

Årsrapport

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten

Juli 2005

Forord

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten leverer med dette sin første årsrapport. Utvalget fokuserer på helseforetakenes utvikling med hensyn til ressursinnsats, aktivitet og økonomisk situasjon. Hovedvekten legges på situasjonen i 2004, men denne settes i sammenheng med utvikling i tidligere år. Rapporten er basert på tilgjengelige data, primært fra Statistisk Sentralbyrå, Norsk Pasientregister, Sintef Helse, de regionale helseforetakenes regnskaper samt informasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Utvalget har hatt nytte av dialog med Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene i arbeidet med rapporten.

Oslo, 8. juli 2005

Jon Magnussen
Leder

Helge Bryne

Marianne Nordby Fålun

Tor Iversen

Cecilie Mo Batalden

Karl Georg Øhrn

Katarina Østergren

Arne-Petter Sanne

Forord.....	2
1 Utvalgets mandat og sammensetning.....	4
2 Sammendrag og vurderinger.....	5
2.1 Ressursinnsats i somatikk og psykisk helsevern.....	5
2.2 Aktivitet	6
2.3 De regionale helseforetakenes økonomiske situasjon.....	8
2.4 Utvikling i kostnader.....	9
2.5 Regionale forskjeller	10
2.6 Utvalgets vurderinger og forslag	10
3 Nasjonal utvikling.....	12
3.1 Ressursinnsats i somatikk og psykisk helsevern.....	12
3.2 Aktivitet	14
3.2.1 Somatikk	14
3.2.2 Psykisk helsevern.....	17
3.2.3 Forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern.....	18
3.3 Helseforetakenes økonomiske situasjon	19
3.4 Utvikling i kostnader.....	21
3.4.1 Lønnsutvikling	22
3.4.2 Medikamenter og medisinske forbruksvarer	24
3.4.3 Avskrivninger og investeringer.....	24
3.4.4 Rentekostnader.....	26
4 Regional utvikling.....	27
4.1 Ressursinnsats i somatikk og psykisk helsevern.....	27
4.2 Aktivitet	29
4.2.1 Somatikk	29
4.2.2 Psykisk helsevern.....	30
4.2.3 Bruk av private sykehus.....	31
4.3 Helseforetakenes økonomiske situasjon	32
4.4 Kostnadsutvikling	33
4.4.1 Lønnskostnader	33
4.4.2 Medikamenter og medisinske forbruksvarer	35
4.4.3 Rentekostnader.....	35
4.4.4 Låneopptak og likviditet	36
5. Datakilder og innsamling.....	38

1 Utvalgets mandat og sammensetning

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

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

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

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

Utvalgets oppgaver er:

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

Utvalgets sammensetning:

Professorstipendiat Jon Magnussen, Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (leder)

Professor Tor Iversen, Universitetet i Oslo

Førsteamanuensis Katarina Østergren, Norges Handelshøyskole

Viseadministrerende direktør Helge Bryne, Helse Vest RHF

Økonomidirektør Marianne Nordby Fållun, Akershus Universitetssykehus HF

Seniorrådgiver Cecilie Mo Batalden, Helse- og omsorgsdepartementet

Rådgiver Karl Georg Øhrn, Finansdepartementet

Utvalgets sekretariat:

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

2 Sammendrag og vurderinger

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten skal gjennom sitt arbeid bidra til å framskaffe et faktagrunnlag som underlag for fastsetting og fordeling av budsjetterammene i spesialisthelsetjenesten. Utvalget har valgt å bygge opp årets rapport etter fire sentrale spørsmål:

For det første; *hvor stor er (den reelle) ressursveksten i sektoren?* I dette ligger primært en vurdering av hvorvidt sektoren opplever en reell vekst i sin ressurstilgang, men også hvordan denne veksten fordeles mellom spesialisthelsetjenestens ulike oppgaver. Med de data som er tilgjengelige avgrenses diskusjonen i år til forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern. Fra neste år er målsettingen at også viktige funksjoner som rusomsorg og syketransport, samt lovpålagte oppgaver som forskning og undervisning skal kunne gjøres gjenstand for en diskusjon.

For det andre; *hvor stor er aktivitetsveksten i sektoren?* I dette ligger en vurdering både av størrelsen av aktivitetsveksten, en vurdering av hvordan denne veksten fordeles mellom ulike oppgaver og av forholdet mellom faktisk aktivitetsutvikling og de forutsetninger som gjøres når Stortinget fastsetter de økonomiske rammebetingelsene for spesialisthelsetjenesten.

For det tredje; *hvordan er helseforetakenes økonomiske situasjon?* Mens vurderinger av ressursvekst og aktivitet tar utgangspunkt i hva som faktisk er forbrukt/utført, tar diskusjonen av den økonomiske situasjonen utgangspunktet i forholdet mellom kostnader og inntekter. Hvordan kan situasjonen beskrives på kort sikt, og hvor ligger de langsiktige utfordringene?

