010. Det er økning i antall pasienter i alle regioner, både fra 2008 til 2009, samt siste år (2009-2010). Den prosentvise veksten siste år er sterkest i Helse Vest og Helse Midt-Norge, med drøyt 5,5 prosent, og lavest i Helse Nord med 1,4 prosent. Man må imidlertid huske på at dekningsgraden (antall pasienter i forhold til relevant befolkningsgrunnlag) siste årene har vært høyest i Helse Nord med over 6 prosent. Helse Sør-Øst følger deretter med nær 5 prosent, mens de to siste regionene har en dekningsgrad på drøyt 4 prosent.⁴⁴

Rapporten til Helsedirektoratet angående ressurskrevende versus øvrige pasienter viser at det er mindre forskjeller mellom regionene i antall ressurskrevende pasienter per innbygger. Helse Vest lå i 2009 lavest med 0,3 pasienter per 100 innbyggere 0 til 17 år, mens nivået i de tre andre regionene var 0,4-0,5. Variasjonene i antall pasienter per innbyggere mellom regionen er derfor mer knyttet til regionale variasjoner for de "øvrige" pasientene.

Tabell 2.13 Antall pasienter innen PHBU. 2008-2010. Bostedsregion.
Kilde: SAMDATA.

Bostedsregion	2008	2009	2010	Pst endring 2009-2010
Helse Sør-Øst	27 550	29 025	29 951	3,2 %
Helse Vest	8 722	9 529	10 073	5,7 %
Helse Midt-Norge	6 119	6 344	6 697	5,6 %
Helse Nord	6 870	7 151	7 249	1,4 %
Samlet	49 320	52 091	54 012	3,7 %

I tabell 2.14 presenteres tall for antall tiltak (direkte og indirekte) innen PHBU i perioden 2006 til 2010. Det er knyttet noe usikkerhet til endringen i denne størrelsen, da den kan være påvirket av endringer i registreringspraksis. Tabellen viser at veksten i tiltak var særlig høy i Helse Midt-Norge med 17,9 prosent, som delvis skyldes endret registreringspraksis. Det er imidlertid ikke mulig å splitte samlet vekst i reell og registreringsmessig vekst. I de tre andre regionene var det

⁴⁴ I SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010 er dekningsgraden beregnet uten og med korreksjon for behov (behovsindekser fra Magnussen-utvalget). Korrigering for behov medfører at dekningsgraden for Helse Vest og Helse Midt-Norge øker med 0,2 prosentpoeng.

også vekst i polikliniske tiltak, med 7,4 prosent i Sør-Øst, 4,8 prosent i Vest og 3,9 prosent i Nord.

Tabell 2.14 Polikliniske tiltak innen PHBU. 2006-2010. Bostedsregion.
Kilde: SAMDATA.

Bostedsregion	2006	2007	2008	2009	2010	Pst endring 2008-09
Helse Sør-Øst	371 168	419 765	483 942	506 600	543 924	7,4 %
Helse Vest	115 248	124 376	129 944	137 373	144 031	4,8 %
Helse Midt-Norge	71 743	81 180	86 178	92 999	109 670	17,9 %
Helse Nord	83 813	91 188	108 290	104 599	108 659	3,9 %
Samlet	641 972	716 509	808 354	841 571	906 284	7,7 %

Omfanget av ressurskrevende pasienter innen PHV målt per innbygger varierer som for PHBU lite mellom de fire regionene. Dette er data for 2009 og viser at nivået var høyest i Helse Nord med 0,5 pasienter per 100 innbyggere 18 år og eldre. Helse Midt-Norge hadde lavest nivå med 0,39 per 100 innbyggere 18 år og eldre.

I tabell 2.15 presenteres tall for antall pasienter innen psykisk helsevern for voksne (PHV) i 2009 og 2010 med utgangspunkt i pasientens bostedsregion. Det var en økning i alle regioner siste år, og den økningen varierte fra 2,8 prosent i Helse Sør-Øst til 6,8 prosent i Helse Midt-Norge. I tillegg er det en del pasienter som kun får sitt tilbud hos private avtalespesialister. Helsedirektoratet har vist at ca 90 prosent av pasientene hos avtalespesialistene kun har et tilbud i denne delen av spesialisthelsetjenesten.⁴⁵ I 2010 utgjorde dette ca drøyt 45 000 pasienter, og kommer i tillegg til de ca 117 000 pasientene ved de offentlige institusjonene.

Tabell 2.15 Antall pasienter innen PHV. 2009-2010. Bostedsregion.
Kilde: SAMDATA og NPR.

Bostedsregion	2009	2010	Pst endring 2009-2010
Helse Sør-Øst	66 029	67 904	2,8 %
Helse Vest	20 630	21 469	4,1 %
Helse Midt-Norge	17 705	18 910	6,8 %
Helse Nord	12 618	12 985	2,9 %
Annet	332	580	
Samlet	117 314	121 848	3,9 %

Når det gjelder poliklinisk aktivitet innen PHV viser tabell 2.16 at det siste år var vekst i alle de fire regionene. Veksten var høyest i Helse Midt-Norge med 13 prosent, og lavest i Helse Sør-Øst med 3,5 prosent.⁴⁶ Perioden 2006-2010 sett under ett var det høyest prosentvis vekst i regionene Vest, Midt-Norge og Nord med 35-37 prosent, mens veksten i Sør-Øst var på 25 prosent.

Det var aktivitetsvekst i alle regionene selv når det tas hensyn til befolkningsveksten.

⁴⁵ Se "Pasienter i det psykiske helsevernet 2009", Rapport IS-1908, Helsedirektoratet 2010.

⁴⁶ Det foreligger ikke informasjon som tilsier at deler av veksten i Helse Midt-Norge skyldes endring i registreringspraksis, slik tilfellet var for poliklinisk aktivitet innen PHBU.

Tabell 2.16 Antall polikliniske konsultasjoner innen PHV. 2006-2010. Bostedsregion. Kilde: SAMDATA.

Bostedsregion	2006	2007	2008	2009	2010	Pst endring 2009-2010
Helse Sør-Øst	550 890	551 753	633 995	664 194	687 496	3,5 %
Helse Vest	155 652	175 841	201 266	200 752	213 862	6,5 %
Helse Midt-Norge	135 852	159 802	158 330	162 297	183 342	13,0 %
Helse Nord	88 395	101 022	105 306	111 739	119 558	7,0 %
Samlet	930 789	988 418	1 098 898	1 138 982	1 204 257	5,7 %

Utviklingen i døgnvirksomhet innen PHV måles her i form av utskrivninger, og vises for perioden 2006-2010 i tabell 2.17. Det var siste år (2009-2010) en vekst i antall utskrivninger i alle regioner. Den prosentvise veksten var lavest i Helse Midt-Norge med 2,3 prosent, mens de tre andre regionene omtrent lå på samme nivå med 3,9-4,3 prosent. Det var også vekst i alle regioner selv når det tas hensyn til utviklingen i innbyggertallet.

Dersom man ser perioden 2006 til 2010 under ett var det Helse Vest og Helse Nord som hadde den største veksten med hhv 18 og 25 prosent. For Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge var tilsvarende tall hhv 4 og 8 prosent.

Tabell 2.17 Antall utskrivninger innen PHV. 2006-2010. Bostedsregion. Kilde: SAMDATA.

Bostedsregion	2006	2007	2008	2009 ⁴⁷	2010	Pst endring 2009-2010
Helse Sør-Øst	25 898	25 121	25 540	25 850	26 961	4,3 %
Helse Vest	9 600	9 967	10 502	10 912	11 339	3,9 %
Helse Midt-Norge	6 670	6 757	7 012	7 017	7 177	2,3 %
Helse Nord	5 381	5 836	6 141	6 469	6 726	4,0 %
Samlet	47 549	47 681	49 195	50 415	52 203	3,5 %

2.1.4 Rusbehandling

I dette avsnittet presenteres aktivitetstall for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk (TSB). Aktivitetsdata for TSB i Norsk pasientregister (NPR) avviker i en del tilfeller fra tilsvarende tall rapport til SSB. Det er benyttet data fra SSB for å supplere grunnlaget der avviket mellom kildene er stort (mer enn +/- 10 pst). For 2010 er ca 50 prosent av aktivitetsdataene basert på NPR som kilde. Dette er bakgrunnen for at det ikke presenteres tall for antall pasienter innen TSB. Aktivitetsdata for TSB er fortsatt en relativt ny datakilde, og det vil derfor være noe usikkerhet hvorvidt endringer over tid delvis skyldes bedre og/eller mer komplett registrering av aktiviteten.⁴⁸

Tabell 2.18 viser utviklingen nasjonalt for poliklinisk virksomhet og døgnaktiviteten. Det var siste år en vekst i poliklinisk aktivitet på nær 3 prosent, mens døgnvirksomheten (innleggelser) økte med 3,3 prosent. Det er derfor fortsatt aktivitetsvekst innen TSB.

⁴⁷ Sumtallet inkluderer 167 utskrivninger med manglende opplysning for bostedsregion.

⁴⁸ Dette gjelder spesielt for poliklinisk aktivitet.

Tabell 2.18 Innleggelser og polikliniske konsultasjoner innen TSB. 2007-2010.
Kilde: SAMDATA og SSB.

	2007	2008	2009	2010	2009-2010
Polikliniske konsultasjoner	154 746	191 936	233 833	240 146	2,7 %
Innleggelser		11 962	12 316	12 718	3,3 %

SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010 viser at dekningsgraden varierer noe mellom regionene. Helse Sør-Øst har de høyeste dekningsgradene for både innleggelser (og oppholdsdøgn) og poliklinisk virksomhet. Helse Vest har laveste dekningsgrad for døgnvirksomheten, men høyere enn Helse Midt-Norge og Helse Nord for poliklinisk virksomhet.

På regionalt nivå viser tabell 2.19 og 2.20 at det er markerte forskjeller i aktivitetsutvikling mellom regionene. Merk at tabell 2.19 viser institusjonsregion og tabell 2.20 viser bostedsregion. Når det gjelder poliklinisk virksomhet hadde Helse Sør-Øst en reduksjon på 3,5 prosent fra 2009 til 2010, mens de tre andre regionene samtidig hadde en vekst på 17,5 til 33,6 prosent. Det er Helse Midt-Norge og Helse Nord som hadde sterkest vekst med over 30 prosent. Deler av veksten skyldes utbygging av virksomhet ved eksisterende institusjoner. Det foreligger ikke som for PHBU konkret informasjon om at endringen delvis skyldes registreringsendring. Det er imidlertid ikke første året det er sterk vekst i poliklinisk virksomhet innen TSB.

Tabell 2.19 Antall polikliniske konsultasjoner innen TSB. 2008-2010.
Institusjonsregion. Kilde: SAMDATA.

Institusjonsregion	2008	2009	2010	2009-2010
Helse Sør-Øst	146 286	179 768	173 496	-3,5 %
Helse Vest	27 151	32 080	37 684	17,5 %
Helse Midt-Norge	11 053	14 098	18 430	30,7 %
Helse Nord	7 446	7 887	10 536	33,6 %
Samlet	191 936	233 833	240 146	2,7 %

Når det gjelder døgnvirksomheten viser tallene for innleggelser en økning i 3 av 4 regioner. Det er kun Helse Nord som har en reduksjon i innleggelser⁴⁹, men som vist i tabell 2.19 hadde Helse Nord en sterk prosentvis vekst i polikliniske konsultasjoner. Av regionene med vekst i antall innleggelser var det Helse Midt-Norge som hadde størst vekst fra 2009 til 2010 med 9 prosent, mens det var Helse Sør-Øst som lå lavest med 2,5 prosent.

Tabell 2.20 Antall innleggelser innen TSB. 2008-2010. Bostedsregion.
Kilde: SAMDATA.

Bostedsregion	2008	2009	2010	2009-2010
Helse Sør-Øst	7 942	8 499	8 713	2,5 %
Helse Vest	1 655	1 598	1 685	5,5 %
Helse Midt-Norge	1 406	1 257	1 370	9,0 %
Helse Nord	959	962	949	-1,3 %
Samlet	11 962	12 316	12 718	3,3 %

⁴⁹ I følge SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010 er nedgangen særlig knyttet til private rustiltak i Helse Nord.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en behandlingsform hvor ruspasientene tilbys metadon eller Subutex som støtte i rehabiliteringsprosessen. Det gis også behandlingstilbud ved LAR-sentrene, men det dreier seg primært om oppfølging av rehabiliteringsplanen for LAR-pasientene. Mens flertallet av LAR-pasienter kun har et tilbud ved LAR-sentrene, har en del LAR-pasienter også samtidig tilbud innen den øvrige delen av TSB. Vurderinger gjort i forbindelse med SAMDATA-arbeidet (Sektorrapport 4/08) indikerer at minst ti prosent av LAR-pasientene også gis et tilbud i den øvrige delen av TSB og dermed også er fanget opp i tallene i tabell 2.19 og 2.20.

Det var en økning i alle regioner i antall pasienter som mottar Legemiddelassistert rehabilitering, som vist i tabell 2.21. Den prosentvise veksten var sterkest i Helse Midt-Norge og Helse Nord med ca 20 prosent, etterfulgt av Helse Vest med nær 17 prosent. I Helse Sør-Øst var veksten 8,5 prosent. Utviklingen siste år viser dermed samme regionale mønster som for polikliniske konsultasjoner, jf tabell 2.19.

Tabell 2.21 Antall pasienter som mottar Legemiddelassistert rehabilitering per 31. desember 2006-2010. Kilde: LAR-Øst.

Bostedsregion	2006	2007	2008	2009	2010	Pst endring 2009-2010
Helse Sør-Øst	2 909	3 123	3 335	3 584	3 889	8,5 %
Helse Vest	818	903	974	1 093	1 277	16,8 %
Helse Midt-Norge	260	290	324	370	444	20,0 %
Helse Nord	179	226	280	336	405	20,5 %
Regionene samlet	4 166	4 542	4 913	5 383	6 015	11,7 %

2.1.5 Sammenligning mellom somatisk virksomhet, psykisk helsevern og rusbehandling

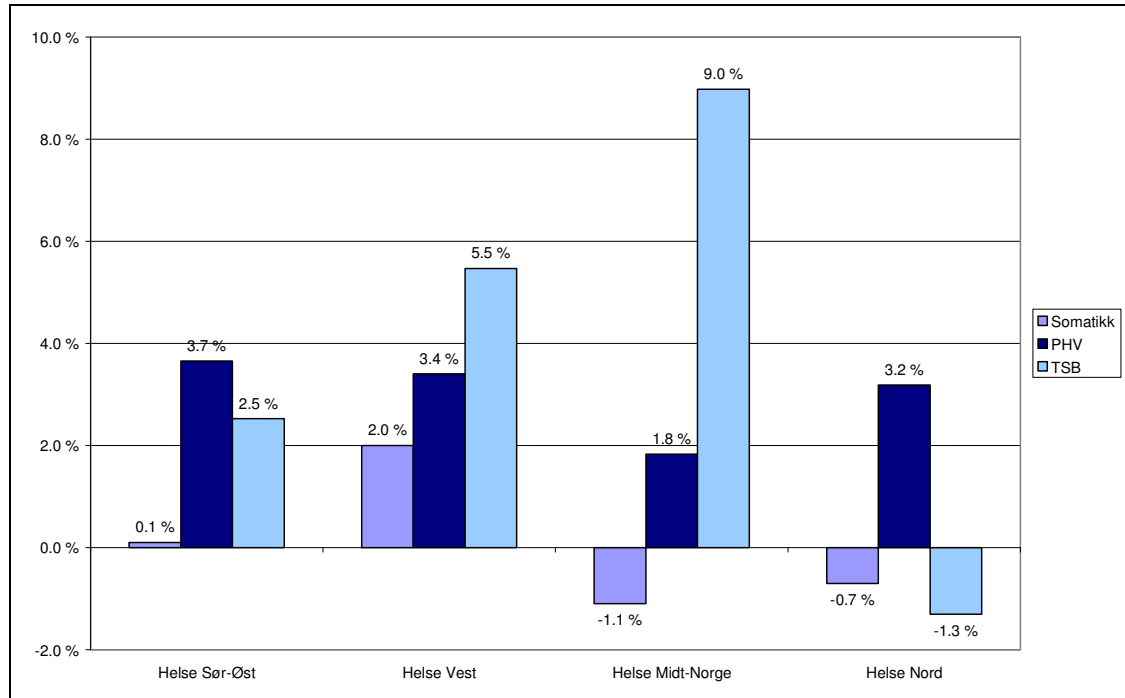
De regionale helseforetakene har tidligere år (2006-2009) blitt gitt konkret oppdrag om at den prosentvise veksten i psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) skulle være høyere enn for somatisk virksomhet. I 2010 er dette ikke like eksplisitt formulert i oppdragsdokumentet. Det fremkommer imidlertid i statsbudsjettet for 2010 at det er et mål *"om høyere prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling"* (Prop.1 S 2009-10, side 20). Det er derfor fortsatt av interesse å se nærmere på utviklingen i aktivitet mellom de ulike tjenesteområdene. I tillegg ble det i kapittel 1 vist at utviklingen i ressursbruk mellom tjenesteområdene var i tråd med målet om prioritering av psykisk helsevern.

