

# **Årsrapport**

## **Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten**

September 2009



## Forord

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) avleverer med dette sin årsrapport for 2009. Rapporten omhandler temaene aktivitet, ressursbruk, produktivitet, lønnskostnader og lønnsnivå og Norge i Norden. Rapporten inneholder både en beskrivende faktadel og et sammendrag med utvalgets vurderinger.

Datagrunnlaget for rapporten er i hovedsak hentet fra Statistisk sentralbyrå, SINTEF Helsetjenesteforskning, Norsk pasientregister, de regionale helseforetakenes årsregnskap og Spekter. Beskrivelsen av Norge i Norden er i stor grad hentet fra Kittelsen et al. (2009).

I løpet av året har Mari Trommald, viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst, gått av som medlem i BUS. Hun ble erstattet av Anne-Marie Barane, økonomidirektør i Helse Midt-Norge.

Oslo 1. september 2009

Tor Iversen  
Leder

Helge Bryne

Mari Trommald (t.o.m april 2009)  
Anne-Marie Barane (f.o.m juni 2009)

Kari Nyland

Nils Otto Skribeland

Stig Økland

Jorid Kalseth

---

Lars Rønningen  
Ola Kindseth  
Helga Daae  
Heidi Torvik

<b>FORORD .....</b>	<b>3</b>
<b>UTVALGETS MANDAT OG SAMMENSETNING.....</b>	<b>6</b>
<b>DEL I SAMMENDRAG MED VURDERINGER.....</b>	<b>7</b>
<i>Utvalgets samlede vurdering.....</i>	7
<i>Ressursbruk.....</i>	8
<i>Aktivitet .....</i>	9
<i>Produktivitet .....</i>	11
<i>Helseforetakenes økonomiske situasjon.....</i>	12
<i>Utvikling i lønnskostnader og lønnsnivå .....</i>	13
<i>Norge i et nordisk perspektiv .....</i>	13
<b>DEL II: NASJONAL OG REGIONAL UTVIKLING .....</b>	<b>15</b>
1. RESSURSBROK .....	15
1.1 <i>Driftskostnader .....</i>	15
1.2 <i>Årsverk .....</i>	17
1.3 <i>Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling ....</i>	20
1.4 <i>Ressursbruk til forskning .....</i>	22
1.4.1 <i>Somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling .....</i>	23
2. AKTIVITET .....	25
2.1 <i>Pasientbehandling.....</i>	26
2.1.1 <i>Somatisk virksomhet.....</i>	26
2.1.2 <i>Bruk av private kommersielle aktører .....</i>	29
2.1.3 <i>Psykisk helsevern .....</i>	30
2.1.4 <i>Rusbehandling.....</i>	34
2.1.5 <i>Legemiddelassistert rehabilitering .....</i>	36
2.1.6 <i>Forholdet mellom somatisk virksomhet og psykisk helsevern...</i>	36
2.1.7 <i>Poliklinisk laboratorie- og radiologi-aktivitet .....</i>	39
2.2 <i>Forskningsaktivitet .....</i>	42
2.3 <i>Utdanning av helsepersonell .....</i>	44
2.3.1 <i>Turnusleger.....</i>	44
2.3.2 <i>Leger i spesialisering (LiS) .....</i>	45
3. PRODUKTIVITET .....	47
3.1 <i>Produktivitet i somatisk sektor .....</i>	47
3.2 <i>Produktivitet i psykisk helsevern.....</i>	49
4. HELSEFORETAKENES ØKONOMISKE SITUASJON .....	53
4.1 <i>Institusjonelle forhold .....</i>	53
4.2 <i>Regnskapsmessig resultat og egenkapital .....</i>	54
4.3 <i>Investeringer .....</i>	56
4.4 <i>Eiendeler og gjeld.....</i>	62
4.5 <i>Likviditet .....</i>	64
5. UTVIKLING I LØNSKOSTNADER OG LØNNSNIVÅ.....	69
5.1 <i>Utvikling i lønnskostnader.....</i>	69
5.1.1 <i>Utvikling i pensjonskostnader .....</i>	70
5.2 <i>Utvikling i lønnsnivå.....</i>	71
5.2.1 <i>Utvikling i månedsførtjeneste (Datalønnsvekst) .....</i>	71
5.2.2 <i>Årslønnsvekst.....</i>	74
5.3 <i>Dekomponering av endring i lønnskostnader .....</i>	75
<b>DEL III: NORGE I NORDEN .....</b>	<b>77</b>
6. NORGE I ET NORDISK PERSPEKTIV.....	77
6.1 <i>Bakgrunn .....</i>	77
6.2 <i>De nordiske helsesystemer .....</i>	78
6.2.1 <i>Finansiering av helsetjenester .....</i>	78
6.2.2 <i>Styring av helsetjenester .....</i>	78
6.2.3 <i>Tjenesteproduksjon og finansiering av denne .....</i>	79
6.3 <i>Bruk av sykehustjenester i nordiske land.....</i>	79

6.3.1	Somatiske sykehustjenester.....	80
6.3.2	Psykisk helsevern for barn og unge.....	81
6.3.3	Psykisk helsevern for voksne.....	82
6.4	Forskjeller i kostnadsnivå – kostnadsdeflator.....	83
6.5	Lønn og kostnader i nordiske land.....	84
6.6	Produktivitet i nordiske land.....	87
<b>DEL IV: DATAGRUNNLAG OG KILDER.....</b>		<b>89</b>
	Ressursbruk.....	89
	Årsverk.....	89
	Aktivitet pasientbehandling.....	89
	Aktivitet poliklinisk laboratorie og radiologiaktivitet.....	90
	Aktivitet forskning.....	90
	Aktivitet utdanning av helsepersonell.....	90
	Produktivitet.....	90
	Resultat, investeringer, egenkapital, gjeld og likviditet.....	90
	Lønnsnivå.....	90
	Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten i Norden.....	90
	Øvrige kilder.....	91
	Rapporter som refereres til.....	91

## 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.*
- *Analysér 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*)

Forskningsleder Jorid Kalseth, SINTEF Helsetjenesteforskning

Førstemanuensis Kari Nyland, Trondheim Økonomiske høyskole

Viseadministrerende direktør Helge Bryne, Helse Vest RHF

Viseadministrerende direktør Mari Trommald, Helse Sør-Øst RHF

(t.o.m 30.04.2009)

Økonomidirektør Anne-Marie Barane, Helse Midt-Norge RHF (f.o.m 29.05.2009)

Seniorrådgiver Nils Otto Skribeland, Helse- og omsorgsdepartementet

Førstekonsulent Stig Økland, Finansdepartementet

## Del I Sammendrag med vurderinger

### Utvalgets samlede vurdering

Eier la til rette for en aktivitetsvekst på 1,5 prosent i 2008. Utvalget vurderer at eiers krav til aktivitetsvekst i pasientbehandlingen som helhet er oppfylt i 2008. Eier hadde også et styringskrav om sterkere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innen somatisk virksomhet. Utvalget vurderer også dette kravet som oppfylt i spesialisthelsetjenesten som helhet.

Det er regionale variasjoner i veksten. Utvalget finner at alle de regionale helseforetakene har oppnådd den samlede aktivitetsvekst som eier la til rette for. Det er bare Helse Sør-Øst som klart kan vise til sterkere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innen somatisk virksomhet. For de andre RHF-ene er det ut fra tilgjengelige data mer uklart om dette styringskravet er oppfylt.

De regionale helseforetakene som helhet har i 2008 ikke oppfylt eiers styringskrav til økonomisk resultat. Avviket i forhold til eiers styringskrav var 700 millioner kroner. De regionale helseforetakene samlet sett var nærmere eiers styringskrav i 2008 enn i 2007. Samtidig ble det gitt en tilleggsbevilgning på 500 millioner kroner i desember 2008 for å lette omstillingsutfordringer og for å styrke likviditeten. Uten denne tilleggsbevilgningen ville det samlede økonomisk resultat i 2008 vært tilsvarende lengre fra eiers styringskrav.

Det er betydelige regionale forskjeller i økonomisk resultat og økonomisk situasjon mer generelt i 2008. Helse Midt-Norge oppfyller i likhet med i 2007 eiers styringskrav til årsresultat. Helse Vest har et årsresultat som er lengre unna eiers styringskrav enn i 2007. Helse Nord har et årsresultat som er noe nærmere eiers styringskrav enn i 2007. Helse Sør-Øst har et årsresultat som er vesentlig nærmere eiers styringskrav enn i 2007. Samtidig er underskuddet i Helse Sør-Øst betydelig (60 % av samlet underskudd i sektoren) og har særlig sammenheng med økonomisk resultat i to av helseforetakene.

Vedvarende underskudd, samt økning i pensjonspremier, har i vesentlig grad bidratt til en anstrengt likviditetssituasjon for de regionale helseforetakene. Dette er en utfordring mer generelt og spesielt i forhold til at flere av de regionale helseforetakene har til dels ambisiøse investeringsplaner de kommende år. Å skaffe til veie likviditet til større investeringer gjennom drift vil på sikt kreve at man går med overskudd. For å generere overskudd må investeringer gå sammen med betydelige omstillinger og reduksjoner i driftskostnader. Siden regelen fram til nå har vært årlige underskudd, vil realisering av årlige overskudd måtte innebære betydelig nytenkning både i helseforetakene, hos eier og i befolkningen.

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) skal i følge mandatet også sammenlikne nøkkeltall i norsk spesialisthelsetjeneste med andre nordiske land (Danmark, Sverige og Finland). For å belyse utvalgte problemstillinger har en forskergruppe fra Frischsenteret/SINTEF gjennomført et prosjekt på oppdrag fra utvalget. Forskerne finner at bakgrunnen for at Norge har større (spesialist)helsetjenesteutgifter enn de andre nordiske land er sammensatt og skyldes

- dels at kostnadsnivået (lønnsnivået) i spesialisthelsetjenesten i Norge er høyere enn i de andre nordiske landene,
- dels at aktivitetsnivået i sykehusene er høyere i Norge
- og dels at produktiviteten i sykehusene i Norge er betydelig lavere enn i alle fall i Finland når det korrigeres for faktorer som antas å ligge utenfor sykehusenes kontroll.

Det er en tendens til at forskjellene i ressursbruk innen somatisk virksomhet reduseres over tid, da det var en noe sterkere vekst i ressursbruken i de andre landene enn i Norge i perioden 2005-2007. Utvalget tror komparative studier av nordiske land kan bidra med viktige innspill til å forbedre helsesektoren i landene. For eksempel vil det være av interesse å studere mer i detalj bakgrunnen for at kostnadseffektiviteten i finske sykehus er høyere enn i norske. Samtidig har det nordiske prosjektet avdekket mange forbedringsmuligheter når det gjelder sammenlignbarhet av data og undersøkelsesmetoder. Utvalget tror det kan være hensiktsmessig at dette arbeidet blir fulgt opp av Helse- og omsorgsdepartementet og av nordiske samarbeidsorganer på myndighetsnivå.

#### Ressursbruk

- De regionale helseforetakenes driftskostnader målt i faste priser økte med 1,6 prosent fra 2007 til 2008. Korrigert for nye oppgaver<sup>1</sup> økte driftskostnadene med 1,3 prosent.
- Korrigert for nye oppgaver økte driftskostnadene i faste priser med 10 prosent fra 2004 til 2008.
- Den prosentvise økningen i driftskostnader var større både i psykisk helsevern og i spesialisert behandling av rusmisbrukere enn i somatikk for landet som helhet.
- Antall årsverk var tilnærmet uendret (økte med 0,6 prosent) fra 2007 til 2008.
- Antall årsverk har økt med om lag fem prosent fra 2004 til 2008.
- Ressursinnsats til forskning og utvikling utgjorde om lag 2,5 prosent av totale driftskostnader i 2007.

Det er regionale variasjoner i utviklingen i samlede driftskostnader. Fra 2007 til 2008 var det Helse Midt-Norge som hadde den største økningen i kostnader med 2,7 prosent samlet. Helse Nord hadde den minste realveksten i driftskostnadene med 1,2 prosent. Helse Sør-Øst hadde en økning i driftskostnadene med 1,3 prosent og Helse Vest 1,9 prosent. Bortsett fra Helse Sør-Øst hadde alle de regionale helseforetakene større kostnadsvekst i 2008 enn i 2007. Dette avviker fra 2007 da alle de regionale helseforetakene bortsett fra Helse Sør-Øst hadde mindre kostnadsvekst enn foregående år.

<sup>1</sup> I 2008 var nye oppgaver overført til helseregionene i hovedsak knyttet til finansieringsansvar for Multippel sklerose (MS) legemidler og reduksjon av aktivitetsbaserte tilskudd for laboratorier og røntgeninstitutter, samt noen mindre endringer. I sum utgjør dette 438 mill kroner, og det meste kan knyttes til somatisk sektor.



Årsverksdata er av Statistisk Sentralbyrå utarbeidet på grunnlag av registerdata for første gang for 2008. For å få sammenlignbarhet over tid, ble det også for 2008 innhentet skjemabaserte årsverkstall, som blir anvendt i denne rapporten. Totalt antall årsverk fra register er om lag 950 årsverk mindre enn totaltall fra skjema. Den prosentvise veksten i antall årsverk fra 2007 til 2008 innen somatikk var mindre enn veksten i antall årsverk innen psykisk helsevern som igjen var mindre enn veksten innen rusbehandling.

Rapporten inneholder i år for første gang tall for ressurser anvendt til forskning og utvikling (FoU) i helseforetakene. Statistikken er utarbeidet av NIFU STEP på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Så langt foreligger data til og med 2007. Det er beregnet en betydelig økning i forskningskostnadene fra 2006 til 2007.

Helse Sør-Øst står for om lag 2/3 av det totale ressursbruket til FoU i spesialisthelsetjenesten. Dette medfører at en større andel av driftskostnadene går til FoU i Helse Sør-Øst enn i de andre regionale helseforetakene.

## Aktivitet

De regionale helseforetakene har ansvar for pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientopplæring. Det eksisterer gode aktivitetsdata for det meste av pasientbehandlingen. Innen forskning er det data knyttet til artikkelproduksjon og doktorgrader. For utdanning av helsepersonell fins data for omfanget av turnusleger og leger i spesialisering. Pasientopplæring inngår delvis i aktivitetsdata for pasientbehandling, men trolig er det vesentlige mangler i forhold til pasientopplæring samlet. Det presenteres derfor ikke data for pasientopplæring.

- Antall DRG-poeng for dag- og døgnbehandling økte med 1,6 prosent fra 2007 til 2008. Dette er den laveste årlig vekst siden 2004. Herav er 0,4 prosentpoeng av veksten beregnet å være "koderelaterte" endringer i DRG-poeng
- Korrigert for registreringsendringer av dag-rehabiliteringsopphold var veksten i DRG-poeng beregnet til 2,2 prosent.
- Antallet polikliniske konsultasjoner innen somatikk vokste med 3,8 prosent 2007 til 2008.
- Det var en betydelig aktivitetsvekst ved poliklinikker innenfor psykisk helsevern, både for voksne og for barn og unge, fra 2007 til 2008. Døgnbehandlingen for voksne økte også i samme periode.
- Opptrappingsplanen i psykisk helsevern hadde et mål om at 5 prosent av barn og unge skulle ha et tilbud i 2008. Med 4,8 prosent ble dette målet nesten nådd.
- Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) var det en markert økning for poliklinisk virksomhet, mens døgnvirksomheten var tilnærmet uendret fra 2007 til 2008.
- Det var sterkere vekst i hele perioden for døgnbehandling og poliklinisk behandling i psykisk helsevern og TSB enn i somatisk sektor. Størst vekst var det for poliklinisk omsorgsnivå.
- Forskningsaktiviteten ved helseforetakene målt med forskningspoeng (dr.grader+artikler) har økt i perioden 2005 til 2008.
- Det foreligger ufullstendige indikatorer på utviklingen i utdanningsaktivitet. Antallet turnusleger økte med 13,6 prosent fra 2005 til 2008. Antallet leger i spesialisering økte med 17,5 prosent i perioden 2004-2008.

Det var en økning i døgnopphold og en reduksjon i dagopphold fra 2007-2008. Reduksjonen i dagopphold skyldes nedgang i antall dag-rehabiliteringsopphold, som definisjonsmessig er endret til å være polikliniske konsultasjoner. Denne endringen gjenspeiles også i en noe sterkere vekst i polikliniske konsultasjoner fra 2007-2008 enn tidligere.

Det var i 2008 om lag 13 000 opphold og 37 600 konsultasjoner som ble finansiert gjennom ordningen "raskere tilbake". Det er en vekst fra 2007 på om lag 10 400 opphold og 31 000 konsultasjoner. Det var tilnærmet uendret antall konsultasjoner hos private avtalespesialister i 2008 i forhold til 2007, mens det er vekst i antall DRG-poeng fra private kommersielle sykehus. For perioden 2004-2008 sett under ett er det en reduksjon.

Det er regionale forskjeller i aktivitetsutviklingen i somatisk virksomhet. Veksten i DRG-poeng har vært størst i Helse Midt-Norge og minst i Helse Sør-Øst og Helse Vest.

Det er til dels store regionale variasjoner i aktivitetsutvikling innenfor psykisk helsevern både for voksne og for barn og unge. I Helse Nord vokste antall tiltak for barn og unge med 18,8 prosent fra 2007 til 2008. I Helse Vest var veksten 4,5 prosent i samme periode. Mens antallet polikliniske konsultasjoner for voksne økte med om lag 15 prosent i Helse Sør-Øst og i Helse Vest, var antallet i Helse Midt-Norge tilnærmet uendret. I Helse Sør-Øst vokste antallet opphold (innleggelses) innenfor psykisk helsevern for voksne med 0,9 prosent, mens tilsvarende vekst i Helse Midt-Norge var 3,9 prosent. En vurdering av polikliniske konsultasjoner og opphold under ett bidrar dermed til å nyansere inntrykket av aktivitetsutviklingen.

Det var også store regionale forskjeller i antall polikliniske konsultasjoner per innbygger innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og forskjellene økte fra 2007 til 2008. Ratene i Helse Sør-Øst var i 2008 3.5 ganger så store som i Helse Nord. Disse forskjellene kan både skyldes forskjeller i behov og forskjeller i dekningsgrad.

I tre av fire regioner (Midt-Norge er unntaket) var det fra 2007 til 2008 en markert reduksjon i aktivitet ved private radiologiske institutter. Reduksjonen ser ut til å ha blitt kompensert med økt bruk av offentlig radiologi. I samme periode hadde tre av fire regioner (Helse Vest er unntaket) vekst ved offentlige institusjoner. Det var fra 2007 til 2008 en markert vekst i laboratorievirksomhet ved offentlige institusjoner, mens virksomheten ved private laboratorier var omtrent uendret.

Oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2008 inneholder følgende mål vedrørende aktivitet:

- 1) Det er gitt økonomiske rammer til en vekst på 1,5 prosent i 2008, beregnet med basis i årsprognose basert på aktivitet ved 1. tertial 2007.
- 2) Prosentvis vekst i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være sterkere enn for somatisk virksomhet

Tallene for aktivitetsutvikling i 2008 viser så langt utvalget kan bedømme at alle de regionale helseforetakene har oppnådd den samlede aktivitetsvekst som eier la til rette for. Mål 2) er også oppfylt for de regionale helseforetakene samlet, men her er det vanskeligere å trekke konklusjoner på RHF-nivå. Både innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus er det mange delmål for aktivitet (for eksempel døgnopphold/dagopphold/poliklinikk) som ikke uten videre kan summeres eller vektes. Hvis de ulike målene viser ulike relativ vekst i de tre sektorene, er det ikke gitt hvordan vi skal vurdere den samlede relative vekst i de

tre sektorene. I tillegg er utvalget usikre på kvaliteten av aktivitetstallene innen rusbehandling. Utvalget har valgt å vurdere mål 2) også ved hjelp av tall for relativ vekst i kostnader i de tre sektorene fra SAMDATA.

Helse Sør-Øst oppfylder mål 2) både når vurderingen gjøres med aktivitetstall og kostnadstall. I Helse Vest var veksten i antall døgnopphold lik i somatikk og psykisk helsevern for voksne, og veksten i kostnader i somatikk var større enn veksten i kostnader i psykisk helsevern for voksne. I Helse Midt-Norge vokste antallet døgnopphold i psykisk helsevern for voksne mer enn i somatikk, mens den relative veksten for polikliniske konsultasjoner var motsatt. Veksten i kostnader til psykisk helsevern var mindre enn veksten i kostnader til somatikk i Helse Midt-Norge. I Helse Nord var det mindre vekst i antall konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne enn i somatikk, og kostnadene i psykisk helsevern viser mindre vekst enn kostnadene innen somatikk. I alle RHF var veksten i kostnader i rusbehandling større enn veksten i kostnader i somatikk.

Utvalget konkluderer med at det bare er Helse Sør-Øst som klart oppfylder mål 2) vurdert ut fra både aktivitetsdata og kostnadsdata.

### Produktivitet

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

SINTEF Helsetjenesteforskning beregner årlig indikatorer for produktivitet/kostnads-effektivitet for somatisk virksomhet og psykisk helsevern gjennom sine SAMDATA-rapporter. BUS benytter oppsummerte data fra dette arbeidet. Med kostnadseffektivitet forstås her (litt upresist) samlingen av behandlingsaktiviteter i forhold til driftskostnader.

- For somatisk virksomhet er det beregnet en økning i kostnadseffektivitet på 2,3 prosent fra 2007 til 2008. Det har ikke vært tilsvarende økning i kostnadseffektivitet siden 2003-2004. Vekst i DRG-poeng som følge av endret kodepraksis kan tilsi at analysene overvurderer forbedringen i kostnadseffektivitet.
- Det var en økning i produktivitetsnivået fra 2007 til 2008 innenfor psykisk helsevern for voksne, både for poliklinisk virksomhet og for inneliggende aktivitet.
- Det var en økning i produktivitetsnivået innen psykisk helsevern for barn og unge fra 2007 til 2008.

Med utgangspunkt i de foreliggende beregninger slutter utvalget at det for de regionale helseforetakene som helhet er beregnet en positiv produktivitetsutvikling innenfor somatisk virksomhet og psykisk helsevern fra 2007 til 2008.

Det er regionale variasjoner i produktivitetsutvikling. Det er kun i Helse Sør-Øst hvor en positiv utvikling i kostnadseffektivitet innen somatisk spesialisthelsetjeneste er robust overfor hvordan man vektet de ulike helseforetakene.

Det er flere forbehold knyttet til beregningene av produktivitetsutvikling. DRG-poeng er ikke korrigeret for kodeforbedringer. Dette vil isolert sett bidra til å overvurdere produktivitetsveksten innen somatikk. For det andre vet vi ikke om det fullt ut er justert for kostnader som ikke er knyttet til pasientbehandling. For det tredje er det innen psykisk helsevern ingen korreksjon for hvor ressurskrevende de enkelte oppholdene er.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2008 spesifiserte Helse- og omsorgsdepartementet at:

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

Beregningene tyder på at det første kravet er oppfylt for helseforetakene samlet og for Helse Sør-Øst og for Helse Vest.

Beregninger tyder også på at antall tiltak per fagårsverk i psykisk helsevern for barn og unge er oppfylt for alle regionale helseforetak og dermed også for sektoren som helhet.

#### Helseforetakenes økonomiske situasjon

Årsresultatet viser den økonomiske effekten av årets aktivitet, dvs de totale inntektene fratrukket de ressursene som er forbrukt i perioden. Rapporten beskriver også årsresultatet i forhold til eiers styringskrav og viser effekt på foretakenes egenkapital.

- Det samlede regnskapsmessig årsresultatet i de regionale helseforetakene var - 1,3 mrd kroner i 2008.
- Eiers styringskrav for 2008 var at regnskapsmessig underskudd ikke måtte være større enn 600 millioner kroner. Det vil si at samlet underskudd, målt mot eiers styringskrav var 700 millioner kroner.
- Samlet egenkapital er nå 37,1 mrd kroner. I perioden 2003-2008 har egenkapitalen blitt redusert med 22,5 mrd kroner (38 prosent).
- I 2008 ble det investert for nær 8,5 milliarder kroner. Korrigert for avskrivninger var netto investeringer 3,2 milliarder.
- Det er fortsatt økning i langsiktig og kortsiktig gjeld. Veksttakten er redusert siste år sammenlignet med foregående år.
- Benyttet driftskreditt varierer en del i løpet året og var ved årsslutt 2008 noe lavere enn på tilsvarende tidspunkt i 2007.
- Indikatorer for likviditet tilsier at situasjonen i 2008 ikke var vesentlig bedre enn foregående år. RHF-ene beskriver i styredokumenter at likviditetssituasjonen på kort og lengre sikt vil være krevende.

Samlet sett var underskuddet sett i forhold til eiers styringskrav mindre i 2008 enn i 2007. Samtidig var underskuddet fortsatt betydelig.

Det er betydelige regionale forskjeller i økonomisk resultat og økonomisk situasjon generelt i 2008. Helse Midt-Norge oppfylder i likhet med i 2007 eiers styringskrav til årsresultat. Helse Vest hadde et årsresultat som er lengre unna eiers styringskrav enn i 2007. Helse Nord hadde et årsresultat som er noe nærmere eiers styringskrav enn i 2007. Helse Sør-Øst hadde i 2008 et underskudd i forhold til eiers styringskrav som utgjorde 60 prosent av det

samlede underskuddet i forhold til eiers styringskrav for de regionale helseforetakene. Samtidig ble underskuddet i forhold til eiers styringskrav mer enn halvert i Helse Sør-Øst i 2008 i forhold til 2007.

Investeringsnivået var lavere i 2008 enn i 2007. Samtidig var nettoinvesteringene fortsatt positive, slik at investeringsnivået innebar en oppbygging av realkapital. Det var særlig Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge som bidro til høye netto investeringer gjennom blant annet tre store investeringsprosjekter. Disse prosjektene er delfinansiert ved særskilte investeringstilskudd fra staten. Generelt må enten de framtidige inntektene øke eller andre kostnader reduseres for at foretakene skal være i stand til å gjenanskaffe den økende realkapitalen.

For de regionale helseforetakene under ett var det ved utgangen av 2008 en liten reduksjon i bruk av driftskreditt i forhold til utgangen av 2007. Samtidig var det en økning i bruk av driftskreditt både i Helse Vest og i Helse Midt-Norge.

#### Utvikling i lønnskostnader og lønnsnivå

- Lønnskostnadene, eksklusiv pensjonskostnader, økte nominelt med 7,0 prosent fra 2007 til 2008.
- Pensjonskostnadene økte nominelt med 10,4 prosent fra 2007 til 2008.
- Veksten i pensjonskostnader fra 2007 til 2008 forklarer om lag 20 prosent av veksten i lønnskostnader
- Månedsfortjenesten for ansatte i helseforetakene samlet økte nominelt med 8,5 prosent fra 2007 til 2008. Sykepleiere og hjelpepleiere hadde en nominell vekst på 9-10 prosent. For legene samlet var den nominelle veksten nær 5 prosent.
- Årslønnsveksten fra 2007 til 2008 er av Teknisk beregningsutvalg for inntektsoppgjørene anslått til å være 6,5 prosent for helseforetakene. Årslønnsveksten for alle sektorer i Norge er i gjennomsnitt anslått til 6,0 prosent.
- Tilgjengelig datagrunnlag muliggjør ikke en dekomponering av endring i lønnskostnader i en pris (lønnsnivå) og volum (årsverk) komponent.

Det er visse regionale forskjeller i vekst i lønnsnivå (månedsfortjeneste). Nominell vekst i månedsfortjeneste var størst i Helse Midt-Norge med 9,8 prosent, og minst i Helse Vest med 7,4 prosent. Helse Nord har høyere månedsfortjeneste for overleger med nær 78 000 kroner mot ca 70 000 kroner i de andre regionene. For de andre leagegruppene og andre yrkesgrupper er det små regionale forskjeller.

Det er beklagelig at tilgjengelige data ikke har tilstrekkelig kvalitet til at konsistent dekomponering av endring i lønnskostnader i en pris (lønnsnivå) og volum (årsverk) komponent kan gjøres. Som utvalget har påpekt tidligere år, er det innenfor dette området en rekke utfordringer som sentrale aktører som SSB, Spekter, helseforetakene, med flere arbeider med.

#### Norge i et nordisk perspektiv

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) skal i følge mandatet også sammenlikne nøkkeltall i norsk spesialisthelsetjeneste med andre nordiske land (Danmark, Sverige og Finland). I dette arbeidet har BUS engasjert ekstern kompetanse for å gjennomføre et prosjekt for å framskaffe, beskrive og analysere

nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten i Norden. Etter åpen konkurranse med flere tilbydere ble Frischsenteret/SINTEF valgt som oppdragstaker for dette prosjektet. Prosjektet startet opp høsten 2008 og ferdig rapport ble levert medio juli 2009.

Prosjektet har hatt til hensikt å besvare følgende spørsmål:

- Bruker Norge mer eller mindre ressurser på spesialisthelsetjenesten enn andre nordiske land?
- Har vi større eller mindre forbruk av spesialisthelsetjenester?
- Er produktiviteten i spesialisthelsetjenesten i Norge lavere eller høyere enn i andre nordiske land?
- Har Norge en annen utvikling over tid i ressursbruk, forbruk og produktivitet enn andre nordiske land?

Disse hovedresultatene fra prosjektet blir nærmere beskrevet i rapportens kapittel 7:

- Spesialisthelsetjenesten i Danmark, Finland, Norge og Sverige er ulikt definert og avgrenset. Sammenligning mellom landene kan kun gjennomføres på deler av spesialisthelsetjenesten.
- Målt med DRG-poeng brukte Norge mest helsetjenester ved somatiske sykehus i 2006. Det var særlig flere døgnopphold som bidro til dette.
- Norge hadde i perioden 2005-2007 en større bruk av poliklinisk tilbud innen psykisk helsevern for barn og unge enn Finland. For voksne var bruken av poliklinisk tilbud tilnærmet lik mellom de to landene.
- Norge hadde i perioden 2005-2007 en større bruk av døgnbehandling innen psykisk helsevern for voksne enn de tre andre nordiske landene.
- Norge har betydelig høyere kostnader til sykehusbehandling enn de andre nordiske landene. De høyere kostnadene skyldes
  - dels at kostnadsnivået i spesialisthelsetjenesten i Norge er høyere enn i de andre nordiske landene,
  - dels at det er flere døgnopphold i somatisk sektor og flere konsultasjoner i psykisk helsevern for barn og unge
  - og dels at produktiviteten i sykehusene i Norge er betydelig lavere enn i alle fall i Finland når det korrigeres for faktorer som antas å ligge utenfor sykehusenes kontroll.
- Forskjellene i ressursbruk innen somatisk virksomhet reduseres over tid, da det var en noe sterkere vekst i ressursbruken i de andre landene enn i Norge i perioden 2005-2007.
- Det var en større ressursbruk i Norge til psykisk helsevern i perioden 2005-2007 sammenlignet med Danmark, Finland og Sverige.

## Del II: Nasjonal og regional utvikling

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

- Ressursbruk
- Aktivitet
- Produktivitet
- Helseforetakens økonomiske situasjon
- Lønnskostnader og lønnsnivå

### 1. Ressursbruk

Dette kapitlet beskriver utviklingen i ressursbruk i perioden 2004 til 2008. Ressursbruk måles ved driftskostnader og årsverk.

Følgende hovedtrekk vises i kapitlet:

- De regionale helseforetakenes driftskostnader målt i faste priser økte med 1,6 prosent fra 2007 til 2008. Korrigert for nye oppgaver økte driftskostnadene med 1,3 prosent.
- Korrigert for nye oppgaver økte driftskostnadene i faste priser med 10 prosent fra 2004 til 2008.
- Den prosentvise økningen i driftskostnader var større både i psykisk helsevern og i spesialisert behandling av rusmisbrukere enn i somatisk virksomhet for landet som helhet.
- Antall årsverk var tilnærmet uendret (økte med 0,6 prosent) fra 2007 til 2008, men økte med om lag fem prosent fra 2004 til 2008.
- Ressursbruk til forskning og utvikling i 2007 har blitt beregnet til å utgjøre i underkant av 2 200 årsverk og om lag 2,2 mrd kroner i driftskostnader.
- Ressursinnsats til forskning og utvikling utgjorde om lag 2,5 prosent av totale driftskostnader.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene er det gitt en ressursramme som la til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med 1,5 prosent fra 2007 til 2008.

#### 1.1 Driftskostnader

Kostnadstallene er summert per helseregion, korrigert for gjestepasientoppgjør, og vil avvike noe fra totale tall for landet i annen statistikk. Dette skyldes at gjestepasientoppgjøret ikke balanserer på landsbasis.

Driftskostnadene er ikke korrigert for nye oppgaver. Det betyr at presenterte kostnadstall er i samme størrelsesorden som offisielle regnskapstall. For å belyse hvor mye nye oppgaver fordelt til helseregionene utgjør, er det i figur 1.3 vist effekt av dette.

Tabell 1.1 viser at totale driftskostnader i spesialisthelsetjenesten inkludert avskrivninger var 93 mrd kroner i 2008. Dette er en nominell økning på 6,3 mrd fra 2007 (7,2 prosent). Korrigert for prisstigning er kostnadsøkningen fra 2007 til 2008 1,6 prosent.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Det er benyttet prisindeks for helsestell, sosial trygd og velferd.

Tabell 1.1 Totale driftskostnader 2004-2008. Korrigert for gjestepasientoppgjør. Ikke korrigert for nye oppgaver. Løpende priser. Millioner kroner. Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning og årsregnskap RHF.<sup>3</sup>

	2004	2005	2006	2007	2008
Samlede kostnader	68 844	73 319	79 601	86 761	93 015
Herav:					
Somatikk	46 511	49 206	53 458	58 339	62 741
Psykisk helsevern	11 309	12 288	13 113	14 745	15 894
Rusbehandling	1 746	1 916	2 136	2 319	2 648
Ambulanse	2 294	2 390	2 676	2 900	3 200
Syketransport	892	1 364	1 895	1 933	2 054
Annet <sup>4</sup>	1 127	1 127	1 145	1 216	1 220
Avskrivinger <sup>5</sup>	4 965	5 027	5 178	5 310	5 258

Rusbehandling er den behandlingssektor med størst relativ endring fra 2007 til 2008. Dette gjelder for alle helseregioner. Det er imidlertid noe usikkerhet knyttet til disse tallene for noen regioner, og det skyldes blant annet avgrensningen mot psykisk helsevern for voksne. I perioden fra 2004 til 2008 var veksten innen psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling høyere enn innen somatisk sektor. Syketransport har økt med 93,5 prosent i helseregionenes budsjetter, men dette skyldes i hovedsak overføring av ansvar fra NAV til RHF. Kostnader til ambulanse har også økt mer enn samlede kostnader i perioden. Kostnadsutviklingen for personalboliger og -barnehager viser motsatt tendens, og er redusert hvert år fra 2004.