For det fjerde; *hvordan er kostnadsutviklingen i sektoren?* Hva er de viktigste komponentene som driver kostnadene, skiller lønns- og prisutviklingen i spesialisthelsetjenesten fra andre deler av samfunnet, og i hvilken grad vil overgangen til regnskapsloven gjøre at kapitalkostnader (renter og avskrivninger) får betydning for sektorens økonomi?

Disse spørsmålene¹ beskrives og vurderes både på nasjonalt og regionalt nivå. I dette kapitlet oppsummeres hovedpunktene i rapporten, og utvalget konkluderer med noen områder det mener fortjener et særlig fokus. Kapittel 3 beskriver nærmere den nasjonale utviklingen, mens kapittel 4 omhandler regionale variasjoner. Avslutningsvis gis en kort beskrivelse av datakildene i kapittel 5.

2.1 Ressursinnsats i somatikk og psykisk helsevern

Utvalget har både vurdert i hvor stor grad det har vært en reell vekst i ressurstilgangen i spesialisthelsetjenesten, og det relative forholdet mellom veksten innen somatikk og psykisk helsevern. Ressursinnsats i sektoren måles her gjennom to indikatorer;

¹ Et naturlig femte spørsmål; ”*hvordan er produktivitetsutviklingen?*”, har dessverre ikke latt seg besvare med det tilgjengelige datagrunnlaget, men det er utvalgets ambisjon at dette skal inkluderes i neste års rapport

samlede driftskostnader (ekskl. avskrivninger) og årsverk. For å få et bilde av den reelle veksten korrigeres utgiftsveksten for prisstigning².

- Samlet reell vekst i driftskostnader (ekskl. avskrivninger) etter helseforetaksreformen i 2002 er omlag 6,9 mrd. kroner. Av dette er omlag 2,9 mrd. kroner knyttet til nye oppgaver. Korrigert for nye oppgaver utgjør samlet reell ressursvekst 7,4 %.
- Samlet reell vekst i driftskostnader (ekskl. avskrivninger) til somatiske helsetjenester og psykisk helsevern stipuleres til 2,8 % fra 2003 til 2004. Dette representerte en lavere vekst i forhold til de to foregående år hvor ressursveksten var henholdsvis 4,5 % (2001-02) og 4,8 % (2002-03).
- Samlet vekst i årsverk stipuleres til 0,8 % fra 2003 til 2004. Dette representerte en lavere vekst sammenliknet med de to foregående årene hvor veksten var henholdsvis 3,3 % (2001-02) og 2,9 % (2002-03).
- Vekst i driftskostnader til somatiske helsetjenester fra 2003 til 2004 stipuleres til 2,8 %, tilsvarende for psykisk helsevern til 2,7 %.
- Vekst i årsverk til somatiske helsetjenester stipuleres til 0,5 % fra 2003 til 2004, tilsvarende for psykisk helsevern 1,8 %.

Spesialisthelsetjenesten har helt siden innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997 hatt en jevn og, historisk sett, sterk vekst. Denne utviklingen har også preget de tre første årene etter helseforetaksreformen, men veksten avtar fra 2003 til 2004. Driftskostnadene i somatisk sektor vokser noe raskere enn kostnadene i psykisk helsevern. Årsverksveksten er imidlertid sterkere innen psykisk helsevern, og det er på grunnlag av disse tallene liten grunn til å anta at det fra 2003 til 2004 skjer noen systematisk nedprioritering av psykisk helsevern i forhold til somatisk sektor. Samtidig har finansieringssystemet en innretning som gir sterkere incitament for aktivitetsvekst i somatiske helsetjenester enn innen psykisk helsevern. Dette forsterkes med økende ISF-sats.

2.2 Aktivitet

Utvalget har vurdert i hvilken grad det har vært en aktivitetsvekst innen spesialisthelsetjenesten og samtidig sett på veksten i somatikk i forhold til psykisk helsevern. Aktiviteten innen somatikk måles gjennom DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner. Innen psykisk helsevern måles aktiviteten gjennom antall pasienter og antall polikliniske tiltak/konsultasjoner og refusjoner.

- Veksten i antall registrerte DRG-poeng var fra 2003 til 2004 på 1,6 %.
- Veksten i antall polikliniske konsultasjoner for somatikk var fra 2003 til 2004 på 4,1 %, tilsvarende vekst i polikliniske refusjoner (korrigert for takstendringer) var på 4,9 %.

² Indeks for konsum av helsestell, sosial trygd og velferd i statsforvaltningen. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

- Veksten i antall dagopphold var fra 2003-2004 på 9,8 %, tilsvarende for døgnopphold var 1,6. Det er en klar vridning av aktivitet fra døgnbehandling til dagbehandling og poliklinikk.
- Veksten i antall pasienter innen barne- og ungdomspsykiatrien var fra 2003 til 2004 på 17 %, tilsvarende vekst i polikliniske refusjoner (korrigert for takstendringer) var på 7,6 %.
- Veksten i døgnopphold i psykisk helsevern for voksne var fra 2003 til 2004 på 2,2 %.
- Veksten i antall polikliniske konsultasjoner for psykisk helsevern for voksne var på 7,0 %, tilsvarende vekst i polikliniske refusjoner (korrigert for takstendringer) var på 8,4 %.
- Den relative aktivitetsveksten er fra 2003 til 2004 sterkere i psykisk helsevern enn i somatikken. Særlig gjelder dette barne- og ungdomspsykiatrien.
- Aktivitetsveksten innen somatikk var fra 2003 til 2004 noe høyere enn Stortingets målsetting om nullvekst. Fra 2002 til 2003 var aktivitetsveksten betydelig høyere enn målsettingen.