Det er mer krevende å sammenligne utviklingen i aktivitet mellom tjenesteområdene siden det ikke finnes et felles system for vekting av aktiviteten. Et døgnopphold i somatiske virksomhet er ikke uten videre sammenlignbart med tilsvarende opphold i psykisk helsevern eller TSB. De vurderinger som gjøres basert på utvikling i aktivitetstall må derfor til dels være av skjønnsmessig karakter.

I figurene 2.2-2.4 vises prosentvis endring for døgnvirksomhet, dag- og poliklinisk virksomhet og pasienter fra 2009 til 2010 for de fire regionene.

For døgnvirksomheten var det siste år en sterkere vekst for psykisk helsevern for voksne og TSB i 3 av 4 regioner. I Helse Nord var det lavere vekst (dvs sterkere

reduksjon) i TSB enn i somatisk virksomhet, mens veksten i psykisk helsevern var i tråd med ønsket prioritering.

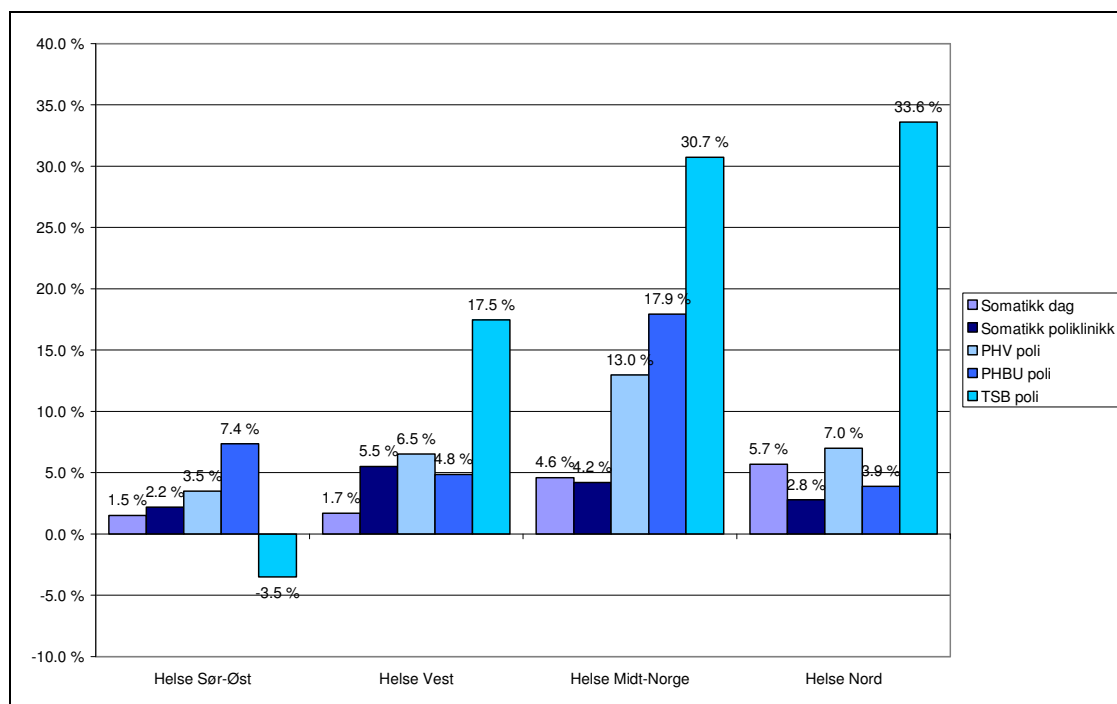


Figur 2.2 Prosentvis endring i døgnvirksomhet fra 2009 til 2010 for somatisk virksomhet, psykisk helsevern for voksne (PHV) og rusbehandling (TSB). Kilde: SAMDATA.

I figur 2.3 vises utviklingen for dag- og poliklinisk virksomhet. For denne delen av aktiviteten, og da særlig for somatisk virksomhet hvor det er separate tall for dag og poliklinikk, er bildet mer nyansert.

Helse Sør-Øst har en lavere vekst i somatisk virksomhet sammenlignet med psykisk helsevern, men for TSB er endringen svakere enn for somatikken.

I Helse Vest er det en markert sterkere vekst innen TSB enn for somatisk virksomhet. Veksten innen PHV er også høyere enn for somatisk virksomhet, mens polikliniske tiltak innen PHBU øker noe mindre enn somatisk poliklinikk, men høyere enn somatisk dagbehandling. Det er ikke uten videre enkelt å vurdere hva som kan være gjennomsnittlig prosentvis endring for hhv somatikk og psykisk helsevern. Somatisk dagbehandling er tyngre vektet (i DRG-systemet) enn poliklinisk virksomhet, men volumet i opphold/konsultasjoner er betydelig høyere i poliklinikken. Når det gjelder psykisk helsevern omfatter tilbudet for voksne flere pasienter enn tilbudet for barn og unge, noe som kan indikere at gjennomsnittlig vekst for psykisk helsevern samlet ligger nærmere endringstallet for voksne.

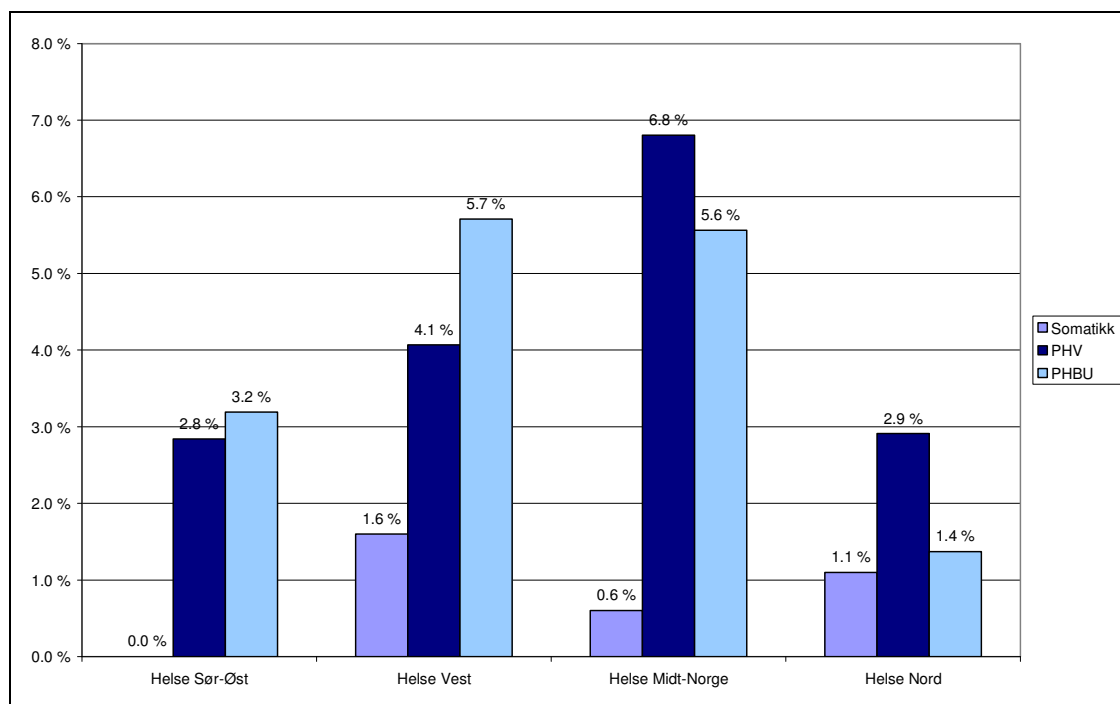


Figur 2.3 Prosentvis endring i dag- og poliklinisk virksomhet fra 2009 til 2010 for somatisk virksomhet, psykisk helsevern (PHV og PHBU)) og rusbehandling (TSB). Kilde: SAMDATA.

Helse Midt-Norge har en prosentvis sterkere vekst i psykisk helsevern og TSB sammenlignet med somatisk virksomhet.

For Helse Nord er veksten innen PHV og TSB høyere enn for somatisk virksomhet (både dag og poliklinikk). Det er veksten innen PHBU som er noe lavere enn for somatisk dagvirksomhet, men høyere enn somatisk poliklinikk. De samme betraktninger som er gjort under Helse Vest over kan også gjøres her.

I figur 2.4 vises prosentvis endring i pasienter for somatisk virksomhet og psykisk helsevern (PHV og PHBU). Det fremgår av figuren at det er en sterkere vekst i antall pasienter i psykisk helsevern for alle regioner.



Figur 2.4 Prosentvis endring i antall pasienter fra 2009 til 2010 for somatisk virksomhet og psykisk helsevern (PHV og PHBU). Kilde: SAMDATA.

3. Produktivitet

Det utarbeides årlig gjennom SAMDATA-publikasjonen⁵⁰ tall for ressursutnyttelse for sentrale deler av spesialisthelsetjenesten. I dette kapitlet presenteres det resultater av disse beregningene inntil siste år (2010).

Følgende hovedresultat presenteres i dette kapitlet:

- Kostnadseffektiviteten innen somatisk virksomhet ble redusert fra 2009 til 2010. Med unntak av Helse Midt-Norge gjenspeiler denne utviklingen seg også på regionalt nivå.
- Innen psykisk helsevern for voksne var det siste år en økning i produktiviteten ved døgnenhetene, mens det ved poliklinikkene var en reduksjon. En økning i omfanget av ambulant virksomhet forklarer delvis produktivitsnedgangen ved poliklinikkene.
- Helse Midt-Norge hadde en produktivitetsforbedring for både døgn- og poliklinisk behandling innen psykisk helsevern for voksne, mens de tre andre regionene fulgte det nasjonale mønsteret.
- Det var siste år en svak reduksjon i antall polikliniske pasienter per fagårsverk innen psykisk helsevern for barn og unge på nasjonalt nivå. Når det gjelder det regionale nivået var det reduksjon i Sør-Øst og Nord, uendret nivå i Vest og økt produktivitsnivå i Midt-Norge.
- Det er fortsatt et begrenset datagrunnlag for å analysere produktivitetsutviklingen innen rusbehandling (TSB). De beregninger som er utført i SAMDATA og denne rapporten indikerer en noe bedret kostnadseffektivitet i 2010.

3.1 Produktivitet i somatisk sektor

I forlengelsen av arbeidet med SAMDATA-rapporten har det blitt gjennomført ytterligere analyser av utviklingen i kostnadsnivå.⁵¹ Mens det i SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010 presenteres tall for driftskostnader per DRG-poeng, har det i det videre arbeidet blitt analysert betydningen av å inkludere flere aktivitetsmål utover pasientbehandling (DRG-poeng).

I følge nevnte SAMDATA-rapport var det samlet for landet en økning i kostnadsnivået siste år på 1,6 prosent, dvs en reduksjon i kostnadseffektiviteten fra 2009 til 2010. Det var noen regionale forskjeller, ved at foretakene i Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde en økning i kostnadsnivået på hhv 2,2 prosent og 1,4 prosent. I Helse Midt-Norge var tilsvarende tall 0,6 prosent, mens foretakene i Helse Nord samlet hadde et tilnærmet uendret nivå (+0,1 prosent).

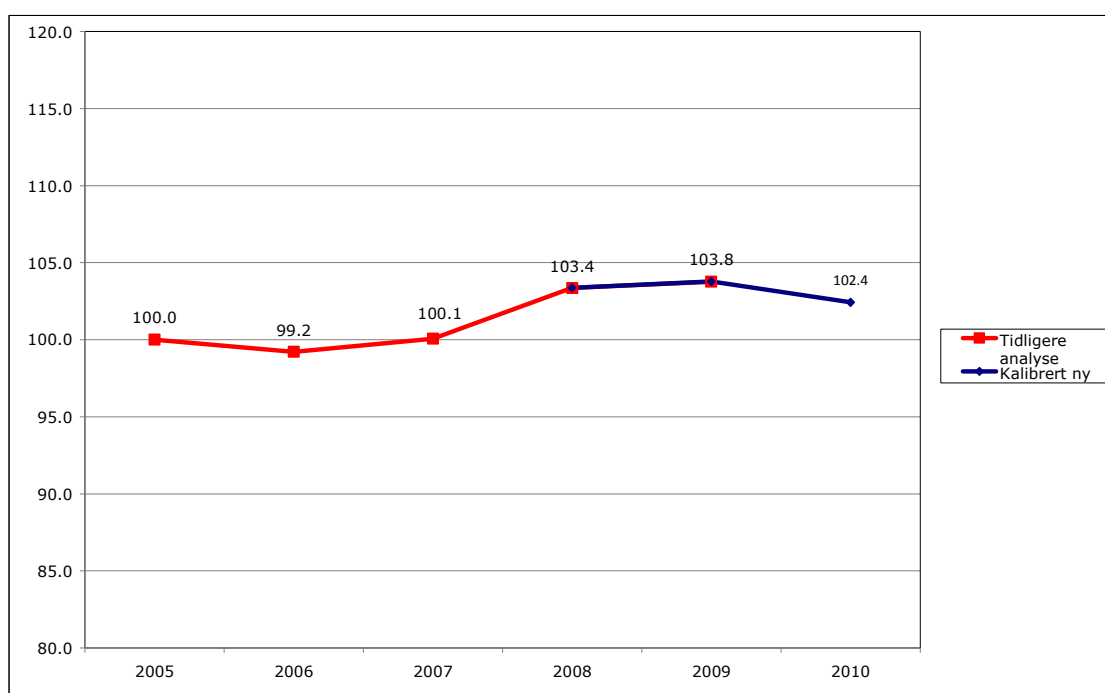
De regionale helseforetakene har fire hovedoppgaver, pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasientopplæring. Ved beregning av produktivitet er det ønskelig at man fanger opp en bredest mulig del av aktiviteten knyttet til disse fire hovedoppgavene. Det er imidlertid begrenset med datagrunnlag for oppgaver utover pasientbehandling, men det utarbeides årlig tall for forskningspoeng (artikler

⁵⁰ Inntil 2008-data ble SAMDATA utarbeidet av SINTEF, mens den de to siste årene har blitt utarbeidet av Helsedirektoratet.