Tabell 1.2 Vekst i totale driftskostnader 2004-2008. Korrigert for gjestepasientoppgjør. Ikke korrigert for nye oppgaver. Faste 2008 priser. Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning.<sup>3</sup>

	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2004-2008
Samlede kostnader	4,5 %	4,7 %	2,2 %	1,6 %	13,6 %
Herav:					
Somatikk	3,8 %	4,8 %	2,3 %	1,9 %	13,4 %
Psykisk helsevern	6,6 %	2,9 %	5,4 %	2,2 %	18,2 %
Rusbehandling	7,7 %	7,5 %	1,8 %	8,3 %	27,5 %
Ambulanse	2,3 %	8,0 %	1,6 %	4,6 %	17,3 %
Syketransport	50,1 %	34,0 %	-4,4 %	0,7 %	93,5 %
Annet	-1,9 %	-2,0 %	-0,5 %	-4,9 %	-9,0 %
Avskrivinger	-0,6 %	-0,7 %	-3,9 %	-6,1 %	-11,0 %

Tallmaterialet i tabellene 1.1 og 1.2 er ikke korrigert for nye oppgaver eller endrede rammebetingelser til de regionale helseforetakene. Omfanget av nye oppgaver varierer fra år til år. I 2008 var nye oppgaver overført til helseregionen i hovedsak knyttet til finansieringsansvar for MS-legemidler og økt finansieringsansvar for laboratorier og røntgen (ved at den aktivitetsbaserte refusjonen fra staten reduseres), samt noen mindre endringer. I sum utgjør dette 438 mill kroner, og det meste kan knyttes til somatisk sektor.

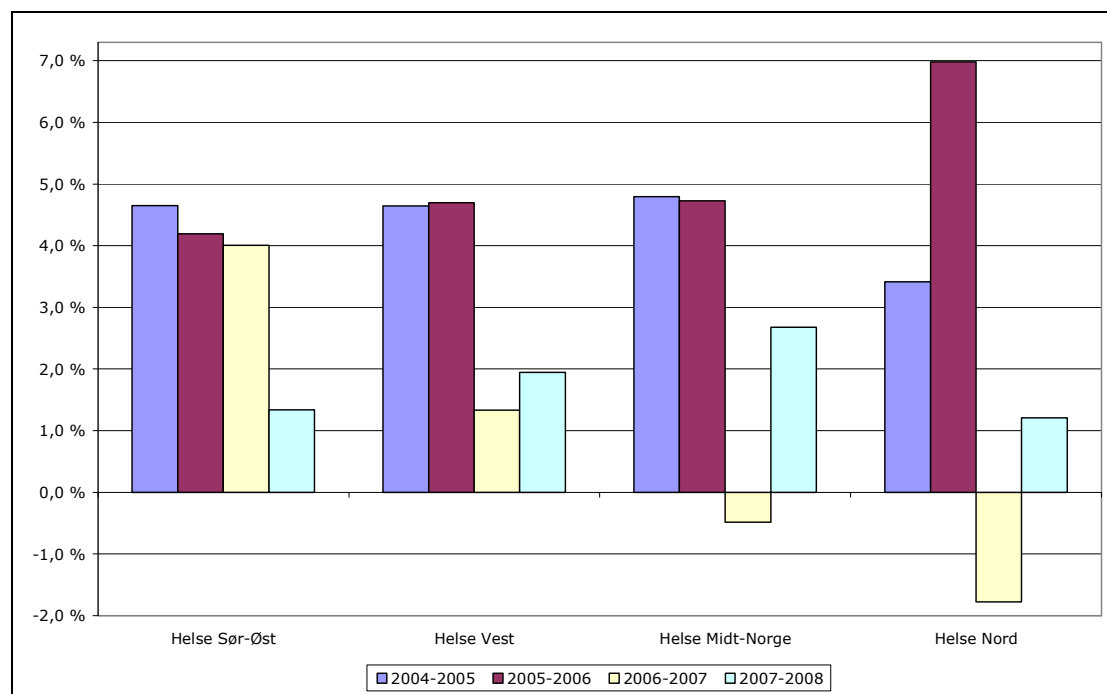
<sup>3</sup> Totaltallene i tabellen er basert på sum regionale tall fra SAMDATA, der det er korrigert for gjestepasienter. Dette oppgjøret balanserer ikke nasjonalt, slik at totale driftskostnader for landet i SAMDATA vil avvike fra tallene over. BUS har valgt å bruke summen av regionene for ikke å få forskjeller innad i denne rapporten mellom sum regionale tall og nasjonale tall. Dette medfører noe forskjellige tall for vekst i sektoren i BUS, SAMDATA og SSB.

<sup>4</sup> Annet er sum av funksjonene personalpolitiske tiltak og felles RHF.

<sup>5</sup> Kilde: Årsregnskap RHF.



På landsbasis er det kun mindre endringer i de forskjellige kostnads-komponentene i regnskapet. Andel lønn i spesialisthelsetjenesten er 66 prosent av totale driftskostnader. Pensjonskostnadene er den delen av lønnskostnaden som har den største økningen fra 2007 til 2008, mens arbeidsgiveravgiftens andel av lønnen reduseres.



Figur 1.1 Årlig prosentvis endring i samlede driftskostnader. Faste 2008 priser. Ikke korrigert for nye oppgaver. 2004-2008. Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning og RHF/HOD.<sup>6 7</sup>

Figur 1.1 over viser realendring for årene 2004-2008 i helseregionene.<sup>8</sup> Det har vært en økning i driftskostnadene i alle regioner i hele perioden fra 2004 til 2008. Fra 2007 til 2008 var det Helse Midt-Norge som hadde den sterkeste økningen i kostnader med en økning på 2,7 prosent samlet. Helse Nord hadde den laveste realveksten i driftskostnadene med 1,2 prosent. Helse Sør-Øst hadde en økning i driftskostnadene med 1,3 prosent og Helse Vest 1,9 prosent.

## 1.2 Årsverk

Årsverksdata er i SSB utarbeidet på grunnlag av registerdata for første gang for 2008. Dataene er satt sammen av ulike registre knyttet til arbeidstakere, utdanning, spesialisering mv. Registrene er koblet sammen ved hjelp av personnummer til den enkelte arbeidstaker. Dette gir nye muligheter i utarbeiding og fremstilling av hvordan årsverkene benyttes i helseforetakene, blant annet på grunn av flere variable i statistikken.

<sup>6</sup> Fra 2007 ble differensiert arbeidsgiveravgift på nytt innført. Dette har stor betydning for tallene for Helse Nord.

<sup>7</sup> Figuren over er ikke korrigert for nye oppgaver tillagt helseregionene i perioden, da tall for nye oppgaver ikke foreligger per region. SINTEF har i SAMDATA for 2008 estimert hvor mye de nye oppgavene utgjør for hver region og beregnet veksten i perioden med denne forutsetningen.

<sup>8</sup> 1. juni 2007 ble Helse Øst og Helse Sør slått sammen til Helse Sør-Øst, og kostnadstallene for de to opprinnelige regionene er summert.

For å få sammenlignbarhet over tid, ble det også i 2008 innhentet skjembaserte årsverkstall. Tabeller og figurer i rapporten vil være basert på de sammenlignbare tallene. Totalt antall årsverk fra register er om lag 950 årsverk lavere enn totaltall

fra skjema i SSB. Det er i kategoriene leger, psykologer, sykepleiere og hjelpepleiere at antall årsverk er høyere med register, og tilsvarende lavere i andre yrkeskategorier.

Utviklingen fra 2007 til 2008 viser en økning i antall årsverk med ca 600 (0,6 prosent). Det var i 2007 95 130 årsverk i spesialisthelsetjenesten, mot 95 700 i 2008. Det er psykologer og ansatte i administrative/tekniske stillinger som har hatt den største prosentvise veksten siste år. Årsverksveksten i administrativt/tekniske stillinger skyldes i hovedsak endret kategorisering for en sektor og må ses i sammenheng med annet personell i pasientrettet arbeid.

I hele perioden fra 2004 til 2008 øker totalt antall ansatte med fem prosent, eller 4 560 årsverk. Den største økningen i antall årsverk var fra 2004 til 2006, deretter har det vært lavere veksttakt. Det er psykologårsverk og årsverk til leger som har hatt den største prosentvise veksten i perioden, og hjelpepleiere som har hatt den største prosentvise nedgangen.

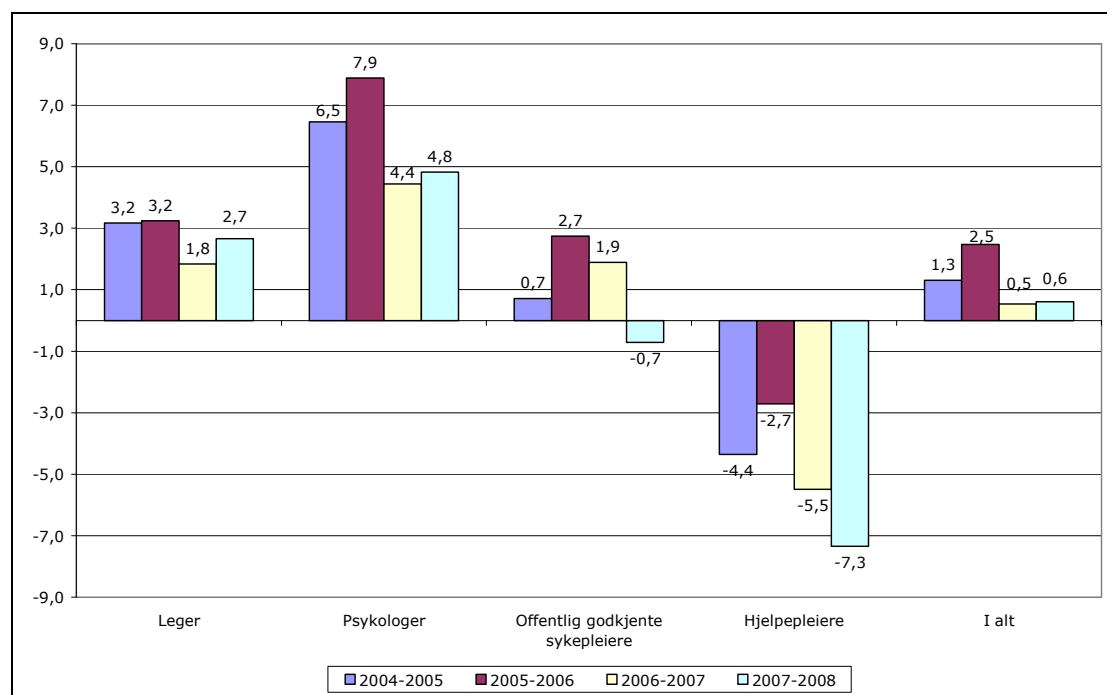
Tabell 1.3 Årsverk for personellgrupper og samlet i perioden 2004-2008. Inklusiv private institusjoner med driftsavtale. Tall basert på skjema, unntatt rus (kun registerstatistikk).  
Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning.<sup>9</sup>

	2004	2005	2006	2007 <sup>10</sup>	2008	Pst endr 04-08
Leger	10 186	10 508	10 849	11 049	11 343	11,4
Psykologer	2 372	2 526	2 725	2 846	2 983	25,7
Off godkjente sykepl.	31 079	31 302	32 160	32 766	32 533	4,7
Hjelpepleiere	7 810	7 470	7 267	6 868	6 364	-18,5
Annet pas.rettet personell	17 918	18 188	18 979	18 947	18 673	4,2
Adm/teknisk	21 780	22 347	22 636	22 650	23 811	9,3
Totalt	91 146	92 341	94 616	95 126	95 707	5,0

Årsverk innhentes ut fra hvilken helseregion arbeidet utføres i. Det er imidlertid som kjent forskjell for noen pasienter mellom bostedsregion og behandlingsregion (eller behandling ved privat institusjon). Eksempelvis vil noe av årsverksinnsatsen i Helse Sør-Øst være knyttet til pasienter fra andre regioner, noe det bør korrigeres for ved analyse av regional utvikling i årsverkene. Imidlertid er det ikke lett å finne en god og dekkende metode for å korrigere for dette for spesialisthelsetjenesten samlet. Hvis en kun ser på hvor årsverkene er utført, har det i perioden fra 2004 til 2008 vært en større prosentvis økning i antall årsverk i Helse Vest, enn i de andre regionene. Den prosentvise økningen i antall årsverk er lik og minst i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helse Sør-Øst har en årsverksøkning nærmere Helse Vest. Private institusjoner har hatt en forholdsvis stor nedgang i antall årsverk i perioden.

<sup>9</sup> Data er hentet fra tabell 06923 i SSB sin Statistikkbank, samt oversikt fra SSB over årsverkstall innrapportert på skjema i 2008. Det er korrigert for lange fravær i rusbehandling i perioden fra 2005 til 2007 etter endret rapporteringsnorm i 2008, samt et par mindre korrigeringer. I tillegg er det for å få sammenlignbarhet i perioden estimert at årsverkstallene i 2004 for lange fravær i rus må nedjusteres med 219 årsverk. Dette er lagt inn i tallene for 2004. Årsverk for rusbehandling er i 2008 tilpasset oversiktens personellkategorier av BUS-sekretariatet, da samme kategorier ikke eksisterer i skjembaserte data og registerdata.

<sup>10</sup> Tallene for 2007 er korrigert for et helseforetak i forhold til tall i Statistikkbanken. Det er nedkorrigert i underkant 300 årsverk gjeldende år, og kilden er SINTEF Helsetjenesteforskning.



Figur 1.2 Prosentvis endring i årsverk for ulike personellgrupper. Inklusiv private institusjoner med driftsavtale. Tall basert på skjema.<sup>11</sup>  
Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning.

Det har i perioden fra 2004 vært en økning i antall legeårsverk på 11 prosent, 26 prosent for psykologer og nesten 5 prosent for sykepleiere. Økning i antall psykologer kan nok i stor grad tilskrives Opptrappingsplanen for psykisk helse, som ble avsluttet i 2008. Veksten i antall årsverk i spesialisthelsetjenesten viser avtakende tendens i perioden fra 2005 til 2008.

Tabell 1.4 Årsverk for lege- og psykologspesialister med driftsavtale. 2004-2008. Fordelt etter spesialitet. Kilde: SSB.<sup>12</sup>

	2004	2005	2006	2007	2008	Pst endr 04-08
Somatikk	569	558	561	561	569	0,0 %
Psykisk helsevern	580	585	606	583	601	3,7 %
Samlet	1 149	1 143	1 167	1 144	1 170	1,8 %

Perioden fra 2004 til 2008 viser ingen endring i antall årsverk utført av lege-spesialister med driftsavtale innen somatiske spesialiteter. Innenfor psykisk helsevern har det vært en økning på nær fire prosent, og den største økningen for perioden som helhet har vært for psykiatere. Den økningen som observeres fra 2007 til 2008, kan i størst grad tilskrives en økning i kliniske psykologer.

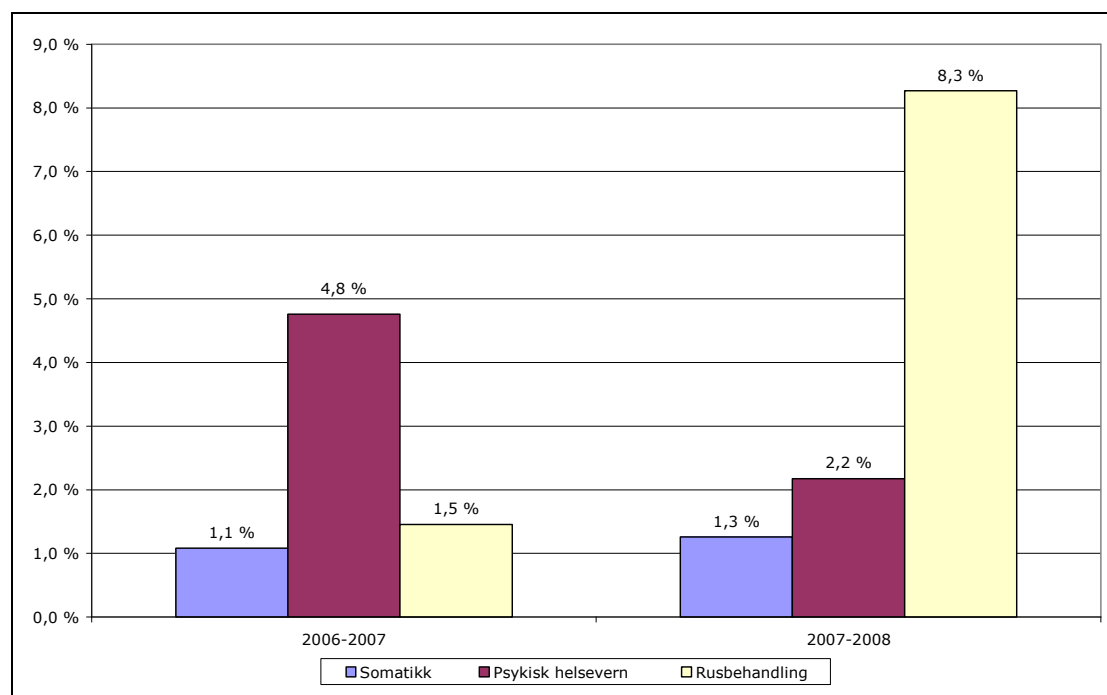
<sup>11</sup> Data er hentet fra tabell 06923 i SSB sin Statistikkbank, samt oversikt fra SSB over årsverkstall innrapportert på skjema i 2008. Tallene er korrigert for lange fravær i spesialisert behandling av rusmisbrukere.

<sup>12</sup> Data er hentet fra tabell 03750 i SSB sin Statistikkbank.

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

#### *Driftskostnader*

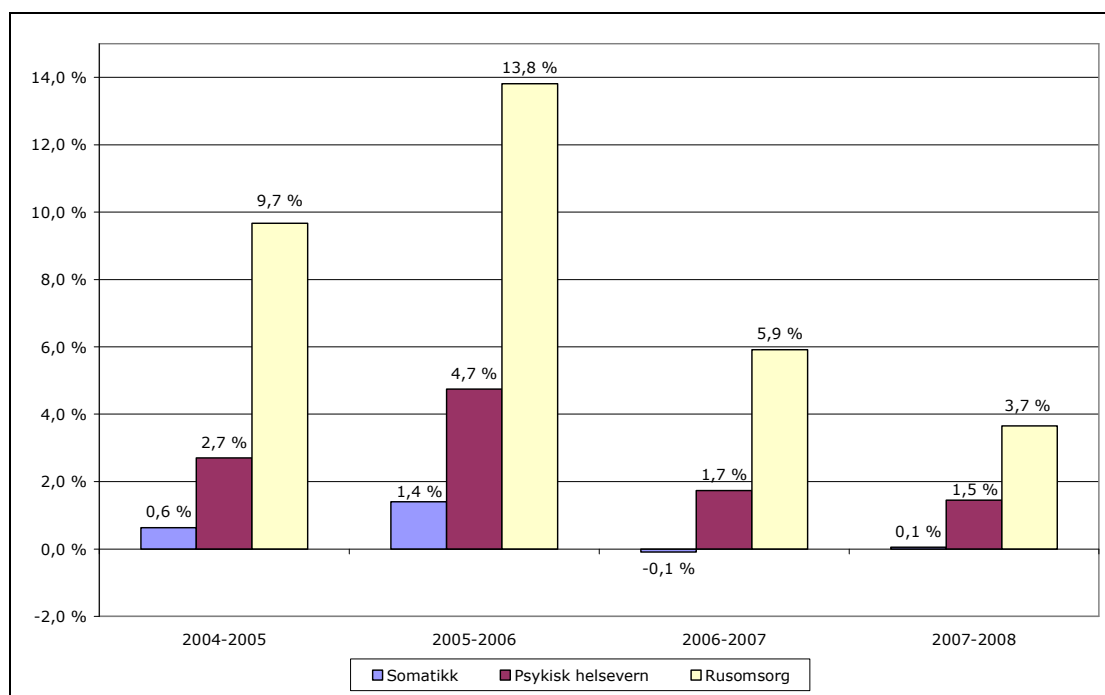
Figur 1.3 viser årlig realvekst i samlede driftskostnader korrigert for nye oppgaver i perioden 2006-2008. Spesialisert behandling av rusmisbrukere har en kostnadsøkning fra 2007 til 2008 som markert overstiger kostnadsøkningen i psykisk helsevern og somatikk. Kostnadsøkningen i rusbehandling er 8,3 prosent siste år, mens endringen i de to andre sektorene er på hhv 2,2 og 1,3 prosent. Kostnadene øker noe mer i psykisk helsevern enn i somatisk sektor når det korrigeres for nye oppgaver.



Figur 1.3 Prosentvis endring i driftskostnader til somatisk virksomhet, psykisk helsevern og rusbehandling fra 2007 til 2008. Korrigert for nye oppgaver. Faste 2008-priser.  
Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning og HOD.

### Årsverk

Figur 1.4 viser endring i årsverk i somatisk sektor, psykisk helsevern samlet og rusbehandling for årene 2004 til 2008.



Figur 1.4 Prosentvis endring i årsverk samlet for somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling<sup>13</sup>. Inklusiv private institusjoner med driftsavtale. 2004-2008. Kilde: SSB og SINTEF Helsetjenesteforskning.

Det har vært en økning i antall årsverk i somatisk sektor, psykisk helsevern og rusbehandling samlet med nesten 4 200, i underkant av fem prosent siste femårs periode. Økningen har vært sterkest innen rusbehandlingen, der det fra 2004 til 2008 har vært en økning på om lag 37 prosent. Årsverkstallene for spesialisert behandling av rusmisbrukere er endret i forhold til tall presentert i Statistikkbanken. Dette er basert på ny informasjon fra SSB om årsverk eksklusiv ansatte med lange fravær. Antall årsverk økte med to prosent i somatisk sektor og 11 prosent i psykisk helsevern samlet. Figur 1.4 viser at veksten i ressursinnsats i form av årsverk i hele perioden har vært høyere i psykisk helsevern og spesialisert behandling av rusmisbrukere enn i somatisk sektor.

SINTEF har i SAMDATA for 2008 gjort en sammenligning av utviklingen i driftskostnader og personell nasjonalt og regionalt for perioden fra 2003 til 2008. De viser at det i perioden på nasjonalt nivå har vært høyere kostnadsvekst enn personellvekst, og at veksten har vært lavere i somatisk sektor enn i psykisk helsevern.

<sup>13</sup> SINTEF Helsetjenesteforskning har ikke sett på tallene for årsverk rusbehandling pt, og vil komme tilbake til dette senere. Det er mulig at PUT (psykiatriske ungdomsteam) ikke nødvendigvis linkes til samme sektor for alle ressurs- og aktivitetsmål, og at dette kan ha betydning.

#### 1.4 Ressursbruk til forskning

NIFU STEP har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet beregnet helseforetakenes ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU). Data fra 2007 (Rapport 50/2008) ble gjort tilgjengelig våren 2009, og tilsvarende rapport med data fra 2008 er planlagt ferdigstilt høsten 2009.

Spesialisthelsetjenesten har fire hovedfunksjoner definert i Oppdragsdokumentene, og forskning er en av dem. NIFU STEP hadde i 2006 et pilotprosjekt basert på data fra 2005 for å kartlegge ressursbruk til forskning, og første ordinære rapportering ble foretatt på 2006-data. Foreliggende rapport for 2007 inneholder også ressursbruk til utviklingsarbeid. Målet med innrapporteringen er å synliggjøre de ressursene som settes inn i forsknings- og utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten.

NIFU STEP presiserer at det ligger et forbedringspotensiale i innrapporteringen fra helseforetakene. Målingene har blitt bedre gjennom de tre årene de har vært foretatt, og 2007-rapporteringen er vurdert til å være bedre enn de to første rapporteringene. Imidlertid må resultatene fortsatt tolkes med en viss varsomhet. Det gjelder spesielt endringstallene mellom år.

I alt 39 helseforetak og private ideelle sykehus har rapportert data fra 2007. FoU-kostnadene er for disse helseforetakene beregnet til i underkant av 2,2 mrd kroner og nesten 2 200 årsverk. Av totale driftskostnader i helseforetakene i 2007, utgjør FoU-kostnader om lag 2,5 prosent (se tabell under)<sup>14</sup>.

Tabell 1.5 Totale driftskostnader, driftskostnader til FoU og antall årsverk. 2007. Kilde: NIFU STEP og SSB.

	Totale driftskostnader <sup>15</sup>	Driftskostnader til FoU	FoU-kostnader i % av totale driftskostnader	Antall FoU årsverk
	Mill kr	Mill kr		
HF med univ.funksjon	42 827	1 817	4,2 %	1 910
Øvrige	40 903	243	0,6 %	275
Totalt	83 730	2 060	2,5 %	2 185

Forskningsandelen av totale FoU-kostnader utgjør om lag 90 prosent, og om lag 10 prosent er utviklingskostnader. Ved helseforetak med universitetsfunksjoner er det en høyere andel av forskningsressursene som går til grunnforskning, ca 20 prosent mot 6 prosent i øvrige helseforetak. Da helseforetak med universitetsfunksjoner totalt sett utgjør de helseforetak med høyest andel forskning, er det på landsbasis beregnet at 18 prosent av forskningskostnadene kan knyttes til grunnforskning, hvilket tilsvarer 330 mill kroner.

Det er foretatt innrapportering av ressursbruk til forskning tre ganger, inklusiv pilot-prosjektet for 2005, men det antas at rapporteringsopplegget fortsatt vil og skal utvikles videre. Det er derfor vanskelig presist å angi hvor mye av endringen i ressursbruk til forskning som skyldes bedre målemetoder, flere rapporteringsenheter, annen avgrensning av forskning etter at utviklingsressurser er med osv. Det er i rapporten en gjennomgang av justert økning i forskningskostnadene, og

<sup>14</sup> Driftskostnader på 2,2 mrd kroner innbefatter om lag 120 mill kroner som de regionale helseforetakene delte ut til forskningsprosjekter utenom egen foretaksgruppe. Dette utgjør ca 5 prosent, og vil ikke være med i tabellene under.

<sup>15</sup> Totale driftskostnader i denne tabellen er hentet fra rapporten til NIFU STEP, som har SSB som kilde.

de konkluderer med at forskningskostnadene øker med 176 mill kroner fra 2006 til 2007.<sup>16</sup>

Helseforetakene forklarer veksten i ressursbruken både med bedre og mer dekkende målemetoder i innrapporteringen, og at det faktisk har vært en reell økning i innsats av forskningsressurser. Det er vanskelig å si hvor mye som skyldes det ene eller det andre, men det rapporteres relativt sterke indikasjoner på at det har vært en økning i ressursbruk til forskning fra 2006 til 2007.

#### 1.4.1 Somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling

I tabell 1.6 fremgår det at mer enn 86 prosent av forskningsinnsatsen i spesialisthelsetjenesten foregår i somatisk sektor. Ressursinnsatsen er 13 prosent av totalen i psykisk helsevern, og en prosent for spesialisert behandling av rusmisbrukere. Sett i forhold til totale kostnader i de forskjellige sektorene, er ressursinnsatsen til forskning i somatisk sektor høyere enn andel totale kostnader. For de to andre sektorene er forholdet motsatt; ressursinnsats til forskning er lavere enn andel totale kostnader.

Tabell 1.6 Ressursinnsats til FoU i forskjellige sektorer i spesialisthelsetjenesten, mill kroner og årsverk. 2007. Kilde: NIFU STEP.

	Somatikk		Psykisk helsevern		Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
	Mill kr	Årsverk	Mill kr	Årsverk	Mill kr	Årsverk
HF med univ.funksjon	1 619	1 702	184	195	14	13
Øvrige	157	171	81	99	6	6
Totalt	1 775	1 873	265	294	20	19

Tabellen viser videre at over 90 prosent av ressursinnsatsen i FoU-aktivitet i somatisk sektor foregår i helseforetak med universitetsfunksjon. Til sammenligning er det i helseforetak uten universitetsfunksjon en høyere andel til forskning i psykisk helsevern og spesialisert behandling av rusmisbrukere, om lag 30 prosent i begge sektorer. Muligens kan det ha betydning at det finnes spesialiserte helseforetak innenfor psykisk helsevern og rusbehandling som ikke har universitetsfunksjoner, men det forklarer ikke alt.

I Helse Sør-Øst utgjør kostnadene til FoU om lag 3 prosent av totale kostnader, mens andelen i Helse Vest er 2 prosent. For Helse Midt-Norge og Helse Nord er andel FoU-kostnader 1,7 prosent av totale kostnader, og på landsbasis er det som tidligere nevnt beregnet at 2,5 prosent av totale kostnader kan knyttes til FoU-aktivitet i 2007.

Tabell 1.7 viser ressursinnsats, målt i millioner kroner og årsverksinnsats, i FoU-aktivitet i de forskjellige helseregionene. Helse Sør-Øst har omtrent 70 prosent av ressursinnsatsen til forskning i somatisk sektor i landet, mens andelen innenfor psykisk helsevern og rusbehandling er rundt 50 prosent. I Helse Vest er ressursinnsatsen til FoU i somatisk sektor og psykisk helsevern ganske lik, omtrent 15 prosent av totalen, mens andel til FoU-aktivitet i rusbehandlingen er mellom åtte og ni prosent. Spesielt for Helse Midt-Norge er at andel ressursinnsats til forskning innen rusbehandling er prosentvis vesentlig høyere enn i de andre regionene, og dette kan henge sammen med at regionen har et eget helseforetak til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rundt 30 prosent av

<sup>16</sup> For å komme fram til det korrigerede tallet, som utgjør en vekst på vel 12 prosent fra 2006, er det justert for forskningskostnader til nye enheter, ekstraordinær økning i pensjonskostnader og økning i lønns- og prisvekst.

ressursinnsatsen til forskning i sektoren rus er i Helse Midt-Norge. Helse Nord har også en høyere andel ressursinnsats til forskning innen rusbehandlingen enn i de andre sektorene.

Tabell 1.7 Ressursinnsats til FoU iforskjellige sektorer i spesialisthelsetjenesten per helseregion, mill kroner og årsverk. 2007.  
Kilde: NIFU STEP og SSB.

	Somatikk		Psykisk helsevern		Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
	Mill kr	Årsverk	Mill kr	Årsverk	Mill kr	Årsverk
Helse Sør-Øst	1 237	1 336	140	169	9	9
Helse Vest	263	282	40	39	2	2
Helse Midt-Norge	131	99	63	44	6	5
Helse Nord	144	157	21	41	3	3
Regionene samlet	1 775	1 873	265	294	20	19



## 2. Aktivitet

De regionale helseforetakene har ansvar for pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientopplæring. Det eksisterer gode aktivitetsdata for pasientbehandling. Når det gjelder forskning eksisterer det noe data for omfanget av publiserte artikler og gjennomførte dr.grader. For utdanning av helsepersonell finnes det blant annet data for omfanget av turnusleger og leger i spesialisering. Det har ikke vært mulig å innhente andre datasett innenfor rammen av dette års arbeid med BUS-rapporten. Pasientopplæring inngår delvis i aktivitetsdata for pasientbehandling, men det er sannsynligvis vesentlige mangler i forhold til pasientopplæring samlet. Det presenteres derfor ikke data for pasientopplæring.

Følgende hovedresultater presenteres i kapitlet:

- Antall DRG-poeng for dag- og døgnbehandling økte med 1,6 prosent fra 2007 til 2008. Dette er den laveste årlig vekst siden 2004. Herav er 0,4 prosentpoeng av veksten beregnet å være "koderelaterte" endringer i DRG-poeng. Beregninger gjort av Helsedirektoratet ifm avregningen for ISF (inkludert poliklinikk) i 2008 viser at det var en økning på 1,5 prosent fra budsjett 2008 til faktisk aktivitet 2008.
- Korrigert for registreringsendringer av dag-rehabiliteringsopphold ble veksten i DRG-poeng beregnet til 2,2 prosent.
- Det var en betydelig aktivitetsvekst ved poliklinikker innenfor psykisk helsevern, både for voksne og for barn og unge, fra 2007 til 2008. Døgnbehandlingen for voksne økte også i samme periode.
- Det var til dels store regionale variasjoner i aktivitetsutvikling innenfor psykisk helsevern for voksne og for barn og unge.
- Opptrappingsplanen for psykisk helse hadde et mål om at 5 prosent av barn og unge skulle ha et tilbud i 2008. Med et nivå på 4,8 prosent i 2008 ble dette målet nesten nådd.
- Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) var det en markert økning for poliklinisk virksomhet, mens døgnvirksomheten var tilnærmet uendret fra 2007 til 2008. Det er store regionale forskjeller i antall polikliniske konsultasjoner per innbygger innenfor TSB og forskjellene økte fra 2007 til 2008.
- Det har i hele perioden vært en sterkere vekst for døgnbehandling og poliklinisk behandling i psykisk helsevern og TSB (kun poliklinikk) enn i somatisk sektor. Prosentvis har veksten vært større for poliklinisk virksomhet enn for døgnbehandling.
- I 3 av 4 regioner (Helse Midt-Norge er unntaket) var det fra 2007 til 2008 en markert reduksjon i aktivitet ved private radiologiske institutter. I samme periode hadde 3 av 4 regioner (Helse Vest er unntaket) vekst ved offentlige institusjoner.
- Det var fra 2007 til 2008 en markert vekst i laboratorievirksomhet ved offentlige institusjoner, og veksten var særlig sterk i Helse Vest.
- Forskningsaktiviteten ved helseforetakene målt med forskningspoeng (dr.grader+artikler) har økt i perioden 2005 til 2008.
- Det foreligger ufullstendige indikatorer på utviklingen i utdanningsaktivitet. Antallet turnusleger økte med 13,6 prosent fra 2005 til 2008. Antallet leger i spesialisering økte med 17,5 prosent i perioden 2004-2008.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2008 er det satt følgende mål for aktiviteten:

- Det er gitt økonomiske rammer til en vekst på 1,5 prosent i 2008, beregnet med basis i årsprognose basert på aktivitet ved 1. tertial 2007.
- Prosentvis vekst i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være sterkere enn for somatisk virksomhet
- Omfanget av avtaler med private kommersielle sykehus må være begrenset og ta hensyn til prosjektet "Raskere tilbake".
- Sykehus/institusjoner drevet av frivillige og ideelle organisasjoner skal sikres gode vilkår gjennom avtaler.