Både innføringen av innsatsstyrt finansiering i 1997 og opptrappingsplanen for psykisk helse er dels begrunnet i et ønske om økt aktivitet. Helseforetakenes aktivitetsvekst har da også vært sterk i perioden 2001 til 2004, særlig gjelder dette for dagopphold innen somatikken og for barne- og ungdomspsykiatrien. Det er imidlertid vanskelig å gi et presist bilde av den reelle aktivitetsveksten innen somatikk. Vekst i antall registrerte DRG-poeng vil delvis reflektere en reell vekst i aktivitet, delvis en endring i registreringspraksis.

Både i 2002 og 2003 har de regionale helseforetakene hatt en aktivitet innen somatikken som ligger over måltallene fra Stortinget og regjeringen. Helse- og omsorgsdepartementets anslag over aktivitetsvekst korrigert for endring i registreringspraksis var 1 % fra 2003 til 2004. I somatikken er en målsetting om aktivitetsvekst de siste årene blitt erstattet om et ønske om utflating av aktiviteten. Stortingets mål for 2005 er et aktivitetsnivå på linje med aktiviteten i 2004. I første tertial 2005 rapporterer flere helseforetak en aktivitet som er lavere enn det de har planlagt og budsjettet med. Det er enda for tidlig å konkludere med hva dette vil bety for 2005 samlet, men dette kan indikere at den utflating av aktivitetsveksten man fikk for somatiske helsetjenester i 2004 fortsetter inn i 2005.

Aktivitetsstyring vil være vanskelig når det er uklarheter knyttet til operasjonalisering og måling av aktivitet. Det er dermed behov for en klargjøring av hvordan endringer i kostnadsvektene og kodeforbedringer skal tas hensyn til ved måling av aktivitet innen somatikken. Tilsvarende problemstillinger vil også være aktuelle etter hvert som man utvikler klassifiseringssystem til bruk innen psykisk helsevern. I den sammenheng er det også et poeng at dagens finansieringssystem ikke i tilstrekkelig grad synes å ta opp i seg den medisinske utviklingen som går i retning fra inneliggende behandling og over til dagbehandling og poliklinisk behandling. Dette kan føre til at helseforetakene ut fra økonomiske hensyn velger et tynge behandlingsnivå enn hva som er medisinskfaglig ønskelig. Den raske medisinskfaglige utviklingen stiller sterke krav til utviklingen og vedlikeholdet av finansieringssystemet.

2.3 De regionale helseforetakenes økonomiske situasjon

Utvalget har vurdert den økonomiske situasjonen i de regionale helseforetakene og for sektoren under ett. Fokus har vært på utvikling av inntekter, kostnader og resultat, samt forpliktelser som følge av låneopptak, gjeldssituasjon og likviditet.

Det har etter helseforetaksreformen vært noe usikkerhet knyttet til helseforetakenes økonomiske rammebetingelser. I hovedsak skyldes dette uklarheter rundt verdifastsetting av poster i åpningsbalansen og hvilke prinsipper som skulle følges ved avskrivning av eiendelene. Som en konsekvens av dette opereres det i sektoren nå med to resultatbegreper: *Regnskapsmessig årsresultat*, slik det framgår av de revisorattesterte regnskapene og *korrigert årsresultat*, som er det resultatmålet eier styrer etter. Korrigert årsresultat vil være høyere enn regnskapsmessig årsresultat fordi dette bygger på andre avskrivningsforutsetninger enn hva som er tilfelle i de revisorgodkjente regnskapene. I sin diskusjon av sektorens økonomiske situasjon forholder utvalget seg til det mål helseforetakene styres etter; det vil si til korrigert årsresultat.

- Samlede inntekter har økt fra 54,8 mrd. kroner i 2002 til 65,4 mrd. kroner i 2004. Samlede kostnader har i samme periode økt fra 57,6 mrd. kroner til 69,1 mrd. kroner.
- Samlet akkumulert korrigert årsresultat var for perioden 2002-2004 på minus 4,7 mrd. kroner.
- De tre årene har hver for seg resultert i samlede korrigerte årsresultat på minus 826 mill. kroner (2002), minus 1973 mill. kroner (2003) og minus 1925 mill. kroner (2004³).
- Det samlede negative korrigerte årsresultatet i 2004 tilsvarte 2,9 % av helseforetakenes samlede inntekter. I 2003 tilsvarte det samlede negative korrigerte årsresultat 3,3 % av de samlede inntekter.
- Samlede lån til investeringer var ved utgangen av 2004 omlag 5,5 mrd. kroner
- Samlet langsiktig gjeld som andel av inntektene økte fra 11,1 % i 2002 til 16,3 % i 2004. Likviditeten ble i samme periode betydelig svekket.
- Samlede tilleggsbevilgninger fra Stortinget i perioden 2002 til 2004 var 5,3 mrd. kroner.