⁵¹ Se notat "Utvikling i kostnadsnivå i helseforetakene 2008-2010" av Jorid Kalseth, SINTEF, august 2011.

og dr grader) som vil gi et visst bilde på nivå og utvikling i forskningsaktivitet. I notatet til Kalseth J (2011) presenteres det resultater for produktivitetsutviklingen basert på tre ulike modeller, hvorav en inkluderer forskningspoeng som en aktivitet i tillegg til pasientbehandling (DRG-poeng).

Utviklingen nasjonalt basert på resultatene av modell inkludert forskningspoeng som aktivitetsmål, i tillegg til pasientbehandling, og med driftskostnader⁵² som innsatsfaktor er vist i figur 3.1. I figuren er resultater fra analyse av perioden 2008-2010 kalibrert mot resultater fra tidligere analyse av perioden 2005-2008. Som det fremgår av figuren viser også denne modellen en reduksjon i kostnadseffektiviteten siste år, på linje med resultatene presentert i SAMDATA. Reduksjonen siste år er på i overkant av 1 prosentpoeng.⁵³ Nivået i 2010 er derfor noe lavere enn i 2008, men høyere enn i perioden 2005-2007.



Figur 3.1 Utvikling i beregnet kostnadseffektivitet for somatisk virksomhet. Modell med to aktivitetsmål (DRG-poeng korrigert for langtidsliggedager og forskningspoeng) og driftskostnader som innsatsfaktor. Vektet med størrelse på helseforetak. Nasjonalt. 2005-2010.⁵⁴ Kilde: SINTEF.

Kalseth J (2011) har også beregnet utviklingen dersom forskningspoeng ikke benyttes som aktivitetsmål. En slik modell gir en noe svakere vekst fra 2007 til

⁵² Driftskostnadene er korrigert så langt det lar seg gjøre for å være sammenlingbar med aktivitetstallene. Det medfører blant annet at det er korrigert for kostnader til pasientadministrerte biologiske legemidler og hjemmebasert posedialyse.

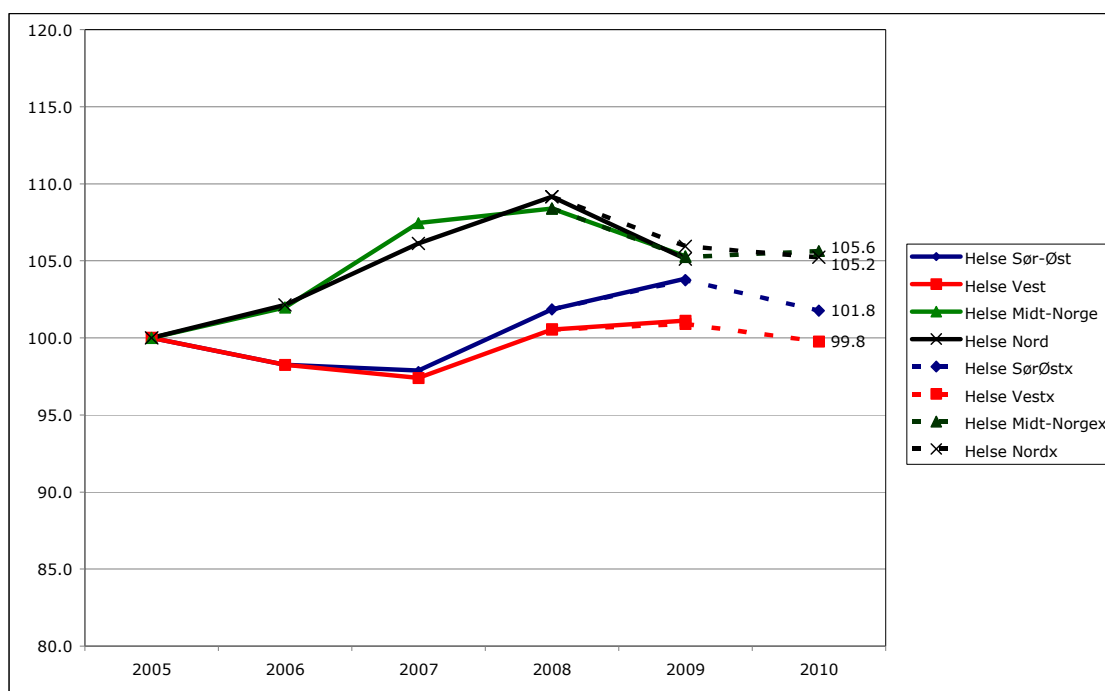
⁵³ Kalseth J (2011) påpeker imidlertid at for uvektet modell er gjennomsnittsskåren i 2010 ikke signifikant forskjellig fra tilsvarende i 2009.

⁵⁴ På grunn av endringer i datagrunnlaget er det litt ulik modell i perioden 2005-2008 og 2008-2010. I modell for siste periode er poliklinisk aktivitet estimert/inkludert i DRG-poengene.

2008, samt en noe sterkere reduksjon fra 2009 til 2010. Basert på denne modellen er nivået i 2010 omtrent på linje med nivået i 2005-2007. Inkludering av forskningspoeng medfører særlig at utviklingen fra 2007 til 2008 forsterkes.

I figur 3.2 presenteres regionale tall for kostnadseffektivitet i perioden 2005 til 2010.⁵⁴ Det var siste år en reduksjon i kostnadseffektiviteten for Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord. Reduksjonen var størst i Helse Sør-Øst med nær 2 prosent. Helse Vest og Helse Nord hadde en nedgang på hhv -1,1 og -0,7 prosent. For Helse Midt-Norge var det en forbedring av kostnadseffektiviteten på 0,4 prosent, dvs et tilnærmet uendret nivå, når forskningsaktivitet inkluderes.⁵⁵

Vudering av utviklingen over en lengre periode avhenger noe av hvilket startår man benytter. I perioden 2005-2010 har kostnadseffektiviteten blitt bedre i alle helseregioner med unntak av Helse Vest. Dersom man ser på utviklingen fra 2006-2010 har også Helse Vest en positiv utvikling. Figur 3.2 viser videre at Helse Midt-Norge og Helse Nord har en positiv utvikling fra 2005-2008, deretter er utviklingen svakere. For Helse Sør-Øst og Helse Vest var det reduksjon i kostnadseffektiviteten i første del av perioden (2005-2007) og siste år.



Figur 3.2 Utvikling i beregnet kostnadseffektivitet for somatisk virksomhet. Modell med to aktivitetsmål (DRG-poeng korrigeret for langtidsliggedager og forskningspoeng) og driftskostnader som innsatsfaktor. Vektet med størrelse på helseforetak Regionalt. 2005-2010.⁵⁴ Kilde: SINTEF.

⁵⁵ Kalseth J (2011) påpeker imidlertid at i en uvektet modell er gjennomsnittsskåren i 2010 ikke signifikant forskjellig fra tilsvarende i 2009 for alle de fire regionene.

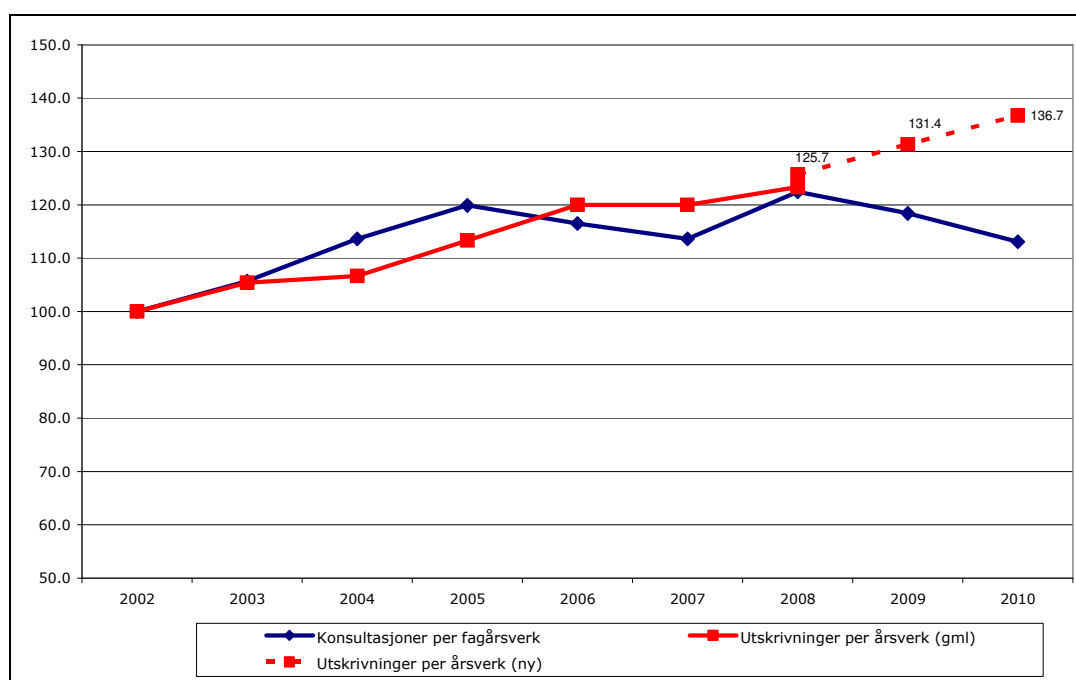
3.2 Produktivitet i psykisk helsevern

Når det gjelder informasjon om produktivitet (grad av ressursutnyttelse), har det innenfor psykisk helsevern i all hovedsak blitt benyttet partielle indikatorer. Disse indikatorene vil hver for seg vise produktivitet for hhv poliklinisk og inneliggende virksomhet, men gir ikke et samlet mål på ressursutnyttelse uavhengig av omsorgsnivå.

Psykisk helsevern for voksne (PHV)

For psykisk helsevern for voksne utarbeides det flere indikatorer for ressursutnyttelse, men det fokuseres her på to indikatorer; konsultasjoner per fagårsverk og utskrivninger per årsverk⁵⁶. I figur 3.3 presenteres disse indikatorene nasjonalt, hvor 2002 er satt lik 100. I tabell 3.1 vises tall for hver region for siste år.

Figur 3.3 viser at det siste år var ulik utvikling mellom inneliggende og poliklinisk virksomhet. Produktiviteten for inneliggende virksomhet (utskrivninger per årsverk) økte siste år med fire prosent.⁵⁷ I samme periode viser tallene for konsultasjoner per fagårsverk en reduksjon på nær -5 prosent. Redusert produktivitet for poliklinikkene skyldes i stor grad en markert økning i årsverkene for poliklinisk og ambulant virksomhet. I SAMDATA-rapporten fremheves det at ambulant virksomhet er en arbeidsform som vil kreve en større personellinnsats per konsultasjon, og at dette kan bidra til å forklare utviklingen siste år.



Figur 3.3 Polikliniske konsultasjoner per fagårsverk og utskrivninger per årsverk. 2002=100. Kilde: SAMDATA.

⁵⁶ På grunn av endring i datakilde for årsverk (fra skjema til register) presenteres indikatoren som gammel (gml) og ny.

⁵⁷ Helse Bergen Haukeland er holdt utenfor pga manglende sammenlignbarhet i datagrunnlaget, for nærmere informasjon, se side 129-130 i SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010.

Den mer langsiktige trenden viser en positiv produktivitetsutvikling for døgnvirksomheten, mens det for poliklinisk virksomhet har vært relativt stabilt nivå siden 2005.

I tabell 3.1 vises de samme produktivitetstallene for de fire regionene for årene 2009 til 2010. Det er kun Helse Midt-Norge som har en positiv produktivitetsutvikling for både poliklinisk og inneliggende virksomhet. For de andre regionene var det en reduksjon ved poliklinikkene og en produktivetsforbedring for inneliggende virksomhet.

Tabell 3.1 Konsultasjoner per fagårsverk og utskrivninger per årsverk regionalt. 2010, samt prosentvis endring 2009-2010.
Kilde: SAMDATA.

	Konsultasjoner per fagårsverk		Utskrivninger per årsverk	
	2010	Pst endr 09-10	2010	Pst endr 09-10
Helse Sør-Øst	421	-6,8 %	3,74	1,8 %
Helse Vest ⁵⁸	385	-2,5 %	4,82	12,5 %
Helse Midt-Norge	415	2,3 %	4,24	3,0 %
Helse Nord	302	-5,9 %	4,91	5,6 %
Samlet	398	-4,7 %	4,10	4,1 %

Ved å se på produktivitetstallene per region for årene 2006 til 2010 vil det kunne vises et relativt stabilt nivå for produktiviteten ved poliklinikkene. Dette gjelder alle regioner, det eneste forskjellen er at nivået er noe lavere i Helse Nord. Når det gjelder utskrivninger per årsverk (inneliggende virksomhet) har det i samme periode vært en jevn produktivetsforbedring i Helse Vest og Helse Nord, som begge også ligger med høyest i nivå i 2010. I Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge var det i samme periode en noe lavere produktivetsforbedring.

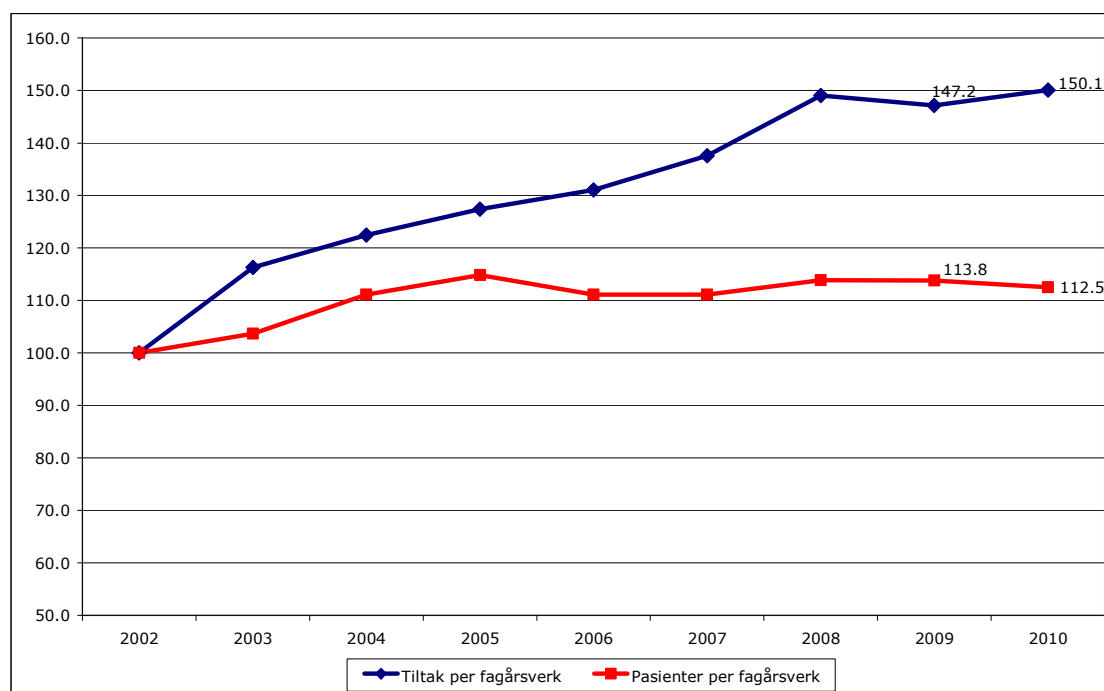
Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

I psykisk helsevern for barn og unge foregår det meste av aktiviteten ved poliklinikkene og produktivetsindikatorene er derfor i hovedsak rettet mot denne delen av aktiviteten. Det er imidlertid viktig å være klar over at de 3-4 prosent av pasientene som trenger dag-/døgnbehandling, forbruker nær 50 prosent av ressursene. Dette tilsier at det også ville være av interesse å utarbeide produktivetsindikator(er) for disse pasientene. Men i dette avsnittet fokuseres det kun på poliklinisk aktivitet gjennom indikatorene tiltak per fagårsverk og pasienter per fagårsverk.