## 2.1 Pasientbehandling

### 2.1.1 Somatisk virksomhet

Tabell 2.1 og tabell 2.2 viser utviklingen i antall DRG-poeng, antall opphold og konsultasjoner i perioden 2004 til 2008. Fra og med 2006 viser tabellene også nasjonale estimater for antall konsultasjoner hos private avtalespesialister. DRG-poengene er et aktivitetsmål som korrigerer for pasientenes ressursbehov gjennom bruk av kostnadsinformasjon.<sup>17</sup>

Tabell 2.1 Aktivitetstall for somatisk sektor 2004-2008<sup>18</sup>. Inklusive ISF-aktivitet hos private aktører og konsultasjoner hos private avtalespesialister. Kilde: Norsk pasientregister (NPR).

Aktivitetsmål	2004	2005	2006	2007	2008
DRG-poeng	1 042 829	1 083 021	1 111 597	1 136 223	1 154 169
Opphold	1 310 057	1 368 720	1 424 853	1 435 322	1 429 925
Døgnopphold	841 790	854 581	876 196	862 632	874 167
Dagopphold	468 267	514 139	548 657	572 690	555 758
Polikliniske konsult.	3 374 388	3 458 478	3 551 519	3 736 048	3 882 038
Konsult. priv.avtalespes.			2 018 093	2 109 279	2 019 111

Tabellene viser at det siste år var en økning i døgnopphold og en reduksjon i dagopphold. Sistnevnte reduksjon skyldtes nedgang i antall dagrehabiliteringsopphold (DRG 462B), som definisjonsmessig ble endret til å være polikliniske konsultasjoner.<sup>19</sup> Dersom denne pasientgruppen holdes utenom, var det en vekst i dagopphold også fra 2007-2008 (se fotnoter til tabell 2.2). Tabellene viser også at bruken av private avtalespesialister er stabil i perioden 2006 til 2008.

Det er en noe sterkere vekst i polikliniske konsultasjoner fra 2007-2008 enn tidligere, da veksten fra 2006-2007 til dels skyldes inkludering av ny institusjon i

<sup>17</sup> DRG-poengene benyttes til den aktivitetsbaserte finansieringen (ISF) av somatisk sykehus. Endringer i ISF-reglene påvirker DRG-poengene, uten at dette nødvendigvis er et uttrykk for volumendringer i pasientbehandlingen. Endringer i DRG-poeng er derfor ikke et presist bilde på utviklingen i pasientbehandling, korrigert for "pasienttyngde", men er vurdert til å være det nærmeste en kommer.

<sup>18</sup> I forbindelse med ISF-oppkjørene 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.

<sup>19</sup> I 2007 ble det med basis i en granskning utført av Avregningsutvalget for ISF konkludert med at mye av registrert dagrehabilitering ikke skulle inngå i ISF dag/døgn. Dette medførte at mye av dagrehabiliteringen i 2008 ble registrert som poliklinisk virksomhet. Ved beregning av endringstall holdes derfor dagrehabilitering utenfor.

datagrunnlaget. Samtidig skyldes noe av veksten fra 2007-2008 at en del som tidligere har blitt registrert som dagrehabilitering, nå registreres som poliklinisk behandling.

Tabell 2.2 viser at DRG-poengene økte med 1,6 prosent fra 2007 til 2008. Dette er den laveste årsveksten etter foretaksreformen i 2002. Det var imidlertid en endring i registrering av dagrehabilitering mellom disse årene, og korrigert for dette var veksten i DRG-poeng 2,2 prosent.

Tabell 2.2 Prosentvis endring i aktivitet i somatisk sektor 2004-2008. Inklusive ISF-aktivitet hos private aktører og konsultasjoner hos private avtalespesialister. Kilde: NPR.

Aktivitetsmål	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
DRG-poeng	3,9 %	2,6 %	2,2 %	1,6 % <sup>20</sup>
Opphold	4,5 %	4,1 %	0,7 %	-0,4 % <sup>21</sup>
Døgnopphold	1,5 %	2,5 %	-1,5 %	1,3 %
Dagopphold	9,8 %	6,7 %	4,4 %	-3,0 % <sup>22</sup>
Polikliniske konsultasjoner	2,5 %	2,7 %	5,2 % <sup>23</sup>	3,9 % <sup>24</sup>
Konsultasjoner priv. spes.			4,4 %	-4,3 %

En sentral del av ISF-ordningen er DRG-systemet, som grupperer sykehusoppholdene inn i drøyt 500 pasientgrupper (DRG-er).<sup>25</sup> Grupperingen baserer seg på registrerte medisinske koder for diagnoser og prosedyrer. En endring i måten sykehusopphold registreres på, i forhold til slike koder, kan derfor medføre endringer i DRG-gruppering. Det foretas derfor årlig beregninger av hvor stor del av veksten i DRG-poeng som skyldes antatt registreringsendring. Figur 2.1 viser hvor stor andel av årlig vekst i DRG-poeng som skyldes "reell" og "koderelatert" endring.

Endringen i DRG-poeng for dag- og døgnoppholdene fra 2007 til 2008 på 1,6 prosent forklares med 0,4 prosent "registreringsendring" og 1,2 prosent aktivitetsvekst. I denne aktivitetsveksten inkluderes også pasienter innenfor ordningen "raskere tilbake". På grunn av manglende samsvar mellom vektingen i ISF dag/døgn og ISF poliklinikk, inkluderes ikke sistnevnte i ovennevnte beregning. I tillegg bidrar endringen i registrering av dagrehabilitering til at veksten i DRG-poeng er lavere enn om denne aktiviteten ekskluderes. Det er imidlertid tatt hensyn til disse forhold i avregningen for ISF for 2008.

<sup>20</sup> Dersom dagrehabilitering ekskluderes var veksten i DRG-poeng 2,2 prosent.

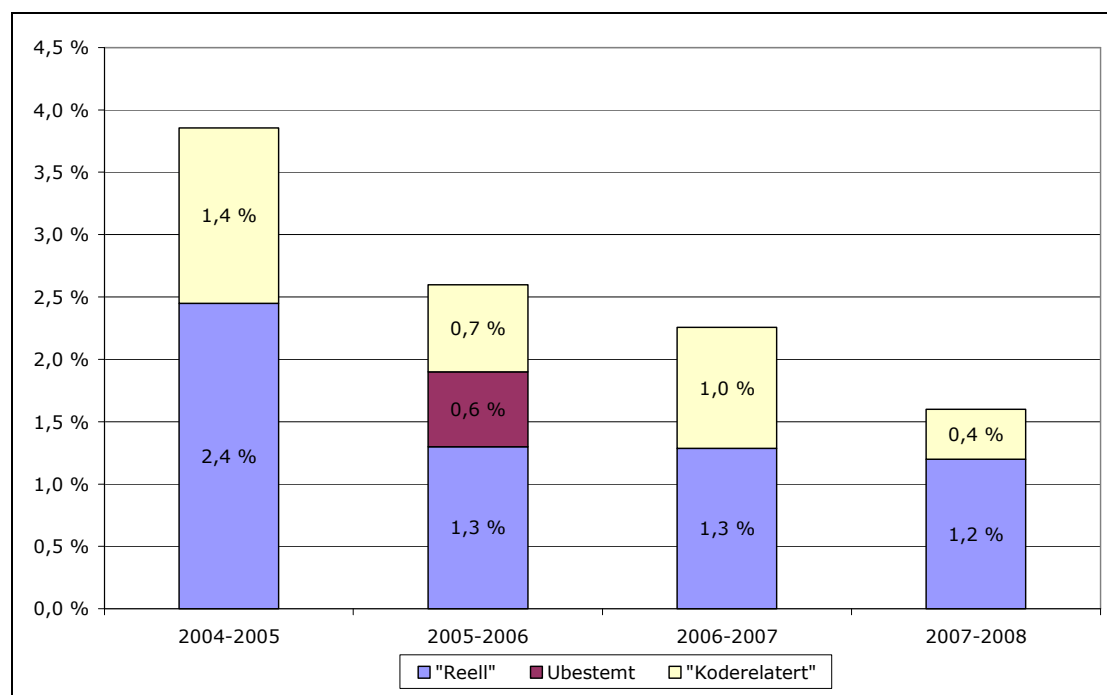
<sup>21</sup> Eksklusiv dagrehabilitering var veksten 3,2 prosent.

<sup>22</sup> Eksklusiv dagrehabilitering var det vekst i dagopphold med 6,2 prosent.

<sup>23</sup> Korrigert for ny institusjon i data var endringen på 2,6 prosent.

<sup>24</sup> Korrigert for endringer i registrering av dagrehabilitering var veksten 2,6 prosent

<sup>25</sup> Dette gjelder DRG-systemet for dag/døgn. Dersom man også inkluderer DRGer for poliklinisk virksomhet øker antall DRGer med ca 150.



Figur 2.1 Vekst i registrerte DRG-poeng fordelt på "reell" og "koderelatert" vekst. 2004-2008. Kilde: ISF, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet foretar også beregning av aktivitet og refusjoner gjennom ISF-ordningen. ISF-avregningen for 2008 viste at aktiviteten i ordningen ble om lag som forutsatt i budsjettet, dvs en vekst på 1,5 prosent. ISF inneholder imidlertid både dag- og døgnaktivitet og poliklinisk aktivitet. Dekomponerer vi veksten i ISF ser vi at veksten i poliklinikk var høyere enn veksten i dag/døgn. Avregningen viste at ISF dag/døgn var 0,3 prosent under budsjett. Dermed ble det konkludert med en vekst på om lag 1,2 prosent. Avregning for ISF poliklinikk var 3,8 prosent over budsjett.

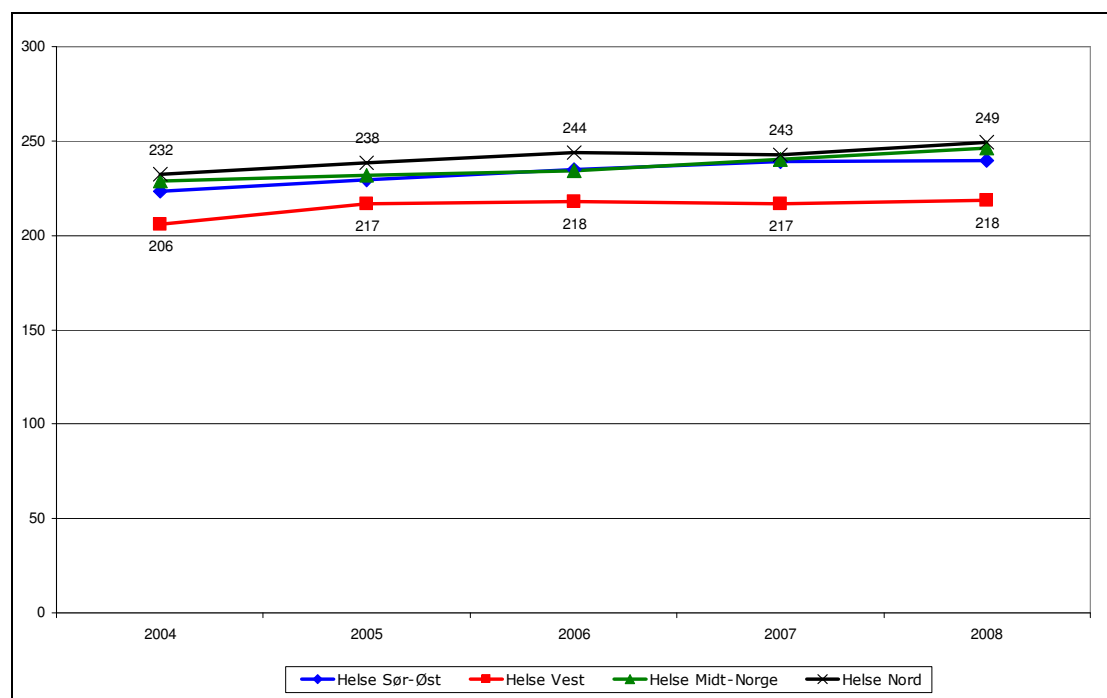
#### Raskere tilbake

Ordningen "raskere tilbake" ble innført i 2007, men fikk ikke full effekt før i 2008. Aktivitet innen denne ordningen inngår i datagrunnlaget for denne rapporten. Beregninger utført av NPR viser at veksten fra 2007 til 2008 knyttet til denne ordningen var på om lag 10 400 opphold og 31 000 konsultasjoner. Av disse finner vi om lag 8 000 opphold (hvorav 7 300 dagopphold) i Helse Sør-Øst. Det var i 2008 om lag 13 000 opphold og 37 600 konsultasjoner som ble finansiert gjennom ordningen "raskere tilbake".

#### Utviklingen i regionene

Det var en vekst i DRG-poeng for dag- og døgnbehandlingen (eksklusiv dagrehabilitering) i alle regioner fra 2007 til 2008. Utviklingen regionalt var som følger: Helse Sør-Øst vekst på 1,7 prosent, Helse Vest vekst på 1,7 prosent, Helse Midt-Norge vekst på 3,6 prosent og Helse Nord vekst på 3,0 prosent.

Figur 2.2 viser utviklingen i DRG poeng per 1 000 innbyggere i perioden 2004 til 2008. Utvikling og nivå i helseregionene Nord, Midt-Norge og Sør-Øst viser en svak stigende vekst i tilnærmet hele 5-års perioden. Helse Vest skiller seg noe fra de øvrige med et lavere aktivitetsnivå per 1 000 innbyggere. Veksten i 5-års perioden i Helse Vest fant sted fra 2004 til 2005, etter 2005 har raten vært stabil.



Figur 2.2 Rater. Antall DRG-poeng<sup>26</sup> per 1 000 innbyggere ved somatiske sykehus i perioden 2004 til 2008 etter bostedsregion. Kilde: NPR

### 2.1.2 Bruk av private kommersielle aktører

Oppdraget til de regionale helseforetakene i 2008 var blant annet at omfanget av avtaler med private kommersielle sykehus må være begrenset og ta hensyn til prosjektet "Raskere tilbake". Det er derfor fortsatt ventet at bruken av slike tilbud ikke øker vesentlig, men heller er uendret eller reduseres.

Virksomhetsdata fra NPR viser en vekst på drøyt 1 500 DRG-poeng fra 2007 til 2008, nesten 75 prosent var vekst i døgnopphold. Antall opphold i 2008 var 27 500. Tabell 2.3 viser en reduksjon i DRG-poeng fra 2006 til 2007 og en vekst i DRG-poeng fra 2007 til 2008. Antall DRG-poeng var lavere i 2008 enn i 2006 og tidligere. Tabell 2.3 viser også at det er i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge at det var reduksjon, i de to øvrige regionene var det en vekst i antall DRG-poeng i perioden 2004 til 2008.

Tabell 2.3 DRG-poeng for private kommersielle sykehus<sup>27</sup>. 2004 – 2008. Kilde: NPR.

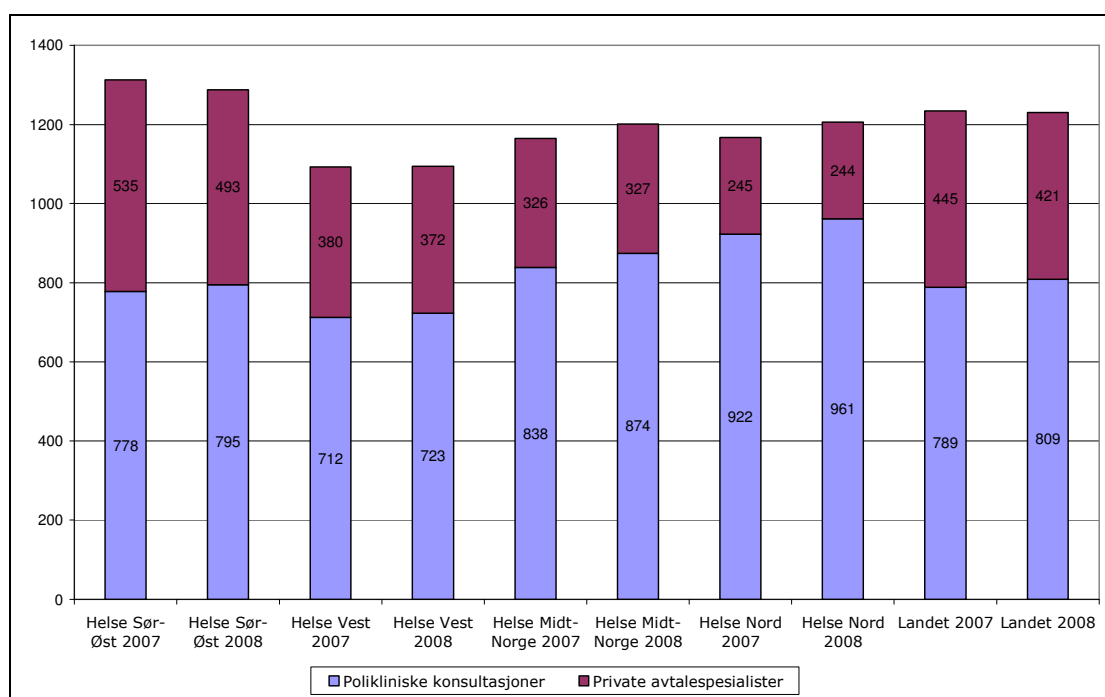
	2004	2005	2006	2007	2008
Helse Sør-Øst	14 012	16 468	14 022	10 256	10 342
Helse Vest	1 544	4 190	3 527	3 443	4 354
Helse Midt-Norge	7 290	5 858	4 436	4 644	4 815
Helse Nord	362	831	996	744	1 116
Regionene samlet	23 208	27 347	22 981	19 086	20 627
Andel DRG-poeng	2,2 %	2,5 %	2,1 %	1,7 %	1,8 %
Endring fra foregående år	1,8 %	17,8 %	-16,0 %	-16,9 %	8,1 %

<sup>26</sup> Eksklusive dagrehabilitering (DRG 462B), pasienter ikke bosatt i regionene og private avtalespesialister.

<sup>27</sup> Feiringklinikken og Hjertesenteret er ikke regnet med blant private kommersielle sykehus.

På tross av at det fortsatt ikke er komplette pasientdata fra de private avtalespesialistene, er dataene fra og med 2007 så pass gode at det er mulig å estimere nasjonale og regionale volumtall for antall konsultasjoner. Dermed blir det mulig å se nærmere på forholdet mellom aktiviteten hos private avtalespesialister og aktiviteten ved poliklinikkene. Er det slik at disse to tjenestestedene utfyller hverandre og bidrar til utjevning mellom geografiske områder? Eller er det slik at tilbudet hos private avtalespesialister forsterker forskjellene som observeres i bruk av poliklinikk?

Figur 2.3 viser konsultasjoner per innbygger per region for årene 2007 og 2008. Det skilles mellom poliklinisk aktivitet og private avtalespesialister. Figuren omfatter somatiske poliklinikker og somatiske avtalespesialister. For landet i alt viser figur 2.3 en svak økning i antall polikliniske konsultasjoner og en svak nedgang for antall konsultasjoner hos private avtalespesialister fra 2007 til 2008. Også på regionalt nivå viser figur 2.3 små endringer fra 2007 til 2008.



Figur 2.3 Antall spesialistkonsultasjoner per 1000 innbyggere ved poliklinikker og hos private avtalespesialister etter region i 2007 og 2008. Konsultasjoner hos avtalespesialister er estimerte størrelser. Somatiske spesialiteter. Kilde: NPR.

Figur 2.3 viser også at de to tilbudene delvis utfyller hverandre og bidrar til utjevning. Helse Sør-Øst og Helse Vest har høyest forbruksnivå av spesialistkonsultasjoner og laveste bruk av sykehusenes poliklinikker. I Helse Nord er situasjonen motsatt.

### 2.1.3 Psykisk helsevern

Det er foreløpig ikke tatt i bruk noe pasientklassifiseringssystem for psykisk helsevern. Det er derfor fremdeles antall døgnopphold og antall polikliniske konsultasjoner som danner grunnlaget for en beskrivelse av aktiviteten. For den polikliniske aktiviteten vises også oversikt over antall pasienter som har fått behandling i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU).

Det har vært stor oppmerksomhet knyttet til aktivitetsutviklingen innenfor psykisk helsevern. At aktiviteten på dette området er rammefinansiert, mens den

delvis er aktivitetsbasert innenfor somatisk sektor, har reist spørsmål om det kan ha oppstått utilsiktede vridningseffekter mellom sektorene. Opptrappingsplanen for psykisk helsevern har imidlertid hatt klare mål for aktivitetsvekst. Et konkret mål er at psykisk helsevern for barn og unge skal gi et poliklinisk tilbud til minst 5 prosent av befolkningen under 18 år. I 2008 er denne dekningsgraden kommet opp på 4,8 prosent på landsbasis.

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

Tabell 2.4 Aktivitet i psykisk helsevern 2004 – 2008.  
Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning og SSB.

	2004	2005	2006	2007	2008
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>					
Polikliniske tiltak	495 963	561 304	641 972	717 160	816 960
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>					
Polikliniske konsultasjoner	758 979	867 390	930 789	988 418	1 098 898
Døgnopphold	45 721	47 597	51 704	51 571	52 829

Tabell 2.5 Årlig aktivitetsendring i psykisk helsevern.  
Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning og SSB.

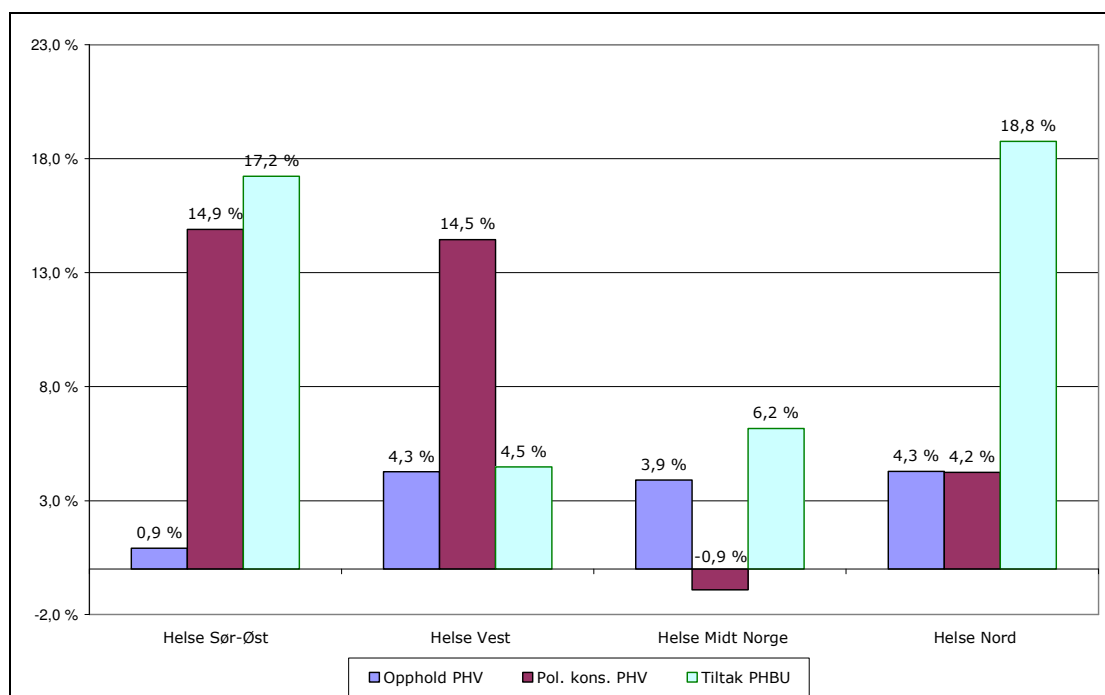
	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>				
Polikliniske tiltak	11,2 %	14,4 %	11,7 %	13,9 %
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>				
Polikliniske konsultasjoner	14,3 %	7,3 %	6,2 %	11,1 %
Døgnopphold	4,1 %	8,6 %	-0,3 %	2,4 %

Tabell 2.4 og 2.5 viser at det er en klar aktivitetsvekst for poliklinisk omsorgsnivå både innenfor psykisk helsevern for barn og unge og innenfor psykisk helsevern for voksne i hele perioden. Tabellene viser også at det er en liten aktivitetsøkning siste år for døgnopphold innenfor psykisk helsevern for voksne.

Figur 2.4 viser den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern i helseregionene fra 2007 til 2008. Den største veksten innenfor psykisk helsevern er knyttet til den polikliniske aktiviteten for barn og unge. Her er det en markant økning i helseregionene Sør-Øst og Nord.

Utviklingen i den polikliniske aktiviteten innenfor psykisk helsevern for voksne er preget av ulik utvikling på regionalt nivå. Det er relativ sterk vekst i Helse Sør-Øst og Vest, mens det er en liten reduksjon i Helse Midt-Norge.

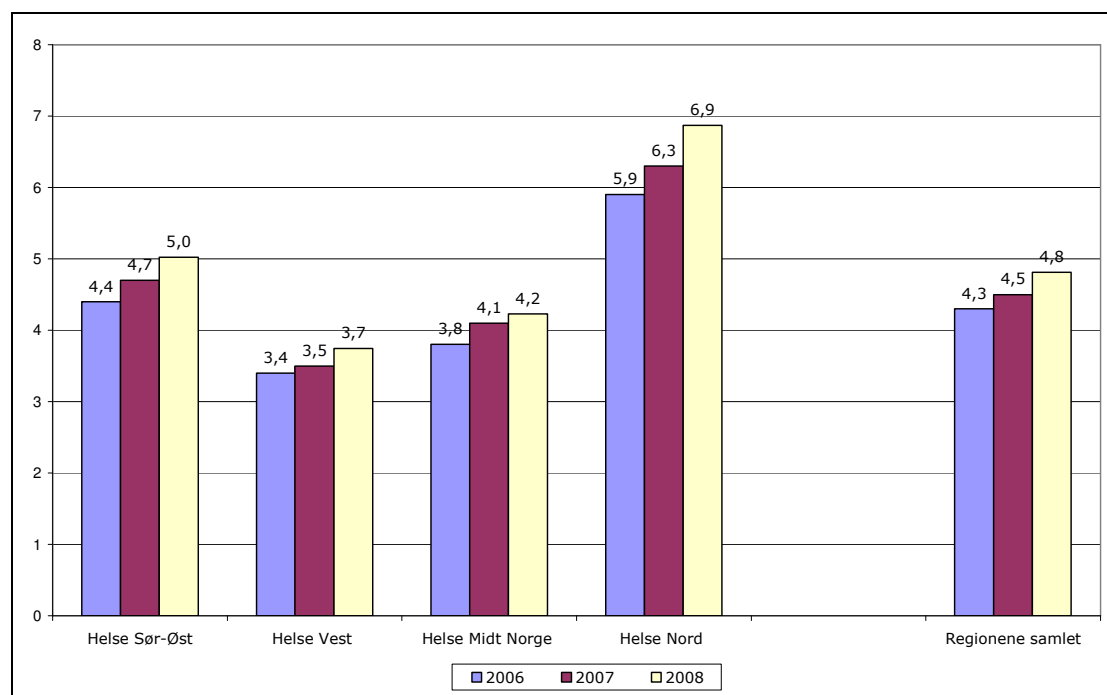
Ser vi på døgnaktiviteten (opphold) innenfor psykisk helsevern for voksne ser vi at det her er omtrent lik vekst i tre av regionene. I Helse Sør-Øst er det en lavere vekst enn i de tre øvrige regionene.



Figur 2.4 Aktivitetsvekst fra 2007 til 2008 i psykisk helsevern etter region. Prosentvis vekst i antall tiltak i psykisk helsevern for barn og unge, antall polikliniske konsultasjoner og antall døgnopphold (antall innlagte pasienter) i psykisk helsevern for voksne. Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning.

Et helsepolitisk mål er at spesialisthelsetjenestens tilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge skal nå minst 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen (antall pasienter i prosent av innbyggere 0 -17 år). Figur 2.5 viser denne dekningsgraden i de respektive helseregionene. Det er en forskjell mellom dekningsgraden i Helse Nord med 6,9 prosent og Helse Vest med 3,7 prosent i 2008. Den nasjonale dekningsgraden øker i perioden og figuren viser at også de regionale forskjellene øker.





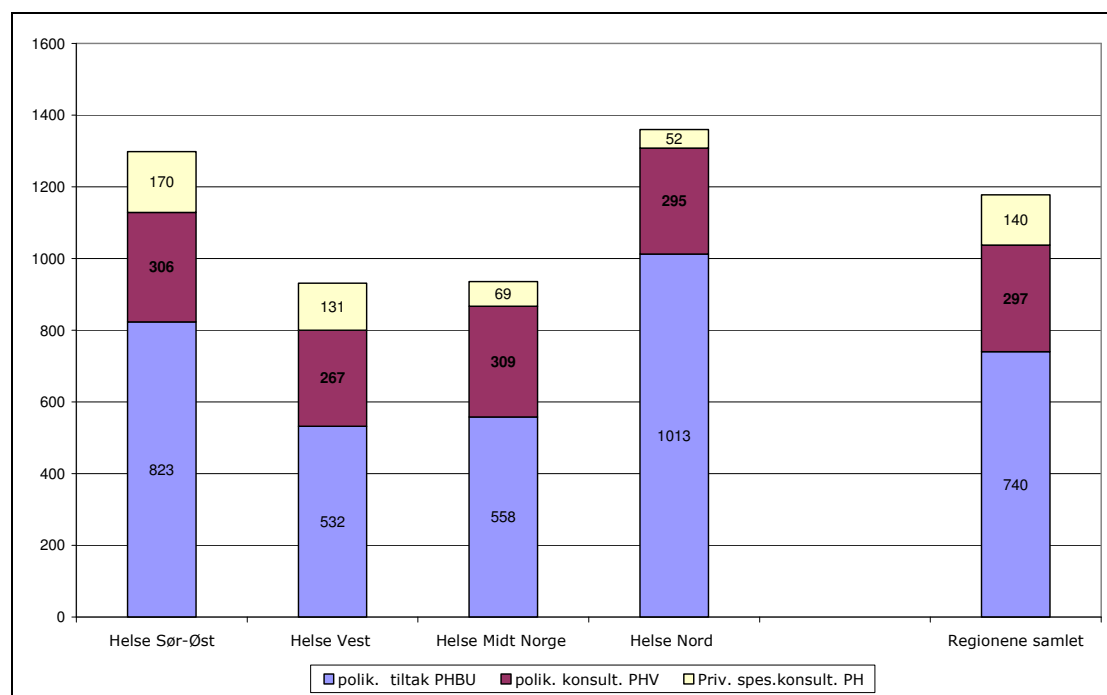
Figur 2.5 Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge i prosent av befolkningen 0-17 år etter helseregion. 2006-2008.  
Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning.

For driftsåret 2008 har NPR estimert regionale og nasjonale tall for antall konsultasjoner hos privatpraktiserende avtalespesialister innenfor psykisk helsevern. Det er alltid knyttet noe usikkerhet til estimater, og resultatene bør derfor tolkes med varsomhet. Selv om datagrunnlagene inneholder informasjon om pasientenes alder er det bare benyttet totaltall. Dette fordi usikkerheten med estimatene øker når det lages separate estimater ut fra alder.<sup>28</sup>

Figur 2.6 viser at det er regionale ulikheter i de polikliniske tilbudene når det gjelder psykisk helsevern for barn og unge. Dette er det samme bildet som figur 2.5 viser for antall pasienter i prosent av befolkningen. Figur 2.6 viser også at det er et mye mer likeartet tilbud regionalt når det gjelder polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne.

Når det private tilbudet retter seg mot voksne pasienter er det vanskelig å se at dette tilbudet har noen utjevneende effekt. Konsultasjoner per 1 000 innbyggere hos private avtalespesialister er mer enn tre ganger så mange i Helse Sør-Øst enn i Helse Nord (hhv. 170 og 52).

<sup>28</sup> Det kan nevnes at i registrerte data fra private avtalespesialister innen psykisk helsevern i 2008 var det kun 1 prosent av pasientene som var yngre enn 18 år. Det er derfor rimelig å anta at tilbudet hos disse i all hovedsak er rettet mot voksne pasienter.



Figur 2.6 Antall tiltak/konsultasjoner per 1000 innbyggere<sup>29</sup> ved poliklinikker innen psykisk helsevern for barn/unge og voksne og hos private avtalespesialister etter region i 2008. Konsultasjoner hos avtalespesialister er estimerte størrelser. Kilde: NPR

#### 2.1.4 Rusbehandling

Tabellene 2.6 og 2.7 viser aktiviteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) fra og med 2005. Det er noe usikkerhet knyttet til kvalitet og komplettethet i datagrunnlaget når det gjelder den polikliniske rusbehandlingen. Noe av den polikliniske veksten er knyttet til at poliklinikkdata for 2005 og 2006 er hentet fra RHF-enes årsmeldinger, mens datagrunnlaget for 2007 og 2008 er hentet fra SINTEF Helsetjenesteforskning, som baserer seg på skjemadata for konsultasjoner og innleggelser fra SSB.

De polikliniske konsultasjonene i 2007 og 2008 omfatter også konsultasjonene rapportert fra sentrene for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Deler av den polikliniske rusbehandlingen skjer innenfor psykisk helsevern for voksne (PHV). Deler av virksomheten innenfor PHV skjer ved de psykiatriske ungdomsteamene (PUT) og andre deler ved rusteam ved distriktpsykiatriske sentre. Både konsultasjoner, kostnader og personell er med i statistikken for PHV. SINTEF Helsetjenesteforskning har estimert antall refusjonsberettigede ruskonsultasjoner innen PHV til om lag 10 prosent av den totale aktiviteten ved voksenpsykiatriske poliklinikker.<sup>30</sup>

Tabell 2.6 Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2005 – 2008.  
Kilde 2005 - 2006: SSB (innleggelser) og RHF (konsultasjoner).  
Kilde 2007-2008: SSB/SINTEF Helsetjenesteforskning.

	2005	2006	2007	2008
Polikliniske konsultasjoner	104 153	125 739	154 746	193 391
Innleggelser	12 983	13 188	12 473	12 450

<sup>29</sup> Befolkning 0-17 år for PHBU, befolkning 18 år og over for PHV og folkemengde i alt for avtalespesialister.