Stortinget har stilt krav om at helseforetakene skal være i regnskapsmessig balanse i 2006. Dette innebærer at balansekravet skyves fram i tid for fjerde gang. Sammen med omfattende og hyppige tilleggsbevilgninger kan dette bidra til å skape usikkerhet og uklarhet rundt rammebetingelser og styringsmål. Samtidig må det vurderes om sektoren er inne i en utvikling som kan være vanskelig å forene med en målsetting om langsiktig balanse mellom inntekter og kostnader. Flere forhold kan peke i den retningen:

- Akkumulerte underskudd (negativt korrigert årsresultat) øker og tilsvarende omlag 7 % av helseforetakenes årlige inntekter.

³ Korrigert resultat er forskjellig fra regnskapsmessig resultat, og vil dermed ikke samsvare med forskjellen mellom regnskapsmessige inntekter og kostnader.

- Nye investeringer finansieres i stor grad med lån. Dette gir framtidige rentekostnader, samtidig som de økte avskrivningene må dekkes inn gjennom effektivisering av driften.
- Det er omstillingsutfordringer knyttet til vedlikehold av eksisterende bygningsmasse, hvor helseforetakenes rammer er basert på gjenanskaffelse av 2/3 av denne.
- Den langsiktige gjelden øker og likviditeten forverres.

Samlet betyr dette at helseforetakene innen sine rammer må finne rom for å betjene økte lånekostnader (renter og avdrag) samtidig som man skal drive i balanse og på sikt dekke inn akkumulert underskudd. Det er også store regionale variasjoner; mens Helse Øst er i balanse hvert år vil Helse Sør måtte bruke nær 15 % av sine samlede inntekter dersom det akkumulerte underskuddet skulle tas inn i løpet av ett år.

2.4 Utvikling i kostnader

Utvalget har vurdert hvilke faktorer som bidrar til utviklingen i kostnader. Fokus har vært på utviklingen i sentrale kostnadskomponenter som lønn, medikamenter og medisinske forbruksvarer og avskrivninger.

- Samlede lønnskostnader⁴ har hatt en vekst fra 2003 til 2004 på 5,4 %.
- Årslønnsveksten i helseforetakene anslås til 7 % fra 2002 til 2003 og 3 % fra 2003 til 2004.
- Lønnsveksten i helseforetakene er høyere enn i samfunnet for øvrig fra 2002 til 2003, men noe lavere fra 2003 til 2004. Samlet anslår utvalget en lønnsvekst i disse to årene i helseforetakene som ligger omlag 2 % over lønnsutviklingen i samfunnet for øvrig.
- Vekst i månedsførtjeneste⁵ før overtid for leger er på vel 17 % fra oktober 2002 til oktober 2004. Mens legene utgjør omlag 10 % av antall årsverk bidrar de med omlag en tredjedel av veksten i samlede lønnskostnader i denne perioden.
- Samlede kostnader til medikamenter og medisinske forbruksvarer har økt med omlag 20 %, fra i underkant av 5 mrd. kroner i 2002 til 6 mrd. kroner i 2004.
- Kostnader til avskrivninger har så langt vært relativt konstant på et nivå på omlag 5 mrd. kroner årlig samlet for spesialisthelsetjenesten.
- Rentekostnader er doblet i perioden men utgjør foreløpig en marginal del i spesialisthelsetjenestens kostnadsbilde.

Sammen med helseforetaksreformen skjedde det en omlegging av lønnsfastsettelsen i helseforetakene. Fra en modell i hovedsak basert på kollektive avtaler er man nå, særlig for legegruppen, på vei over mot en modell med lokale og dels individuelle lønnsavtaler. Lønnsveksten har vært sterk i helseforetakene i perioden fra 2002 til 2004 i en situasjon hvor det også har vært vedvarende og til dels store underskudd.

⁴ Som fremkommet i de revisorgodkjente årsregnskapene.

⁵ Månedsførtjeneste inkludere avtalt lønn og uregelmessige tillegg.

Samtidig kan lønnsveksten variere mellom år, og det er nødvendig å vurdere denne over en lengre periode før man kan konkludere om lønnsvekstens effekt på produktivitet og kostnader.

Kostnadene til medikamenter og medisinske forbruksvarer stiger kraftig i denne perioden. Det har ikke vært mulig å skille pris- og volumvekst i denne utviklingen, men det er likevel grunn til å peke på at økt bruk av nye og dyre medikamenter vil kunne virke kostnadsdrivende.

2.5 Regionale forskjeller

Utvalget har beskrevet utviklingen i de fem regionale helseforetakene i forhold til ressursinnsats, aktivitet, økonomi og kostnadsvekst. Beskrivelsene viser til dels sammenfallende utvikling, men også til dels store forskjeller mellom foretakene innen alle disse områdene.