I figur 3.4 vises produktivetsutviklingen for PHBU i perioden 2002 til 2010. Utviklingen siste år viser en produktivetsforbedring på 2 prosent når man ser på tiltak per fagårsverk og en tilsvarende reduksjon når man ser på pasienter per fagårsverk. Det er imidlertid indikasjoner på at deler av økningen i tiltak skyldes endringer i registreringspraksis, noe som tilsier at man i størst grad bør legge vekt på indikatoren pasienter per fagårsverk.

⁵⁸ Tallene for utskrivninger per årsverk for Helse Vest er eksklusiv Helse Bergen Haukeland på grunn av manglende sammenlignbare data i 2009 og 2010.

Etter en lengre periode med jevn vekst, viser tallene nå en stabilisering av tiltak per fagårsverk. Veksten i tiltak per fagårsverk i perioden 2002 til 2008 forklares delvis av endringer i registreringspraksis, uten at det er mulig å angi det mer konkret. Når det gjelder pasienter per fagårsverk viser figur 3.4 et relativt stabilt nivå i perioden 2004 til 2010, en periode med markert vekst i antall årsverk i PHBU.



Figur 3.4 Antall tiltak per fagårsverk og antall pasienter per fagårsverk innen PHBU. 2002-2010. 2002=100. Kilde: SAMDATA.

I tabell 3.2 presenteres produktivitetstall på regionalt nivå. Pasienter per fagårsverk, som er den mest robuste indikatoren, økte med nær 4 prosent i Helse Midt-Norge og ble redusert med drøyt 4 prosent i Helse Sør-Øst. Det var også en reduksjon i nivået i Helse Nord med ca 1 prosent. Helse Vest hadde tilnærmet uendret produktivitetsnivå i 2009 og 2010.

Tabell 3.2 Tiltak per fagårsverk og pasienter per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge. Kilde: SAMDATA.

	Tiltak per fagårsverk		Pasienter per fagårsverk	
	2010	Pst endring 2009-2010	2010	Pst endring 2009-2010
Helse Sør-Øst	542	-0,1	31	-4,4
Helse Vest	391	-1,1	28	-0,2
Helse Midt-Norge	428	16,5	27	3,9
Helse Nord	475	1,9	34	-1,1
Samlet	488	2,0	30	-1,9

Økningen i tiltak per fagårsverk i Helse Midt-Norge skyldes delvis endring i registreringspraksis av tiltak, og kan derfor ikke vektlegges. For de tre andre regionene var det relativt små endringer i tiltak per fagårsverk fra 2009 til 2010.

3.3 Produktivitet innen TSB

Det ble i fjorårets BUS-rapport påpekt at det ikke eksisterer rutinemessig data egnet for analyser av produktivitet i rusbehandling (TSB), slik det eksisterer for somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Etter det utvalget kjenner til har det ikke skjedd store endringer på dette området, slik at man også i år må basere seg på et begrenset datagrunnlag ved vurdering av produktivitetsutvikling innen TSB. Utvalget velger derfor å vurdere utviklingen i produktivitet (kostnadsnivå) med utgangspunkt i de institusjonene som det foreligger aktivitets- og regnskapsdata for. I tillegg har det blitt foretatt en seleksjon av de institusjonene som etter det man kjenner til har hatt stabile rammevilkår (f eks avtaler) i perioden 2008-2010.

I publikasjonene SAMDATA Spesialisthelsetjenesten for 2009 og 2010 er det presentert tall for median kostnadsnivå for private institusjoner som enten bare driver med poliklinisk virksomhet eller bare har døgnbehandling. Det er kun 4-5 institusjoner med kun poliklinisk virksomhet, mens det er ca 20 institusjoner for døgnbehandling. Beregnet kostnadsnivå, korrigert for prisstigning, indikerer at det fra 2009 til 2010 var en stabil eller svak bedring i kostnadseffektiviteten for både de polikliniske institusjonene og døgninstitusjonene.

I tillegg til dette har utvalget benyttet særskilt tilrettelagt datagrunnlag fra arbeidet med SAMDATA-publikasjonen til å se på utviklingen i aktivitet og kostnader for noen flere institusjoner som både har poliklinisk virksomhet og døgnbehandling. I dette utvalget inngår det noen helseforetak, samt en del private institusjoner i perioden 2008 til 2010. Utfordringen i arbeidet har vært at det ikke eksisterer et system for beregning av samlet aktivitet. Spørsmålet er hvordan man skal vekte en poliklinisk konsultasjon i forhold til et oppholdsdøgn. Sannsynligvis er det slik at dette kan være forskjellig mellom ulike (typer) institusjoner. I mangel av noe bedre data for dette er det benyttet de beregnede enhetskostnadene ved estimering av samlet aktivitet. Det er konkret foretatt en omregning av polikliniske konsultasjoner til oppholdsdøgn ved å benytte forholdstallet mellom median enhetskostnad for poliklinikk og oppholdsdøgn. For å undersøke hvor robust resultatene er med hensyn til dette forholdstallet er det i tillegg foretatt en estimering av samlet aktivitet hvor forholdstallet er basert på laveste enhetskostnad for poliklinikk og høyeste enhetskostnad for oppholdsdøgn. Det er stor grad av korrelasjon mellom estimeringene av kostnadsnivå basert på de to forholdstallene.

Beregningene viser at det er en del institusjoner som får lavere kostnadsnivå i perioden 2008 til 2010, samtidig som det er en del institusjoner som får høyere kostnadsnivå. Bilde er med andre ord noe sammensatt. Det er imidlertid flere institusjoner som fremkommer med et lavere estimert kostnadsnivå i 2010 enn i 2008, og det er dermed indikasjoner på en forbedring i kostnadseffektiviteten i denne perioden. De helseforetakene som inngår i beregningene fremkommer med reduksjon i estimert kostnadsnivå, og dermed indikasjon på bedret kostnadseffektivitet.

Datagrunnlaget er for spinkelt til å vurdere utviklingen regionalt.

Det må imidlertid påpekes at datagrunnlaget ikke dekker hele rusktoren og at beregningen/estimeringen bygger på en del forutsetninger som kan diskuteres. Det er derfor behov for å sette i gang et utviklingsarbeid for å utarbeide robuste produktivitetsindikatorer for spesialisert rusbehandling (TSB).

4. Helseforetakenes økonomiske situasjon

Årsresultatet viser de totale inntektene fratrasket de ressursene som er forbrukt i perioden. Vi sammenligner helseforetakenes årsresultat med det krav som eier har stilt til denne størrelsen og viser effekt på foretakenes egenkapital.

Balansen synliggjør hvilke økonomiske ressurser foretakene eier (eiendeler) og hvordan de er finansiert (egenkapital (EK) og gjeld). På eiendelssiden vil endringer i eiendelene vise netto investering i sektoren. Vi viser også sentrale nøkkeltall for finansiering av eiendelene for å kunne vurdere utvikling i helseforetakenes finansielle stilling.

For å kunne betale sine løpende forpliktelser, som for eksempel 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 samlet i 2010 et overskudd på 1 267 mill kroner målt mot eiers resultatkravet. Dette var første år etter foretaksreformen i 2002 hvor alle regionale helseforetak gikk med overskudd.
- Eiendelene for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene økte med 5,5 prosent fra 2009 til 2010.
- Investeringsnivået i regionene var noe lavere i 2010 enn foregående år, og for første gang i perioden 2006-2010 var avskrivningskostnadene større enn investeringene (dvs negative netto investeringer) for regionene samlet. Akkumulert i perioden var det imidlertid positiv størrelse for netto investeringer.
- Bruk av egne midler (basisbevilgning) ved finansiering av investeringer har vært tilnærmet uendret i perioden 2006-2010. I samme periode har bruk av lån til investeringer og investeringstilskudd blitt redusert, slik at andelen egenfinansiering (dvs bruk av basisbevilgning) har økt fra 56 til 91 prosent.
- Egenkapitalen til de regionale helseforetakene økte med drøyt 6 mrd kroner fra 2009 til 2010. Dette skyldtes både håndteringen av endringer i pensjonskostnader, men også overskudd i de regionale helseforetakene utover eiers styringskrav.
- Det var en vekst i benyttet driftskreditt fra 2009 til 2010, men veksten var lavere enn økningen i driftskredittrammen. Helse Sør-Øst hadde størst nominell og prosentvis vekst i benyttet driftskreditt.
- Likviditetsgraden indikerer en viss bedring i likviditeten for Helse Vest og Helse Midt-Norge, omtrent uendret for Helse Nord og en viss forverring for Helse Sør-Øst.

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. Basisbevilgningen skal dekke alle typer kostnader i helseforetakene, herunder investeringskostnader. Det er ingen

øremerking av basisbevilgningen. De regionale helseforetakene må selv avveie hvor mye som skal brukes til hhv investeringer og drift.

De regionale helseforetakene har ikke mulighet til å ta opp lån i private banker, de kan kun ta opp lån i staten (etter rammer vedtatt av Stortinget). Låneordningen administreres av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2001-2002) ble det etablert en statlig låneordning til investeringsformål for regionale helseforetak. Årlige lånerammer ble fram til 2008 bevilget «under streken» i statsbudsjettet. Det enkelte regionale helseforetaks andel av årlig lånebevilgning ble fordelt av HOD etter en samlet vurdering. Bevilgning "under streken" innebar at investeringslån ikke ble regnet med i statsbudsjettets oljekorrigerte underskudd eller i det strukturelle, oljekorrigerte underskuddet. Selv om de regionale helseforetakene er organisert som selvstendige rettssubjekter, er virksomheten i all hovedsak fullfinansiert ved statlige bevilgninger. Helseforetakenes virksomhet og økonomi atskiller seg i så måte ikke vesentlig fra statsforvaltningens virksomhet. For at statsbudsjettet skal gi et oversiktlig bilde av statens ressursbruk og den samlede etterspørselsvirkningen av finanspolitikken, er derfor nye investeringslån til de regionale helseforetakene budsjettet «over streken» fra og med 2008, jf. omtale i St. prp. nr. 1 (2007-2008). Investeringslån inngår i prioriteringen innenfor statsbudsjettets samlede rammer på lik linje med utgifter til andre formål. Helse- og omsorgsdepartementet fremmer forslag om investeringslån til konkrete prosjekter med en fastsatt låneramme (maksimalt 50 prosent) i Regjeringens budsjettprosess.

Stortinget vedtar også øvre rammer for samlet driftskreditt som de regionale helseforetakene kan benytte. Endringer i driftskredittrammen budsjetteres, siden 2009 slik som investeringslån, "over streken" i statsbudsjettet. HOD operasjonaliserer dette for hvert enkelt RHF.

I 2009 ble det etablert en langsiktig løsning for håndtering av pensjonskostnader og -premier. Ordningen innebar at *pensjonskostnaden* ble lagt til grunn ved fastsetting av basisbevilgningen. Dette for å kunne ha entydige ukorrigerte resultatkrav til helseforetakene. Videre innebar ordning at differansen mellom pensjonskostnad og -premie håndteres gjennom endringer i driftskreditten. Dette innebærer at overskuddslikviditet som følge av lavere pensjonspremie (det som betales) enn pensjonskostnad (det som regnskapsføres), skal brukes til nedjustering av driftskreditten. Slik overskuddslikviditet skal dermed ikke benyttes til drift eller investeringer. Dersom pensjonspremien er høyere enn pensjonskostnaden, vil driftskredittrammen utvides.

Høsten 2010 ble det kjent at tilpassing av offentlig tjenestepensjon til pensjonsreformen medførte en vesentlig lavere beregnet pensjonskostnad for 2010 enn opprinnelig antatt.⁵⁹ Reduksjonen i pensjonskostnaden var på 9,25 mrd kroner og måtte tas inn som en engangseffekt i regnskapet for 2010. I henhold til ordningen som ble innført skulle helseforetakenes basisrammer blitt redusert med 9,25 mrd kroner. Det ble besluttet at basisbevilgningen til de regionale helseforetakene kun ble satt ned med 4,45 mrd kroner med en tilsvarende økning i driftskredittrammen, siden pensjonspremien ikke ble redusert. De resterende 4,8 mrd kroner ble brukt for å styrke foretakenes egenkapital. Beløpet på 4,8 mrd kroner tilsvarer de økte pensjonskostnadene som ble unntatt resultatkravet i perioden 2006-2008, og som

⁵⁹ Dette skyldtes særlig lavere regulering av alderspensjon (fra dagens G-regulering til regulering tilsvarende "G minus 0,75%") og en effekt av levealderjustering (pga økt levealder).

medførte en reduksjon i egenkapitalen i den perioden. Eiers resultatkrav for 2010 ble derfor endret fra 0 til 4,8 mrd kroner.

4.2 Regnskapsmessig resultat

Eiers styringskrav når det gjelder årsresultat ble som nevnt endret i løpet av 2010 fra resultat i balanse til et positivt resultat på 4,8 mrd kroner. Årsresultat for de regionale helseforetakene vises i tabell 4.1 og 4.2, hvor det fremgår at det regnskapsmessige resultatet var høyere enn eiers styringskrav. Samlet gikk de regionale helseforetakene med et regnskapsmessig overskudd på drøyt 6 mrd kroner, hvilket var nær 1,3 mrd kroner over eiers styringskrav på 4,8 mrd kroner. Resultatet korrigert for eiers styringskrav utgjorde 1,2 prosent av de regionale helseforetakenes inntekter.

Tabell 4.1 Eiers styringskrav, årsresultat og årsresultat målt mot eiers styringskrav (inkl i prosent av inntekt). 2006-2010. Millioner kroner.
Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2006	2007	2008	2009	2010	Akkumulert 2003-2010
Eiers styringskrav	-2 493	-4 660	-600	0	4 800	-8 430
Årsresultat	-4 364	-6 110	-1 300	312	6 067	-16 130
Avvik ift eiers styringskrav	-1 871	-1 450	-700	312	1 267	-7 711
Avvik i pst av inntekt ⁶⁰	-2,3 %	-1,7 %	-0,7 %	0,3 %	1,2 %	

Tabell 4.2 viser årsresultat målt i forhold til eiers styringskrav for hvert regionale helseforetak. I 2010 var det for første gang positivt årsresultat for alle de fire regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge hadde det relativt sett største overskuddet målt ift inntektene på 3,5 prosent, etterfulgt av Helse Vest med 2,2 prosent. For Helse Nord og Helse Sør-Øst var tilsvarende tall 0,9 prosent og 0,3 prosent.

De fire regionale helseforetakene hadde alle en positiv utvikling i årsresultat fra 2009 til 2010, og særlig gjaldt dette Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge.

Tabell 4.2 Årsresultat i forhold til eiers styringskrav. 2006-2010. Millioner kroner.
Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2006	2007	2008	2009	2010	Endring 2009- 2010	Akkumulert 2003-2010
Helse Sør-Øst	-322	-1 087	-425	-157	172	329	-3 720
Helse Vest	-405	-90	-141	156	436	279	-1 281
Helse Midt-Norge	-711	-10	86	214	548	334	-1 404
Helse Nord	-433	-263	-221	100	112	12	-1 306
Regionene samlet	-1 871	-1 450	-700	312	1 267	955	-7 711

Den positive utviklingen i årsresultat i forhold til eiers styringskrav de siste par årene har medført at akkumulert underskudd (fortsatt korrigert for eiers styringskrav) etter

⁶⁰ Inntekt er her definert som driftskostnader – underskudd (+ overskudd).

foretaksreformen i 2002 er noe redusert, og utgjør i 2010 samlet drøyt 7,7 mrd kroner.