<sup>30</sup> Kilde: SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling i 2007

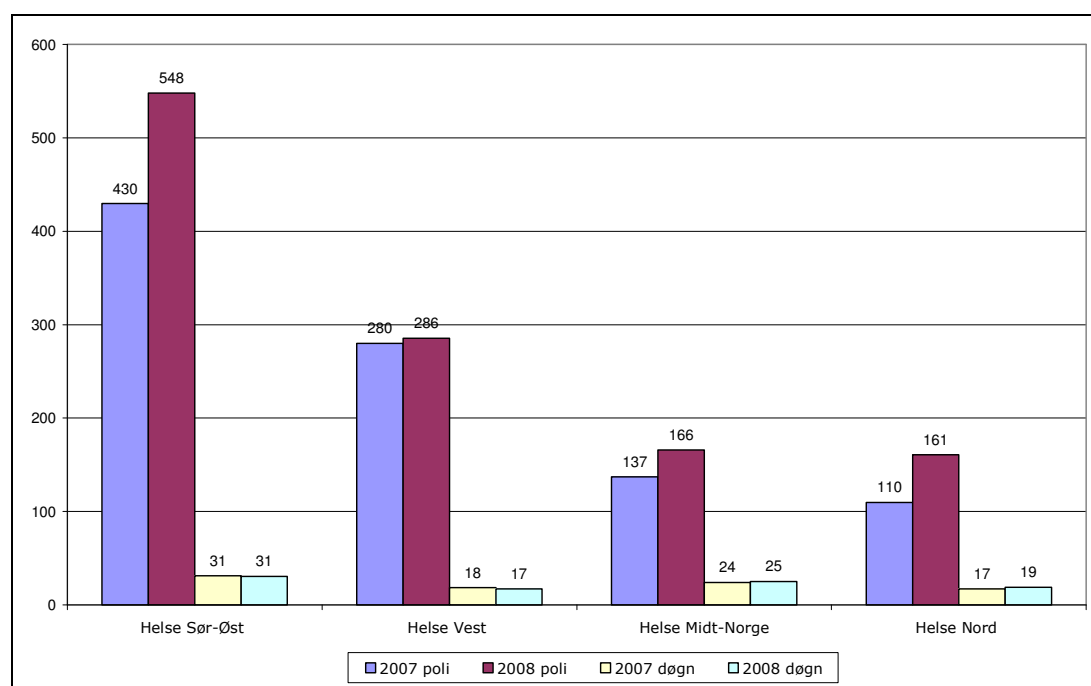
I sektorrapporten for rusbehandling i 2007 valgte SINTEF Helsetjenesteforskning å ikke presentere endringstall for polikliniske ruskonsultasjoner fra 2005 til 2007. Dette var på grunn av den mangelfulle datakvaliteten. Aktivitetsrapporteringen fra 3 av 4 RHF tyder på en vekst fra 2006 til 2007, men hvor mye av dette som skyldes mer komplette data i 2007 og hva som er reell vekst, har det ikke vært mulig å kartlegge.

Tabellene 2.6 og 2.7 viser at det for tverrfaglig spesialisert rusbehandling ikke var noen vekst i omsorgsnivå døgn (innleggelses) fra 2007 til 2008. Den polikliniske aktiviteten vokser, men som nevnt over er det usikkert hvor sterk den reelle veksten er og hvor mye som kan forklares med et mer komplett datagrunnlag.

Tabell 2.7 Årlig vekst i tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2005–2008.  
Kilde 2005 - 2006: SSB (innleggelses) og RHF (konsultasjoner).  
Kilde 2007-2008: SSB/SINTEF Helsetjenesteforskning.

	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Polikliniske konsultasjoner	20,7 %	23,1 %	25,0 %
Innleggelses	0,7 %	-4,6 %	-0,2 %

Figur 2.7 viser at det både i 2007 og 2008 var regionale forskjeller i aktivitet når det gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Forskjellene kan avspeile ulikheter i tilbud til befolkningen eller ulike behov i de ulike regionene. Det vises til SAMDATA Sektorrapport for tverrfaglig spesialisert rusbehandling for nærmere analyser og beskrivelser av datagrunnlaget.<sup>31</sup>



Figur 2.7 Antall døgnopphold/innleggelses og antall polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helseregioner. 2007 og 2008.  
Kilde: SSB/SINTEF Helsetjenesteforskning.

<sup>31</sup> Denne sektorrapporten skal etter planen ferdigstilles i september 2009.

### 2.1.5 Legemiddelassistert rehabilitering

Tabell 2.8 viser utviklingen i antall pasienter som gis legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i perioden 2004-2008. Det har vært en økning alle årene, men den prosentvise veksttakten har blitt lavere hvert år.

Antall personer som omfattes av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) økte med om lag 350 fra 2007 til 2008. Dette var en økning på 8 prosent. Fra 2007 til 2008 var det minst vekst i Helse Sør-Øst (7 prosent) og størst vekst i Helse Nord (15 prosent). Den polikliniske aktiviteten ved LAR-sentrene er inkludert i tallene for polikliniske konsultasjoner i figur 2.7 foran.

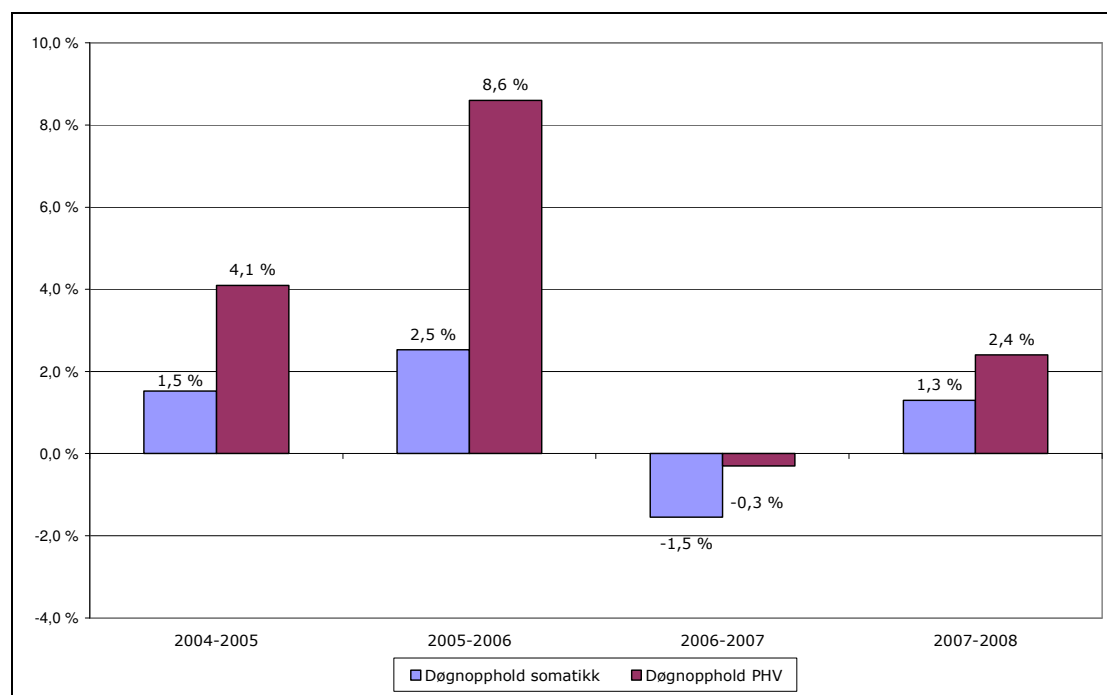
Tabell 2.8 Antall pasienter som mottar Legemiddelassistert rehabilitering per 31. desember 2004 - 2008. Kilde: LAR-Øst.

	2004	2005	2006	2007	2008
Helse Sør-Øst	2 179	2 570	2 909	3 123	3 335
Helse Vest	568	686	818	903	974
Helse Midt-Norge	164	224	260	290	324
Helse Nord	92	134	179	243	280
Regionene samlet	3 003	3 614	4 166	4 559	4 913

### 2.1.6 Forholdet mellom somatisk virksomhet og psykisk helsevern

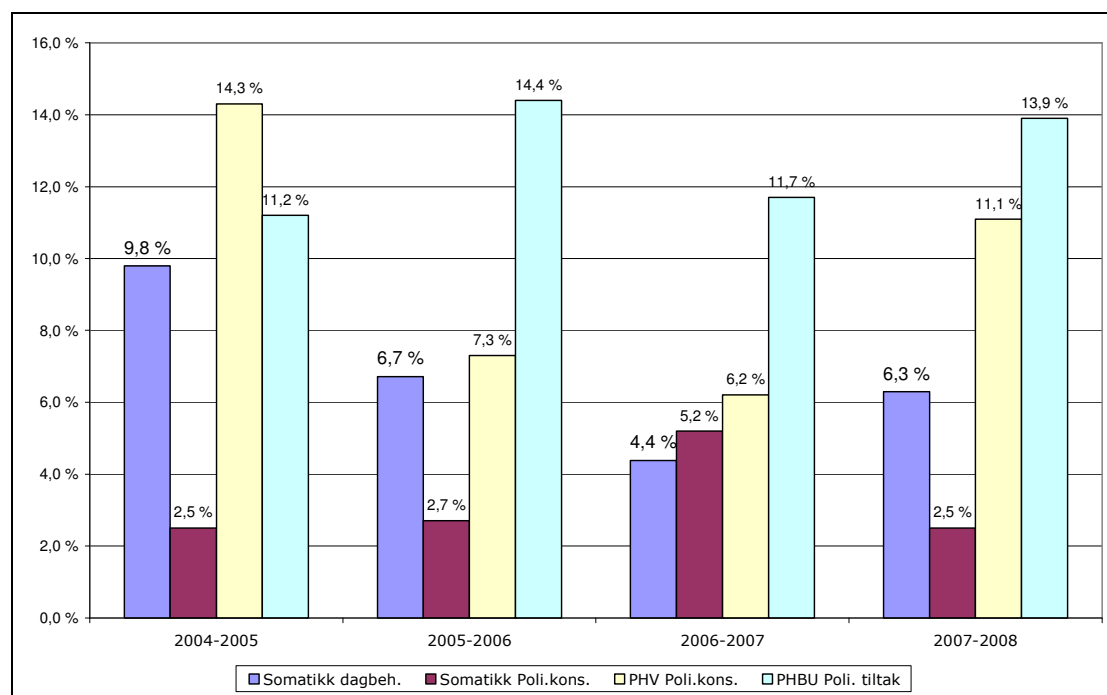
Som tidligere nevnt måles aktiviteten i somatisk sektor vanligvis i DRG-poeng. Dette målet omfatter både innleggelser/døgnbehandling og dagbehandling. I tillegg kommer polikliniske konsultasjoner. Dagbehandlingen i psykisk helsevern har et lite omfang og er i hovedsak registrert som polikliniske konsultasjoner. Sammenligninger mellom sektorene er derfor krevende. Figur 2.8 viser utviklingen i innleggelser (døgnopphold) i somatiske sykehus og psykisk helsevern for voksne i perioden 2004 til 2008. Figuren viser at den årlig veksten i hele perioden har vært størst i PHV. Siste år var det igjen en vekst etter at det var en reduksjon i aktiviteten fra 2006 til 2007.

Vi har sett på endringstallene i figur 2.8 på regionalt nivå for siste år (2007-2008). Det er større vekst i døgnoppholdene i psykisk helsevern for voksne enn det er for de somatiske institusjonene. Et unntak er Helse Vest hvor begge sektorene har samme vekst fra 2007 til 2008 (4,3 prosent).



Figur 2.8 Årlig aktivitetsvekst for innleggelser/døgnbehandling innenfor somatisk sektor og psykisk helsevern for voksne 2004-2008. Kilde: NPR og SINTEF Helsetjenesteforskning

Figur 2.9 viser den polikliniske aktivitetsutviklingen i de ulike sektorene for årene 2004 til 2008. Her er også dagbehandlingene i somatiske institusjoner tatt med. Det har vært en betydelig aktivitetsvekst i hele perioden når det gjelder psykisk helsevern for voksne og barn og unge. Veksten i somatisk sektor (dagbehandling og polikliniske konsultasjoner) har vært lavere enn i psykisk helse i hele perioden, inklusiv siste år. Siste år var det en aktivitetsnedgang for somatisk dagbehandling. Som nevnt foran kan dette forklares med at dagrehabilitering ble omdefinert fra dagbehandling til poliklinisk behandling. Når vi korrigerer for dagrehabilitering finner vi en vekst fra 2007 til 2008 i somatiske dagopphold på 6,2 prosent, mens veksten i polikliniske konsultasjoner blir redusert til 2,5 prosent.



Figur 2.9 Årlig aktivitetsvekst for somatisk dagbehandling<sup>32</sup> og poliklinisk aktivitet innenfor somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2004-2008.  
Kilde: NPR og SINTEF Helsetjenesteforskning.

Når det korrigeres for dagrehabilitering finner vi en vekst i somatisk dagbehandling i alle regioner. Størst vekst i Helse Nord (8,7 prosent) og Helse Sør-Øst (7,5 prosent). Veksten i Helse Midt-Norge er 5,2 prosent og i Helse Vest 1,6 prosent.

For polikliniske konsultasjoner finner vi for siste år at Helse Midt-Norge skiller seg ut fra de øvrige regionene med den største veksten for somatiske konsultasjoner (5,3 prosent) og en svak reduksjon i konsultasjoner innenfor psykisk helsevern for voksne (-0,1 prosent). Også i Helse Nord var det en svakere vekst i polikliniske konsultasjoner for psykisk helsevern enn innenfor somatisk sektor (3,0 prosent og 4,5 prosent). I Helse Sør-Øst og Helse Vest var det en betydelig høyere vekst i konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne enn for somatiske institusjoner.

Også når det gjelder veksten i polikliniske tiltak i psykisk helsevern for barn og unge er det store forskjeller på regionalt nivå. Her var det en sterk vekst i Helse Sør-Øst og Helse Nord (17,4 prosent og 18,9 prosent), mens veksten i Helse Vest og Helse Midt-Norge var mer moderat (4,4 prosent og 5,9 prosent).

<sup>32</sup> I figur 2.9 er det korrigeret for dagrehabilitering. Dersom det ikke korrigeres for dette var det fra 2007 til 2008 en reduksjon på 3,0 prosent for dagbehandling og vekst på 3,9 prosent for poliklinisk aktivitet.

### 2.1.7 Poliklinisk laboratorie- og radiologi-aktivitet

Aktiviteten ved poliklinikkene favner både konsultasjoner ved kliniske poliklinikker og poliklinikker for radiologi- og laboratorieundersøkelser. I en del tilfeller vil pasienten både ha konsultasjon ved klinisk poliklinikk og ved radiologisk og/eller lab poliklinikk. Det er ikke mulig med dagens datagrunnlag å skille dette entydig slik at samme pasients besøk en dag ved flere poliklinikker telles som et besøk.

For radiologisk virksomhet er konsultasjonene kategorisert etter modalitet, dvs etter hvilke type teknologi som benyttes (røntgen, ultralyd, CT og MR). Det benyttes derfor begrepet modalitetskonsultasjon. Dersom en pasient ved et besøk både har gjennomført en røntgenundersøkelse og en CT-undersøkelse vil dette telles som to modalitetskonsultasjoner.

Mens det for pasientbehandling er et lite omfang av aktivitet ved private sykehus, er det for radiologi og laboratorie relativt stor virksomhet ved private aktører. I tillegg til å se på utviklingen for disse tjenester samlet, vil det også rettes et fokus mot forholdet mellom offentlig og privat virksomhet.

Det har i perioden 2004-2008 blitt foretatt endringer i finansieringssystemet for privat radiologi- og laboratorievirksomhet. Fram til 2005 mottok instituttene refusjoner fra Rikstrygdeverket, refusjoner fra RHF-ene og i noen grad egenbetaling. I St. meld nr. 5 (2003-2004) foreslo regjeringen en gradvis omlegging av finansierings-systemet for disse institusjonene, med utgangspunkt i det forhold at det hadde vært en sterk utgiftsvekst over lengre tid. Følgende elementer var sentrale i denne omleggingen:

- En halvering av takstene for både offentlig og private aktører, og overføring av midler til RHF-enes basisbevilgning
- Det ble innført en overgangsperiode på to år hvor tjenestevolumet ved private aktører skulle være minst på samme nivå som i 2003 for hvert RHF. Fordelingen mellom de private instituttene kunne imidlertid justeres.
- RHF-ene kunne benytte anbudsprosesser som del av sitt regulerings-regime.

Stortinget vedtok å innføre endringene fra 1. september 2005. Senere ble det også innført muligheten for at RHF-ene kan legge inn volumbegrensninger i avtalene. Det har i perioden fra 2005 vært en endring ved overgang til økt bruk av anbudsprosesser og med avtaler hvor det settes volum- eller kostnadstak.

I statsbudsjettet for 2008 ble det vedtatt å redusere takstene for privat radiologi og laboratorievirksomhet ytterligere. Bakgrunnen for dette var beregninger utført av NAV som viste at takstene i gjennomsnitt hadde en høyere kostnadsdekning enn 40 prosent, som er andelen aktivitetsbasert finansiering i ISF.<sup>33</sup>

#### *Radiologi*

Tabell 2.9 viser utviklingen i antall modalitetskonsultasjoner ved offentlig og privat virksomhet, samt modalitetskonsultasjoner per innbyggere. Det har i perioden 2004-2008 sett under ett vært en vekst i antall konsultasjoner både ved offentlig og privat virksomhet. For offentlig virksomhet var det en reduksjon i volum og rate fra 2004 til 2006, mens det for privat virksomhet har vært en vekst frem til 2007. Imidlertid ble det en reduksjon ved private institutter fra 2007 til 2008. For to regioner ser det ut til at det fra 2007 til 2008 har vært en overføring av aktivitet fra privat til offentlig virksomhet.

<sup>33</sup> Det er et mål at fordelingen mellom aktivitetsbaserte inntekter og basistilskudd er 40-60 for alle områder med en aktivitetsbasert finansieringsordning.

Tabell 2.9 Antall modalitetskonsultasjoner absolutt og per 1000 innbyggere. Offentlig og privat radiologi. 2004-2008. Kilde: KUHR, Helsedirektoratet

		2004	2005	2006	2007	2008
Offentlig radiologi	Volum	1241524	1232503	1204531	1306767	1348038
	Rate	271	268	260	279	285
Privat radiologi	Volum	682959	740236	785325	827640	784869
	Rate	149	161	169	177	166

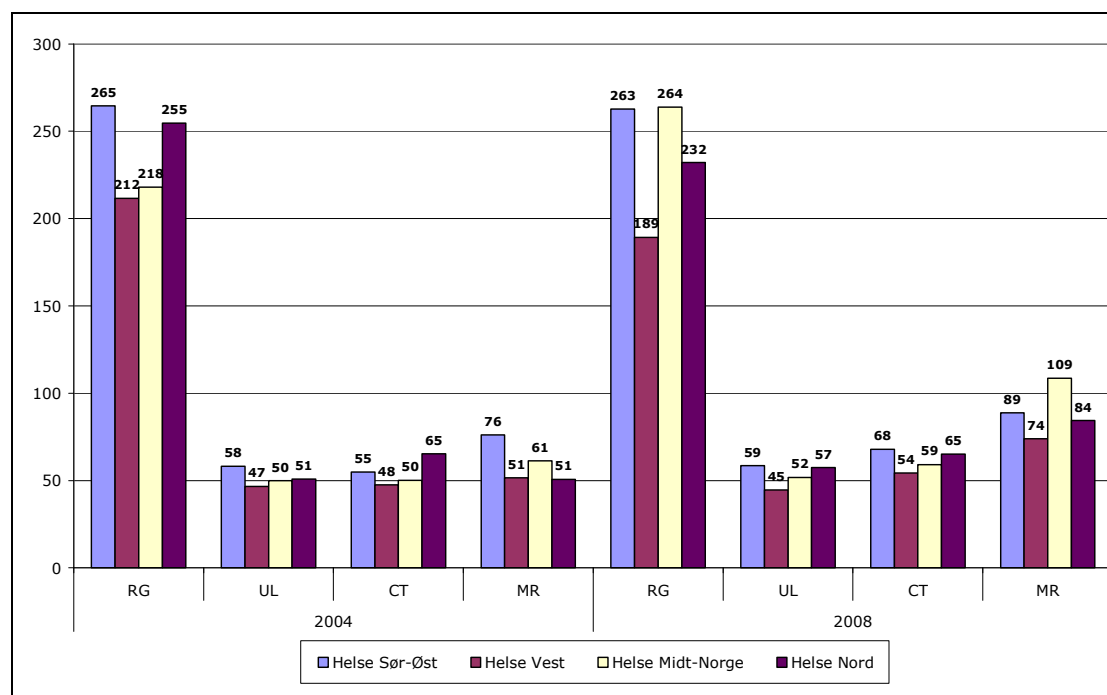
Nærmere gjennomgang av datagrunnlaget viser at den reduksjonen som var for offentlig radiologi i årene 2004-2006 var knyttet til en redusert aktivitet i tidligere Helse Sør og Øst (i 2004-2005) og alle regioner unntatt Helse Midt-Norge i 2005-2006. Veksten perioden sett under ett var relativt sterk for særlig Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. For Helse Vest har det i perioden nesten ikke vært noen endring i aktivitet.

Når det gjelder privat radiologi, har det i perioden sett under ett vært en økning i aktivitet i Helse Vest og Helse Midt-Norge, omtrent uendret i Helse Sør-Øst og en reduksjon i Helse Nord. Bak disse endringstallene kan det vises at det har vært en vekst fram til 2007, mens det først i 2008 var et markert fall i aktivitet for 3 av 4 regioner. Det er kun i Helse Midt-Norge det var vekst også i 2008.

Det er trolig flere forhold som forklarer endringen for privat radiologi siste år. For det første var 2008 første året etter overgangsperioden hvor tjenestevolumet hos private ikke skulle være lavere enn i 2003. For det andre ble takstene nedjustert i 2008, og det er da spørsmål om NAV-takst sammen med pasientens egenandel blir lavere enn marginalkostnaden. Det opplyses også fra enkelte RHF at det har vært en bevisst strategi å stramme inn på avtalene med private aktører.

I figur 2.10 vises antall modalitetskonsultasjoner per 1000 innbyggere per region for årene 2004 og 2008. Figuren viser at Helse Sør-Øst i hovedsak hadde et høyere aktivitetsnivå målt per innbygger i 2004 enn de andre regionene. I 2008 endres dette noe ved at Helse Midt-Norge har en høyere aktivitet for vanlig røntgen og MR. Helse Vest har i hovedsak lavest nivå begge år. Det var fram til 2007 et relativt stabilt nivå for vanlig røntgen og ultralyd, men dette ble endret i 2008, hvor det for røntgen var en sterk økning for Helse Midt-Norge og reduksjon for Helse Sør-Øst og Helse Nord. Det har i perioden vært en svak økning for CT og en noe sterkere økning for MR. Drøyt 2/3 av veksten for MR kommer ved private institusjoner.





Figur 2.10 Konsultasjoner per 1000 innbyggere per modalitet for offentlig og privat radiologi samlet. 2004 og 2008. Per region.  
Kilde: KUHR, Helsedirektoratet

Andelen offentlig radiologi har i hovedsak vært økende jo lenger vest og nord man kommer. Helse Nord har hatt høyest andel for alle modaliteter i begge årene. Det markerte skiftet i virksomheten i 2008, fra privat til offentlig, er viktig å ha med seg her. Fram til 2007 var det slik at andelen offentlig radiologi var stabilt eller økende for modalitetene røntgen, ultralyd og CT, mens det for MR var en redusert andel offentlig virksomhet i perioden. Dette endres noe i 2008, hvor det for alle regioner var en økende andel offentlig MR-virksomhet.

### Laboratorie

I dette avsnittet presenteres aktivitetstall for poliklinisk laboratorie-virksomhet ved både offentlige og private institusjoner. Som for radiologi er aktivitetseenheten regninger ( $\approx$  konsultasjoner), men for laboratorievirksomhet skilles det ikke i datagrunnlaget på teknologi (modalitet) slik som det gjøres for radiologi.

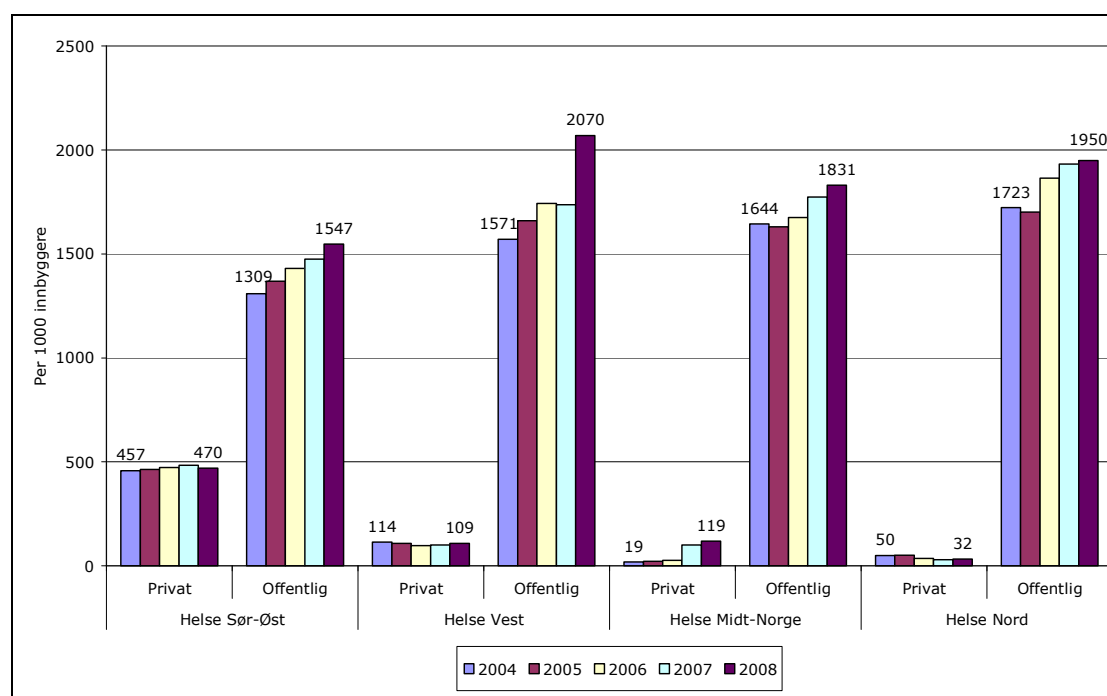
Tabell 2.10 viser utviklingen nasjonalt i antall regninger og rate per 1000 innbyggere. I perioden 2004-2008 har det vært en vekst både for offentlig og privat laboratorievirksomhet. Det har ikke vært vesentlige forskjeller i aktivitetsutvikling, unntatt i 2008, slik at andelen offentlig poliklinisk laboratorievirksomhet har vært relativt stabil på ca 84 prosent. I 2008 økte den til 85 prosent.

Tabell 2.10 Antall regninger absolutt og per 1000 innbyggere. Offentlig og privat laboratorievirksomhet. 2004-2007.  
Kilde: KUHR, Helsedirektoratet.

		2004	2005	2006	2007	2008
Offentlig lab	Volum	6 645 088	6 904 283	7 298 656	7 566 816	8 214 925
	Rate	1 452	1 499	1 573	1 616	1 734
Privat lab	Volum	1 300 851	1 326 323	1 343 769	1 432 635	1 436 877
	Rate	284	288	290	306	303

Andelen laboratorievirksomhet utført ved private institusjoner er relativt høy i Helse Sør-Øst (23-25 prosent) sammenlignet med de tre andre regionene, hvor andelen privat virksomhet i perioden 2004 til 2008 har vært i området 1-5 prosent. Helse Nord hadde i 2008 kun 2 prosent privat poliklinisk laboratorievirksomhet.

Figur 2.11 viser antall regninger per 1000 innbyggere for regionene for hhv offentlig og privat laboratorievirksomhet i perioden 2004 til 2008. Figuren viser at det i all hovedsak har det vært et stabilt nivå på antall regninger per innbygger for privat laboratorievirksomhet, med unntak av Helse Midt-Norge hvor det var en økning siste to år. Samtidig har det vært en mer markert vekst for offentlig laboratorievirksomhet, om enn noe ulik regional utvikling. Helse Vest hadde en sterk offentlig vekst fra 2007 til 2008.<sup>34</sup> Helse Midt-Norge og Helse Nord har en relativt lav vekst frem til 2004-2005, og en noe sterkere vekst påfølgende år. Helse Sør-Øst har en jevn vekst alle årene.



Figur 2.11 Antall regninger per 1000 innbyggere for offentlig laboratorievirksomhet. 2004-2008. Kilde: KUHR, Helsedirektoratet.

## 2.2 Forskningsaktivitet

Det har siden 2003 blitt foretatt en omregning av publiserte artikler og avlagte dr.grader til forskningspoeng.<sup>35</sup> I starten av perioden ble det foretatt endringer i beregningsmetoden, slik at det kun foreligger sammenlignbare data fra 2005 til 2008.

Forskningspoengene benyttes som en indikator på nivå og utvikling i forskningsaktivitet. Det foregår en god del forskningsaktivitet som ikke fanges

<sup>34</sup> Det opplyses fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) at veksten kan skyldes at flere undersøkelser nå gjøres i egenregi ved en institusjon i Helse Vest. Det er imidlertid behov for ytterligere undersøkelser for å dokumentere at dette evt forklarer (mye av) veksten i Helse Vest.

<sup>35</sup> Dette er metodisk beskrevet i "[Måling av forskningsaktiviteten ved helseforetakene. Vitenskapelige artikler og doktorgrader som resultatindikatorer](#)", NIFU skriftserie nr. 1/2003.

opp i denne indikatoren, men det er ikke mulig å angi i hvor stor grad dette ville påvirket tallene som presenteres her.

I tabell 2.11 vises forskningspoengene for hvert RHF i perioden 2005 til 2008. Det fremgår av grunnlagsdata at det er til dels store årlige variasjoner ved enkelte RHF. Dette skyldes både forbedringer i datagrunnlaget<sup>36</sup>, samt tilfeldige variasjoner og da særlig for dr.grader. Siden dr.grader er relativt tungt vektet ved beregning av poengene, vil årlige variasjoner i avleggelse av dr.grader kunne gi utslag i større endringer. Det er av den grunn beregnet gjennomsnitt for tre år for å dempe de årlige variasjonene. Tabellen viser at det for alle RHF har vært en økning i forskningsaktiviteten målt med forskningspoeng. Prosentvis er veksten sterkest for Helse Midt-Norge og for Helse Nord.

Tabell 2.11 Antall forskningspoeng (artikler+dr.grader) per RHF. 3-års gjennomsnitt. 2005-2008. Kilde: NIFU-STEP.

	Gjennomsnitt 2005-2007	Gjennomsnitt 2006-2008	Prosent endring
Helse Sør-Øst	1484	1547	4,2 %
Helse Vest	545	596	9,4 %
Helse Midt-Norge	234	278	19,1 %
Helse Nord	182	210	15,1 %
Regionene samlet	2446	2632	7,6 %

Siden de regionale helseforetakene er ulike i størrelse, vil ikke antall forskningspoeng alene gi et fullgodt bilde av regionale variasjoner i forskningsaktivitet. Det er grunn til å tro at det meste av forskningsaktiviteten i helseforetakene er utført at leger, og en sammenstilling med legedekningen i de regionale helseforetakene kan derfor gi ytterligere informasjon om regionale variasjoner i forskningsaktivitet. Dette er vist i tabell 2.12.

Det har i perioden 2005 til 2008 vært et økt nivå i Helse Vest og Helse Sør-Øst. Helse Midt-Norge og Helse Nord har hatt størst vekst i forskningspoeng per legeårsverk. Som beskrevet tidligere skyldes dette trolig delvis endring regionalt i definisjon av hva som skal inkluderes i datagrunnlaget for forskningspoeng.

Dersom det antas at datakvaliteten er best siste år (2008) viser tabell 2.12 at det relativt sett er høyest forskningsaktivitet i Helse Vest, etterfulgt av Helse Sør-Øst. Helse Nord har noe lavere omfang enn Helse Midt-Norge.<sup>37</sup>

Tabell 2.12 Antall forskningspoeng per legeårsverk ved somatiske institusjoner, psykisk helsevern og rusinstitusjoner. 2005-2008. Kilde: NIFU-STEP, SSB.

	2005	2006	2007	2008
Helse Sør-Øst	0,28	0,25	0,27	0,30
Helse Vest	0,30	0,29	0,30	0,35
Helse Midt-Norge	0,12	0,18	0,21	0,22
Helse Nord	0,14	0,15	0,19	0,20
Regionene samlet	0,25	0,24	0,26	0,29

<sup>36</sup> Det er grunn til å tro at noe av endringen for Helse Midt-Norge delvis skyldes endringer i definering av datagrunnlaget for beregning av forskningspoeng.

<sup>37</sup> NIFU-STEP har rapporten "Ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene i 2007" fremskaffet data for årsverk for denne virksomheten. Dersom man forholder forskningspoengene til disse årsverkene gir det noe andre nivåforskjeller mellom regionene.

### 2.3 Utdanning av helsepersonell

De regionale helseforetakene har som en av sine fire hovedoppgaver å utdanne helsepersonell. Det er på dette området lite data, og det er derfor ikke mulig i dag å gi en dekkende beskrivelse av all utdanningsvirksomhet i de regionale helseforetakene. Selv om det foregår en betydelig utdannings- og opplæringsvirksomhet for sykepleiere og andre helsepersonellgrupper, vil dette kapitlet fokusere på utdanningsvirksomhet for leger.

Det benyttes to datakilder for å gi en beskrivelse og indikasjon på utdanningsvirksomheten for leger. For det første benyttes data for omfanget av turnusleger per RHF, og for det andre benyttes data for leger i spesialisering. Når det gjelder turnusleger, benyttes data både fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) og Den norske legeforening (Dnlf). Data for leger i spesialisering er hentet fra Dnlf.

Turnusleger og leger i spesialisering vil trenge ressurser fra helseforetakene til opplæring, samtidig som de inngår i foretakenes aktivitet og dermed bidrar til gjennomføring av pasientbehandling. I dette avsnittet vil fokus være rettet mot den delen knyttet til opplæring.

#### 2.3.1 Turnusleger

I tabell 2.13 vises utviklingen i antall tildelte turnusleger per RHF i perioden 2005 til 2008, basert på data fra SAFH. Årstallene er beregnet som gjennomsnittet av tildelingene per 15. februar og 15. august. Det har i denne perioden vært en økning i antall tildelte turnusleger for alle regioner, og relativt sett mest for Helse Vest. I tabell 2.14 vises tall for antall personer i stilling som turnuslege, basert på data fra Dnlf (dvs inkluderer kun medlemmer av Dnlf). Nasjonalt viser også dette datagrunnlaget en vekst i perioden på noe over 10 prosent. Imidlertid viser tabell 2.13 og 2.14 noe ulik utvikling for Helse Sør-Øst og Helse Nord. Tallene fra Dnlf viser en sterkere vekst for Helse Sør-Øst og motsatt for Helse Nord.

Tabell 2.13 Antall tildelte turnusleger per RHF. 2005-2008. Kilde: SAFH.