- Det er avtakende vekst i ressursbruken i alle de regionale helseforetakene bortsett fra i Helse Midt-Norge. Det er også store forskjeller i ressursbruken fra 2003 til 2004 mellom de fem regionale helseforetakene.
- Aktivitetsveksten avtar for somatiske tjenester i alle de regionale helseforetakene, samtidig som den øker innen barne- og ungdomspsykiatrien.
- De regionale forskjellene i ressursinnsats per innbygger forsterkes i perioden. Helse Nord og Helse Midt-Norge bruker relativt sett stadig mer per innbygger, mens Helse Øst bruker relativt sett mindre.
- Helse Vest benytter minst ressurser per innbygger.
- Det er store forskjeller i økonomisk resultat. Helse Øst går i regnskapsmessig balanse alle tre årene. Både Helse Midt-Norge og Helse Sør har i 2003 og 2004 underskudd som overstiger 5 % av samlede inntekter. Helse Sør står alene for mer enn 40 % av det akkumulerte underskuddet.
- Det er betydelige lønnsforskjeller mellom de regionale helseforetakene.

Utvalget har ikke gjort analyser av forholdet mellom faktisk aktivitet/ressursinnsats og regionale behov. Fordeling av basistilskudd til de regionale helseforetakene skjer i dag dels etter et sett kriterier utviklet av Hagen-utvalget i 2003. Det foregår nå en faglig debatt knyttet til det metodiske grunnlaget for kostnadsnøklerne. I en situasjon hvor en stadig større del av basisbevilgningen fordeles etter denne typen kriterier er det etter utvalgets oppfatning behov for å foreta en gjennomgang av kostnadsnøklerne.

2.6 Utvalgets vurderinger og forslag

Basert på sin gjennomgang av tilgjengelige data for ressursinnsats, aktivitet og økonomi er utvalgets samlede vurdering:

- Det bør arbeides mot en felles forståelse i sektoren av begrepet aktivitet. Særlig innebærer dette klarhet i prinsipper og metoder for beregning av kodeforbedring i DRG-systemet. Også for poliklinisk aktivitet er det imidlertid behov for en harmonisering mot dag/døgnbehandling.

- Det bør arbeides kontinuerlig med utvikling og vedlikehold av DRG-systemet på en slik måte at systemet på best mulig måte ivaretar behovet for nøytralitet i finansieringssammenheng.
- Det bør etableres felles prinsipper for regnskapsmessig fordeling av kostnader og ressurser mellom ulike funksjoner (somatikk/psykisk helsevern/rusomsorg osv.) slik at det på en mer presis måte blir mulig å knytte reelle kostnader mot funksjon.
- Kostnadsnøkklene som brukes ved fordeling av basistilskudd til de regionale helseforetakene bør gjennomgås og eventuelt oppdateres.
- Det bør arbeides mot en mer enhetlig og samordnet presentasjon av nøkkeltall for sektoren.

3 Nasjonal utvikling

I dette kapitlet beskrives utviklingen på nasjonalt nivå. Beskrivelser og diskusjoner er basert på det datagrunnlaget⁶ og den informasjon som har vært tilgjengelig for utvalget per 1. juli 2005. Fire forhold beskrives:

- Ressursinnsats
- Aktivitet
- Økonomi
- Kostnader

3.1 Ressursinnsats i somatikk og psykisk helsevern

Ressursveksten i sektoren har tradisjonelt vært målt gjennom å se på utviklingen i totale driftskostnader (ekskl. avskrivninger) og utvikling i antall årsverk. Gjennom å deflatere med prisindeks for kommunalt konsum har man også kunnet presentere tall for realvekst⁷. For at dette skal være meningsfullt kreves det imidlertid at kostnader og årsverk er knyttet til sammenliknbare oppgaver. Siden 2002 har de regionale helseforetakene fått ansvaret for nye oppgaver som syketransport, rusomsorg og behandlingshjelpemidler.

Tabell 3.1: Ressursinnsats målt som driftskostnader ekskl. avskrivninger, faste priser 2002-2004 - Kilde: Sintef Helse

Beløp i mill. kr	2002	2003	2004	2002- 2003	2003- 2004
Driftskostnader (ekskl. avskrivninger)	57 213	59 803	64 107	4,5 %	7,2 %
Somatikk	43 185	45 394	46 661	5,1 %	2,8 %
Psykisk helsevern ⁸	10 915	11 287	11 427	3,4 %	1,2 %
Rusomsorg			1 748		
Syketransport			891		
Annet	3 113	3 122	3 380	0,3 %	8,3 %

Utvalgets tallgrunnlag i dette avsnittet er det samme som ligger til grunn for presentasjonen i Samdata⁹. Sammenlikningstall for rus er ikke tilgjengelige, men vil foreligge fra og med 2005. Figur 3.1 viser årlig *real* kostnadsvekst i somatikk og psykisk helsevern for perioden 2001 til 2004. For å få sammenliknbare tall er veksten for psykisk helsevern korrigert for rusomsorg på en slik måte at den skal beskrive reell vekst i sammenliknbare størrelser mellom de to årene. Det presiseres at dette er en korreksjon med betydelig usikkerhet.