Det regnskapsmessige årsresultatet på drøyt 6 mrd kroner gir vekst i egenkapitalen. Selv med dette relativt store overskuddet er det fortsatt et akkumulert underskudd på drøyt 16 mrd kroner i perioden 2003-2010. I samme periode viser tallene en tilsvarende reduksjon i egenkapitalen, se avsnitt 4.4 for nærmere omtale av utvikling i egenkapital.

4.3 Eiendeler

De regionale helseforetakene fikk gjennom foretaksreformen i 2002 eierskap til bygninger, medisinsk teknisk utstyr (MTU), IKT og andre innsatsfaktorer som er viktige for å drive spesialisthelsetjeneste. I dette avsnittet ses det nærmere på nivå og utvikling i de regionale helseforetakene sine eiendeler.

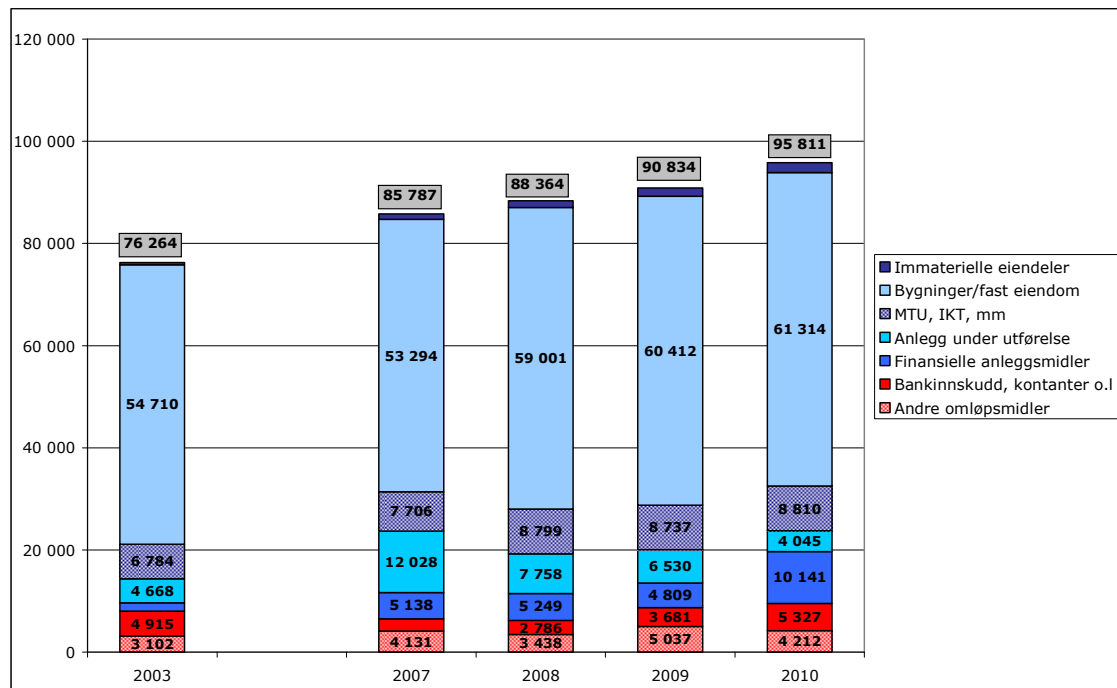
I figur 4.1 vises utviklingen i bokførte verdier for en del sentrale eiendeler for de regionale helseforetakene. Samlet verdi av eiendelene økte fra 76,3 mrd kroner i 2003 til 95,8 mrd kroner i 2010, en økning på 25,6 prosent. På eiendelssiden er det de varige driftsmidlene, herunder særskilt bygninger og fast eiendom, som i bokførte verdier er dominerende.

Det er ikke helt enkelt å få et komplett bilde på utviklingen for de ulike komponentene av varige driftsmidler⁶¹. Pågående byggeprosjekter føres som anlegg under utførelse, og denne størrelsen vil inkludere både bygninger, MTU, IKT og annet. Med dette som bakgrunn vil tallene i figuren kunne vise at det siste år (2009-2010) har vært en økning i verdien av bygninger på 1,5 prosent, mens det for MTU, IKT o.l var en økning på 0,8 prosent. Det var mindre ført som anlegg under utførelse i 2010 enn i 2009, noe som trolig skyldes ferdigstilling av deler av de store byggeprosjektene (Ahus, St Olav).

I nominelle størrelser har varige driftsmidler økt fra drøyt 66 mrd kroner i 2003 til noe over 74 mrd kroner i 2010. I denne perioden var det en økning i verdien av bygninger og fast eiendom på 6,6 mrd kroner (12,1 prosent), mens verdien av MTU, IKT og lignende økte med 2,0 mrd kroner (nær 30 prosent).

Korrigert for prisendring (KPI) har eiendeler samlet økt med 7,7 prosent, mens varige driftsmidler har blitt redusert med 2 prosent. Det kan imidlertid leses av figur 4.1 at 2010 avviker noe fra foregående år ved at varige driftsmidler nominelt reduseres, samt at finansielle anleggsmidler (i praksis balanseførte pensjonsmidler) øker relativt mye. Ved å se på prosentvis endring i perioden 2003 til 2009, var det korrigert for prisstigning en økning på 2,6 prosent for varige driftsmidler og 4,6 prosent for eiendeler samlet.

⁶¹ Varige driftsmidler omfatter a) bygninger/fast eiendom, b) MTU, IKT, m.m og c) anlegg under utførelse.



Figur 4.1 Utvikling i RHF-enes eiendeler. 2003-2010. Millioner kroner.
Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

Økningen i finansielle anleggsmidler fra 2009 til 2010 skyldes i stor grad en økning i bokførte pensjonsmidler.⁶²

Når det gjelder omløpsmidler, her skilt mellom bankinnskudd, kontanter o.l og andre omløpsmidler, har det vært en utvikling fra relativt stort beløp i bankinnskudd/kontanter i 2003 til et noe lavere beløp fram til 2008, hvor det øker igjen i 2009 og 2010. Dette er nærmere kommentert under tabell 4.9.

Som vist i tabell 4.3 skiller Helse Midt-Norge seg spesielt ut med en større prosentvis økning i immaterielle og varige driftsmidler i perioden 2003-2010, noe som i stor grad skyldes bygging av nytt sykehus i Trondheim. Helse Sør-Øst har i samme periode en prosentvis vekst på nær 11 prosent, og ligger med det noe over Helse Vest. Helse Nord er eneste region med reduksjon i bokførte verdier for immaterielle og varige eiendeler i perioden 2003 til 2010. Men som tabell 4.3 viser hadde alle regioner reduksjon siste år, i størrelsesorden -0,8 til -2,3 prosent.

⁶² Stortinget vedtok "Lov om endringer i lov om Statens Pensjonskasse, lov om samordning av pensjons- og trygdeytelser og i enkelte andre lover (oppfølging av avtale om tjenstepensjon og AFP i offentlig sektor i tariffoppgjøret 2009)" den 25. juni 2010. Regnskapsmessig er dette behandlet som en planendring. Den store endringer i balansetallene fra 2009 til 2010 skyldes at planendringen inntektsføres for seg som ett engangsbeløp i 2010.

Tabell 4.3 Utvikling i RHF-enes immaterielle og varige driftsmidler. 2003-2010. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2003	2009	2010	Endring 2003-2010		Endring 2009-2010	
				Mill kroner	Prosent	Mill kroner	Prosent
Helse Sør-Øst	36 913	41 457	40 909	3 996	10,8 %	-548	-1,3 %
Helse Vest	12 095	12 808	12 705	610	5,0 %	-103	-0,8 %
Helse Midt-Norge	9 001	14 985	14 648	5 646	62,7 %	-337	-2,3 %
Helse Nord	8 578	8 056	7 870	-708	-8,3 %	-186	-2,3 %
Regionene samlet	66 587	77 306	76 132	9 545	14,3 %	-1 174	-1,5 %

4.3.1 Investeringer

De regionale helseforetakene har i tråd med foretaksmodellen et helhetlig ansvar for investeringer og drift i egen region. Dette helhetlige ansvaret er underbygget ved at midler til investeringer er lagt inn som en del av de regionale helseforetakenes basisbevilgninger og ikke gjennom øremerkede tilskudd. Nye investeringsprosjekter må dermed planlegges på en slik måte at det regionale helseforetaket kan håndtere kostnader innenfor en videreføring av eksisterende basisrammer.⁶³ Helse- og omsorgsdepartementet kan gi lån til større investeringsprosjekter, jf omtale i avsnitt 4.1.

Det ble i avsnitt 4.2 vist at foretaksgruppen i de regionale helseforetakene har gått fra en situasjon med vedvarende underskudd (2002-2008) til å gå i balanse eller med overskudd de siste to årene. Basert på formuleringer i styredokumenter vil det kunne dokumenteres at RHFene knytter behovet for å gå med overskudd til ønsket om gjennomføring av planlagte investeringer.

Tall for investeringer finner vi både i balansen i årsregnskapet (endringer i eiendelenes verdi) og fra kontantstrømoppstillingen (utbetalinger til investeringsformål). I dette avsnittet ses det nærmere på endringer i verdien av eiendeler i balansen, mens det i avsnitt 4.3.2 er fokus på kontantstrømmer (finansiering av investeringer).

Etter foretaksreformen i 2002 har investeringsnivået i spesialisthelsetjenesten vært spesielt påvirket av noen få store byggeprosjekter (bl a St Olavs hospital, Nye Ahus). Disse prosjektene er avsluttet eller i slutfasen, og tabell 4.4 viser at investeringsnivået for spesialisthelsetjenesten samlet nå avtar noe, fra drøyt 8 mrd kroner i 2007-2008 til noe over 4,5 mrd kroner i 2010. Når ned- og avskrivningene utgjør over 5,7 mrd kroner, tilsier dette at det i 2010 var en negativ netto investering på ca 1,2 mrd kroner. Det må påpekes at investeringer vil kunne svinge en del i ulike perioder, avhengig av når det er særskilt høy aktivitet i store byggeprosjekter.

⁶³ Det er satt særskilte krav til prosjekter som overstiger 500 mill. kroner. For prosjekter over 1 mrd. kroner skal resultater og de regionale helseforetakenes vurderinger etter en viss tid i planleggingsfasen legges frem for departementet.

Tabell 4.4 Investeringer, av-/nedskrivninger og netto investeringer. 2006-2010. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2006	2007	2008	2009	2010	Akkumulert 2006-2010
Investeringer ⁶⁴	6 876	8 180	8 128	5 891	4 579	33 653
Av- og nedskrivninger	5 469	5 429	5 351	5 475	5 754	27 477
Netto investeringer ⁶⁵	1 407	2 751	2 778	415	-1 174	6 176

Tabell 4.5 og 4.6 viser hhv investeringer og netto investeringer for de regionale helseforetakene i perioden 2006 til 2010. Helse Sør-Øst har et lavere investeringsnivå i 2009 og 2010 enn i perioden før, noe som i stor grad skyldes ferdigstilling av nye Ahus. Også for Helse Midt-Norge var investeringsnivået i 2010 en del lavere enn perioden 2007-2009. For Helse Vest og Helse Nord har det vært mindre svingninger i investeringsnivået i den perioden vi her ser på (som er relativt kort i investeringssammenheng).

Tabell 4.5 Investeringer⁶⁴ per RHF. Millioner kroner. 2006-2010. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2006	2007	2008	2009	2010
Helse Sør-Øst	4 467	4 414	4 496	2 896	2 810
Helse Vest	1 058	1 161	1 392	1 127	892
Helse Midt-Norge	545	2 050	1 790	1 359	449
Helse Nord	807	556	450	509	428
Regionene samlet	6 876	8 180	8 128	5 891	4 579

Netto investeringer i de regionale helseforetakene har også variert noe over tid og mellom regioner. To forhold peker seg imidlertid ut i tabell 4.6. For det første at Helse Nord i en lengre periode enn de andre regionene har hatt en negativ netto investering. For denne regionen har det derfor vært en nedbygging av realkapital i perioden vi her ser på. Det andre vi ser av tabell 4.6 er at alle regioner har negativ netto investering i 2010. Men som tidligere nevnt bør investeringer ses over en lengre tidsperiode, og dersom man akkumulerer netto investeringer for en lengre tidsperiode, vil de fleste regioner (kanskje med unntak av Helse Nord) fremstå med positiv netto investering.

Tabell 4.6 Årlige netto investeringer⁶⁵ per RHF. 2006-2010. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2006	2007	2008	2009	2010
Helse Sør-Øst	1 434	1 321	1 419	-245	-548
Helse Vest	106	218	468	196	-103
Helse Midt-Norge	-264	1 294	1 098	629	-337
Helse Nord	132	-82	-207	-165	-186
Regionene samlet	1 407	2 751	2 778	415	-1 174

Det vil være usikkerhet i forhold hvilken utvikling man vil se i kommende år når det gjelder investeringer i foretakene samlet. Basert på det regionene selv i sine

⁶⁴ Investeringer er definert som netto investeringer (se fotnote 65) pluss ned- og avskrivninger.

⁶⁵ Netto investeringer er definert som endring i immaterielle og varige driftsmidler i balansen.

styredokumenter viser av langtidsplaner for investeringer, kan det se ut til at det samlet sett planlegges med økt investeringsnivå i kommende 4 års periode.

4.3.2 Finansiering av investeringer

Investeringer stiller krav til at foretaket har tilgang på likviditet (altså penger). Pengene kan hentes fra ulike kilder:

- Likviditet fra drift.

Hovedkilden til finansieringen ligger i basisrammen, gjennom at denne er ment å dekke årlige avskrivningskostnader. Da avskrivninger er "ikke betalbare kostnader" kan denne likviditeten benyttes til nye investeringer. I 2010 utgjorde avskrivningskostnadene 5,4 mrd kroner, og som en ikke-betalbar kostnad kan benyttes til drift eller investeringer. Alternativt kan foretaket velge å holde tilbake ytterligere deler av sine inntekter som så benyttes til å finansiere investeringer på et senere tidspunkt. Underskudd på driften reduserer handlingsrommet for investeringer.

- Investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Helseforetakene kan ta opp investeringslån hos HOD. Lånebehov i oppstartsåret og samlet låneramme for prosjektet prioriteres opp mot andre formål ved utarbeidelse av statsbudsjettet. I påfølgende år bevilges midler til investeringslån over statsbudsjettet i tråd med likviditetsbehovet i prosjektene, innenfor fastsatt låneramme. I 2010 ble det gitt investeringslån til tidligere vedtatte prosjekter på til sammen 689,6 millioner kroner (Nordlandssykehuset, St Olavs Hospital og tomtekjøp nytt sykehus i Buskerud).

- Investererstilskudd fra HOD.