	2005	2006	2007	2008	Pst endring 2005-2008
Helse Sør-Øst	175	167	185	183	4,6 %
Helse Vest	65	69	74	78	20,9 %
Helse Midt-Norge	61	68	72	73	19,7 %
Helse Nord	66	70	73	75	13,7 %
Samlet	366	373	404	409	11,6 %

Tabell 2.14 Antall personer i stilling som turnusleger. Kilde: Dnlf.

	2005	2006	2007	2008	Pst endring 2005-2008
Helse Sør-Øst	278	267	295	311	11,9 %
Helse Vest	106	114	126	127	19,8 %
Helse Midt-Norge	112	131	129	139	24,1 %
Helse Nord	128	125	130	130	1,6 %
Samlet	639	653	696	726	13,6 %

Basert på disse datasettene er det derfor en indikasjon på at foretakene bruker noe mer ressurser på opplæring av turnusleger. Det vil være interessant å vurdere dette opp mot legedekningen ved helseforetakene og sammensetningen av legegruppen i forhold til turnusleger, leger i spesialisering og overleger.

Målt opp mot antall innbyggere i regionene har det siden 2005 vært et stabilt eller økende antall legeårsverk ved institusjonene.

Andelen turnusleger av legegruppen samlet varierer noe mellom regionene. Basert på data fra Spekter kan det vises at andelen turnusleger er økende jo lenger vest og nord man kommer. I Helse Sør-Øst var andelen i 2008 7 prosent, mens den var 8 prosent i Helse Vest, 11 prosent i Helse Midt-Norge og 13 prosent i Helse Nord.

### 2.3.2 Leger i spesialisering (LiS)

I tabell 2.15 vises tall for antall i stilling som lege i spesialisering ved sykehus. Dette er data fra Dnlf og inkluderer derfor kun medlemmer i Dnlf.<sup>38</sup> Det har i perioden vært en økning for leger i spesialisering for alle regioner. Fra 2004 til 2008 var veksten på ca 20 prosent. Dette gir derfor et bilde av økende oppgaver for helseforetakene i forbindelse med opplæring av leger til spesialister.

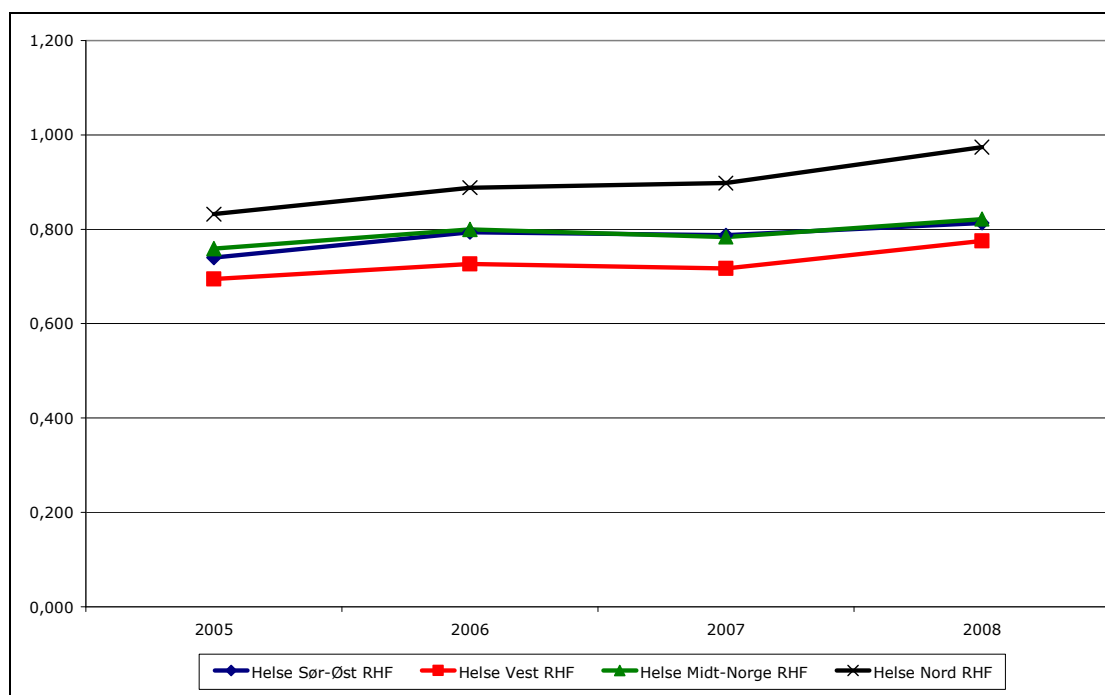
Basert på data fra Spekter var andelen LiS i 2008 størst i Helse Sør-Øst med 36 prosent. I de tre andre regionene var andelen 32 prosent.

Tabell 2.15 Antall leger i stilling som lege i spesialisering i sykehus. 2004-2008. Kilde: Dnlf.

	2004	2005	2006	2007	2008	Pst endring 2004-2008
Helse Sør-Øst	1804	1887	2041	2045	2143	18,8 %
Helse Vest	618	659	695	694	761	23,1 %
Helse Midt-Norge	460	490	519	512	542	17,8 %
Helse Nord	373	385	411	415	450	20,6 %
Andre tariffområder	293	266	336	295	273	-6,8 %
Samlet	3548	3687	4002	3961	4169	17,5 %

Siden helseregionene er ulik i størrelse, vises det i figur 2.12 antall leger i spesialisering per 1000 innbyggere. Helse Nord har høyest rate i alle årene, og tilsvarende har Helse Vest lavest andel i disse årene. Dette gir indikasjoner på noe større relativt omfang av opplæringsoppgaver i Helse Nord, men samtidig har Helse Nord flere legeårsverk per innbygger enn de andre regionene.

<sup>38</sup> Siden de fleste legene er medlemmer av Dnlf er det grunn til å tro at dataene gir et rimelig komplett bilde av omfanget av LiS.



Figur 2.12 Antall leger i spesialisering per 1000 innbyggere. 2005-2008.  
Kilde: Dnlf.

### 3. Produktivitet

SINTEF Helsetjenesteforskning beregner årlig indikatorer for produktivitet for somatisk virksomhet og psykisk helsevern gjennom sine SAMDATA-rapporter. I dette kapitlet presenteres oppsummerte data fra dette arbeidet.

Følgende hovedresultat presenteres i dette kapitlet:

- For somatiske virksomhet var det en økning i den beregnede kostnadseffektiviteten på 2,3 prosent fra 2007 til 2008. Dette er den største økningen siden 2003-2004.
- Det var en økning i den beregnede kostnadseffektiviteten ved alle regionale helseforetak, men det var kun i Helse Sør-Øst at et flertall av HF-ene hadde høyere beregnet kostnadseffektivitet i 2008 enn i 2007.
- Det var en økning i produktivetsnivået fra 2007 til 2008 innen psykisk helsevern for voksne, både for poliklinisk virksomhet og for inneliggende aktivitet. Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde vekst for begge omsorgsnivå, mens de to andre regionene hadde reduksjon for poliklinisk virksomhet.
- Innen psykisk helsevern for barn og unge var det en økning i antall tiltak per fagårsverk både nasjonalt og for hver region fra 2007 til 2008.

#### 3.1 Produktivitet i somatisk sektor

SINTEF Helsetjenesteforskning utarbeider flere indikatorer for produktivitet i somatisk sektor. Fra utvalgets side er det ønskelig å inkludere indikatorer som dekker en bredest mulig del av aktiviteten ved helseforetakene. Per i dag er det indikatorer basert på DEA-metoden<sup>39</sup> som gjør dette.

Produktivitet er av SINTEF definert som forholdet mellom ressursinnsats og produksjon. For ressursinnsats benyttes driftskostnader, mens produksjonen er målt med DRG-poeng (dag-/døgnbehandling korrigert for gjennomsnittlig behandlingkostnader) og antall polikliniske konsultasjoner. Videre defineres avstanden mellom faktisk produktivitet og maksimal produktivitet som kostnadseffektivitet. Maksimal produktivitet bestemmes av enhetene med høyest produktivitet.<sup>40</sup>

I figur 3.1 presenteres utviklingen i kostnadseffektivitet for helseforetakene samlet.<sup>41</sup> Det var en økning i kostnadseffektiviteten fra 2007 til 2008 på 2,3 prosent. Veksten var noe lavere (1,8 prosent) når alle helseforetak teller likt, hvilket tilsier at det var en tendens til at de større helseforetakene hadde en bedre utvikling siste år enn de mindre helseforetakene.

Sammenlignet med tidligere år var det en relativt sterk effektivitetsvekst siste år, og man må tilbake til 2003-2004 for å finne en tilsvarende forbedring.

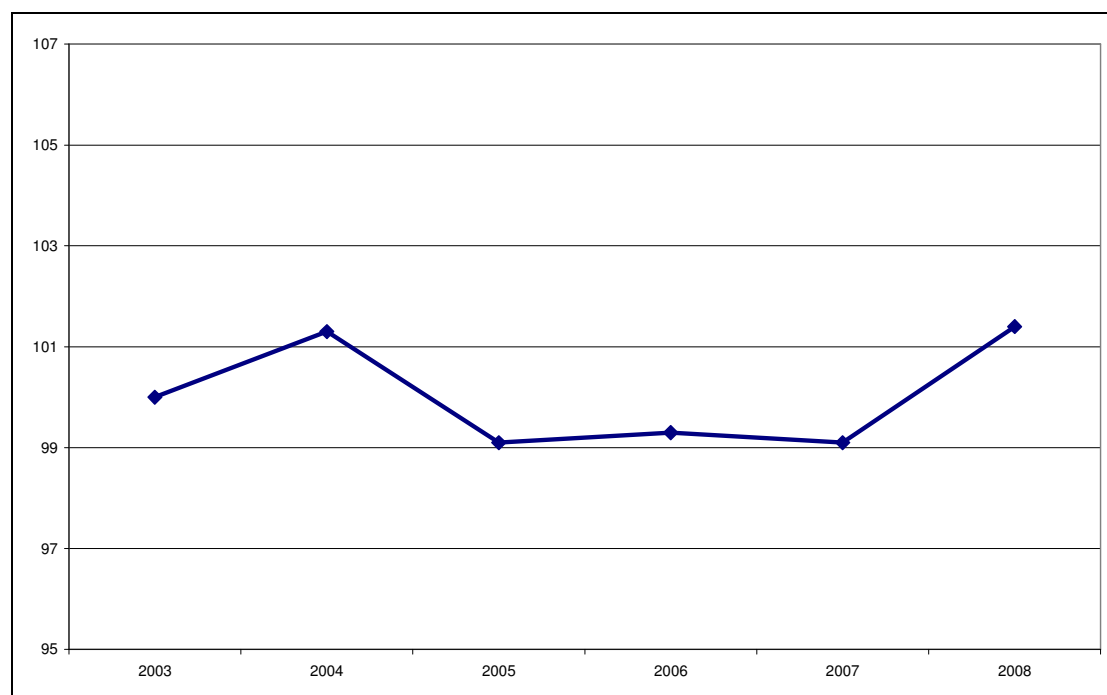
I perioden 2003 til 2008 økte den beregnede kostnadseffektiviteten med 1,4 prosent. SINTEF Helsetjenesteforskning kommenterer at vekst i DRG-poeng som følge av endret kodepraksis, som beregnet i forbindelse med ISF-

<sup>39</sup> Data Envelopment Analysis (DEA), på norsk dataomhyllingsanalyse, er en ikke-parametrisk metode for bestemmelse av en frontproduksjon. Denne fronten definerer den maksimale produksjonen som kan produseres gitt bruken av innsatsfaktorer. De effektive enhetene ligger på denne fronten, som andre enheter måles mot.

<sup>40</sup> Teoretisk maksimal produktivitet er ikke mulig å beregne, og man må derfor benytte de mest produktive som referansemål.

<sup>41</sup> Resultater presentert i dette avsnittet er hentet fra et kapittel som vil inngå i SAMDATA sektorrapport for somatisk virksomhet som ferdigstilles i september. Kapitlet er allerede tilgjengelig på nettsiden til SAMDATA på [www.sintef.no](http://www.sintef.no).

avregningen, kan tilsa at analysene overvurderer forbedringen i kostnads-effektivitet. Det er imidlertid ikke mulig å angi betydningen av dette nærmere.



Figur 3.1 Utvikling i beregnet kostnadseffektivitet i perioden 2003-2008 relativ til 2003. 2003=100. Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning.

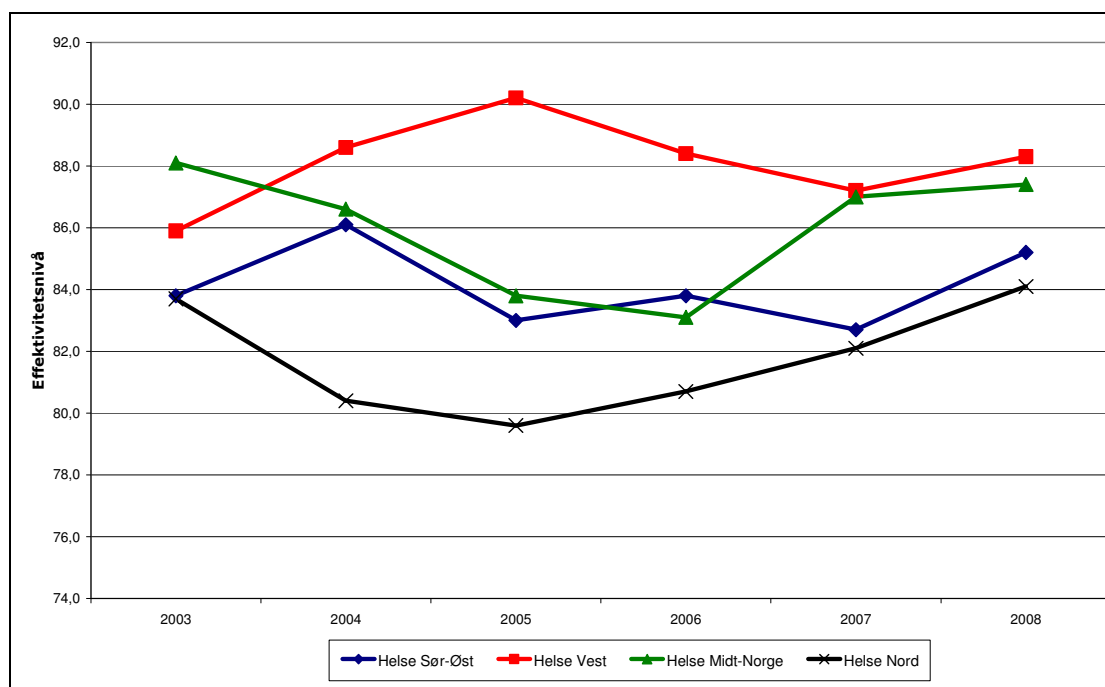
I figur 3.2 vises utviklingen i den beregnede kostnadseffektivitet for de fire regionale helseforetakene. Resultatene er vektet med størrelsen på helseforetakene. Figuren viser at det fra 2007 til 2008 var en økning i beregnet kostnadseffektivitet for alle regionale helseforetak. Den prosentvise økningen var sterkest i Helse Sør-Øst og Helse Nord med hhv 3,0 og 2,4 prosent. Endringen for Helse Midt-Norge var på 0,5 prosent, men for dette RHF-et viser figuren en høy effektivitetsvekst fra 2006 til 2007.

Analyser gjennomført av SINTEF Helsetjenesteforskning viser at det var variasjoner i utvikling for HF-ene innad i regionene. Det var kun i Helse Sør-Øst at et klart flertall av HF-ene hadde en signifikant vekst i beregnet kostnadseffektivitet fra 2007 til 2008. For nærmere analyser vises det til sektorrapporten for somatisk spesialisthelsetjeneste for 2008 av SINTEF Helsetjenesteforskning som ferdigstilles i september.<sup>42</sup>

I perioden 2003 til 2008 sett under ett har 3 av 4 regionale helseforetak en økning i den beregnede kostnadseffektiviteten. Unntaket er Helse Midt-Norge, som i 2008 lå noe under 2003-nivået. Det fremgår også av figur 3.2 at Helse Nord i 2008 kun lå svakt over nivået i 2003.

<sup>42</sup> Aktuelt kapittel i denne rapporten er allerede tilgjengelig på nettsiden til SAMDATA på [www.sintef.no](http://www.sintef.no).





Figur 3.2 Utvikling i beregnet kostnadseffektivitet for de regionale helseforetakene i perioden 2003-2008.  
Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning.

### 3.2 Produktivitet i psykisk helsevern

For psykisk helsevern finnes det ikke aktivitetsmål som korrigerer for ressursbehov slik som DRG-poengene gjør for somatisk sykehusvirksomhet. Man må derfor benytte andre mål på ressursutnyttelse. Dette er indikatorer for arbeidsproduktivitet, som polikliniske konsultasjoner per fagårsverk og utskrivinger per årsverk.<sup>43</sup>

#### Psykisk helsevern for voksne

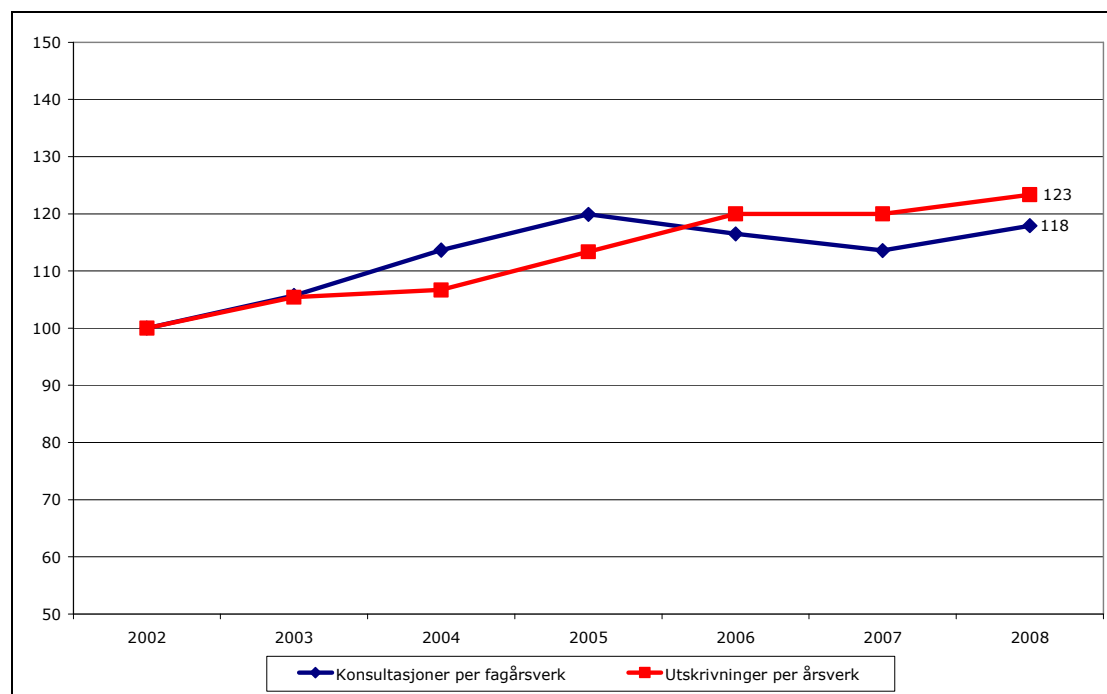
I tabell 3.1 vises utviklingen i to produktivitetsindikatorer for psykisk helsevern for voksne. Begge indikatorene viser en økt produktivitet fra 2007 til 2008. For poliklinisk virksomhet var det en økning i antall konsultasjoner per fagårsverk siste år, men pga reduksjon i 2006 og 2007, var nivået i 2008 fortsatt lavere enn i 2005. Når det gjelder døgnvirksomheten viser tall for antall utskrivinger per årsverk en økning fra 2007 til 2008. Denne indikatoren viser en utvikling med gradvis høyere produktivitet i perioden 2004 til 2008.

Tabell 3.1 Polikliniske konsultasjoner per fagårsverk og utskrivinger per årsverk for psykisk helsevern for voksne. 2004-2008.  
Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning.

	2004	2005	2006	2007	2008
Konsultasjoner per fagårsverk	400	422	410	400	415
Utskrivinger per årsverk	3,2	3,4	3,6	3,6	3,7

<sup>43</sup> Fagårsverk omfatter årsverk utført av universitetsutdannet eller høyskoleutdannet personell, mens årsverk (ift indikatoren utskrivinger per årsverk) i tillegg omfatter årsverk også for andre personellgrupper.

I figur 3.3 vises utviklingen fra 2002 til 2008 relatert til nivået i 2002. I første del av perioden var det en produktivitetsvekst for både poliklinisk og inneliggende virksomhet. I perioden etter 2005/2006 har utviklingen vært mer preget av stabilt eller fallende nivå, med unntak av siste år (2008) hvor det igjen er vekst i produktivitetsindikatorene.



Figur 3.3 Polikliniske konsultasjoner per fagårsverk og utskrivinger per årsverk for psykisk helsevern for voksne. 2002=100. Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning.

Tabell 3.2 viser utviklingen siste år for de fire regionale helseforetakene. Det er ulik utvikling i helseforetakene. Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde en produktivitetsvekst for både poliklinisk og inneliggende virksomhet. Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde produktivitetsnedgang for poliklinisk virksomhet. Helse Nord hadde imidlertid høyest produktivitetsvekst for døgnbehandling ved at utskrivinger per årsverk økte med 9 prosent.

Tabell 3.2 Polikliniske konsultasjoner per fagårsverk og utskrivinger per årsverk for psykisk helsevern for voksne. 2007-2008. Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning.

	Konsultasjoner per fagårsverk			Utskrivninger per årsverk		
	2007	2008	Pst endring	2007	2008	Pst endring
Helse Sør-Øst	422	449	6,3 %	3,3	3,4	1,6 %
Helse Vest	370	413	11,7 %	3,7	3,9	7,2 %
Helse Midt-Norge	451	416	-7,8 %	4,1	4,2	0,9 %
Helse Nord	301	284	-5,6 %	4,0	4,4	9,0 %
Regioner samlet	400	415	3,8 %	3,6	3,7	3,4 %

*Psykisk helsevern for barn og unge*

Et sentralt mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse har vært å øke tilgjengeligheten til behandling for barn og unge. Dette skulle i første rekke skje gjennom å øke antall behandlere i poliklinisk virksomhet og dernest å øke produktiviteten.

Det er også for psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) utarbeidet partielle (f.eks tiltak per fagårsverk) og mer sammensatte produktivetsindikatorer (basert på DEA, se omtale i avsnitt 3.1).

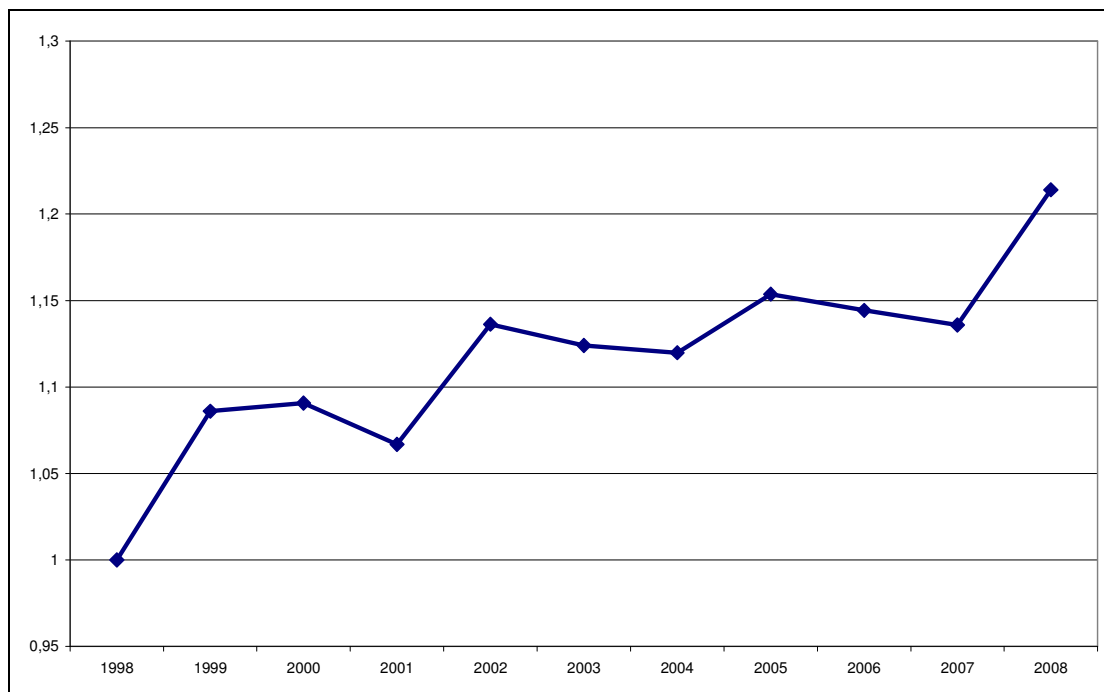
SINTEF Helsetjenesteforskning har gjennom sine SAMDATA-publikasjoner utarbeidet begge typer indikatorer for perioden fram til 2008.<sup>44</sup> De kan vise til beregninger hvor det fra 2007 til 2008 var en økning både i antall pasienter per fagårsverk (+2,2 prosent) og i antall tiltak per fagårsverk (+8,2 prosent). I tabell 3.3 vises tiltak per fagårsverk siste årene regionalt og nasjonalt. Dette indikerer at det siste år (2008) var en markert produktivetsøkning innen PHBU.

Tabell 3.3 Tiltak per fagårsverk innen psykisk helsevern for barn og unge. 2006-2008. Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning

	2007	2008	Prosent endring 2007-2008
Helse Sør-Øst	507	555	9,5 %
Helse Vest	386	394	2,0 %
Helse Midt-Norge	360	368	2,1 %
Helse Nord	413	475	15,0 %
Regionene samlet	448	484	8,2 %

Denne utviklingen vises også når det gjøres bruk av mer sammensatte produktivetsindikatorer. Den modellen som benyttes har to innsatsfaktorer (fagårsverk leger/psykologer og fagårsverk annet høyskoleutdannet personell) og åtte aktivitetsgrupper (inndelt etter kjønn, to aldersgrupper og to pasientgrupper etter henvisningsgrunn). Figur 3.4 viser at det fra 2007 til 2008 var en markert økning i produktivitet innen PHBU, etter en lengre periode (2002-2007) med tilnærmet uendret produktivetsnivå. Man må tilbake til 2001-2002 for å finne tilsvarende forbedring.

<sup>44</sup> Resultater presentert i dette avsnittet er hentet fra kommende kapittel i SAMDATA sektorrappport for psykisk helsevern som ferdigstilles i september. Aktuelt kapittel i denne rapporten er allerede tilgjengelig på nettsiden til SAMDATA på [www.sintef.no](http://www.sintef.no).



Figur 3.4 Utvikling i teknisk effektivitet 1998-2008 relativ til 1998. 1998=1. Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (N=32). Basert på DEA-metoden. Kilde: SINTEF Helsetjenesteforskning.

På regionalt nivå viser beregninger av SINTEF at Helse Sør-Øst i 2008 hadde et høyere produktivetsnivå enn Helse Vest og Helse Midt-Norge. Helse Nord lå også høyere enn de to regionene, men det var kun mot Helse Midt-Norge forskjellen var robust.

I gjennomsnitt for poliklinikkene i regionene var det en forbedring i produktiviteten fra 2007 til 2008 i Helse Midt-Norge og Helse Nord. For de to andre regionene var det ingen endring.

## 4. Helseforetakenes økonomiske situasjon

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

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

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

For å kunne betale sine løpende forpliktelser som 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:

- Eiers styringskrav for 2008 var at regnskapsmessig underskudd ikke måtte være høyere enn 600 millioner kroner. Årsresultatet ble et underskudd på 1 300 millioner kroner. De regionale helseforetakene hadde dermed i 2008 et samlet underskudd, målt mot eiers styringskrav, på 700 millioner kroner.
- Helse-Midt Norge gikk i 2008 med et lite overskudd målt mot eiers styringskrav. Det er bedret resultat for Helse Sør-Øst og Helse Nord, mens Helse Vest hadde et noe svakere resultat sammenlignet med året før.
- Samlet egenkapital er nå 37,1 mrd kroner. I perioden 2003-2008 har egenkapitalen blitt redusert med 22,5 mrd kroner (38 prosent).
- I 2008 ble det investert for nær 8,5 milliarder kroner. Korrigert for slitasje på anleggsmidlene (avskrivninger) var netto investeringer 3,2 milliarder. Det var særlig Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge som bidro til høye netto investeringer gjennom 3 store investeringsprosjekter.
- Det var fortsatt økning i langsiktig og kortsiktig gjeld. Veksttakten ble redusert siste år sammenlignet med foregående år.
- Benyttet driftskreditt varierer en del i løpet året og var ved årsslutt noe lavere i 2008 enn i 2007. Per 31.12 var det fra 2007 til 2008 redusert bruk av driftskreditt i Helse Sør-Øst og Helse Nord.
- Indikatorer for likviditet tilsier at situasjonen i 2008 ikke er vesentlig bedre enn foregående år. De regionale helseforetakene beskriver i styredokumenter at likviditetssituasjonen på kort og lengre sikt vil være krevende.

### 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 også dekke midler til investeringer, men dette er ikke øremerkede midler. RHF-ene kan derfor velge å bruke disse midlene på andre formål enn investeringer. Krav til innhold i tjenestetilbudet samt aktivitetsnivå fastsettes i det årlige oppdragsdokumentet. I foretaksmøtene settes krav knyttet til økonomi og organisasjon.

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

#### 4.2 Regnskapsmessig resultat og egenkapital

I 2008 var kravet til de regionale helseforetakene at det ordinære regnskapsmessige resultatet for foretaksgruppen var i balanse. Det ble åpnet for unntak dersom pensjonskostnadene økte som følge av endrede økonomiske parametre utover det som var inkludert i basisrammen til RHF-ene. I Revidert nasjonalbudsjett (RNB) ble det vedtatt å øke inntektene for å dekke RHF-enes pensjonspremier. Pensjonskostnadene, som ikke er en betalbar størrelse, var imidlertid beregnet til å være 600 millioner kroner høyere enn premien, og dette ble unntatt resultatkravet i 2008.

Det har før 2008 både vært korrigert for deler av avskrivningskostnadene, som følge av at RHF-ene ikke har vært satt i stand til fullt ut å gjenanskaffe og opprettholde sykehusbygg og utstyr som ble overtatt i 2002, og deler av de økte pensjonskostnadene.

I tabell 4.1 presenteres utviklingen i eiers styringskrav, regnskapsmessig årsresultat og årsresultat målt i forhold til eiers styringskrav. I tillegg presenteres tall for årsresultat relatert til samlede inntekter.

Det framgår av tabellen at det i 2008 samlet sett er et bedret økonomisk resultat i RHF-ene. Når det tas hensyn til økningen i pensjonskostnader som ble unntatt fra resultatkravet, er årsresultatet i 2008 750 millioner bedre enn i 2007. Det samme bildet vises når det relateres til inntektsnivået, ved at årsresultat korrigert for eiers styringskrav målt mot samlede inntekter er -0,8 prosent i 2008 mot -1,7 prosent i 2007.

Forbedringen i årsresultat hadde ikke vært like stor dersom det ikke var gitt en tilleggsbevilgning til de regionale helseforetakene i forbindelse med behandlingen av St.prp.nr 13 (2008-2009). I desember 2008 ble foretakene bevilget 500 mill kroner for å lette omstillingsutfordringer og for å styrke likviditeten.<sup>45</sup> Dersom man korrigerer for denne tilleggsbevilgningen ville avviket i forhold til eiers styringskrav vært på 1 200 millioner kroner, eller 1,3 prosent av samlede inntekter.

Tabell 4.1 Eiers styringskrav, årsresultat og årsresultat målt mot eiers styringskrav (inkl i prosent av inntekt). 2004-2008, samt samlet for perioden 2002-2008. Kilde: Årsregnskap RHF.

	2004	2005	2006	2007	2008	Sum 2002-2008
Eiers styringskrav	-1 819	-1 647	-2 493	-4 660	-600	-15 215
Årsresultat	-3 748	-3 020	-4 364	-6 110	-1 300	-25 337
Avvik ift eiers styringskrav	-1 929	-1 373	-1 871	-1 450	-700	-10 122
Avvik i pst av inntekt <sup>46</sup>	-2,9 %	-1,9 %	-2,4 %	-1,7 %	-0,8 %	

<sup>45</sup> Fordelingen mellom RHF-ene var: Helse Sør-Øst 277,1 mill kr, Helse Vest 93,6 mill kr, Helse Midt-Norge 69,2 mill kr og Helse Nord 60,1 mill kr.

<sup>46</sup> Inntekt er her definert som driftskostnader – underskudd (+ overskudd).

I tabell 4.2-4.3 vises tall for årsresultat korrigert og ikke korrigert for eiers styringskrav for de fire regionale helseforetakene.

For 3 av 4 regionale helseforetak var det i 2008 et bedre årsresultat korrigert for eiers styringskrav enn i 2007. Dette framgår av tabell 4.2. Med unntak av Helse Vest kan de regionale helseforetakene vise til et bedre årsresultat i 2008 enn i 2007. For Helse Sør-Øst viser resultatet for 2008 en markert bedring fra 2007, mens Helse Nord har en mindre endring i retning økonomisk balanse. Helse Midt-Norge har som eneste RHF et positivt resultat når det korrigeres for eiers styringskrav.

Tabell 4.2 Årsresultat korrigert for eiers styringskrav. Millioner kroner 2004-2008, samt endring fra 2007-2008. Kilde: Årsregnskap RHF.

	2004	2005	2006	2007	2008	Endring 2007-2008
Helse Sør-Øst	-720	-454	-322	-1 087	-425	661
Helse Vest	-531	-182	-405	-90	-141	-51
Helse Midt-Norge	-498	-572	-711	-10	86	97
Helse Nord	-174	-165	-433	-263	-221	42
RHF-ene samlet	-1 923	-1 373	-1 871	-1 450	-700	750

Årsresultatet har en direkte betydning for endring i egenkapitalen. Det er imidlertid årsresultatet slik det fremkommer i årsregnskapet som påvirker utviklingen i RHF-enes egenkapital, ikke årsresultatet korrigert for eiers styringskrav. I tabell 4.3 vises derfor siste års utvikling i regnskapsmessig årsresultat, mens det i tabell 4.4 vises utviklingen i egenkapital siste årene.

Tabell 4.3 Årsresultat ikke korrigert for eiers styringskrav. Millioner kroner 2004 til 2008, samt akkumulert 2004-2008. Kilde: Årsregnskap RHF.