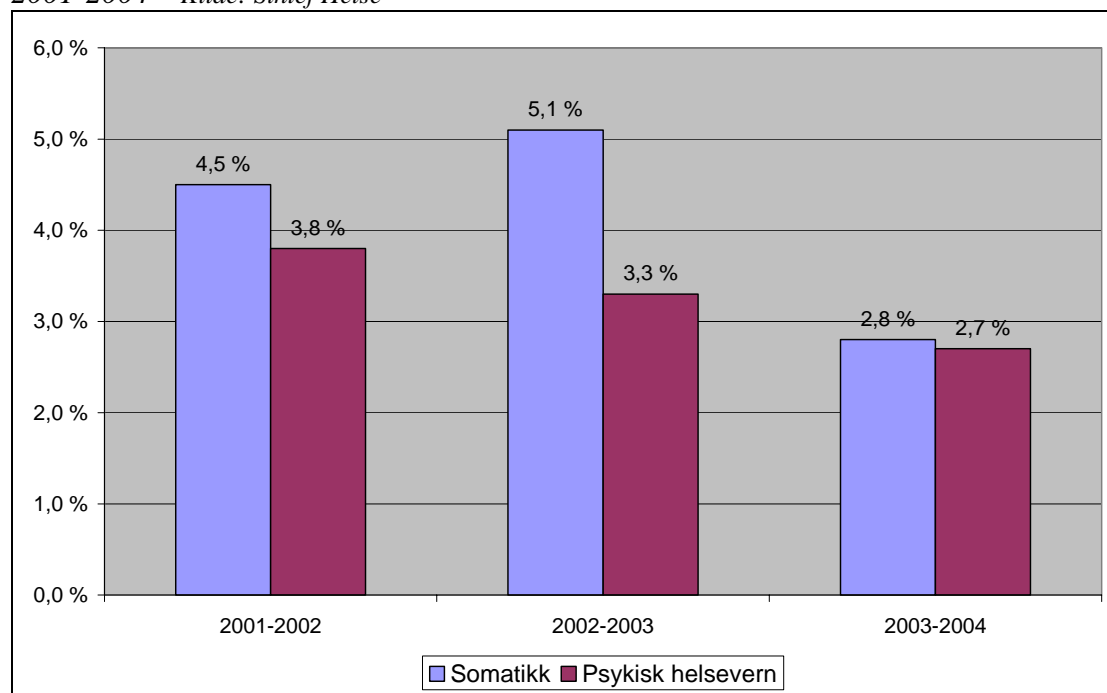
⁶ For nærmere omtale av datagrunnlaget henvises til kapittel 5.

⁷ Fra 2003 har man deflatert med indeks for konsum av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen.

⁸ I 2003 inkluderer psykisk helsevern også noe rusomsorg. Endringen fra 2003 til 2004 er derfor ikke dekkende for endring i psykisk helsevern. Se figur 3.1

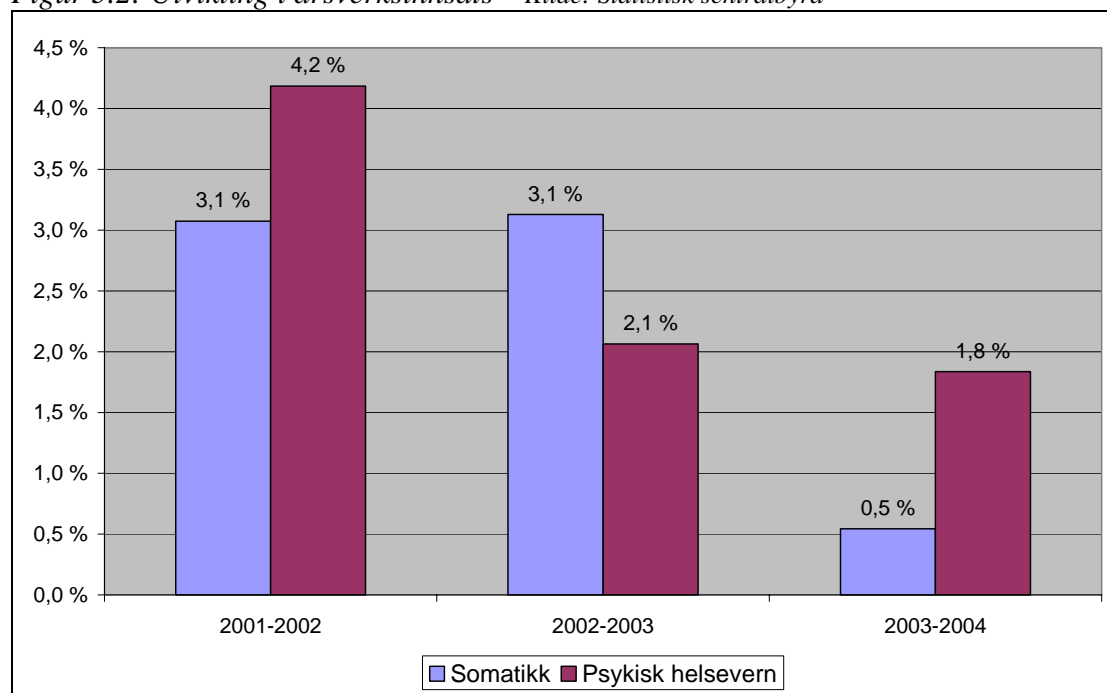
⁹ Det kan være små avvik mellom utvalgets tall og Samdata som skyldes at utvalget i noen tilfeller har fått sine tall før den endelige kvalitetssikringen i Samdata har vært avsluttet.