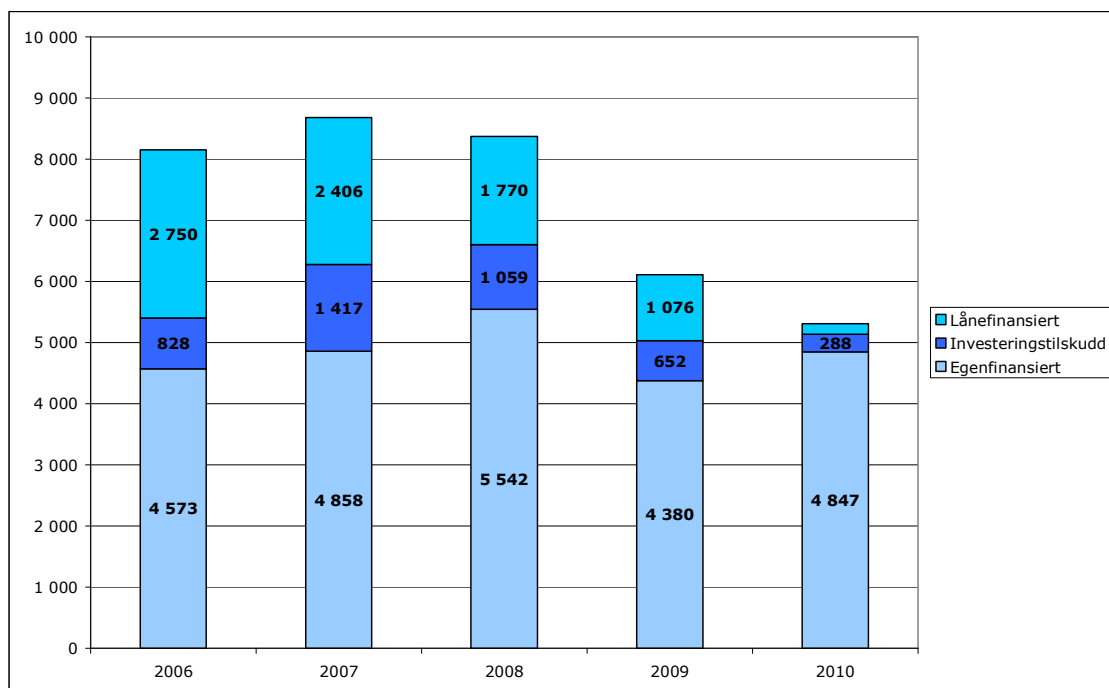
Det er tidligere vedtatt investerstilskudd som bidrag for gjennomføring av tre utvalgte investeringsprosjekter (Nye Ahus, St Olavs Hospital og forskningsbygg ved Radiumhospitalet). I 2010 ble det utbetalt 287,3 millioner kroner. Alle byggeprosjektene er i hovedsak ferdigstilte og den siste delen av det samlede investerstilskuddet ble utbetalt i 2010. Det er lagt opp til at ordningen med investerstilskudd ikke videreføres.

I alle regionale helseforetak virker det å være et bevisst fokus på sammenhengen mellom positivt økonomisk resultat og investeringsnivået. Dette fremkommer blant annet gjennom konkrete beskrivelser i budsjettdokumenter (langtidsbudsjett) og dokumenter knyttet til investeringsplaner i alle de fire regionale helseforetakene. I avsnitt 4.2 fremgikk det at utviklingen for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene har gått fra vedvarende underskudd i perioden 2002-2008 til et overskudd i alle regioner i 2010.

Figur 4.2 viser hvordan investeringene⁶⁶ har blitt finansiert i perioden 2006 til 2010. De regionale helseforetakene mottar som nevnt innledningsvis en basisbevilgning

⁶⁶ Datagrunnlaget for investeringer er her hentet fra kontantstrømoppstillingen og omfatter kun kjøp av driftsmidler. Disse vil avvike fra tall for investeringer basert på opplysninger fra balansen og resultatregnskapet.

som blant annet skal dekke kostnader i forbindelse med investeringer.⁶⁷ Dersom man tar utgangspunkt i avskrivningskostnadene for de regionale helseforetakene, utgjør dette om lag 5,4 mrd kroner som likviditetsmessig kan (men ikke må) brukes til investeringer. Det er lagt opp til at investeringene skal finansieres med egne midler gjennom basisbevilgningen. I perioder vil det imidlertid være nødvendig av likviditetsmessige hensyn å innvilge investeringslån (og hittil også investeringstilskudd) for konkrete prosjekter. I den korte perioden man her ser på har investeringene blitt redusert fra drøyt 8,1 mrd i 2006 til noe over 5 mrd i 2010. I denne perioden har andelen egenfinansiering økt fra 56 til 91 prosent. Målt i nominelle kroner har imidlertid egenfinansieringen vært nokså stabil i perioden, hvilket fremkommer tydelig i figur 4.2.



Figur 4.2 Finansiering av investeringer for RHF-ene samlet. 2006-2010. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen og HOD.

4.4 Helseforetakenes egenkapital og gjeld

I dette avsnittet beskrives det nærmere hvordan helseforetakenes eiendeler er finansiert gjennom egenkapital (EK) og gjeld.

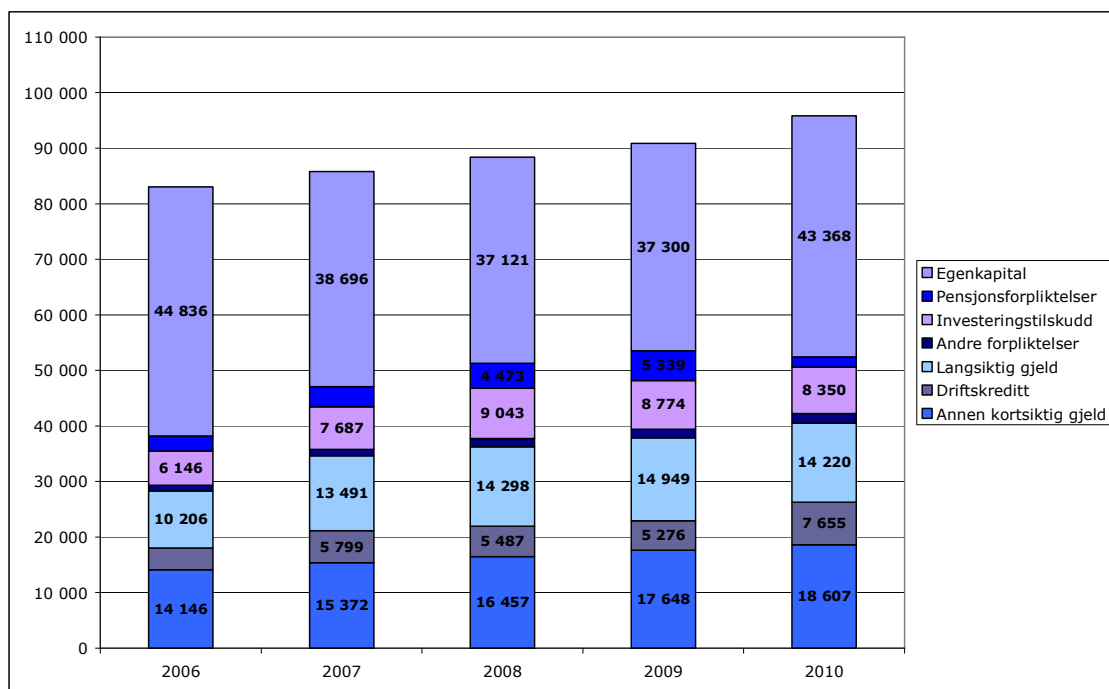
I figur 4.3 vises utviklingen i en del sentrale størrelser for egenkapital og gjeld i perioden 2006 til 2010. Endring i egenkapital mellom år er i all hovedsak bestemt av regnskapsmessig resultat. Ved underskudd reduseres egenkapitalen og ved overskudd styrkes egenkapitalen. For de regionale helseforetakene samlet var det

⁶⁷ Basisbevilgningen til de regionale helseforetakene ble styrket i 2008 med 1,67 mrd kroner for å gjøre de regionale helseforetakene i stand til å opprettholde bygningsmassen og gjenanskaffe/vedlikeholde nødvendig medisinsk teknisk utstyr.

underskudd i perioden 2006 til 2008 (i tillegg til årene 2002 til 2005), og i den perioden ble egenkapitalen redusert.

De to siste årene har imidlertid foretakene gått med overskudd, med det resultat at egenkapitalen har blitt styrket. Økningen i egenkapital er særlig sterk i 2010, med en økning på drøyt 6 mrd kroner, noe som bl a skyldes håndteringen av endret beregnet pensjonskostnad (se avsnitt 4.1).

Driftskredittrammen for de regionale helseforetakene ble økt med 3 882 mill kroner, blant annet som følge av redusert basisbevilgning på grunn av reduksjonen i pensjonskostnaden. Økningen i benyttet driftskreditt fra 2009 til 2010 er derfor i hovedsak en styrt økning fra eiers side, og i tråd med besluttet ordning for håndtering av forholdet mellom pensjonspremie og pensjonskostnad.



Figur 4.3 Finansiering av eiendeler. 2006-2010. Millioner kroner.
Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

Det fremgår også av figur 4.3 at pensjonsforpliktelsene ble en del redusert (nærmere bestemt nær 3,5 mrd kroner) fra 2009 til 2010. Dette skyldes i stor grad de nevnte endringer i beregning av pensjonskostnader.

Videre viser figur 4.3 at langsiktig gjeld reduseres med ca 730 millioner fra 2009 til 2010. Tabell 4.7 viser at nær 600 millioner av dette er knyttet til lån hos HOD. Det er kun Helse Midt-Norge som ikke har en reduksjon i langsiktig lån til HOD siste år.

Tabell 4.7 Langsiktige lån hos HOD. 2006-2010. Millioner kroner.
Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2006	2007	2008	2009	2010	Endring 2009-2010
Helse Sør-Øst	5 369	6 692	7 618	7 303	6 876	-427
Helse Vest	1 611	2 071	2 223	2 209	2 096	-113
Helse Midt-Norge	1 878	2 186	2 893	3 695	3 706	11
Helse Nord	1 016	1 197	1 167	1 231	1 168	-63
Regionene samlet	9 875	12 146	13 900	14 438	13 847	-591

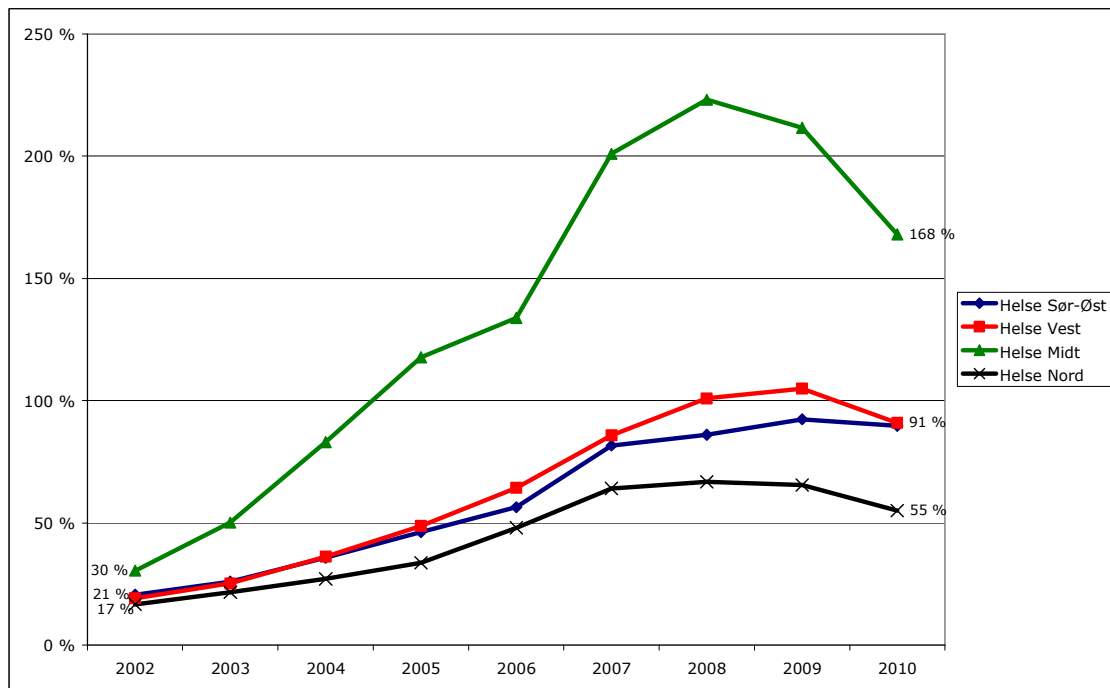
Siden driftskredittrammen ble økt i 2010, delvis pga håndteringen av endring i pensjonskostnader, forventes det en økning i regionenes benyttede driftskreditt per 31.12. Tabell 4.8 viser en økning som forventet i Helse Sør-Øst, og delvis også i Helse Vest. For de to andre regionene viser tallene imidlertid kun mindre endringer fra 2009 til 2010.

Tabell 4.8 Benyttet driftskreditt per 31.desember. 2006-2010. Millioner kroner.
Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2006	2007	2008	2009	2010	Endring 2009-2010
Helse Sør-Øst	2 066	2 496	1 910	2 485	4 575	2 090
Helse Vest	975	1 312	1 514	1 605	1 880	274
Helse Midt-Norge	855	1 594	1 758	1 184	1 201	16
Helse Nord	20	398	305	1	0	-1
Regionene samlet	3 917	5 799	5 487	5 276	7 655	2 380

Det fremgår ikke tydelig av tabell 4.7 og 4.8 hvordan gjeldsgraden⁶⁸ er i de fire regionale helseforetakene. Tall for gjeldsgraden i perioden 2002-2010 presenteres i figur 4.4. Alle regionale helseforetak har en økning i gjeldsgraden fra 2002 til 2008, hvor det deretter stabiliseres før reduksjon fra 2009 til 2010. Helse Midt-Norge skiller seg imidlertid ut med en vesentlig sterkere vekst i gjeldsgrad frem til 2008, samt med en sterkere reduksjon i perioden etter (2008-2010). Bakgrunnen for dette er store låneopptak i kombinasjon med underskudd i perioden 2002-2008, og generering av overskudd i 2009-2010.

⁶⁸ Definert som gjeld dividert på egenkapital.



Figur 4.4 Gjeldsgrad for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene. 2002-2010. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

Egenkapitalgraden er definert som egenkapital i forhold til sum eiendeler, og gir et bilde på hvor mye av eiendelene som er finansiert av egenkapitalen. Det har vært reduksjon i denne størrelsen i perioden 2002 til 2010 for alle regionale helseforetak. Reduksjonen kom i perioden 2002 til 2008/2009, etterfulgt av en økning siste år. Foretaksgruppen i Sør-Øst, Vest og Nord hadde et nivå i 2002 på 80 prosent. For Nord er denne redusert til ca 60 prosent i 2010, mens nivået for Sør-Øst og Vest er i underkant av 50 prosent. Foretaksgruppen i Midt-Norge hadde i 2002 en egenkapitalgrad på ca 65 prosent, og som i 2010 var redusert til drøyt 25 prosent.

4.5 Likviditet

For å kunne betale sine løpende forpliktelser må de regionale helseforetakene ha tilgang til likvide midler. Utviklingen med vedvarende driftsunderskudd og merutbetalinger til pensjon før 2009, bidro til en stadig vanskeligere likviditetsmessig situasjon. Dette har blitt endret siste årene både gjennom ordningen med håndtering av pensjonkostnad/-premie, samt at de regionale helseforetakene har gått med overskudd.

Alle de regionale helseforetakene holdt seg innenfor fastsatt ramme for driftskreditt i 2010.

Beskrivelse av kontantstrømmer

For å beskrive likviditetsutviklingen i en periode, skilles det gjerne mellom kontantstrømmer fra

- operasjonelle aktiviteter (driften)
- investeringsaktiviteter (f eks kjøp og evt. salg av varige eiendeler)
- finansieringsaktiviteter (f eks opptak av og nedbetaling av langsiktig gjeld)

Det vises i tabell 4.9 tall for dette for foretaksgruppen i hvert regionale helseforetak i 2010.

For å finne kontantstrømmen fra operasjonell drift, tar en utgangspunkt i årets resultat. Siden årets resultat er beregnet med utgangspunkt i inntekter og kostnader, må en korrigere for alle resultatposter som ikke har kontanteffekt. Dette betyr at en legger til kostnader som ikke representerer en utbetaling (som f eks av- og nedskrivninger), og korrigerer for forskjeller mellom kostnad og utbetaling f eks knyttet til pensjonsordninger. I tillegg inkluderes kontanteffekt av endringer i omløpsmidler og annen kortsiktig gjeld (utenom driftskreditten).