	2004	2005	2006	2007	2008	Akkum 2004-2008
Helse Sør-Øst	-1 832	-1 498	-1 810	-3 862	-756	-11 768
Helse Vest	-867	-518	-915	-965	-253	-4 391
Helse Midt-Norge	-649	-662	-921	-560	-3	-3 349
Helse Nord	-383	-342	-718	-723	-289	-3 002
RHF-ene samlet	-3 731	-3 020	-4 364	-6 110	-1 300	-22 510

Det fremgår av tabell 4.3 og 4.4 at det som ventet er tilnærmet<sup>47</sup> samsvar mellom akkumulert årsresultat og endring i egenkapital i perioden 2004-2008.<sup>48</sup> Tallene viser at det for foretaksgruppen i alle RHF-ene perioden sett under ett har vært en nedgang i egenkapitalen, en nedgang på 22,5 mrd kroner eller 38 prosent. Nedgangen har prosentvis vært sterkest i Helse Midt-Norge med drøyt 50 prosent, mens det for de andre RHF-ene har vært en nedgang på 35-40 prosent fra 2003 til 2008.

<sup>47</sup> Siden det gjøres stedvis noen mindre posteringer direkte på egenkapitalen, vil ikke det være helt samsvar mellom akkumulert årsresultat og endring i egenkapital.

<sup>48</sup> Her benyttes perioden 2003-2008, da data for egenkapital måles per 31.12, mens årsresultat er en akkumulert størrelse for et driftsår.

Tabell 4.4 Egenkapital per 31.12. Millioner kroner. 2004-2008, samt akkumulert 2003-2008. Kilde: Årsregnskap RHF.

	2004	2005	2006	2007	2008	Endring 2003-2008
Helse Sør-Øst	30 172	28 609	26 804	22 915	21 934	-11 891
Helse Vest	9 297	8 845	8 071	7 098	6 796	-4 289
Helse Midt	5 403	4 712	3 697	3 141	3 138	-3 406
Helse Nord	7 349	6 989	6 264	5 541	5 252	-2 960
RHF-ene samlet	52 221	49 155	44 836	38 696	37 121	-22 546

### 4.3 Investeringer

De regionale helseforetakene har i tråd med foretaksmodellen et helhetlig ansvar for investeringer og drift i egen region. Dette innebærer at de har beslutningskompetanse til å planlegge og igangsette investeringsprosjekter, og dette skal gjøres innenfor regionens samlede ressursrammer. 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.

Følgende elementer er sentrale for systemet som er etablert for oppfølging og styring av investeringsområdet.

- Ansvarlige styringsorganer i foretakene er både gitt anledning til å treffe investeringsbeslutninger, forutsatt at prosjektene kan håndteres innenfor egen økonomi, og gitt ansvar for å følge opp disse innenfor gjeldende rammebetingelser.
- For prosjekter over 1 mrd. kroner skal resultater og de regionale helseforetakenes vurderinger etter en viss tid i planleggingsfasen (i konseptfasen) legges frem for departementet.
- De enkelte regionale helseforetak har ansvar for å sikre en forsvarlig styring og kvalifisert håndtering av sine respektive investeringsprosjekter, hvor det er satt særskilte krav til prosjekter som overstiger 500 mill. kroner.
- Investeringer skal som hovedregel finansieres innenfor de rammer som ligger i de årlige basisbevilgninger. Staten kan gi lån til større investeringsprosjekter.

Investeringer får konsekvenser for helseforetakenes økonomi både når det gjelder behovet for finansiering (likviditet) og effekt på det regnskapsmessige resultatet. Dette utdypes nærmere nedenfor.



#### 4.3.1 Finansiering av investeringer

Foretakenes årlige investeringer vil variere i takt med hvilke utbygginger som pågår og hvilket utstyr som anskaffes. Alle investeringer stiller krav til at foretaket har tilgang på likviditet (altså penger).

Pengene kan hentes fra ulike kilder:

- *Overskuddslikviditet fra årets drift.*  
Foretaket kan velge å holde tilbake en del av sine inntekter som så benyttes til å finansiere investeringer. Hovedkilden til finansieringen ligger i basisrammen, gjennom at denne (på nasjonalt nivå) er ment å dekke årlige avskrivningskostnader. Da avskrivninger er "ikke betalbare kostnader" kan denne likviditeten benyttes til nye investeringer. Foretakene kan velge å benytte mer av sine inntekter til investeringer enn det avskrivningsnivået tilsier. Konsekvensen av dette er at mindre midler kan brukes til å finansiere den løpende driften (lønn, forbruksvarer, osv). Dette vil kreve at foretaket går med regnskapsmessig overskudd.
- *Oppsparte midler fra tidligere år.*  
Som en følge av store underskudd og høyt investeringsnivå de siste årene, har mange av foretakene beskjedne midler stående på bok.
- *Investeringslån fra HOD.*  
Helseforetakene kan kun ta opp investeringslån i Helse- og omsorgsdepartementet. I årene etter 2002 har følgende lånerammer blitt fordelt til helseforetakene:

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Investeringslån fra HOD	7 565	2 310	4 276	1 297

- *Investeringsstilskudd fra HOD.*  
Det er tidligere vedtatt investeringsstilskudd som bidrag for gjennomføring av følgende investeringsprosjekter:
  - Nye Ahus 2 600 mill. kr
  - Forskningsbygg ved Radiumhospitalet 640 mill. kr
  - Fase 1 St. Olavs hospital 3 211 mill. kr
  - Fase 2 St. Olavs hospital 1 240 mill. kr

Midlene (prisjustert) utbetales i løpet av byggeperioden.

I tillegg har det blitt utbetalt midler med bakgrunn i kreftplanen til gjennomføring av stråleterapienheter.

Det er ikke lagt opp til at det skal gis nye investeringsstilskudd til gjennomføring av særskilte investeringsprosjekter

I 2008 ble det utbetalt investeringsstilskudd på til sammen 1 059,9 millioner kroner til de tre store utbyggingsprosjektene (Nye Ahus, nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet og St. Olavs hospital).

Fordeling av investeringstilskudd mellom RHFene er som følger:

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Investeringstilskudd til de 3 utbyggingsprosjektene	3 240	0	4 451	0
Kreftplanen	259	42	108	0
Samlet investeringsstilskudd	3 499	42	4 559	0

#### 4.3.2 Resultateffekt av investeringer

Investeringer kan påvirke helseforetakenes regnskapsmessige resultat gjennom ulike komponenter:

- Avskrivninger. Når driftsmiddelet (bygg eller utstyr) tas i bruk, belastes regnskapet en andel av anskaffelseskostnaden. Dette reduserer resultatet.<sup>49</sup>
- Renter. Hvis investeringen er lånefinansiert, blir regnskapet belastet rentekostnader.
- Effekt på ordinær drift. Investeringer vil påvirke den generelle driften, noe som kan slå ut både positivt og negativt i kostnadsbildet. Denne effekten kan være svært vanskelig å forutse.
- FDVU (Forvaltning Drift og Vedlikeholds Utgifter). Investeringer vil også medføre at f eks vedlikeholdskostnader endres. Når nytt utstyr eller nye bygg erstatter gammelt, vil det ofte bli reduserte vedlikeholdskostnader de første årene etter investeringen.

Mens likviditetseffekten (se avsnittet over) stort sett kommer i investeringsåret, vil investeringer påvirke foretakenes resultat over hele den økonomiske levetiden.

#### 4.3.3 Investeringer i perioden 2004 til 2008

Det er fortsatt slik at investeringsnivået i de regionale helseforetakene i stor grad er påvirket av store investeringsprosjekt i Helse Sør-Øst (Nye Ahus og Forskningsbygg ved Radiumhospitalet) og Helse Midt-Norge (St. Olavs hospital). Dette medfører at en del av investeringstallene i årsregnskapene vil være klassifisert som "anlegg under utførelse", hvor det ikke skiller mellom investeringer i bygg, medisinsk teknisk utstyr (MTU) og IKT. Det hadde vært av interesse å undersøke hvor mye av "anlegg under utførelse" som kan knyttes til hver av disse kategoriene. Tilgjengelige data har ikke muliggjort en slik dekomponering for alle RHF-ene.

Det ble fra 2005 til 2006 benyttet en annen kilde for beregning av investeringer, og dette medfører at noe av endringen mellom disse årene skyldes endring i datakilde.

I tabell 4.5 presenteres tall for (brutto) investeringer og netto investeringer for RHF-ene samlet for perioden 2004-2008, samt betydningen av mottatte investeringstilskudd for netto investeringer. Ved netto investeringer er det tatt

<sup>49</sup> For investeringer som er delfinansiert av investeringstilskudd, vil en tilsvarende andel av investeringstilskuddet redusere den årlige avskrivningskostnaden.

hensyn til årlig slitasje på anleggsmidlene (realkapitalen), en slitasje som fremkommer gjennom avskrivningskostnadene i RHF-enes regnskap.

Det var en økning i investeringene fra 2004-2006, mens det i perioden etter har vært en lavere veksttakt. Det samme gjenspeiler seg også for netto investeringene.

Det er videre tegn til at den positive netto investeringen de siste årene begynner å vise seg ved økte avskrivningskostnader, selv om det foreløpig kun er en økning på nær 200 millioner kroner fra 2004 til 2008.

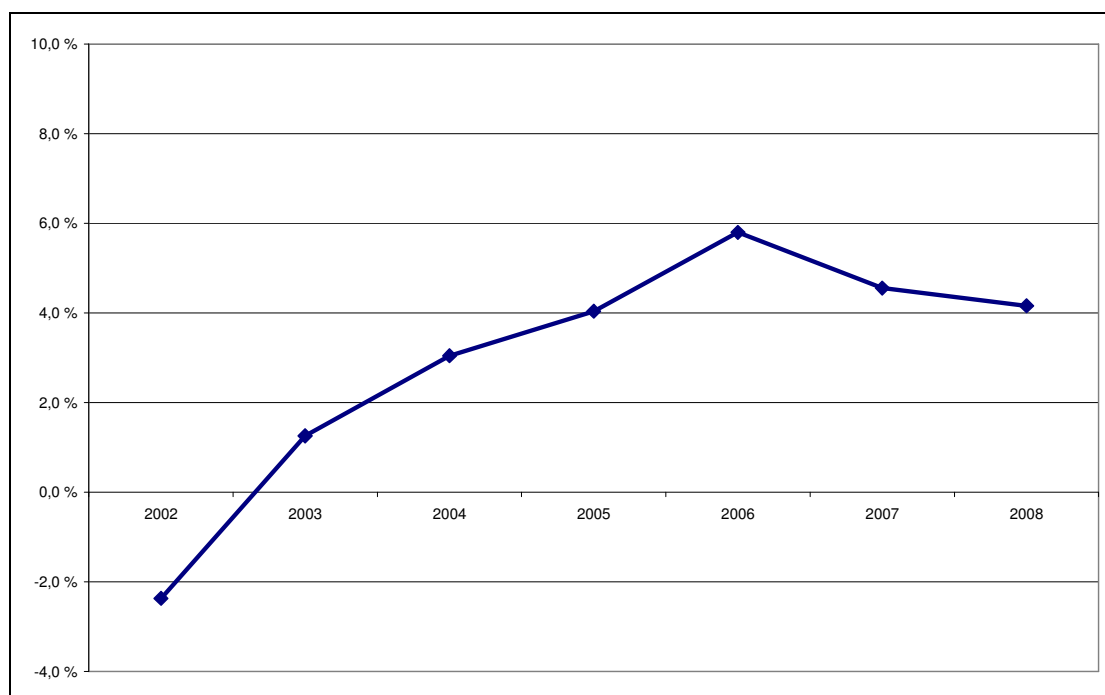
Tabell 4.5 Investeringer, avskrivninger og netto investeringer. Millioner kroner. 2004-2008. Kilde: Årsregnskap RHF

	2004	2005	2006	2007	2008	Akkumulert 2002-2008
Bygninger	5 554	5 933	7 066	6 732	6 724	37 303
MTU	898	796	1 139	929	825	6 366
Andre anleggsmidler	712	1 123	1 110	1 025	909	6 734
<b>= Investeringer</b>	<b>7 164</b>	<b>7 852</b>	<b>9 315</b>	<b>8 687</b>	<b>8 459</b>	<b>50 403</b>
- Avskrivninger	5 081	5 028	5 177	5 310	5 258	35 523
<b>= Netto investeringer</b>	<b>2 083</b>	<b>2 825</b>	<b>4 139</b>	<b>3 377</b>	<b>3 201</b>	<b>14 880</b>
- Mottatt investeringstilskudd <sup>50</sup>	909	3 746	1 108	1 682	1 334	9 683
<b>= Netto investeringer hensyntatt mottatt investeringstilskudd</b>	<b>1 174</b>	<b>-921</b>	<b>3 031</b>	<b>1 695</b>	<b>1 867</b>	<b>5 197</b>

Tabell 4.5 viser videre at netto investeringer hvor det er tatt hensyn til mottatte investeringstilskudd gir en økning i perioden 2002 til 2008 på om lag 5,2 milliarder kroner. Konsekvensen av dette er at RHF-ene binder opp mer driftsmidler til håndtering av kapitalkostnader.

Figur 4.1 viser netto investeringer som andel av samlede immaterielle og varige eiendeler. Figuren viser at investeringsnivået er avtakende etter 2006 når dette måles opp mot samlede eiendeler.

<sup>50</sup> Inkluderer finansiering fra Kunnskapsdepartementet for universitets- og høyskolearealet ved St. Olavs Hospital.



Figur 4.1 Netto investeringer som prosentandel av immaterielle og varige eiendeler. 2002-2008. Kilde: Årsregnskap RHF.

Tabell 4.6 og 4.7 viser tall for årlige investeringer for hvert RHF i perioden 2004-2008.

Det er tidligere nevnt at investeringsnivået er forskjellig mellom de regionale helseforetakene. Dette fremkommer særlig av tabell 4.7, som viser netto investeringer. Det er først og fremst Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge som bidrar til at det er positiv netto investeringer samlet. Oppbyggingen av realkapital i disse regionene forklares i all hovedsak av de tre store prosjektene; nye Ahus, nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet og nytt universitetssykehus i Trondheim.

Tabell 4.6 Årlige investeringer per RHF. Millioner kroner. 2004-2008.  
Kilde: Årsregnskap RHF

	2004	2005	2006	2007	2008
Helse Sør-Øst	3 459	4 029	5 614	4 830	4 577
Helse Vest	915	1 228	1 113	1 238	1 450
Helse Midt-Norge	2 408	2 027	1 729	2 060	1 961
Helse Nord	382	569	859	559	470
RHF samlet	7 164	7 852	9 315	8 687	8 459

Tabell 4.7 Årlige netto investeringer per RHF. Millioner kroner. 2004-2008.  
Kilde: Årsregnskap RHF

	2004	2005	2006	2007	2008
Helse Sør-Øst	488	1 117	2 624	1 799	1 571
Helse Vest	-13	273	164	311	528
Helse Midt-Norge	1 841	1 446	1 088	1 340	1 274
Helse Nord	-233	-12	263	-73	-173
RHF samlet	2 083	2 825	4 139	3 377	3 201

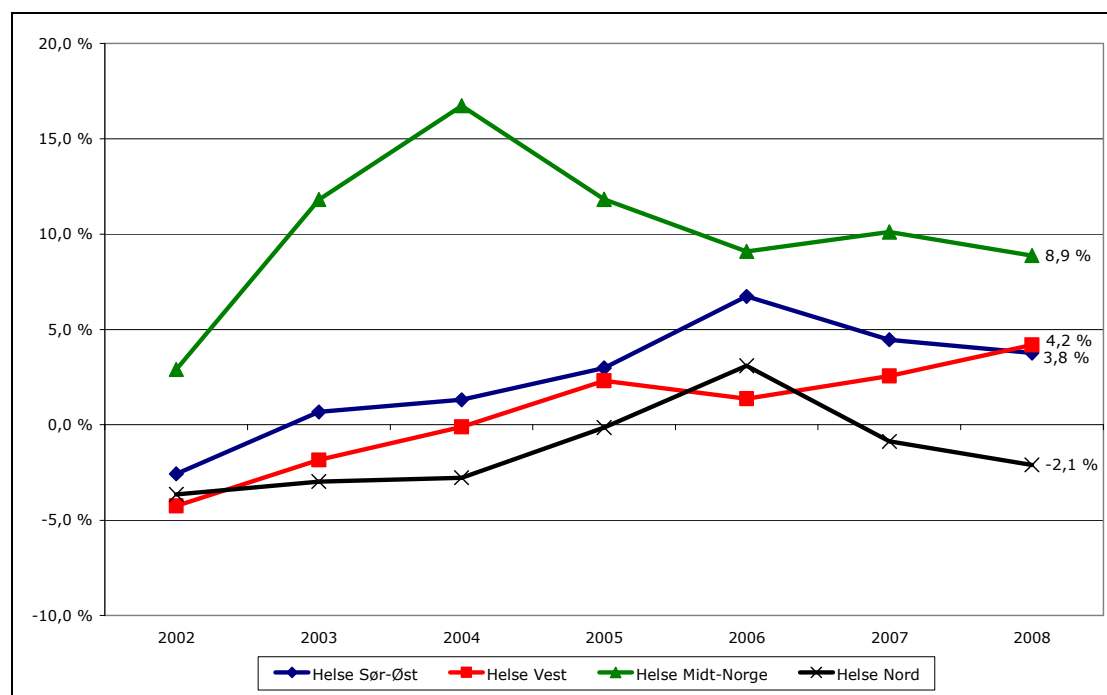
Tabell 4.8 viser akkumulerte netto investeringer i perioden 2002 til 2008 ikke korrigeret og korrigeret for investeringstilskudd. Det fremgår av tabellen at selv korrigeret for mottatte investeringstilskudd har Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge et vesentlig høyere nivå på netto investeringer enn de to andre RHF-ene.

Tabell 4.8 Netto investeringer regionalt med/uten korreksjon for mottatt investeringstilskudd i perioden 2002-2008. Millioner kroner.  
Kilde: Årsregnskap RHF og HOD.

Akkumulert 2002-2008	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Netto investeringer	6 886	516	8 283	-805
- Investeringstilskudd <sup>51</sup>	3 333	42	6 308	0
=Netto investeringer korrigeret for mottatt Investeringstilskudd	3 553	474	1 975	-805

I figur 4.2 vises netto investeringer målt opp mot samlet kapital i RHF-ene (immaterielle og varige eiendeler). Helse Midt-Norge ligger høyest i hele perioden og hadde en økende andel fram til 2004, dernest en synkende andel frem til 2006. I siste del av perioden har andelen vært stabil på rundt 10 prosent, og fortsatt høyest av RHF-ene. Helse Vest har hatt en økende andel nesten hele perioden, og ligger i 2008 på nivå med Helse Sør-Øst. For de to siste RHF-ene har utviklingen vært rimelig lik, men med et høyere nivå for Helse Sør-Øst. Helse Nord var eneste RHF med negative netto investeringer i 2007 og 2008.

<sup>51</sup> Inkluderer finansiering fra Kunnskapsdepartementet for universitets- og høyskolearealet ved St. Olavs Hospital.



Figur 4.2 Netto investeringer som prosentandel av imaterielle og varige eiendeler per RHF. 2002-2008. Kilde: Årsregnskap RHF.

I forbindelse med årets arbeid med BUS-rapporten har utvalget bedt de regionale helseforetakene rapportere data for framtidige kapitalkostnader, herunder framtidige avskrivningskostnader. Med unntak av Helse Sør-Øst har alle RHF rapportert data for framtidige avskrivningskostnader. Basert på RHF-enes egne beregninger vil avskrivningskostnadene særlig i Helse Midt-Norge øke i de kommende årene. For Helse Midt-Norge er det beregnet et høyere nivå (ca + 100 mill kroner) fra og med 2010.

#### 4.4 Eiendeler og gjeld

I dette avsnittet presenteres noen overordnede tall for eiendeler, gjeld og egenkapital. Det fokuseres både på nivå og utvikling over tid.

Tabell 4.9 viser utviklingen i en del sentrale størrelser når det gjelder RHF-enes eiendeler, gjeld og egenkapital, med særlig fokus på endringen siste år. Eiendelene økte med drøyt 2,5 mrd kroner fra 2007-2008, til 88,3 mrd kroner i 2008.

Det framgår videre av tabellen at det var en lavere vekst i både langsiktig og kortsiktig gjeld siste år enn de fleste tidligere år. Benyttet driftskreditt ved årets slutt var lavere i 2008 enn i 2007.

Tabell 4.9 Utvalgte data fra RHF-enes balanse. Millioner kroner. 2004-2008.  
Kilde: Årsregnskap RHF.

	2004	2005	2006	2007	2008	Endring 2007- 2008
Sum eiendeler	79 432	84 720	84 020	85 787	88 364	2 578
Sum egenkapital	52 221	49 155	44 836	38 696	37 121	-1 575
Avsetning forpliktelser	6 586	10 124	9 915	12 429	15 001	2 572
herav pensjonsforpliktelser	2 920	2 975	2 694	3 605	3 590	-14
herav investeringstilskudd	2 559	6 129	6 146	7 687	9 043	1 357
Langsiktig gjeld	5 994	9 019	10 206	13 491	14 298	807
Kortsiktig gjeld	14 631	16 422	18 063	21 171	21 944	773
herav driftskreditt	984	2 017	2 868	5 799	5 487	-312

Tabell 4.10 viser regional utvikling i RHF-enes langsiktig gjeld.<sup>52</sup> For 3 av 4 RHF var det siste år en mindre vekst i langsiktig gjeld enn tidligere år. Dette gjelder ikke for Helse Midt-Norge hvor det var en sterkere vekst siste år sammenlignet med tidligere.

Relatert til varige og immaterielle eiendeler utgjør langsiktig gjeld ca 20 prosent i 2008 for 3 av RHF-ene. Helse Nord har en prosentandel på 14. For Helse Midt-Norge har denne andelen variert en del mellom år, delvis p.g.a. ferdigstilling av deler av nye St. Olavs hospital, men de har hatt høyest andel av RHF-ene siden 2003. For de 3 andre RHF-ene har det vært en gradvis økning i andelen langsiktig gjeld fram til 2007.

Tabell 4.10 Langsiktige gjeld. Millioner kroner. 2004-2008.  
Kilde: Årsregnskap RHF

	2004	2005	2006	2007	2008	Endring 2007- 2008
Helse Sør-Øst	2 588	4 203	5 700	8 016	7 991	-26
Helse Vest	675	1 090	1 611	2 071	2 223	152
Helse Midt-Norge	2 385	3 099	1 878	2 207	2 918	711
Helse Nord	347	628	1 016	1 197	1 167	-30
RHF-ene samlet	5 994	9 019	10 206	13 491	14 298	807

Også utviklingen i kortsiktig gjeld, som presenteres i tabell 4.11, viser redusert veksttakt siste år. Økningen i kortsiktig gjeld var på nær 800 millioner kroner fra 2007 til 2008. Sterkest vekst var det for Helse Vest, mens det var et tilnærmet uendret nivå siste år for Helse Midt-Norge og Helse Nord.

<sup>52</sup> Det benyttes her tall for foretaksgruppen og dermed vil det inkluderes evt låneopptak for datterselskap (AS). RHF-ene har kun adgang til å ta opp lån hos HOD.

Tabell 4.11 Kortsiktig gjeld. Millioner kroner. 2004-2008.  
Kilde: Årsregnskap RHF.

	2004	2005	2006	2007	2008	Endring 2007- 2008
Helse Sør-Øst	8 199	9 026	9 424	10 692	10 880	188
Helse Vest	2 689	3 220	3 580	4 018	4 638	620
Helse Midt-Norge	2 101	2 449	3 070	4 105	4 083	-22
Helse Nord	1 641	1 727	1 989	2 356	2 344	-13
RHF-ene samlet	14 631	16 422	18 063	21 171	21 944	773

Driftskreditt er en viktig del av kortsiktig gjeld. Tabell 4.12 viser utviklingen i benyttet driftskreditt ved årsslutt de siste årene for de fire RHF-ene.<sup>53</sup> Det fremgår av tabellen at det har vært et økende nivå på benyttet driftskreditt fram til 2007, mens det i 2008 var et svakt lavere nivå. Helse Sør-Øst har den beløpsmessig sterkeste nedgangen.<sup>54</sup> Helse Vest hadde en økning på 200 millioner i samme periode.

Tabell 4.12 Driftskreditt per 31.12. Millioner kroner. 2004-2008.  
Kilde: Årsregnskap RHF

	2004	2005	2006	2007	2008	Endring 2007- 2008
Helse Sør-Øst	563	1 140	2 066	2 496	1 910	-585
Helse Vest	421	877	975	1 312	1 514	202
Helse Midt-Norge	0	0	855	1 594	1 758	164
Helse Nord	0	0	20	398	305	-93
RHF-ene samlet	984	2 017	3 917	5 799	5 487	-312

#### 4.5 Likviditet

For å kunne betale sine løpende forpliktelser må de regionale helseforetakene ha tilgang til likvide midler. Utviklingen med vedvarende driftsunderskudd og pensjonspremier som er høyere enn pensjonskostnaden, har bidratt til en stadig vanskeligere likviditetsmessig situasjon. Status ift denne situasjonen er også jevnlig til vurdering i RHF-enes styrer. I noen styredokumenter beskrives det at dagens likviditetsmessige situasjon er krevende og at driftskredittrammer for enkeltforetak i RHF-et må oppjusteres. Andre steder uttrykkes det bekymring for den likviditetsmessige situasjonen de kommende årene. I ett RHF har de også på slutten av året 2008 vedtatt å utsette noen store investeringer for å unngå en for stram likviditet.

Det er tidligere i kapitlet vist utviklingen i årsresultat for konserngruppen i RHF-ene, og tallene der viser at kostnadene de siste årene i all hovedsak har oversteget inntektene. Dette har medvirket til at RHF-ene har måttet skaffe likviditet for å dekke betalbare kostnader utover inntektsrammen, blant annet ved økt bruk av driftskreditt. De regionale helseforetakene er gitt rammer for hvor mye driftskreditt de maksimalt kan benytte hvert år. Disse rammene er ikke basert på objektive kriterier, men fastsettes av HOD delvis med basis i søknader

<sup>53</sup> Bruk av driftskreditt varierer en del i løpet av året, men dette fanges ikke opp i oversikten her.

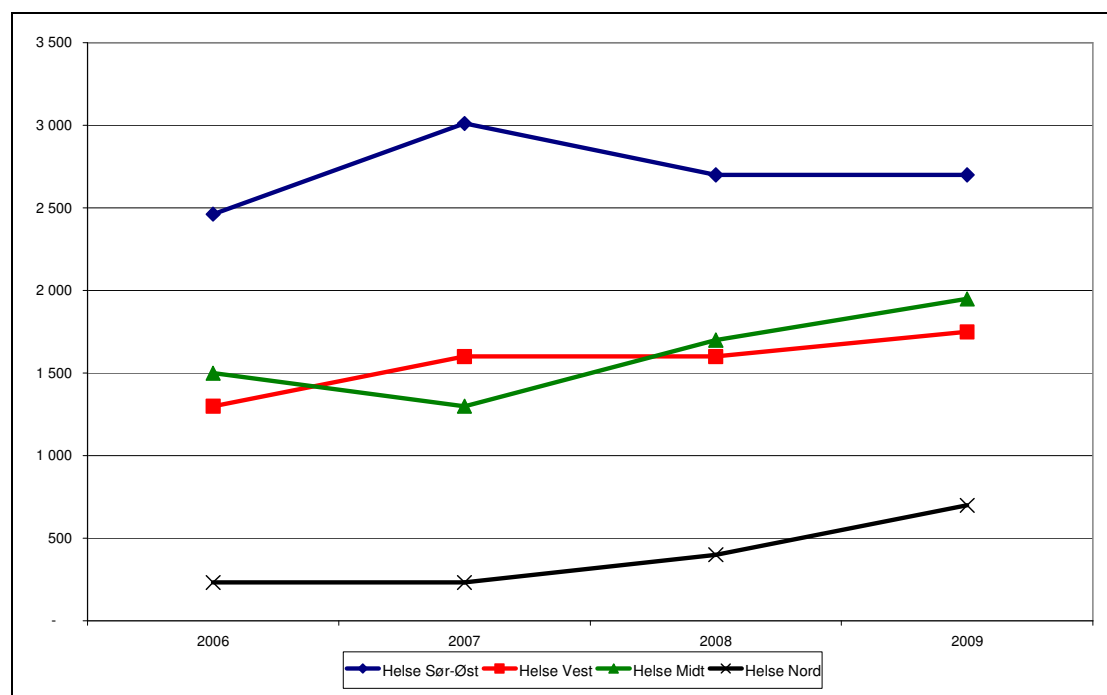
<sup>54</sup> Helse Sør-Øst er i denne rapporten oppført med benyttet driftskreditt på 2,4 mrd kroner i 2007. Dette fremkommer ikke i deres endelige årsregnskap for 2007 og 2008. Det opplyses imidlertid fra Helse Sør-Øst at det er feil i de publiserte årsregnskap når det gjelder driftskreditt, og at det som benyttes i rapporten her er det korrekte.



fra RHF-ene. Utviklingen i tildelt ramme kan derfor gi informasjon om RHF-enes og HODs vurdering av likviditetssituasjonen over tid.

I figur 4.3 vises det regional utvikling i driftskredittrammen. Figuren viser at det i perioden 2006 til 2009 (i praksis 31.12.2008) sett under ett har blitt foretatt oppjusteringer av driftskredittrammen for alle RHF. Mens utviklingen for Helse Vest og Helse Sør-Øst viser en utflating i siste del av perioden, ble rammene for de andre RHF-ene økt.

Målt per innbygger var det i 2008 Helse Midt-Norge som lå høyest ift driftskredittramme, mens Helse Sør-Øst i løpet av 2008 ble liggende lavere enn Helse Nord.



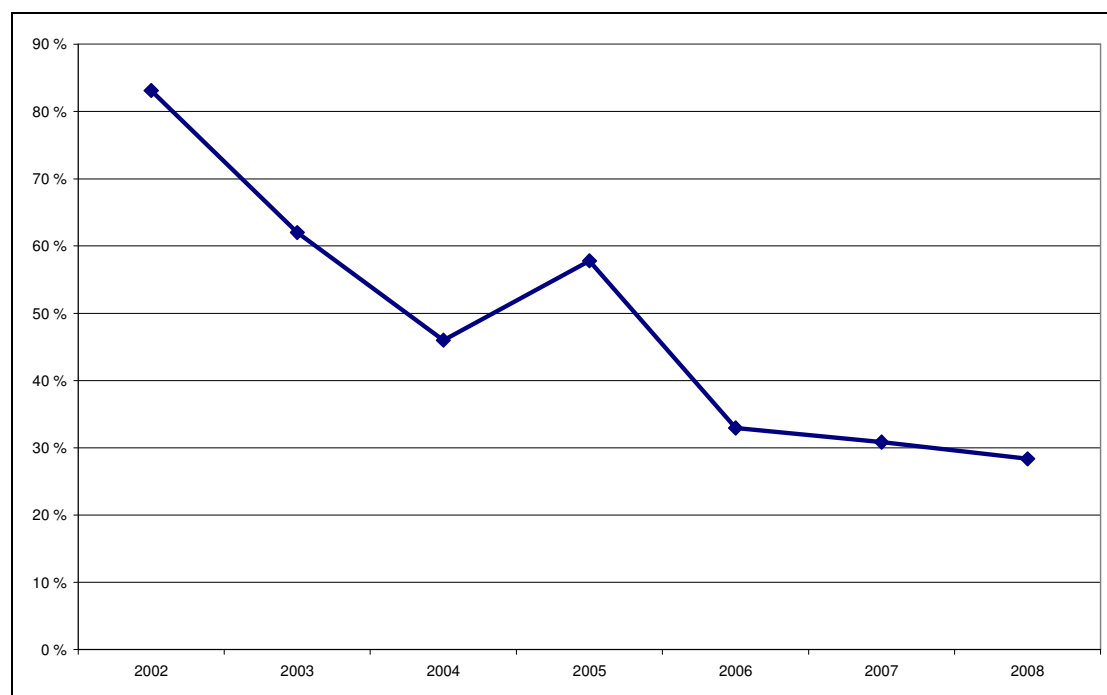
Figur 4.3 Tildelt driftskredittramme per 1.1 i perioden 2006-2009. Millioner kroner. Kilde: HOD.

I tabell 4.13 vises betydningen av at pensjonspremien samlet i perioden 2002-2008 har vært høyere enn pensjonskostnaden. Dette har bidratt ytterligere til en anstrengt likviditetsmessig situasjon. Legg merke til at positive avvik har negativ effekt på likviditeten. En del av de økte pensjonskostnadene har vært unntatt eiers styringskrav. Dette har samtidig medført en vanskeligere likviditetsmessig situasjon enn det som fremkommer ved kun å se på forskjellen mellom pensjonspremie og pensjonskostnad.

Tabell 4.13 Pensjonspremie og pensjonskostnader, samt likviditetsmessig effekt av pensjonspremie/-kostnader. Perioden 2004-2008, samt samlet for perioden 2002-2008. Millioner kroner.  
Kilde: Årsregnskap RHF og HOD.

	2004	2005	2006	2007	2008	Akkumulert 2002-2008
Pensjonspremie	5 328	4 898	5 517	6 725	7 902	39 783
Pensjonskostnader	3 869	4 178	4 969	8 372	9 242	37 511
<i>Mer(+)/mindrebetal.(-) pensjon</i>	<i>1 459</i>	<i>720</i>	<i>548</i>	<i>-1 648</i>	<i>-1 341</i>	<i>2 271</i>
Pensjonskostnader unntatt resultatkrav	0	0	966	3 260	600	4 826
<i>Likviditetsmessig effekt ift pensjon</i>	<i>1 459</i>	<i>720</i>	<i>1 514</i>	<i>1 612</i>	<i>-741</i>	<i>7 097</i>

Likviditetsgraden<sup>55</sup> er en indikator for likviditetssituasjonen. I figur 4.4 og 4.5 vises denne indikatoren nasjonalt og per RHF. Nasjonalt har det vært en markert reduksjon i likviditetsgraden fra 2002-2008, hvor nedgangen var særlig sterk første 3 år.<sup>56</sup> Nedgangen fra 2007 til 2008 forklares av utviklingen i Helse Sør-Øst, som har en reduksjon i likviditetsgraden fra 36 til 31 prosent. Dette vises i figur 4.5. De tre andre RHF-ene har i samme perioden en uendret likviditetsgrad.