Figur 3.1: Realvekst ressursinnsats målt som driftskostnader ekskl. avskrivninger 2001-2004 – Kilde: Sintef Helse



Ressursveksten er avtakende for somatiske tjenester fra 2003 til 2004. Med de forbehold som må tas for usikkerhet knyttet til korreksjon for rusomsorg, er ressursveksten innen psykisk helsevern omlag på samme nivå i 2004 som i 2003. Dette understøttes av figur 3.2, som viser utvikling i årsverksinnsatsen i perioden 2001-2004.

Figur 3.2: Utvikling i årsverksinnsats – Kilde: Statistisk sentralbyrå



Basert på foreliggende tall er utvalgets vurdering at det ikke ser ut til å skje noen omfattende endring i forholdet mellom psykisk helsevern og somatiske tjenester.

Samtidig er det grunn til å peke på de store usikkerhetene som er knyttet til dette datagrunnlaget. I mange helseforetak er somatikk og psykisk helsevern tett integrert og benytter mange ressurser felles. Det finnes ikke faste retningslinjer for hvordan disse fellesressursene skal fordeles mellom somatikk og psykisk helsevern. Dette innebærer at det både kan oppstå tilfeldige regionale forskjeller og svingninger over tid som ikke gjenspeiler den reelle fordelingen av ressurser mellom somatikk og psykisk helsevern.

3.2 Aktivitet

Utvalget fokuserer her på den samlede aktivitetsutviklingen for perioden 2001 til 2004. Vurderingen er basert på tilgjengelige datakilder; i hovedsak Norsk Pasientregister (NPR) og Sintef Helse. Utvalget vil påpeke at det er vanskelig å gi et entydig svar på spørsmålet "hvor stor er aktivitetsveksten?" Dels skyldes dette at det dreier seg om flere typer aktivitetsmål, dels skyldes det at fra Statistisk Sentralbyrå, Norsk Pasientregister og Sintef Helse PaFi i dag publiserer ulike tall over aktivitetsutvikling¹⁰.

3.2.1 Somatikk

Flere ulike mål benyttes for aktivitet innen somatikken, og alle mål uttrykker en del av et samlet bilde. Aktivitetsutviklingen innen somatikken presenteres i tabell 3.2.

Tabell 3.2: Årlig aktivitetsvekst somatikk - Kilde: Norsk Pasientregister, Sintef Helse og Helse- og omsorgsdepartementet

	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2001-2004
Alle opphold (dag og døgn)	8,9 %	9,4 %	4,3 %	24,3 %
Døgnopphold ¹¹	8,1 %	5,7 %	1,6 %	16,1 %
Dagopphold	10,6 %	17,4 %	9,8 %	42,6 %
DRG-poeng ¹²	7,9 %	7,5 %	1,6 %	17,9 %
Grunnlag ISF-utbetalinger (ca tall) ¹³	2,5 %	7,0 %	1,0 %	10,8 %
Polikliniske konsultasjoner	1,7 %	5,9 %	4,1 %	12,2 %

Fra tabell 3.2 kan man slutte:

- Veksten i antall opphold har vært sterk i perioden 2001-2004, og særlig har veksten vært sterk for dagopphold, som har økt i antall med 42,6% i løpet av treårsperioden. Går man inn i tallene for døgnopphold framgår det også at det særlig er opphold med kort liggetid som har økt.
- Veksten i antall polikliniske konsultasjoner har vært svakere enn veksten for både dag- og døgnopphold.
- Veksten i ISF-utbetalinger er lavere enn veksten i DRG-poeng. Deler av veksten i antall DRG-poeng blir ikke utbetalt; den regnes m.a.o. ikke som "reell" aktivitetsvekst.

¹⁰ Dels dreier dette seg om forskjeller i datagrunnlag, dels om bruk av opphold kontra DRG-poeng.

¹¹ Fra 2002 inngår friske nyfødte i grunnlaget. Dette forklarer deler av den kraftige veksten i opphold dette året.

¹² Kilde: Norsk pasientregister/Pafi.

¹³ Jf. St. prp. nr 1 (2003-2004), St. prp. nr. 1 (2004-2005)

- Uavhengig av hvordan man måler aktivitet er det en avtakende aktivitetsvekst fra 2003 til 2004.