Tabell 4.9 Kontantstrømoppstilling per region og samlet i 2010. Foretaksgruppen. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	Totalt	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge ⁶⁹	Helse Nord
Likviditetsbeholdning per 1. januar (A)	4 270	1 754	1 059	872	585
+ Årsresultat	6 067	2 772	1 336	1 238	722
+ Avskrivninger	5 479	3 149	940	784	606
+ Nedskrivninger	274	209	56	2	8
+ Forskjell pensjonskostnad/-premie	-8 257	-4 864	-1 385	-1 177	-831
+ Andre kontantstrømmer fra drift	682	876	205	-372	-27
= Netto kontantstrøm fra operasjonell drift	4 246	2 141	1 151	475	478
+ Netto kontantstrøm investeringer	-4 726	-2 801	-1 016	-481	-429
+ Netto kontantstrøm finansieringsaktiviteter	1 537	1 688	162	-248	-65
= Netto endring i likviditetsbeholdning (B)	1 056	1 028	297	-253	-16
Likviditetsbeholdning per 31. desember (A+B)	5 327	2 782	1 356	619	570

Håndteringen av endret beregnet pensjonskostnad for 2010 får også konsekvenser for kontantstrømmene, gjennom et stort positivt årsresultat, stort avvik mellom

⁶⁹ For Helse Midt-Norge er det gjort en korleksjon ift føring driftskreditten, ved at denne i tabellen er ført under netto kontantstrøm finansieringsaktiviteter, og ikke som en del av likviditetsbeholdningen. Dette vil gi et avvik mot kontantstrømoppstillingen i deres årsregnskap.

pensjonskostnad og –premie og ved positiv kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter (for de regioner som har økt bruk av driftskreditt). Som beskrevet i avsnitt 4.1 er dette endringer som er besluttet på nasjonalt nivå.

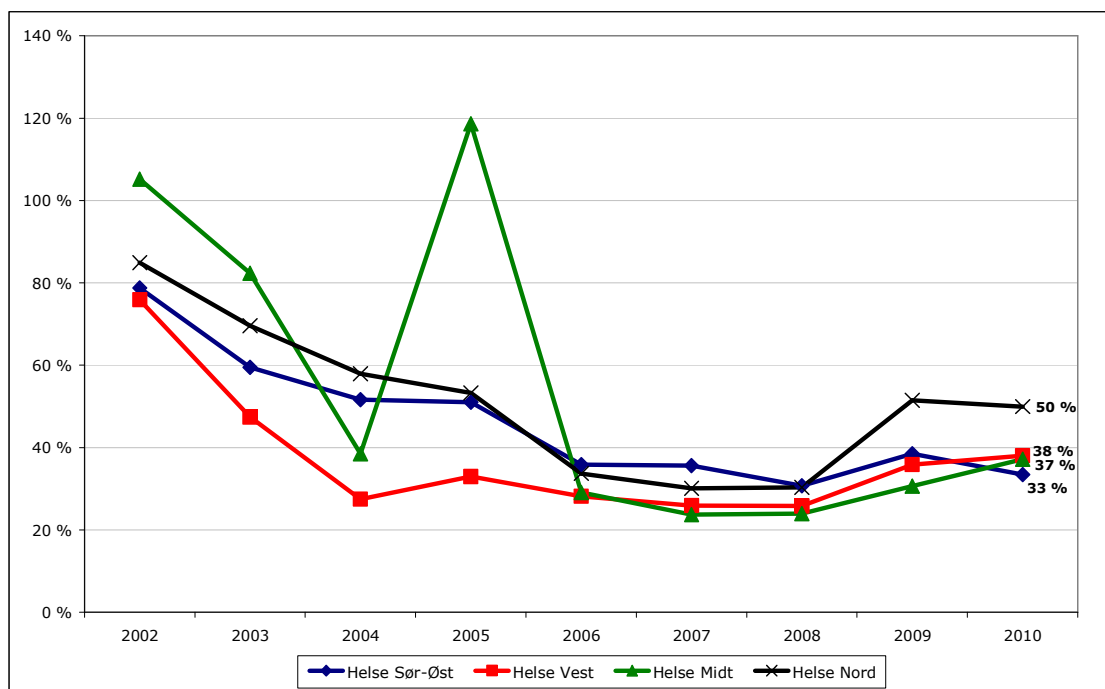
Med unntak av Helse Vest har regionene høyere avskrivningskostnader enn netto kontantstrøm ifm investeringsaktiviteter. For Helse Vest var det imidlertid ikke stort avvik mellom de to størrelsene.

Helse Midt-Norge og Helse Nord har negativ kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter, hvilket betyr at de netto har nedbetalt deler av sin gjeld. For Helse Sør-Øst var det en økning i netto gjeld på 1,69 mrd kroner og for Helse Vest med 162 mill kroner, og dette skyldtes i stor grad økt bruk av driftskreditt (jf pensjonskostnadsaken).

Netto endring i likviditetsbeholdning (bankinnskudd, kontanter o.l) finner man ved å summere netto kontantstrømmer fra drift, investering og finansiering. Helse Midt-Norge hadde en reduksjon i likviditetsbeholdningen på 253 mill kroner. For Helse Sør-Øst og Helse Vest var det en økning i beholdningen på hhv 1 028 mill kroner og 297 mill kroner. I Helse Nord var det omtrent uendret nivå med en reduksjon på 16 mill kroner.

Figur 4.5 viser utviklingen i likviditetsgrad (omløpsmidler dividert med kortsiktig gjeld) for foretaksgruppen i hver region i perioden 2002 til 2010.⁷⁰ Lividitetsgraden ble redusert en del fra 2002 til 2004-2006. Etter dette var det en periode med relativt stabilt nivå på likviditetsgraden, før den bedret seg noe i 2009. I 2010 har to regioner (Helse Vest og Helse Midt-Norge) en fortsatt positiv utvikling, noe som skyldes en sterkere vekst i omløpsmidler enn i kortsiktig gjeld. For Helse Nord er det en noe sterkere reduksjon i kortsiktig gjeld enn i omløpsmidler som forklarer nedgangen i likviditetgrad, mens det for Helse Sør-Øst var kombinasjon av uendrete omløpsmidler og økt kortsiktig gjeld.

⁷⁰ Den høye likviditetsgraden for Helse Midt-Norge i 2005 skyldes mottatt investeringstilskudd hvor store deler var plassert i banken ved utgangen av året.



Figur 4.5 Likviditetsgrad (omløpsmidler i forhold til kortsiktig gjeld) per RHF. 2002-2010. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

Del III: Norge i Norden

5. Utredning av spesialisthelsetjenesten i Norden

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) igangsatte i 2008 et utredningsarbeidet for å foreta en sammenligning av spesialisthelsetjenesten i Norden (Danmark, Sverige, Finland og Norge). Oppdraget ble gitt til SINTEF/Frischsenteret og rettet fokus mot hovedtemaene aktivitet, ressursbruk og produktivitet. Rapporten fra det arbeidet (Kittelsen et al. (2009)) viste at

- Norge hadde på flere områder et høyere forbruk av sykehustjenester enn de andre landene.
- Lønnskostnadene i Norge lå jevnt over de andre nordiske landene.
- Ressursbruken til somatisk spesialisthelsetjeneste i Norge var noe høyere enn i Sverige og Danmark, og vesentlig høyere enn i Finland.
- Produktiviteten i somatisk spesialisthelsetjeneste var signifikant lavere ved norske sykehus/helseforetak enn ved de finske sykehusene.

Av resultatene fra Kittelsen et al. var det særlig sistnevnte resultat som det i etterkant ble rettet fokus mot. Hva er det som gjør at produktiviteten ved finske sykehus fremstår som vesentlig bedre enn ved norske sykehus/helseforetak? Er det noe ved organisering og drift ved de finske sykehusene som vi kan lære av i Norge? I 2010 ble det derfor initiert et nytt nordisk prosjekt, denne gang som et samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og BUS, men administrert av BUS. Det ble denne gang rettet fokus mot følgende hovedspørsmål:

- Bidrar sykehusstrukturen i Norge til et høyere nivå på ressursbruken enn i de tre andre nordiske landene? (Delprosjekt 1)
- Hvordan er relasjonen mellom eier (myndighet) som bestiller og sykehus som utfører regulert? (Delprosjekt 2)
- Hvorfor er produktiviteten ved finske sykehus bedre enn ved norske sykehus/helseforetak? Hvilke målbare eller ikke-målbare faktorer er det mulig å avdekke? (Delprosjekt 3)

Prosjektet gikk etter en internasjonal anbudsrunde også denne gang til SINTEF/Frischsenteret. De har oppsummert sitt arbeid i Kalseth et al. (2011). I dette kapitlet oppsummeres hovedresultatene fra arbeidet til Kalseth et al.

Følgende hovedresultat presenteres i dette kapitlet:

- Dersom man tar hensyn til befolkningsgrunnlaget, viser analysene at Norge har flere sykehuslokalisasjoner med akuttfunksjon enn i Danmark, Sverige og Finland.
- I forhold til relasjonen mellom "bestiller" og "utfører" viser kartleggingen at det på mange områder er et skille mellom Norge og Danmark på den ene siden og Sverige og Finland på den andre siden.
- Undersøkelsen av intern organisering og bemanning i sykehusene har blant annet avdekket noen faktorer som kan forklare bedre produktivitet i Finland. Det ene er knyttet til intern samhandling (bl a mellom avdeling og operasjon/anestesi), som ikke er fremhevet som et problem ved de to sykehusene i Finland. For det andre er det en indikasjon på en lavere bemanning ved sykehus i Finland. Det må imidlertid gjennomføres en bredere kartlegging før dette kan generaliseres til nasjonalt nivå.
- Analysene av produktivitet viser at de mest effektive sykehusene i Finland og Danmark er mer effektive enn de mest effektive i Norge og Sverige. De finske og danske sykehusene er estimert til å være bedre enn de norske med hhv 26-32 prosent og 10-16 prosent. Norge skiller seg imidlertid ikke fra de andre landene når det gjelder hvor effektive sykehusene er i forhold til de mest effektive i eget land. Forklaringen på produktivitetsforskjellene må i hovedsak finnes i forhold som er felles på landnivå heller enn i forhold på sykehusnivå.

5.1 Den somatiske sykehusstrukturen i de nordiske landene

Kalseth et al. har gjennomført en relativt omfattende kartlegging av sykehusstrukturen i de nordiske landene. Bakgrunnen er sammenhenger mellom sykehusstruktur, ressursbruk og produktivitet:

- Mange små sykehus med mange funksjoner kan være dyrere å drive.
- Akuttsykehus med lite befolkningsgrunnlag gir høye enhetskostnader og krever mer ressurser enn sykehus med et større befolkningsgrunnlag.
- Lang reisetid til sykehus medfører økt ressursbehov til prehospitale tjenester.
- Sentralisering av pasientbehandling kan bidra til lavere ressursbruk.

Akuttfunksjoner og befolkningsgrunnlag

Norge og Danmark er relativt like når det gjelder overordnet organisering i store regioner og ved at sykehusene er organisert sammen i sykehusgrupper (helseforetak i Norge). Samtidig er det også forskjeller, blant annet ved at det i Danmark skjer en sterk sentralisering av akuttfunksjoner og fødetilbud til færre sykehusenheter. Det må imidlertid påpekes at Danmark har en geografi som gjør denne utviklingen enklere.

Dersom man tar hensyn til befolkningsgrunnlaget, fremgår det av Kalseth et al. at Norge har flere sykehuslokalisasjoner med akuttfunksjon enn Danmark, Sverige og Finland (se tabell 5.1). I gjennomsnitt bor det ca 100 000 innbyggere i opptaksområdet til et akuttsykehus i Norge, mot ca 140 000 i Finland og Sverige og drøyt 180 000 i Danmark. Det samme bilde fremkommer når man ser på andelen områder med over 100 000 innbyggere, som i Norge er 34 prosent, mot 42 prosent i

Finland, 50 prosent i Sverige og 80 prosent i Danmark. Kalseth et al. påpeker at det er grunn til å tro at ovennevnte forhold kan forklare deler av forskjellen i ressursbruk mellom Norge og Finland, men at det ikke kan være årsaken til forskjellene mellom Finland og de to andre landene.

Tabell 5.1 Befolkningsgrunnlag i lokalt opptaksområde for sykehusenheter med akuttfunksjon. Beskrivende statistikk.
Kilde: Kalseth et al. (2011).

Land	Antall områder	Gjennomsnitt	Median	Min	Max
Danmark	30	183 715	166 380	42 659	518 574*
Finland	39	136 505	89 965	16 597	1 104 275**
Norge	49	101 237	51 326	12 000	576 197
Sverige	66	141 525	96 558	19 328	955 258*

* Hovedstadskommunen regnes som ett opptaksområde selv om alle har flere lokalisasjoner for akuttfunksjon.

**I Helsinki universitetssykehus inngår også to sykehus med akuttfunksjon i nabokommunene Espoo og Vanta. Helsinki kommune har et innbyggertall på 584 000.

I tillegg til mindre befolkningsgrunnlag for akuttfunksjoner, er det i Norge relativt sett flere sykehus med fødetilbud. Spørsmålet er om det er forskjeller i geografi og bosettingsstruktur som er med på å forklare dette.

For å gi et ytterligere bilde på grad av sentralisering av akuttfunksjoner, har Kalseth et al. også sett nærmere på omfanget av MR- og CT-maskiner med døgnberedskap. De finner at det som regel er døgnberedskap for MR- og CT-maskiner ved de større sykehusene, og at det ikke er noen klare forskjeller mellom landene på dette området.

Reisetid til sykehus og prehospitale tjenester

Det er fremsatt en hypotese om at lang reisetid til sykehus vil gi behov for mer ressurser til prehospitale tjenester. Det er foretatt beregninger av reisetid til nærmeste sykehus med akuttfunksjoner for Sverige, Finland og Norge, som vist i tabell 5.2. I Norge er det en lavere andel (33 prosent) av opptaksområdene som har mindre enn 30 minutters reisetid enn i Sverige (80 prosent) og Finland (77 prosent). Det samme bilde holder seg dersom man ser på reisetid inntil 1 time, samt når man ekskluderer vertskommunene for sykehuset i beregningen. Men det er opptaksområder med relativt lite befolkningsgrunnlag som har lengre reisetid. Ved å se på andelen av befolkningen i stedet for opptaksområder, viser Kalseth et al. at det er mindre forskjeller mellom de tre landene.

Tabell 5.2 Reisetid i minutter til sykehus med akuttfunksjon*. Antall geografiske områder og prosent opptaksområder fordelt etter reisetid.
Kilde: Kalseth et al. (2011).

Land	Antall områder	Reisetid i minutter- andel					
		0-30	31-60	61-90	91-120	over 120	Totalt
Finland	39	77	21	3	0	0	100
Norge	49	33	47	14	2	4	100
Sverige	66	80	18	2	0	0	100
Totalt	154	64	28	6	1	1	100

*Reisetiden i hvert opptaksområde er vektet for befolkningen i kommunene som inngår.
Sykehuskommunen er gitt 10 minutters gjennomsnittlig reisetid.

Kapasitet når det gjelder prehospitale tjenester kan både vises ift bil- og luftambulanser. I tabell 5.3 vises det tall for antall innbyggere per bilambulanse, og det fremgår av denne tabellen at det er færre innbyggere per ambulanse i Norge enn i de andre landene. Det samme bildet holder seg når man ser på antall luftambulanser og redningshelikoptre. Kalseth et al. finner en samvariasjon mellom antall ambulanser og befolkningsstruktur og reisetid. Det er derfor indikasjoner på at geografi og befolkningsstruktur i Norge har medført et større behov for prehospitale tjenester, og som kan være en delforklaring på det faktum at vi bruker noe mer ressurser (kostnader) i Norge.