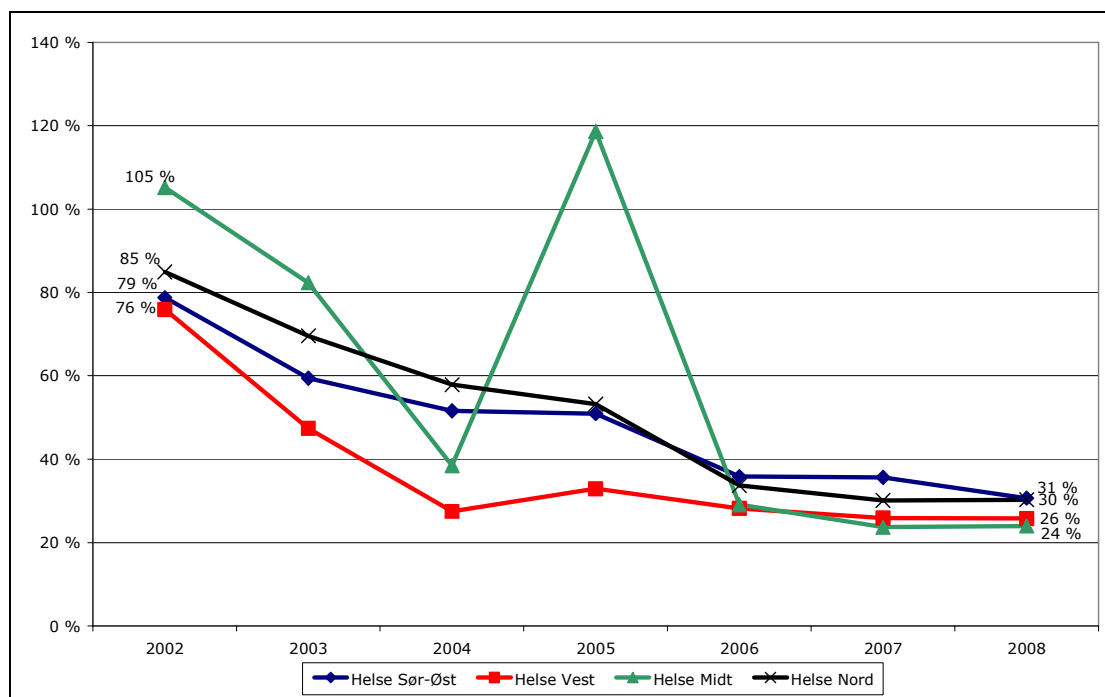


Figur 4.4 Likviditetsgrad (omløpsmidler i forhold til kortsiktig gjeld). 2002-2008. Kilde: Årsregnskap RHF.

Den høye likviditetsgraden for Helse Midt-Norge i 2005 skyldes mottatt investeringstilskudd ved utgangen av året (se fotnote 56).

<sup>55</sup> Likviditetsgraden er omløpsmidler målt mot kortsiktig gjeld.

<sup>56</sup> Økningen i likviditetsgrad i 2005 var i hovedsak knyttet til at Helse Midt-Norge fikk utbetalt investeringstilskudd på 2,9 milliarder kroner ved utgangen av året, og dette tilskuddet stod dermed i hovedsak på konto ved årsskiftet.



Figur 4.5 Likviditetsgrad (omløpsmidler i forhold til kortsiktig gjeld) per RHF. 2002-2008. Kilde: Årsregnskap RHF.



## 5. Utvikling i lønnskostnader og lønnsnivå

Lønnskostnadene utgjør en stor andel av driftskostnadene både innenfor somatisk virksomhet og for psykisk helsevern og rusbehandling. Forklaringen på utviklingen i driftskostnader vil derfor ofte være knyttet til utviklingen i lønnskostnader.

Endringer i lønnskostnader vil normalt skyldes en kombinasjon av endring i antall årsverk og/eller endring i lønnsnivå, dvs en volum- og priskomponent. Det har vært et mål å foreta en slik dekomponering av endring i lønnskostnader, men tilgjengelige data har ikke muliggjort dette på en tilstrekkelig robust måte.

Følgende hovedresultat presenteres i dette kapitlet:

- De totale lønnskostnadene, eksklusiv pensjonskostnader, økte nominelt med 7,0 prosent fra 2007 til 2008. Veksten var høyest i Helse Midt-Norge med 8,1 prosent og lavest i Helse Sør-Øst med 6,6 prosent.
- Pensjonskostnadene økte nominelt med 10,4 prosent fra 2007 til 2008. Helse Midt-Norge hadde en vekst på 6,8 prosent, mens de tre andre regionale helseforetakene hadde en vekst på om lag 11-12 prosent.
- Veksten i pensjonskostnader fra 2007 til 2008 forklarer om lag 20 prosent av veksten i totale lønnskostnader, med unntak for Helse Midt-Norge hvor dette utgjør ca 15 prosent.
- Månedsfortjenesten for ansatte i helseforetakene samlet økte nominelt med 8,5 prosent fra 2007 til 2008. Sykepleiere og hjelpepleiere hadde en nominell vekst på 9-10 prosent. For legene samlet var den nominelle veksten nær 5 prosent.
- Nominell vekst i månedsfortjeneste var høyest i Helse Midt-Norge fra 2007 til 2008 med 9,8 prosent, og lavest i Helse Vest med 7,4 prosent.
- Helse Nord har høyere månedsfortjeneste for overleger med nær 78 000 kroner mot ca 70 000 kroner i de andre regionene. For de andre legeguppene og andre yrkesgrupper er det lite regionale forskjeller.
- Årslønnsveksten fra 2007 til 2008 er av Teknisk beregningsutvalg for inntektsoppgjørene anslått til å være 6,5 prosent for helseforetakene. Årslønnsveksten for alle sektorer i Norge er i gjennomsnitt anslått til 6,0 prosent.
- Tilgjengelig datagrunnlag muliggjør ikke en meningsfylt dekomponering av endring i lønnskostnader i en pris (lønnsnivå) og volum (årsverk) komponent.

### 5.1 Utvikling i lønnskostnader

I tabell 5.1 vises utviklingen i nominelle lønnskostnader nasjonalt og for hvert regionalt helseforetak i perioden 2004 til 2008. Lønnskostnadene er eksklusive pensjonskostnader, som presenteres i avsnitt 5.1.1. For Helse Midt-Norge var veksten i lønnskostnader siste år 8,1 prosent, mens Helse Sør-Øst hadde lavest vekst med 6,6 prosent.

I 2008 utgjorde lønnskostnadene 65 prosent av driftskostnadene nasjonalt og varierte fra 60 prosent i Helse Nord til 67 prosent i Helse Vest.<sup>57</sup> Andelen personalkostnader er nok reelt sett noe høyere, da kostnader for innleid personell ikke regnskapsføres som lønnskostnader.

<sup>57</sup> Basert på data fra SINTEF Helsetjenesteforskning.

Tabell 5.1 Lønnskostnader (inklusive arbeidsgiveravgift og andre ytelser, men eksklusiv pensjonskostnader) i løpende millioner kroner. 2004-2008. Kilde: Årsregnskap RHF.

	2004	2005	2006	2007	2008	Pst endring 2007-2008
Helse Sør-Øst	20 850	22 001	23 314	25 008	26 652	6,6 %
Helse Vest	6 701	7 079	7 628	8 044	8 658	7,6 %
Helse Midt-Norge	5 427	5 753	6 092	6 192	6 691	8,1 %
Helse Nord	4 429	4 614	4 986	5 220	5 579	6,9 %
RHF-ene samlet	37 407	39 447	42 020	44 464	47 581	7,0 %

### 5.1.1 Utvikling i pensjonskostnader

Tabell 5.2 viser at det fra 2007 til 2008 var en nominell vekst i pensjonskostnadene på 10,4 prosent. Helse Midt-Norge har en lavere vekst (6,8 prosent) enn de tre andre RHF-ene (10-12 prosent). Veksten i pensjonskostnader forklarer drøyt 20 prosent av veksten i lønnskostnader (når pensjonskostnadene inkluderes) for de regionale helseforetakene, med unntak av Helse Midt-Norge, hvor dette utgjør nær 15 prosent.

Tabell 5.2 Pensjonskostnader for regionale helseforetak. Løpende millioner kroner. 2004-2008. Kilde: Årsregnskap RHF.

	2004	2005	2006	2007	2008	Pst endring 2007-2008
Helse Sør-Øst	2 082	2 307	2 685	4 707	5 224	11,0 %
Helse Vest	692	780	957	1 527	1 689	10,6 %
Helse Midt-Norge	637	613	755	1 239	1 324	6,8 %
Helse Nord	458	479	573	899	1 005	11,8 %
RHF-ene samlet	3 869	4 178	4 969	8 372	9 242	10,4 %

Tabellen viser også at det har vært en kraftig økning i pensjonskostnadene i perioden 2004-2008. Pensjonskostnad er en kalkulert størrelse som gir uttrykk for endring i fremtidige pensjonsforpliktelser fra det ene året til det neste. Selv om bemanningsvekst og lønnsøkning påvirker pensjonskostnadene i noen grad, er det andre faktorer som forklarer det vesentligste av økningen i perioden. Det som særlig påvirker pensjonskostnadens størrelse, er forholdet mellom forventet fremtidig lønnsvekst og fremtidig avkastning av pensjonsmidlene (diskonteringsrenten). Disse forventningene skal reflektere de generelle nivåene i Norge. Desto "mindre" forholdet er mellom diskonteringsrente og lønnsvekst, jo høyere blir pensjonskostnaden. Som en tommelfingerregel kan det sies at for hver 0,1 punkts endring i forholdet mellom diskonteringsrenten og lønnsveksten, endres pensjonskostnadene med om lag 300 millioner kroner.<sup>58</sup>

Det fremgår av tabell 5.3 at disse parametrene til og med regnskapsåret 2005 lå forholdsvis stabile med en forskjell på rundt 2,4 prosentpoeng. I 2006 ble parametrene endret og kostnaden økte tilsvarende. Norsk regnskapsstiftelse (NRS) vedtok den 20. juni 2007 en ny veileder for fastsettelse av økonomiske forutsetninger for de fremtidige forpliktelsene for ytelsesbaserte pensjonsordninger. Denne veilederen er styrende for fastsettelsen av pensjonskostnad til de regionale helseforetakene og private ideelle helseinstitusjoner. Veilederen ble lagt til grunn ved valg av parametersett for regnskapsårene 2007 og 2008, og det førte til en ytterligere innstramning av

<sup>58</sup> Anslag gjort av KLP basert på dagens kostnadsnivå.

parametrene. Effekten av strammere parametere i 2007 ble isolert sett en kostnadsøkning på 3,2 milliarder kroner for de regionale helseforetakene.

Tabell 5.3 Benyttet diskonteringsrente og forventet lønnsvekst ved beregning av pensjonskostnader i perioden 2002 til 2008. Kilde: HOD.

	Parametersett i						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Diskonteringsrente inkl. risikopåslag	6,50 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	5,00 %	5,50 %	5,30 %
Gjennomsnittlig lønnsvekst	4,00 %	3,50 %	3,50 %	3,50 %	3,00 %	4,50 %	4,50 %
Diskonteringsrente/lønnsvekst	2,40 %	2,42 %	2,42 %	2,42 %	1,94 %	0,96 %	0,77 %

## 5.2 Utvikling i lønnsnivå

Det finnes flere kilder som grunnlag for beregning av endret lønnsnivå for ansatte ved helseforetakene. BUS har tidligere år i hovedsak benyttet data fra Spekter som kilde. De viktigste begrunnelsene for dette er at Spekter innhenter lønnsdata slik at siste lønnsoppgjør inkluderes, og at det i deres data er mulig å differensiere legeggruppen i overleger, leger i spesialisering og turnusleger. SSB som alternativ kilde foretar innhenting av lønnsdata samme dato hvert år, og det kan medføre at det et år inkluderes to lønnsoppgjør, mens det et annet år inkluderes ingen. Sett over en lengre periode viser data fra Spekter og SSB den samme utviklingen.<sup>59</sup>

Datagrunnlaget for lønnsnivå er på oppdrag fra BUS tilrettelagt og analysert av PricewaterhouseCoopers (PwC).

### 5.2.1 Utvikling i månedsførtjeneste (Datalønnsvekst<sup>60</sup>)

I tabell 5.4 vises utviklingen i månedsførtjeneste<sup>61</sup> for ulike personellgrupper ved helseforetakene. I figur 5.1 fremstilles den prosentvise endringen i samme periode. Siste år økte månedsførtjenesten for ansatte i alt med 8,5 prosent til nær 36 000 kroner. Størst vekst i månedsførtjeneste var det for pleiegruppen, med en vekst på 9-10 prosent. Månedsførtjenesten for legene viste den laveste veksttakten med i underkant av 5 prosent.

Perioden 2004-2008 sett under ett hadde alle personellgrupper unntatt legene en prosentvis vekst i månedsførtjeneste på 23-25 prosent. For legene var veksten på ca 14 prosent.<sup>62</sup>

<sup>59</sup> Analyser gjennomført av PwC i 2008 på oppdrag fra BUS viser at utviklingen i lønnsnivå basert på de to kildene samsvarer når dette ses over tid, men at det kan være forskjeller i ulike år.

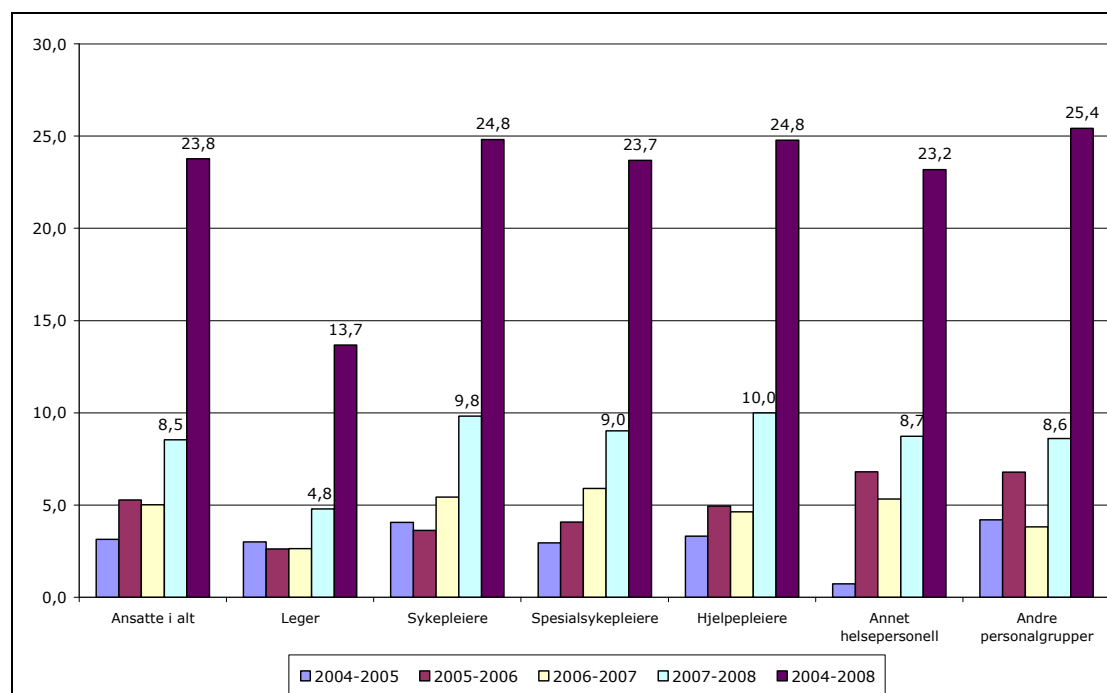
<sup>60</sup> Datalønnsvekst er nominell lønnsvekst mellom to observasjonsdatoer.

<sup>61</sup> Månedsførtjeneste er summen av avtalt lønn og uregelmessige tillegg, og inkluderer ikke overtidsgodtgjørelse.

<sup>62</sup> I perioden 2002-2003 hadde legene en økning i månedsførtjeneste på 18 prosent, som var vesentlig høyere enn for andre personellgrupper.

Tabell 5.4 Månedsførtjeneste for personellgrupper ved helseforetakene i perioden 2004-2008. Nominelle størrelser. Kilde: Spekter.

	2004	2005	2006	2007	2008
Ansatte i alt	29 030	29 942	31 523	33 105	35 930
Leger	54 220	55 845	57 305	58 814	61 632
Sykepleiere	26 270	27 334	28 321	29 858	32 789
Spesialsykepleiere	29 742	30 615	31 862	33 740	36 787
Hjelpepleiere	23 949	24 744	25 966	27 169	29 884
Annet helsepersonell	26 599	26 792	28 615	30 139	32 766
Andre personalgrupper	24 603	25 634	27 371	28 414	30 859



Figur 5.1 Prosentvis endring i månedsførtjeneste for ulike stillingskategorier i perioden 2004-2008. Kilde: Spekter.

PwC har gjort anslag på reallønnsvekst for årene 2005-2008 ved å bruke prisstigningsdata fra SSB. Siden det fra 2007 til 2008 var en høyere prisstigning enn foregående år, viser beregningen at reallønnsveksten for pleiepersonellgruppene var omtrent lik i periodene 2006-2007 og 2007-2008. Beregningene indikerer også at reallønnsveksten for leger var høyere i 2007-2008 enn de to foregående periodene.

Tabell 5.5 og 5.6 viser utviklingen i månedsførtjeneste nominelt og prosentvis for ansatte i alt i de regionale helseforetakene. Fra 2007 til 2008 var veksten i månedsførtjeneste høyest i Helse Midt-Norge med 9,8 prosent, og lavest i Helse Vest med 7,4 prosent. Helse Vest har også lavest månedsførtjeneste for ansatte samlet sammenlignet med de andre regionale helseforetakene.



Tabell 5.5 Månedfortjeneste for ansatte i alt i perioden. 2004-2008.  
Nominelle størrelser. Kilde: Spekter

	2004	2005	2006	2007	2008
Helse Øst	28 503	29 808	31 359	33 128	
Helse Sør	29 148	30 115	31 908	33 258	
Helse Sør-Øst				33 186	36 017
Helse Vest	28 948	29 995	31 548	33 005	35 458
Helse Midt-Norge	29 313	29 300	31 101	32 815	36 017
Helse Nord	29 208	30 711	31 598	33 198	36 111
RHF-ene samlet	29 030	29 942	31 523	33 105	35 930

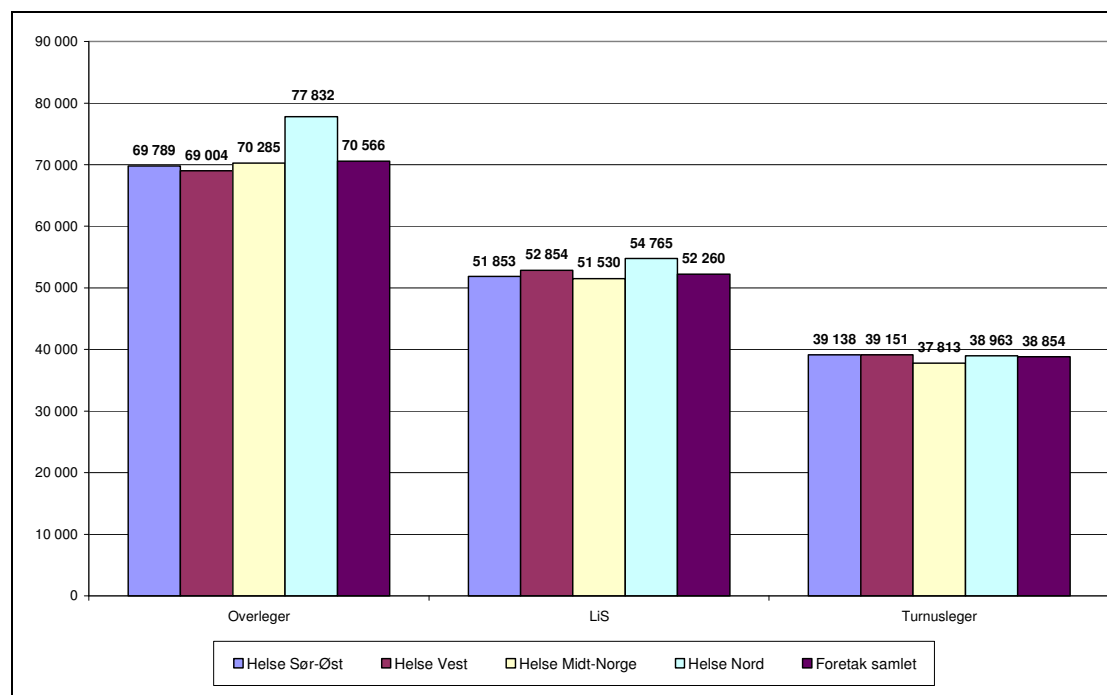
Tabell 5.6 Prosentvis endring i månedfortjeneste for ansatte i alt. 2004-2008.  
Kilde: Spekter

	2004- 2005	2005- 2006	2006- 2007	2007- 2008
Helse Øst	4,6 %	5,2 %	5,6 %	
Helse Sør	3,3 %	6,0 %	4,2 %	
Helse Sør-Øst				8,5 %
Helse Vest	3,6 %	5,2 %	4,6 %	7,4 %
Helse Midt-Norge	0,0 %	6,1 %	5,5 %	9,8 %
Helse Nord	5,1 %	2,9 %	5,1 %	8,8 %
RHF-ene samlet	3,1 %	5,3 %	5,0 %	8,5 %

Figur 5.2 presenterer regionale tall for månedfortjenesten for overleger, leger i spesialisering og turnusleger. Overleger har en høyere månedfortjeneste enn leger i spesialisering, som igjen har høyere månedfortjeneste enn turnusleger. Mens de regionale forskjellene er minimale for turnusleger, var det i Helse Nord i 2008 noe høyere månedfortjeneste for leger i spesialisering og en del høyere for overleger.

Det er mindre forskjeller mellom regionene i størrelsen på uregelmessige tillegg (eksklusiv utvidet tjeneste/arbeidstid (UTA)) for de ulike legegruppene. Blant overleger er det noe variasjon i omfanget av UTA når det relateres til månedfortjenesten. Høyest andel UTA var det i Helse Midt-Norge med ca 18 prosent og lavest i Helse Sør-Øst med drøyt 11 prosent.

For legegruppen samlet, var det fra 2007 til 2008 noen regionale forskjeller når det gjelder vekst i månedfortjeneste. Størst vekst var det i Helse Midt-Norge med 8,5 prosent. Helse Vest hadde en noe lavere vekst på 6,6 prosent, mens Helse Nord og Helse Sør-Øst lå lavest med hhv 4,3 og 3,5 prosent.



Figur 5.2 Månedsførtjeneste for overleger, leger i spesialisering og turnusleger i 2008. Kilde: Spekter.

For yrkesgruppene sykepleiere, spesialsykepleiere og hjelpepleiere er det nokså lik månedsførtjeneste i regionene. Sykepleiernes månedsførtjeneste varierte fra 32 047 kroner til 33 482 kroner, mens månedsførtjenesten for hjelpepleiere var i intervallet 29 574 kroner til 30 163 kroner.

For yrkesgruppene i kategorien Annet helsepersonell<sup>63</sup> var utviklingen i månedsførtjeneste ganske lik mellom regionene, med Helse Sør-Øst (8,2 prosent) litt lavere enn de tre andre regionene (9,0-9,5 prosent).

Når det gjelder den siste kategorien Annet personell<sup>64</sup>, var veksten i månedsførtjeneste størst i Helse Vest og Helse Nord med ca 10 prosent. I Helse Sør-Øst var veksten drøyt 8 prosent, mens den i Helse Midt-Norge var drøyt 7 prosent.

### 5.2.2 Årslønnsvekst

I dette avsnittet benyttes det data fra Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU). Årslønnsveksten skiller seg fra datolønnsveksten ved at man tar hensyn til den tidsperioden i løpet av året som gammel og ny avtale gjelder.

Tabell 5.7 viser at TBU anslår en gjennomsnittlig årslønnsvekst på 6,0 prosent fra 2007 til 2008, mot 5,4 prosent året før. Årslønnsveksten i helseforetakene var på 6,5 prosent siste år, mot 4,9 prosent fra 2006 til 2007.

Årslønnsveksten i helseforetakene var fra 2007 til 2008 svakt lavere enn tilsvarende for stats- og kommuneansatte. Veksten i helseforetakene var imidlertid høyere enn for industriarbeidere og for HSH-bedrifter i varehandel.

<sup>63</sup> F.eks bioingeniør, psykolog, miljøterapeut, radiograf, ambulansesjåfør, osv.

<sup>64</sup> F.eks fagarbeidere, ufaglært, tekn/adm personell, helsesekretær, osv.

Tabell 5.7 Årlig årslønnsvekst i prosent i perioden 2004-2008, samt for 2002-2008. Kilde: TBU.

	2004- 2005	2005- 2006	2006- 2007	2007- 2008	2002- 2008
<i>Helseforetakene</i>	3,3	3,7	4,9	6,5	31,9
Gjennomsnitt samfunnet	3,3	4,1	5,4	6,0	29,9

### 5.3 Dekomponering av endring i lønnskostnader

Endringer i lønnskostnader kan forklares av endringer i lønnsnivå og/eller endringer i årsverk. Med dagens datagrunnlag må det benyttes ulike datakilder for lønnskostnader, lønnsnivå og årsverk for å foreta en slik dekomponering av endring i lønnskostnader. Data for lønnskostnader er hentet fra RHF-enes årsregnskap. Når det gjelder lønnsvekst er det både nasjonalt og regionalt benyttet en årslønnsvekst på 6,5 prosent som fastslått av TBU. Årsverksdata er hentet fra SSB og delvis fra KLP (eksklusiv Helse Sør-Øst). Siden det ikke er direkte samsvar mellom disse datakildene vil det være usikkerhet i forhold til en slik dekomponering.

Metodisk er forsøket på dekomponering av vekst i lønnskostnader gjort i to steg. Basert på data for endring i lønnskostnader og lønnsnivå er det i steg 1 estimert hvor stor endring i årsverk som må til for at endring i lønnskostnader kan forklares fullt ut. Estimert endring i årsverk sammenholdes dernest med endring i årsverk basert på data fra SSB og delvis KLP. I steg 2 gjøres tilsvarende beregning for lønnsnivå basert på data for endring i lønnskostnader og årsverk.

Det er imidlertid dessverre slik at de estimerte størrelsene for endring i årsverk og lønnsnivå ikke på en tilstrekkelig måte sammenfaller med tilsvarende størrelser basert på tilgjengelige data. Det er derfor ikke tilrådelig å presentere konkrete data for en slik dekomponering, verken nasjonalt eller regionalt. Det tilgjengelige datagrunnlaget gjør det imidlertid mulig å indikere at lønnsnivå var en viktigere forklaringsfaktor enn årsverk for å beskrive veksten i lønnskostnader fra 2007 til 2008.



## Del III: Norge i Norden

### 6. Norge i et nordisk perspektiv

Følgende hovedresultat presenteres i dette kapitlet:

- Spesialisthelsetjenesten i Danmark, Finland, Norge og Sverige er ikke likt definert og avgrenset. Sammenligning mellom landene kan kun gjennomføres på deler av spesialisthelsetjenesten.
- Sammenlignet med de andre landene brukte Norge mest helsetjenester ved somatiske sykehus i 2006 når dette måles med DRG-poeng. Det var særlig en høyere bruk av døgnopphold som bidro til dette.
- Ressursbruken innen somatisk virksomhet var større i Norge sammenlignet med de andre landene og særlig i forhold til Finland.
- Norge hadde i perioden 2005-2007 mer bruk av poliklinisk tilbud innen psykisk helsevern for barn og unge enn Finland. For voksne var bruken av poliklinisk tilbud rimelig lik mellom de to landene.
- Norge hadde i perioden 2005-2007 en større bruk av døgnbehandling innen psykisk helsevern for voksne enn i de tre andre nordiske landene.
- Norge brukte mer ressurser til psykisk helsevern enn Danmark, Finland og Sverige i perioden 2005-2007
- Finland har høyere produktivitet i sykehus enn Danmark, Norge og Sverige. Forskjellene mellom de tre sistnevnte er ikke robust.

#### 6.1 Bakgrunn

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) ble ved re-oppnevning i 2008 gitt et noe utvidet mandat. I tillegg til å gi en faglig tolkning av aktivitets-, kostnads- og produktivitetsutviklingen innad i Norge, skulle BUS også sammenlikne nøkkeltall i norsk spesialisthelsetjeneste med andre nordiske land (Danmark, Sverige og Finland). I fjorårets BUS-rapport ble det presentert nøkkeltall i hovedsak basert på indikatorer presentert i NOMESCO-publikasjonene. Mens NOMESCO har en del gode indikatorer for aktivitet for utvalgte pasientgrupper, er statistikkgrunnlaget for ressursbruk og produktivitet mindre tilpasset spesialisthelsetjenesten og det er også mangelfullt med indikatorer for psykisk helsevern og rusbehandling. BUS vedtok derfor å engasjere ekstern kompetanse for å gjennomføre et prosjekt hvor hensikten var å fremskaffe nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten i Norden.

I konkurranse med andre tilbydere ble Frischsenteret/SINTEF valgt som oppdragstaker for dette prosjektet. Prosjektet startet opp høsten 2008 og ferdig rapport ble levert medio juli 2009.

Prosjektet har hatt til hensikt å besvare følgende spørsmål:

- Bruker Norge mer eller mindre ressurser på spesialisthelsetjenesten enn andre nordiske land?
- Har vi større eller lavere forbruk av spesialisthelsetjenester?
- Er produktiviteten i spesialisthelsetjenesten i Norge lavere eller høyere enn i andre nordiske land?
- Har Norge en annen utvikling over tid i ressursbruk, forbruk og produktivitet enn andre nordiske land?

Den påfølgende gjennomgangen av Norge i Norden baserer seg på rapporten til Kittelsen et al. (2009), både når det gjelder data og språk/terminologi.<sup>65</sup>

## 6.2 De nordiske helsesystemer

Helsetjenesten utgjør en vesentlig del av den nordiske velferdsmodellen. Sentralt i denne modellen er universell tilgang til tjenester, skattebasert finansiering, altoverveiende offentlig produksjon, lav egenbetaling og sterkt fokus på likhet. Selv om det overordnede rammeverket er ganske likt mellom landene, er det likevel viktige forskjeller i rammebetingelser, finansiering og organisering av helsesektoren generelt og for spesialisthelsetjenesten spesielt.

Det gis derfor først en beskrivelse av finansiering, styring og produksjon av helsetjenester i Norden. Dernest beskrives forskjeller i avgrensning av spesialisthelsetjenesten.

### 6.2.1 Finansiering av helsetjenester

De nordiske landene finansierer i hovedsak helsetjenester gjennom skatter (kommunale og statlige), selv om det også eksisterer et visst omfang av egenbetaling. Det er variasjoner mellom landene både med hensyn til hvordan skattesystemet benyttes og på hvilket nivå skatteinngangen skjer. For eksempel er det lokalt bestemte skattesatser i Finland og Sverige i motsetning til Danmark og Norge. Et annet eksempel er egenandeler for innleggelser som benyttes i Finland og Sverige, men ikke i de to andre landene.

Det er videre forskjeller mellom landene både når det gjelder grad av sentralisert finansiering og grad av private finansieringskilder. Norge og Danmark har en relativt høy andel statlig finansiering (folketrygden inkludert), mens Sverige er i motsatt ende med en lav (20 prosent) statlig finansiering. Dersom man ser på omfanget av privat finansiering er det Finland som ligger med høyest andel (26 prosent), mens de tre andre landene har en privat andel på 17-18 prosent.

### 6.2.2 Styring av helsetjenester

De fire nordiske landene baserer seg alle på offentlig styring, men har ulik grad av sentralisert styring av helsetjenestene. I dag har Danmark og Norge en stor grad av sentralisert styring av spesialisthelsetjenesten, Sverige har liten grad av sentralisert styring, mens Finland har en liten, men økende grad av sentralisert styring.

Det er også forskjeller med hensyn til om det kun er administrativ desentralisering eller om det også er lokalpolitisk beslutningsrett. Både den svenske og finske modellen er kjennetegnet ved stor lokal frihet og få sentralt initierte løsninger. I Sverige har dette medført store variasjoner mellom länene når det gjelder viktige helsepolitiske forhold som valgfrihet og finansiering. Norge har etter foretaksreformen skilt seg noe fra de andre landene ved at styringen av spesialisthelsetjenesten ikke utføres av politiske organ, selv om styrene til RHF-ene har lokalpolitiske medlemmer.

Et annet særtrekk ved den norske modellen er at styring av primær- og spesialisthelsetjenesten er lagt til ulike forvaltningsnivåer. I de andre landene er de to delene av helsetjenesten lagt til samme forvaltningsnivå.

<sup>65</sup> Se rapporten "En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007" av Kittelsen et al (2009) for utfyllende informasjon.

### 6.2.3 Tjenesteproduksjon og finansiering av denne

I de nordiske landene er det i hovedsak tjenesteproduksjon ved offentlige institusjoner.

For Norge og Danmark benyttes det for somatisk virksomhet en delvis aktivitetsbasert finansiering for både innlagte og polikliniske pasienter. I begge land er dette basert på DRG, men på to til dels ulike DRG-system. I Sverige er det som beskrevet tidligere stor grad av lokal beslutningsrett, og det har også gitt variasjoner i finansieringsmodell mellom länene. Noen benytter aktivitetsbaserte løsninger, mens andre har rammefinansiering av somatisk virksomhet. I Finland inngås det avtaler mellom bestiller og utfører, delvis basert på DRG, men det er ikke et tradisjonelt aktivitetsbasert system.

Når det gjelder psykisk helsevern og rusbehandling, har både Norge, Sverige og Danmark (kun psykisk helsevern) i hovedsak rammefinansiering av tjenesteproduksjonen. I Danmark må kommunene bidra med en høy finansieringsandel for ruspasienter dersom disse behandles i regionale institusjoner.

### 6.3 Spesialisthelsetjenesten i de nordiske landene

I Kittelsen et al. (2009) redegjøres det for hvordan spesialisthelsetjenesten er definert og forstått i de nordiske landene. De konkluderer med at det vi i Norge definerer som spesialisthelsetjeneste ikke gjenfinnes på samme måte i de andre landene.

I Norge bestemmes det gjennom forskrift hva som skal være spesialisthelsetjeneste. I 2009 inkluderer spesialisthelsetjenesten i Norge blant annet sykehustjenester, spesialisert rusbehandling, laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, ambulansetjeneste og pasienttransport til primær- og spesialisthelsetjeneste.

I Sverige er det ingen avgrensning mellom de to nivåene, men i virksomhetsstatistikk defineres spesialisthelsetjeneste til å inkludere mottakelse, dagbehandling, inneliggende behandling og hjemmebehandling i spesialisthelsetjenesten. Den er med andre ord ikke lik den norske definisjonen.

I Danmark er det heller ikke en nærmere beskrivelse av spesialisthelsetjenesten, men det opereres med begreper som "praksissektoren" og "spesialisert behandling". Innholdet i sistnevnte begrep er omtrent det samme som i Sverige.