Tabell 5.3 Innbyggere per ambulanse i drift*. Kalseth et al. (2011).

Land	Totalt	Høyeste	Laveste
Norge 4 regioner**	9 545	13 741	3 786
Norge 17 distrikt***	9 512	24 666	2 429
Finland 9 sh.distrikt	(14 120)	32 202	6 538
Sverige 14 landsting	(16 329)	19 074	7 148
Danmark 4 regioner	20 206	28 479	12 443

* Tall fra Sverige og Finland er ikke komplette

**Innrapportert på skjema til SINTEF

*** Tall fra SSB (2009)

Bruken av private aktører

Kalseth et al. har videre forsøkt å kartlegge omfanget i bruken av private aktører i de fire landene. De finner at rollen til privat aktører totalt sett vurderes som relativt marginal av respondentene i alle de fire landene, men at dette er av betydning for noen aktiviteter. I Norge vurderes radiologiske tjenester som et område hvor det private har en vesentlig rolle. Resultatene indikerer at Danmark bruker mest offentlige ressurser på pasientbehandling ved private sykehus, noe som settes i sammenheng med det utvidede frie sykehusvalg. Datagrunnlagene fra Sverige og Finland er delvis mangelfulle og usikre, og bidrar til at man ikke kan trekke klare konklusjoner om omfanget i bruk av private totalt sammenlignet med Norge og Danmark. På grunn av sterk lokal styring i Sverige og Finland kan bruken av private aktører variere mye.

Samordning av tjenester

Kalseth et al. finner ingen store forskjeller mellom de fire landene når det gjelder hvordan grad av samordning av administrative og ikke-kliniske støttetjenester vurderes. Resultatene gir dermed ikke grunnlag for å si at dette er en vesentlig forklaringsfaktor på forskjeller i ressursbruk. Bildet er ikke helt likt når det gjelder kliniske støttetjenester, og her er det også større variasjon i svarene innad i landene.

5.2 Styringsrelasjonen mellom bestiller (myndighet) og utfører (sykehus) i de nordiske landene

I denne delen av arbeidet til Kalseth et al. rettes det fokus mot to forhold; for det første styringens form i forhold til eierskap og eierskapsutøvelse og for det andre styringens faktiske innhold. Når det gjelder sistnevnte, så omfatter dette blant annet hvilke krav som fremsettes overfor sykehusene, hvilke indikatorer som benyttes, om det stilles krav til økonomisk balanse og hvordan man håndterer eventuelle underskudd.

Kalseth et al. finner at det på mange områder i forhold til relasjonen mellom "bestiller" og "utfører" er et skille mellom Norge og Danmark på den ene siden og Sverige og Finland på den andre siden. Norge og Danmark har sentralisert og standardisert eierskap og styring av sykehusene, mens dette i Sverige og Finland er desentralisert til landsting og sykehusdistrikt. I Norge og Danmark fastsettes de overordnede økonomiske rammene på nasjonalt nivå, mens dette bestemmes lokalt i de to andre landene. Det er også slik at man i Sverige og Finland lokalt kan beslutte å etablere/nedlegge tilbud, samt foreta investeringer også basert på lån, mens dette er mer sentralt bestemt (nasjonalt/regionalt) i Norge og Danmark.

Men selv om det er et skille mellom landene på noen områder, er det mer likt på andre områder. Alle de fire landene har mye av de samme formene for praktisk styring gjennom styringsdokumenter, rapporteringer og møter. Det er også gjennomgående at budsjett/økonomi fremsettes som en av de viktigste styringsvirkemidlene, samt at man må rapportere på både økonomi og aktivitet. Imidlertid fremkommer det samme skillet her som ved eierskap, ved at Norge og Danmark vektlegger nasjonale føringer som viktigst, mens dette er mindre tydelig i Sverige og ikke fremsatt som viktigst i Finland.

Det er indikasjoner på at man i Norge har en mer omfattende og hyppigere rapportering enn i de andre landene.

Helsetjenesten i de nordiske landene er i all hovedsak offentlig skattefinansiert, men med større mulighet i Sverige og Finland for de lokale eierne til selv å sette skattenivået. Dette sammen med desentralisering av eierskap/-styring, har gitt større grad av indre variasjon særlig i Sverige, men til dels også i Finland. På tross av dette gir svarene i undersøkelsen tydelig indikasjon på at flertallet av virksomheten har opplevd underskudd på driften siste årene. Dette ser derfor ikke ut til å ha vært et særnorsk fenomen (selv om helseforetakene i Norge samlet sett har gått med overskudd de to siste årene).

Styringssystemenes struktur og innhold i seg selv er viktig og kan ha betydning for eksempelvis kostnadskontrollen. Det kan imidlertid tenkes at flere ulike styringssystemer er optimale avhengig av hvilken kontekst det opererer i.

Sammenholdes resultatene i kartleggingen av styringsrelasjonene med resultatene fra produktivitetsanalysene finner man ingen systematisk samvariasjon.

5.3 Case-studie av sykehusintern organisering (somatikk) i de nordiske landene

En viktig del av det nordiske prosjektet har vært å gjennomføre en case studie ved to sykehus i hvert av de fire landene. Hensikten med denne studien har først og fremst vært å identifisere mulige forklaringsfaktorer for den observerte forskjellen i produktivitet mellom Finland og de tre andre landene. Studien rettet seg mot utvalgte funksjoner ved sykehusene, både medisinske (KOLS) og kirurgiske (hofteoperasjoner), samt planlagte (hofteimplantat) versus akuttinnleggelser (hoftebrudd, KOLS). I og med at studien kun omfattet to sykehus i hvert land, gir ikke datagrunnlaget mulighet til å generalisere, men den gir mulighet til å rette fokus på potensielle forklaringsfaktorer.

Når det gjelder ekstern organisering og samhandling, er det særlig helsesentrene i Finland som trekkes fram som ulikt mellom landene. Det finnes også denne type institusjoner i Sverige (vårdcentraler), men der er det ikke vanlig at disse har inneliggende virksomhet (sengeplasser). Helsesentrene i Finland fungerer som bindeledd mellom pasient og sykehus, og bidrar til å avlaste sykehusene både i forkant av innleggelse og etter innleggelse på sykehus. Bildet nyanseres imidlertid av at helsesentrene noen steder oppfattes om en flaskehals, ved at sengekapasiteten er for lav. Spørsmålet er om bruken av helsesentrene bidrar til en lavere eller høyere produktivitet i sykehus. På den ene siden kan helsesentrene avlaste sykehusene for de mindre krevende pasientene, men det kan medføre at sykehusene sitter igjen med mer ressurskrevende pasienter. I motsatt retning kan det tenkes at helsesentrene bidrar til en mer effektiv pasientgjennomstrømning i sykehus. Basert på de statistiske analysene av produktivitet, er det nærliggende å anta at sistnevnte forhold har størst betydning.

Det er imidlertid også andre årsaker som kan forklare den høyere produktiviteten i Finland. Undersøkelsen av intern organisering og bemanning i sykehusene har avdekket noen faktorer som trekker i retning av bedre produktivitet i Finland. Mens utfordringer knyttet til intern samhandling (bl a mellom avdeling og operasjon-/anestesi) har blitt nevnt i intervjuer ved sykehusene i både Sverige og Norge, er dette ikke fremhevet ved de to sykehusene i Finland. Dersom dette også vil gjelde mer generelt (hvilket data ikke gir mulighet å konkludere) kan det forklare en bedre produktivitet ved finske sykehus.

Et annet interessant funn er knyttet til en indikasjon på en lavere bemanning ved sykehus i Finland. Tall fra de to finske sykehusene indikerer dette, men det kan ikke dokumenteres med tall at dette også er situasjonen ved mange sykehus i Finland. Kalseth et al. presenterer imidlertid tall fra OECD som viser et lavere nivå i Finland enn i de tre andre landene for både leger og sykepleiere når dette relateres til befolkningsgrunnlaget. Siden personellkostnader utgjør en vesentlig del av driftskostnadene i sykehusene, vil forskjeller i bemanning kunne være en viktig forklaring på forskjeller i kostnadsnivå (produktivitet). Men det er samtidig viktig å formidle at man ved de to finske sykehusene påpekte at man opplevde bemanningen som for lav. Spørsmålet er derfor om man ved de finske sykehusene har en optimal og hensiktsmessig bemanning.

5.4 Analyse av produktivitet ved somatiske sykehus i de nordiske landene

Kalseth et al. har gjennomført nye og utvidede analyser på det datamaterialet som ble innsamlet i forbindelse med den forrige nordiske analysen i regi av BUS (Kittelsen et al. (2009)). Datamaterialet fra den forrige analysen er supplert med nye data blant annet i forhold til reisetid og befolkningsgrunnlag. Kittelsen et al. (2009) fant blant annet at de finske sykehusene var vesentlig mer produktive enn sykehus/enheter i de tre andre landene, selv når det korrigeres for forskjeller i lønns-/prisforhold, avvikende liggetid og pasientsammensetning.

Kalseth et al. (2011) finner også at de finske sykehusene er mer produktive enn sykehus/foretak/län i de andre landene. Men denne gang er det foretatt en dekomponering av produktiviteten i a) forskjeller mellom de mest effektive i hvert enkelt land, b) ulik utnyttelse av sykehusstørrelse og c) hvor effektive sykehusene/enhetene er i forhold til de mest effektive i sitt eget land. Analysene viser at de ulike landene har ulike mulighetsområder. De mest effektive finske sykehusene er estimert til å være vesentlig bedre enn de mest effektive i Norge (26-32 prosent). I tillegg er også dette bedre i Danmark (10-16 prosent). Når det gjelder utnyttelse av skalafordeler og effektivitet i forhold til mest effektive i eget land, viser analysene at det kun er mindre forskjeller mellom landene. Dette tolkes av Kalseth et al. som at de norske sykehusene/foretakene driver like effektivt som andre nordiske sykehus gitt de rammebetingelser, organisasjon og teknologi de har i de aktuelle årene. Men det betyr ikke at effektivitet i forhold til dette ikke kan bedres i kommende år.

På samme måte som i Kittelsen et al. (2009) finner Kalseth et al. at mye av forskjellene i kostnadseffektivitet mellom landene er uforklart. De finner kun at noe av forskjellen kan knyttes til omfang av poliklinisk virksomhet og forskjeller i liggetid. Ulikheter i pasientsammensetning, betydning av hovedstadssykehus eller universitetssykehus forklarer lite av de observerte forskjellene. Videre finner Kalseth et al. en effekt av reisetid for kostnadsnivået ved norske sykehus, men ikke i Sverige eller Finland. Dette tolkes som at det ikke er reisetid, men andre bakenforliggende faktorer som er kostnadsdrivende kun i Norge. De finner ingen effekt av befolkningsgrunnlag for sykehusene.

Kalseth et al. forsøker å oppsummere ved å stille spørsmål om hvilke forhold som kan være utslagsgivende for det særfinne høye produktivitetsnivået, men konkluderer at det antakelig er enklere å angi hva det ikke er. De vurderer det som mindre sannsynlig at det er forskjeller i insentivstruktur i og med at fordelingen bak de mest effektive i hvert land er rimelig lik. Det skyldes heller ikke forskjeller i lønns- og kjøpekraftsnivåer, siden det er korrigert for dette i analysedataene. Årsakene til forskjeller i produktivitet må ligge i de mer diffuse begrepene kulturelle forskjeller, organisatoriske forskjeller eller strukturelle forskjeller.

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 SAMDATA.

SSB og Helsedirektoratet har lagt ned en betydelig innsats for å få til en standardisering av regnskapsdata.

Årsverk

Årsverkstallene er basert på statistikk fra Statistisk sentralbyrå. Oversiktene i rapporten er delvis basert på registerdata og delvis på skjemadata for årsverksinnsats. Data for 2009 og 2010 er kun basert på registerdata.

Aktivitet pasientbehandling

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. NPR-data som benyttes i BUS-rapporten er i en del tilfeller bearbeidet av Helsedirektoratet i forbindelse med utarbeidelse av SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010. 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 og fødestuer. Det vil dermed være forskjeller mellom SSB og NPR sine tall for antall opphold ved norske sykehus.

Aktiviteten for psykisk helsevern tar utgangspunkt i aktivitetsdata fra NPR. Mens det fram til og med 2008 har blitt justert med tall fra SSB, har dette i 2009 og 2010 kun vært basert på data fra NPR. Vurderingen av kvalitet og kompletthet er gjort ved avdeling økonomi og analyse i Helsedirektoratet gjennom arbeidet med SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2010.

Aktiviteten for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk er for 2010 basert på både skjemadata rapportert til SSB og pasientdata rapportert til NPR. Dette gjelder både døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. Helsedirektoratet 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.

Helsedirektoratet presenterer oversikter over utbetalingsgrunnlaget for ISF. Dette vil kunne avvike fra registrerte DRG-poeng hos NPR fordi utenlandske statsborgere, "raskere tilbake" og annet 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 Prop 1 S.

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.

Produktivitet

Data for produktivitet i somatisk sektor og psykisk helsevern er utarbeidet av Helsedirektoratet i forbindelse med SAMDATA-publikasjonen. For somatisk virksomhet har det i tillegg vært utført beregninger hos SINTEF.

Resultat, investeringer, egenkapital, gjeld og likviditet

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. Investeringsdata for 2005-2009 er hentet fra de regionale helseforetakenes årsregnskap.

Lønnsnivå og dekomponeringsanalyse

I beskrivelsen av utvikling i lønnsnivå benyttes det data fra Det teknisk beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU), Spekter og de regionale helseforetakene. Det refereres også til data fra SSB på dette området.

Det er i år innhentet lønns- og personelldata fra de regionale helseforetakene, gjennom databaser som omfatter lønnsutbetalinger og brutto månedsverk. Dette datagrunnlaget er egnet til å foreta en dekomponering av endring i lønnsutbetalinger i en pris- og volumeffekt. Det har til dels vært en krevende prosess å innhente data fra RHF-ene blant annet på grunn av omorganisering i helseforetakene og endringer i personalsystemene. Selv om data kun er innhentet for 2009 og 2010 er det fortsatt enkelte helseforetak som ikke er inkludert. BUS anser at lønns- og personaldata innhentet og tilrettelagt fra RHFene over tid vil gi et bedre analysegrunnlag på lønnsområdet, men ber om at årets analyser benyttes med forsiktighet.

Øvrige kilder

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

Rapporter som det refereres til:

Helsedirektoratet (2011)

"Pasienter i det psykiske helsevernet 2009". Rapport IS-1908.

Lilleeng S (2008)

"SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007", av Solfrid Lilleeng (red), rapport 4/08.

Kalseth et al. (2011)

"Spesialisthelsetjenesten i Norden. Sykehusstruktur, styringsstruktur og lokal arbeidsorganisering som mulige forklaring på kostnadsforskjeller mellom landene", av Birgitte Kalseth, Kjartan Sarheim Anthun, Øyvind Hope, Sverre A C Kittelsen og Benny Adam Persson. SINTEF rapport A19615, 2011.

Kalseth J (2011)

"Utvikling i kostnadsnivå i helseforetakene 2008-2010", av Jorid Kalseth. SINTEF notat, september 2011.

Kittelsen et al. (2009)

"En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007", av Sverre A.C. Kittelsen, K. Sarheim Anthun, B. Kalseth, J. Kalseth, V. Halsteinli og J. Magnussen. SINTEF Helsetjenesteforskning og Frischsenteret juli 2009.

NOU 2008:2

"Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak", av Magnussenutvalget.

St. prp. 59 (2001-2002)

"Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002".

Statsbudsjettet (Prop 1 S) for ulike år.