I Finland defineres spesialisthelsetjeneste ved det som gjøres i sykehusdistriktene. Et sykehusdistrikt vil som regel bestå av flere kommuner og står for drift av sykehusene. Problemet er imidlertid at det også ved helsesentrene, som er en del av primærhelsetjenesten, foregår en del enklere kirurgi og spesialist-konsultasjoner. Dermed er det heller ikke i Finland samme avgrensning av spesialisthelsetjenesten som i Norge.

### 6.3 Bruk av sykehustjenester i nordiske land

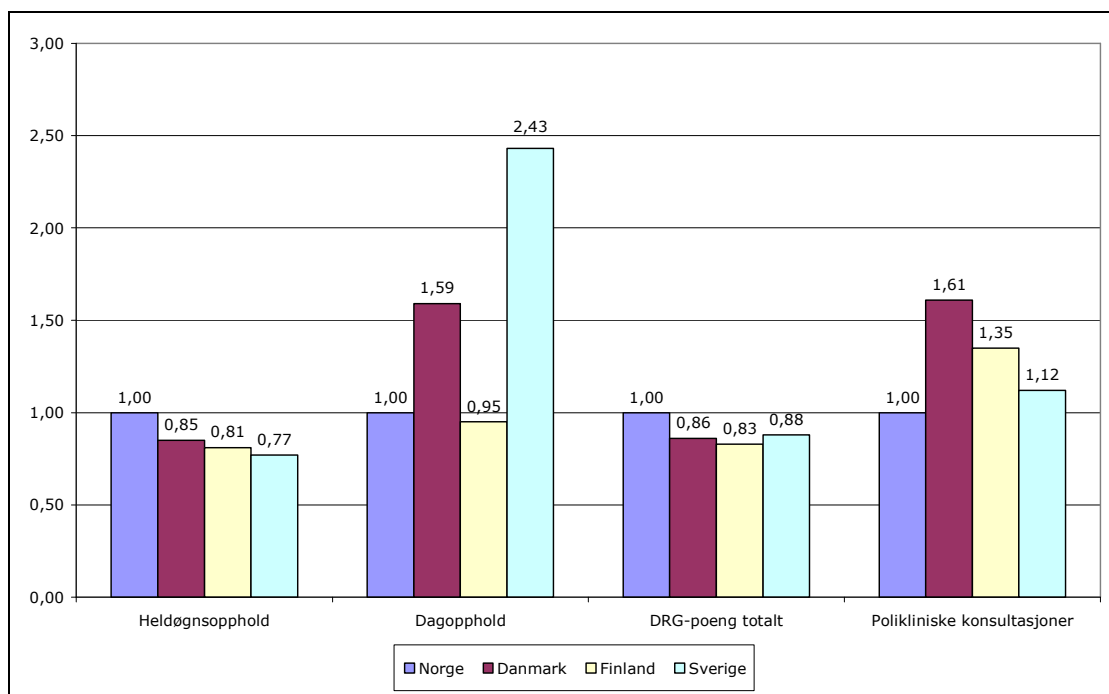
Det er flere årsaker til forskjeller i bruk av sykehustjenester; blant annet variasjon i sykелighet/behov, ulik terskel for behandling, forskjeller i bruk av andre institusjoner enn sykehus og ulik organisering innad i sykehussektoren. Kittelsen et al. (2009) tar ikke sikte på å skille disse faktorene fra hverandre, og presenterer mer beskrivelser enn forklaringer.

### 6.3.1 Somatiske sykehustjenester

Figur 6.1 viser tall for bruk av sykehustjenester i de fire nordiske landene i 2006. For heldøgnsopphold og DRG-poeng samlet (døgn+dag) viser tallene at Norge har et høyere forbruksnivå enn de tre andre landene, og dette gjelder særlig indremedisinske pasienter. Dette er også det generelle bildet når det ses på døgnopphold for hovedpasientgrupper. Samtidig er gjennomsnittlig liggetid for døgnoppholdene relativt sett lavere i Norge, og særlig målt mot Sverige som har 20 prosent lengre liggetid for døgnoppholdene.

Derimot framstår Norge med et relativt lavt nivå for dagbehandling og poliklinisk virksomhet målt mot de andre nordiske landene, med unntak for dagbehandling hvor Finland ligger på omtrent samme nivå som Norge.

Analyser som Kittelsen et al. har gjort, viser videre at det i hovedsak er større variasjoner mellom landene enn mellom regioner i Norge. Det relativt sett høye forbruksnivået for døgnopphold skyldes ikke et avvikende nivå ved enkelte regioner i Norge.



Figur 6.1 Forbruksnivå (rate per 1000 innb) relativt til Norge for heldøgnsopphold, dagopphold, DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner. 2006. Norge= 1,00. Kilde: Kittelsen et al. (2009)

I perioden 2005 til 2007 (for Sverige kun til 2006) har det for alle landene vært et relativt stabilt nivå for heldøgnsopphold, med unntak av Finland hvor dette er redusert fra 155 til 148 opphold per 1000 innbyggere. Ved å se på DRG-poeng (døgn+dag) viser utviklingen også et relativt stabilt nivå, men det er antydning til lavere nivå i Danmark og Finland, mens de to andre landene har antydning til økning. For polikliniske konsultasjoner er det mer tydelig en økning for alle landene.

Et mer detaljert bilde på variasjoner mellom land får man ved å se på omfang av utvalgte kirurgiske operasjoner.<sup>66</sup> Dette er inngrep som i all hovedsak gjøres på offentlige sykehus, og det er dermed ventet at de relative ratene skal være

<sup>66</sup> Danmark har et annet DRG-system enn i de andre landene, og det har derfor ikke vært mulig å fremskaffe sammenliknbare data fra Danmark for alle pasientgruppene.



sammenlignbare mellom land. Analysene viser at forskjellene mellom landene ikke blir like entydige når det rettes fokus på slike enkeltgrupper. Finland har et større omfang av operasjoner på livmor, fjerning av galleblære, proteseoperasjoner på hoft/kne/ankel og fjerning av blindtarm, mens de har et lavere omfang av operasjoner på bekken, PCI og bypass-operasjoner.

Norge har et større omfang av lungekreft- og kolon-rektal operasjoner enn Finland og Sverige. For brystkreftoperasjoner er dette motsatt. Analysene viser også at det er et visst samsvar mellom forekomst av nye tilfeller og operasjoner.

### 6.3.2 Psykisk helsevern for barn og unge

I Norge er det organisatorisk sett et relativt skarpt skille mellom psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) og psykisk helsevern for voksne (PHV). I Finland er ungdomspsykiatrien (15-22 år) en del av PHV. Det har derfor vært nødvendig med særskilte uttrekk av data for å komme fram til sammenlignbare forbrukstall. Da dette ikke har lyktes fullt ut for alle land er det noen mangler for enkelte land i påfølgende oversikter.

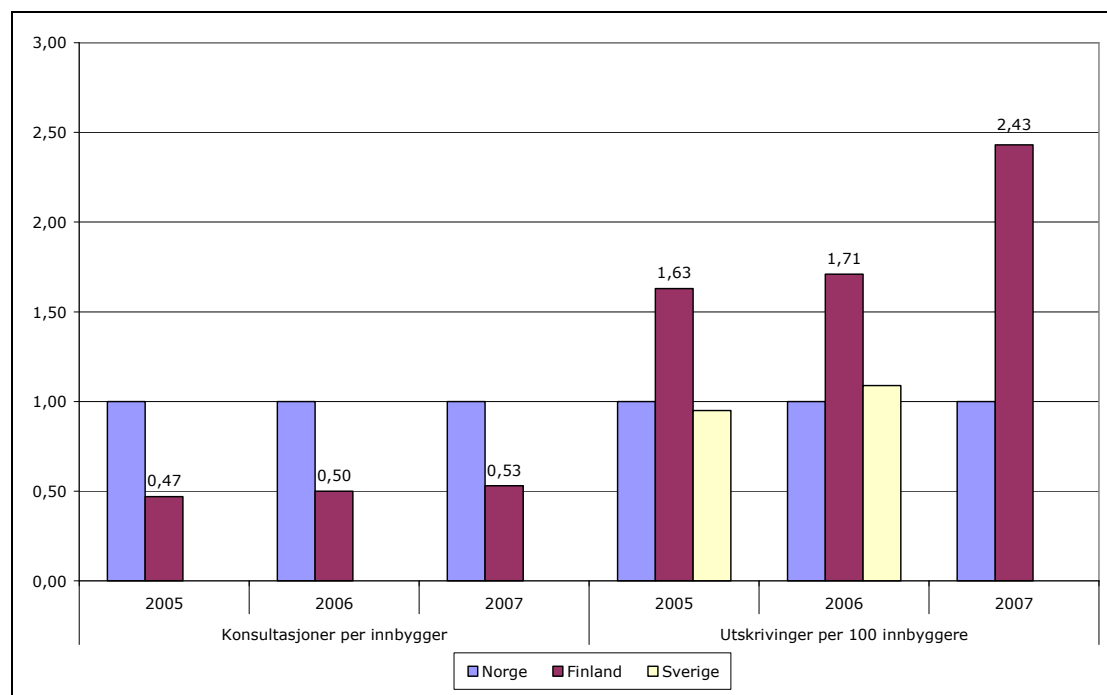
I PHBU gjøres det meste av behandlingen poliklinisk (i Norge mer enn 95 prosent). Omfanget av døgnbehandling for pasienter i PHBU er dermed relativt lite, men dette er meget ressurskrevende behandling. I Norge utgjorde personellinnsatsen i døgnavdelinger mer enn 50 prosent av samlet personellinnsats, mens andel pasienter var mindre enn 5 prosent.<sup>67</sup>

Figur 6.2 viser bruk av polikliniske konsultasjoner og døgnopphold (utskrivninger) per innbygger relativt til Norge. Sammenlignet med Finland har Norge en vesentlig høyere rate for poliklinisk virksomhet, mens det for døgnbehandling er motsatt. For begge omsorgsnivå har imidlertid veksten i Finland vært (noe) høyere enn i Norge. Sverige har som figuren viser et nivå på døgnbehandling på linje med det norske.

Det er også gjort beregninger av dekningsgrad, dvs pasienter per innbygger, for poliklinisk virksomhet. Målt mot både Finland og Danmark, om enn metodisk noe forskjellig, viser beregningene at Norge har en høyere dekningsgrad enn de to andre landene. I rapporten til Kittelsen et al. (2009) opplyses det imidlertid at tilbud i kommunene kan være forskjellig mellom landene og at korrigering for dette kan redusere de forskjellene som observeres.

---

<sup>67</sup> Bjørngaard (2008).



Figur 6.2 Forbruksnivå (konsultasjoner og utskrivninger) relativt til Norge for psykisk helsevern for barn og unge. Norge = 1.  
Kilde: Kittelsen et al. (2009)

### 6.3.3 Psykisk helsevern for voksne

Det er også for psykisk helsevern for voksne (PHV) mangler i data fra de nordiske landene. Dette gjelder i hovedsak for polikliniske virksomhet.

Tabell 6.1 viser polikliniske konsultasjoner per innbygger, både absolutt og relativt til Norge. Det fremgår av tabellen at Finland fra 2005 til 2007 har gått fra et nivå under til et nivå over Norge i antall konsultasjoner per innbygger. Men forskjellene mellom landene er ikke store.

Det fremgår videre at fordelingen mellom sykehus og desentraliserte institusjoner (DPS, helsesentra) er forskjellig i Finland og Norge, hvor Norge har en relativt høy andel utenfor sykehus.

Tabell 6.1 Polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere 18 år og eldre.  
Kilde: Kittelsen et al. (2009).

	Rater – polikliniske kons.			Rater – polikliniske kons.		
	(per 1000 innbygger 18 år+)			- relativt til Norge		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Finland	223.0	278.1	282.0	91	107	104
- sykehus	215.1	198.9	196.8			
- helsesentra	7.9	79.2	85.2			
Norge	244.5	259.6	271.7	100	100	100
- sykehus	44.6	40.4	43.1			
- DPS	199.9	219.0	228.6			

I tabell 6.2 vises bruken av døgnbasert behandling i de nordiske landene. Norge har et høyere nivå på bruk av denne type tilbud enn alle de andre landene. Kittelsen et al. påpeker at disse resultatene bare delvis bekreftes i statistikken presentert i NOMESCO, hvor Sverige og Finland lå noe høyere i 2005. Også for døgnbasert behandling har Norge en større andel i desentraliserte institusjoner (DPS-er) enn i Finland (helsesentra).

Tabell 6.2 Utskrivninger døgnbehandling per 1000 innbyggere 18 år og eldre.  
Kilde: Kittelsen et al. (2009).

	Rater - utskrivninger døgnpasienter			Rater - utskrivninger døgnpasienter		
	(per 1000 innbyggere 18 år+)			- relativt til Norge		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Finland	10.4	10.4	11.7	82	78	89
- sykehus	8.4	8.3	9.3			
- helsesentra	2.0	2.1	2.4			
Sverige	11.7	11.8		92	88	
Danmark	9.0	9.0	9.1	71	67	69
Norge	12.7	13.4	13.2	100	100	100
- sykehus	7.6	8.2	7.9			
- DPS	5.1	5.1	5.2			

#### 6.4 Forskjeller i kostnadsnivå – kostnadsdeflator

Internasjonale sammenligninger medfører store utfordringer når det gjelder håndtering av forskjeller i prisnivå/kostnadsnivå og det at landene har ulik valuta. Til dette trengs det en deflator som omgjør ulike lands kostnadstall til en sammenlignbar felles valuta. Det eksisterer deflatorer internasjonalt (OECD) som benyttes på kostnadstall for helse, men disse er i mindre grad tilpasset den delen av helsetjenesten som er i fokus her: spesialisthelsetjenesten. Kittelsen et al. (2009) har utarbeidet en kostnadsdeflator for sykehusvirksomhet som er vektet med 60 prosent for lønnskostnader og 40 prosent for andre kostnader. For lønnskostnadsdelen av deflatoren har det blitt benyttet særskilte data i prosjektet, mens det for andre kostnader enn lønn (40%-en) benyttes OECD sin GDP-PPP indeks. I tabell 6.3 vises kostnadsdeflatoren og dets to elementer; lønnskostnadsdeflatoren og deflatoren for andre kostnader. Disse deflatorene viser kostnadsnivået i de andre landene relativt til nivået i Norge i 2007.

Tabell 6.3 viser at kostnadsnivået i Norge har ligget over nivået i de andre landene alle de tre årene. Samlet for både lønnskostnader og andre kostnader har Norge et noe høyere kostnadsnivå enn Danmark, mens forskjellen mot Sverige og Finland er enda større.

Den høye prisveksten i Norge fra 2006-2007 skyldes i stor grad økning i pensjonskostnader.

Tabell 6.3 Kostnadsdeflatoren og deldeflaterer for lønnskostnader og for andre innsatsfaktorer. Kilde: Kittelsen et al. (2009).

	Utrykt i NOK			Vekstrater		Valutakurs
	2005	2006	2007	2005-06	2006-07	2007
<b>Kostnadsdeflator</b>						
Finland	0.711	0.734	0.756	3.2 %	3.0 %	8.010
Sverige	0.783	0.799	0.813	2.1 %	1.7 %	0.867
Danmark	0.866	0.877	0.899	1.3 %	2.5 %	1.075
Norge	0.888	0.921	1.000	3.8 %	8.6 %	1.000
<b>Lønnskostnadsdeflator</b>						
Finland	0.635	0.654	0.682	2.9 %	4.3 %	8.010
Sverige	0.735	0.746	0.771	1.6 %	3.3 %	0.867
Danmark	0.795	0.788	0.817	-0.9 %	3.7 %	1.075
Norge	0.855	0.886	1.000	3.6 %	12.8 %	1.000
<b>Deflator for andre innsatsfaktorer (GDP-PPP)</b>						
Finland	0.824	0.853	0.867	3.6 %	1.6 %	8.010
Sverige	0.855	0.879	0.876	2.8 %	-0.4 %	0.867
Danmark	0.972	1.011	1.021	4.0 %	1.1 %	1.075
Norge	0.936	0.973	1.000	3.9 %	2.8 %	1.000

### 6.5 Lønn og kostnader i nordiske land

I dette avsnittet presenteres først tall for lønnsnivå i landene. Deretter fokuseres det på forskjeller i ressursbruk (kostnader).

#### *Lønnsnivå for helsepersonell i nordiske land*

Det er forskjeller i lønnsnivå for helsepersonell i de nordiske landene. Det er både forskjeller for samme personellgruppe mellom landene og relative forskjeller innad i hvert land.

I tabell 6.4 vises relativt lønnsnivå i 2006<sup>68</sup> for personellgruppene målt opp mot lønnsnivået i Norge (satt lik 100). Norge har et høyere lønnsnivå for alle personellgrupper. Danmark har relativt sett lavest nivå for leger, mens for sykepleiere er det Finland som ligger lavest. Finland har også et relativt lavt lønnsnivå for psykologer.

<sup>68</sup> Det er benyttet data for 2006 for å unngå problemer med sammenlikningen ved den særnorske økningen i pensjonskostnader i 2007.

Tabell 6.4 Relative lønnskostnader i 2006 innen hver yrkeskategori på tvers av land. Kilde: Kittelsen et al. (2009).

	Finland	Sverige	Danmark	Norge
Leger	88 %	87 %	81 %	100 %
Sykepleiere og spesialsykepleiere	70 %	83 %	88 %	100 %
Psykologer	65 %	83 %	92 %	100 %
Bioingeniører	n.a.	82 %	90 %	100 %
Radiografer og audiografer	70 %	88 %	92 %	100 %
Fysioterapeuter, ergoterapeuter	64 %	84 %	91 %	100 %
Sosionomer, barnevernspedagoger	72 %	88 %	96 %	100 %
Sekretærer og Legesekretærer	72 %	84 %	99 %	100 %
Hjelpepleiere	70 %	84 %	96 %	100 %
Samlet (lønnskostnadsdeflator)	74 %	84 %	89 %	100 %

I tabell 6.5 vises relativt lønnsnivå mellom personellgruppene innad i hvert land. Lønnsnivået er målt relativt til legene (satt lik 100). Tabellen viser at finske leger har et høyere relativt lønnsnivå sammenlignet med de andre landene. Danmark har mindre relative forskjeller enn det som observeres i de andre landene. Det relative lønnsnivået for psykologer varierer betydelig mellom landene, men også for radiografer/audiografer og fysioterapeuter/ergoterapeuter er det vesentlig forskjeller mellom landene.

Tabell 6.5 Relative lønnskostnader i 2006 innen hvert land på tvers av yrkeskategorier. Kilde: Kittelsen et al. (2009).

	Finland	Sverige	Danmark	Norge
Leger	100 %	100 %	100 %	100 %
Sykepleiere og spesialsykepleiere	42 %	50 %	56 %	56 %
Psykologer	47 %	57 %	69 %	65 %
Bioingeniører	n.a.	45 %	53 %	51 %
Radiografer og audiografer	38 %	49 %	55 %	51 %
Fysioterapeuter, ergoterapeuter	34 %	45 %	52 %	50 %
Sosionomer, barnevernspedagoger	41 %	50 %	56 %	52 %
Sekretærer og Legesekretærer	32 %	38 %	48 %	41 %
Hjelpepleiere	35 %	39 %	50 %	44 %

#### *Ressursbruk i de nordiske landene*

Det har tidligere i kapitlet blitt påpekt at spesialisthelsetjenesten defineres forskjellig i de 4 nordiske landene. Det er derfor ved gjennomgang av ressursbruk nødvendig å avgrense sammenligningen til å gjelde sykehusaktivitet. Et ytterligere kompliserende forhold er at kostnadstallene fra Danmark, Sverige og

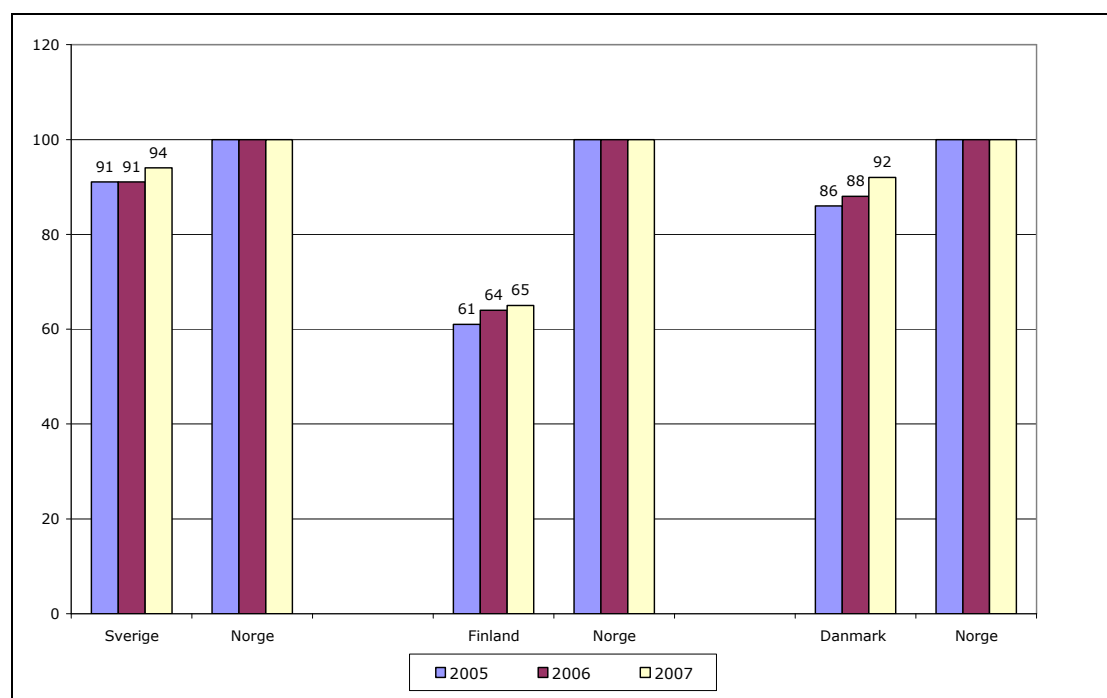
Finland ikke er direkte sammenlignbare. Det er imidlertid mulig å tilpasse norske data til de enkelte lands data, og det er derfor gjort bilaterale sammenligninger.<sup>69</sup>

I sammenlikningen mellom Norge og Sverige inkluderes kostnader til egne sykehus/helseforetak, kostnader ved private sykehus og private spesialister finansiert av län/helseforetak.

I sammenlikningen mellom Norge og Finland inkluderes kostnader til offentlige sykehus/helseforetak og helsesentra, mens kostnader ved private sykehus og private spesialister er ekskludert.

I sammenlikningen mellom Norge og Danmark inkluderes kostnader til egne sykehus/helseforetak og kostnader til undervisning/forskning, mens kostnader ved private sykehus og private spesialister er ekskludert.

Figur 6.3 viser at Norge bruker mer ressurser i somatisk del av spesialisthelsetjenesten enn de tre andre nordiske landene, og at særlig forskjellen mot Finland er markert. Sammenliknet med Sverige og Danmark er ikke forskjellene store. Resultatene viser også at forskjellene reduseres over tid, da det var en noe sterkere vekst i ressursbruken i de andre landene enn i Norge i perioden 2005-2007.



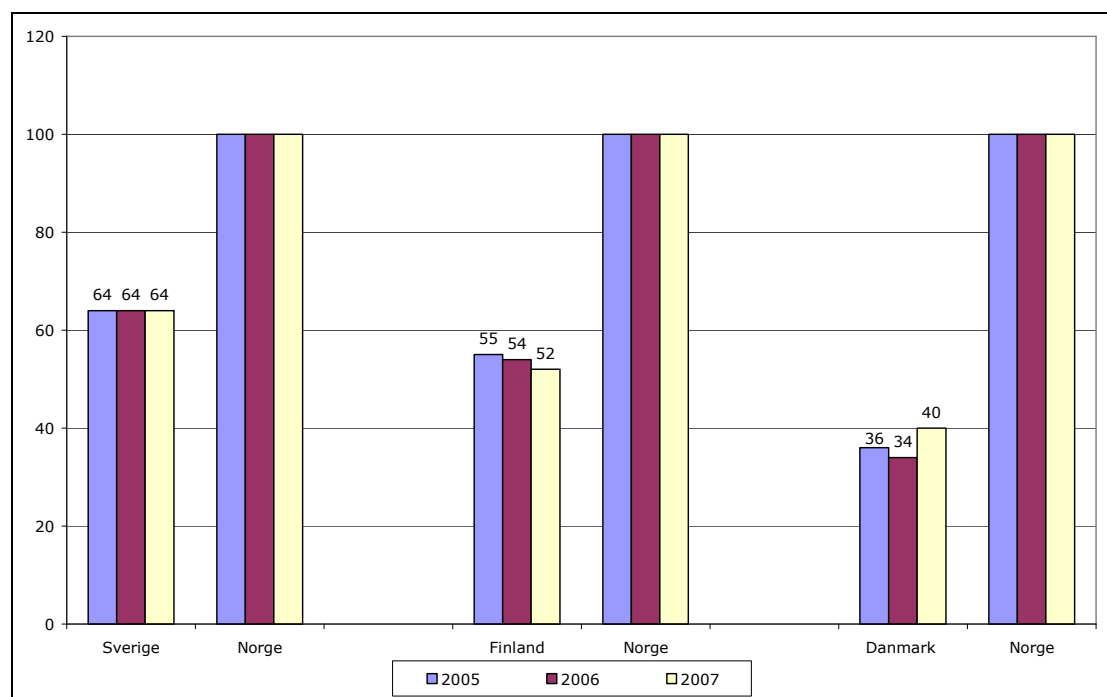
Figur 6.3 Kostnader per innbygger til somatisk virksomhet i de nordiske landene i prosent av nivå i Norge. I norske kroner. Deflatert til 2007-nivå. Kilde: Kittelsen et al. (2009).

Analysene av ressursbruk i psykisk helsevern viser store forskjeller mellom Norge og de tre andre nordiske landene, som vist i figur 6.4. Kittelsen et al. (2009) fremhever for alle de tre bilaterale sammenlikningene at det kan være faktorer som ikke er fanget opp i datagrunnlaget og som kan tilsi at forskjellene ikke er så store. Samtidig poengteres det at man i Norge har hatt en opptrappingsplan for

<sup>69</sup> Kittelsen et al (2009) har sammenholdt sine resultater med det som presenteres i OECD, og det viser seg at rangeringen mellom landene er tilnærmet lik mellom datasettene.

psykisk helsevern siste 10 år, og at det er rimelig at dette slår ut i et høyt ressursnivå i Norge. Det har ikke vært tilsvarende opptrappingsplaner i de andre landene.

For psykisk helsevern har forskjellene mellom landene vært mer stabile i perioden, med unntak av Danmark, hvor det har vært en noe sterkere vekst enn i Norge siste år.



Figur 6.4 Kostnader per innbygger til deler av psykisk helsevern i de nordiske landene i prosent av nivå i Norge. I norske kroner. Deflatert til 2007-nivå. Kilde: Kittelsen et al. (2009).

## 6.6 Produktivitet i nordiske land

Kittelsen et al. (2009) har benyttet data om aktivitet og ressursbruk presentert i dette kapitlet for å beregne produktivetsnivå og -utvikling for de nordiske landene i perioden 2005 til 2007. I tillegg til å beregne størrelser for produktivitet har de analysert om strukturelle og økonomiske forhold i landene kan bidra til å forklare beregnede variasjoner.

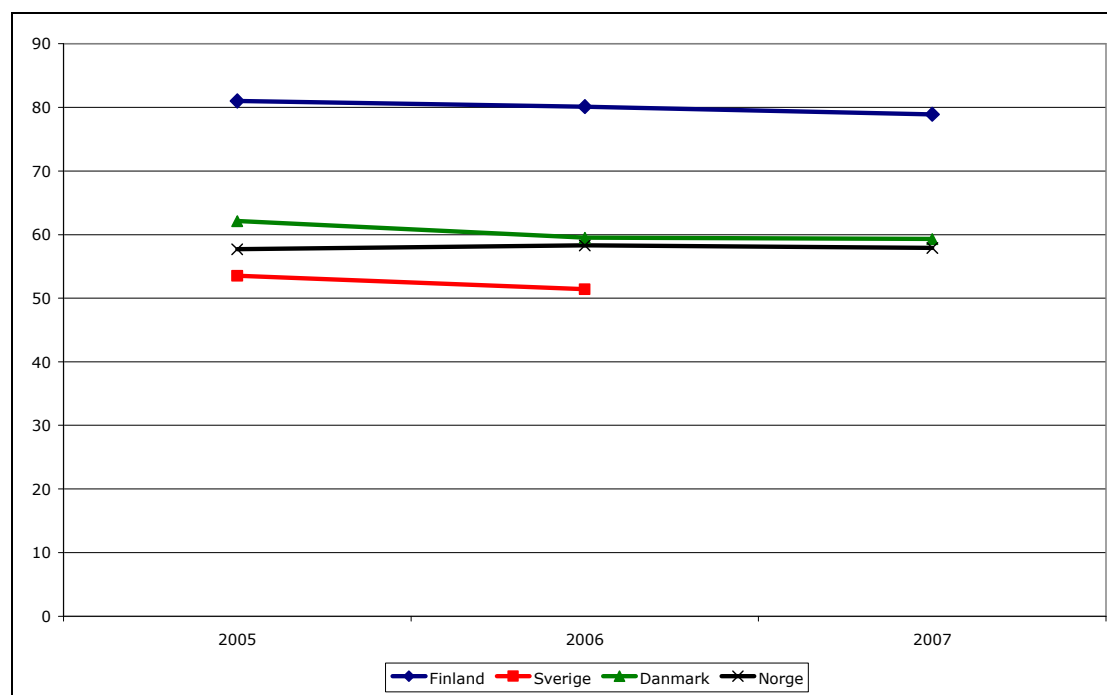
Det er gjennomført analyser for både somatisk virksomhet og psykisk helsevern, men produktivetsberegningene for sistnevnte vurderes å være for usikre til å bli presentert i foreliggende rapport. Det vil derfor kun bli fokus på somatisk virksomhet.

Aktivitetsstørrelsene ved beregning av produktivitet er DRG-poeng for døgnopphold, DRG-poeng for dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Det benyttes en innsatsfaktor: driftskostnader.

Figur 6.5 viser nivå og utvikling i gjennomsnittlig produktivitet for de 4 nordiske landene i perioden 2005 til 2007. Det fremgår av figuren at det er store variasjoner mellom landene, og da særlig mellom Finland og de tre andre landene. Forskjellene er stabile over tid, ved at nivået er stabilt eller svakt fallende i perioden.

Nærmere analyser viser at produktivetsnivået i Sverige dras ned av noen få svært store enheter (enheten i Sverige er län), mens det i Finland er mange små enheter som bidrar til et høyt gjennomsnittsnivå for landet.

Når det tas hensyn til strukturelle og økonomiske forhold, som omfang av forskning og undervisning (universitetssykehus), befolkningssammensetning i hovedstadsområde, forskjeller i liggetid og størrelse på sykehusene/länene, reduseres forskjellene mellom landene. Finland har fortsatt høyest produktivitet, men forskjellen til Norge reduseres med 7,5 prosentpoeng (fra 25 til 17,5 prosent). Forfatterne finner ikke at forskjellene mellom Norge og de to andre landene er signifikante når det tas hensyn til ovennevnte forhold.



Figur 6.5 Utvikling i gjennomsnittlig produktivitet i somatisk virksomhet fra 2005 til 2007. Kilde: Kittelsen et al. (2009).



## Del IV: Datagrunnlag og kilder

Utvalgets rapport er basert på følgende kilder:

### Ressursbruk

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

SSB og SINTEF 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.

### 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. Datagrunnlaget er alle pasienter som er behandlet ved norske sykehus uavhengig av nasjonalitet. Utvalgets aktivitetstall vil kunne avvike fra andre presentasjoner på følgende områder:

Statistisk sentralbyrå (SSB) presenterer oversikt over opphold (fordelt på type), men ikke DRG-poeng. SSB utelater imidlertid en del opphold som inngår i NPR sitt grunnlag; rehabiliteringsinstitusjoner, fødestuer og friske nyfødte. Det vil dermed være forskjeller mellom SSB og NPR sine tall for antall opphold ved norske sykehus. I Vedlegg SV4 "Datagrunnlag og definisjoner pasientdata. Somatisk sektor" til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 er det beskrevet nærmere hva som inngår i data presentert av NPR, SAMDATA og SSB ([www.sintef.no/Projectweb/Startsiden](http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden)). For 2008 er datagrunnlaget hos NPR, SAMDATA og BUS-rapporten det samme.

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

Aktiviteten for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er for 2008 basert på skjemadata rapportert til SSB både for døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. SINTEF Helsetjenesteforskning har bearbeidet data for polikliniske konsultasjoner og innhentet supplerende poliklinikkdata fra sentrene for legemiddelassistert rehabilitering. Kompetansesenteret i Helse Sør-Øst for Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er kilde for antall LAR pasienter i landet.

HelseDirektoratets avdeling for pasientklassifisering, økonomi og analyse presenterer oversikter over utbetalingsgrunnlaget for ISF. Dette vil kunne avvike fra registrerte DRG-poeng hos NPR fordi utenlandske statsborgere, "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 St.prp 1.

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

Aktivitet poliklinisk laboratorie og radiologiaktivitet

Data er hentet fra KUHR i Helsedirektoratet.

Aktivitet forskning

Data om forskningspoeng er beregnet av NIFU STEP på oppdrag fra HOD.

Aktivitet utdanning av helsepersonell

Data for antall turnusleger/-plasser er hentet fra SAFH og Legeforeningen. Data om leger i spesialisering er hentet fra Legeforeningen.

Produktivitet

Data for produktivitet i somatisk sektor og psykisk helsevern er utarbeidet av SINTEF Helsetjenesteforskning.

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. For perioden 2002 til 2004 er data bearbeidet av Deloitte Consulting. Investeringsdata for 2005-2008 er hentet fra de regionale helseforetakenes årsregnskap. Tallene fra 2002-2004 er derfor ikke direkte sammenlignbare med tallene fra 2005-2008.

Lønnsnivå

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

Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten i Norden

Utvalgets beskrivelse av nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten i Norden er basert på rapporten S. Kittelsen et al. *"En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007"*, SINTEF rapport A12200, juli 2009.

#### Øvrige kilder

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

#### Rapporter som refereres til

*Personalkostnader i spesialisthelsetjenesten*. Rapport fra PricewaterhouseCoopers august 2009.

*SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007*. J H Bjørngaard (red) SINTEF rapport A7840, 2008.

*Ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetakene i 2007*, NIFU STEP Rapport 50/2008