Innen somatikken brukes DRG-poeng som mål på aktivitet, og reflekterer både endring i antall opphold og endring i pasientsammensetning. I perioden 2001-2004 har antall registrerte DRG-poeng i de regionale helseforetakene økt med 17,9 %. Antall DRG-poeng kan øke selv om antall opphold går ned, forutsatt at pasientsammensetningen blir tyngre fra ett år til et annet. Antall DRG-poeng øker også dersom sykehusene endrer sin koderegistrering slik at DRG-indeksen (mål for pasientsammensetning) øker. Flere DRG-poeng kan også bli resultatet selv om man får færre opphold og lettere pasientsammensetning, dersom kodeforbedringen er tilstrekkelig omfattende. Helse- og omsorgsdepartementet anslår årlig omfanget av registreringsendringer, og anslagene for reell aktivitetsvekst ligger derfor som oftest under både veksten i DRG-poeng og veksten i antall opphold.

I 2002 og 2003 er oppholdene blitt flere og pasientsammensetningen for heldøgnsopphold blitt tyngre. I 2004 gikk imidlertid begge disse forholdene i en mer moderat retning. Helseforetakenes registrerte DRG-poeng økte med 1,6 % fra 2003 til 2004, det vil si at veksten i DRG-poeng i 2004 har vært langt mer moderat enn i de to foregående år hvor poengveksten var henholdsvis 7,9 % (2001-02) og 7,5 % (2002-03).

Det første driftsåret etter helseforetaksreformen, 2002, viser et betydelig avvik i helseforetakenes registrerte poengvekst (omlag 7,9 %) og anslått aktivitetsvekst korrigert for kodeforbedringer (omlag 2,5 %). Faktorer bak dette avviket kan være:

- Omfanget av kodeforbedring var betydelig i 2002, og ble anslått til ca. 3% av Helse- og omsorgsdepartementet i ISF-avregningen for 2002.
- Nye kostnadsvekter i ISF var planlagt innført i 2002. Innen hjertekirurgi foretok imidlertid Stortinget et vedtak om at kostnadsvektene fra 2001 fortsatt skulle benyttes. Vedtaket medførte isolert sett en økning i DRG-poengene på ca. 1 % fra 2001 til 2002 ved innføring av nye kostnadsvekter.

Anslått aktivitetsvekst for dag- og døgnopphold med innsatsstyrt finansiering anslås til omlag 1 % i 2004 i revidert nasjonalbudsjett for 2005. Anslått aktivitetsvekst som omtales i regjeringens forslag til Stortinget, er lik betalingsmessig vekst over ISF-ordningen. Anslått aktivitetsvekst etterfølges med andre ord av økte utbetalinger. Anslått vekst omfatter både volumvekst som følger av flere sykehusopphold, samt eventuell tyngre pasientsammensetning, men omfatter ikke anslag på omfang av kodeforbedringer. Anslagene gjøres i etterkant og baseres på avregningen i ISF-oppgjøret. I 2002 var anslaget på 2,5 %, i 2003 på 7-7,5 %.

Den polikliniske aktiviteten økte med 4,1 % fra 2003 til 2004 målt i antall konsultasjoner. Utbetalte refusjoner innen somatikk økte med 4,9 %, men det var i tillegg en kraftig økning i utbetalinger til laboratorier og røntgen (tabell 3.3). På dette området er det vanskeligere å si noe om den reelle veksten grunnet mulig vridning i pasientsammensetningen ved poliklinikkene. Selv om beløpene ikke er prisjustert, tyder dette på at det samlet har vært større aktivitetsvekst innen poliklinisk virksomhet enn innen ISF-opphold. I 2004 har veksten innen poliklinisk virksomhet vært lavere enn i 2002 og 2003, noe vi også har sett for ISF-oppholdene.

Tabell 3.3: Utvikling i utbetalinger til poliklinikk. Prosentvis endring fra foregående år. Korrigert for takstendringer – Kilde: Rikstrygdeverket

	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Sum	16,1	11,0	7,9
Laboratorier	31,5	8,0	8,5
Røntgen	43,0	(1,0)	10,0
Psykisk helsevern- voksne	32,2	10,0	8,4
Barne- og ungd. psykiatri	23,1	14,0	7,6
Somatikk	1,2	8,0	4,9

Både i 2002 og 2003 var aktiviteten i de regionale helseforetakene innen somatikken på et betydelig høyere nivå enn måltallene for aktivitet fra regjeringen og Stortinget. I særlig grad gjaldt dette 2003 hvor aktiviteten i registrerte DRG-poeng lå 7 prosentpoeng høyere enn hva som lå i statens budsjettforutsetninger. I 2004 er imidlertid avviket kun omlag 1 prosentpoeng og utvalget vil peke på følgende elementer som forklaring:

- Ventetidene for behandling er gått betydelig ned, og er korte på enkelte medisinske områder. Korte ventetider kan ha medført at presset på sykehusene har vært mindre i 2004 enn i 2003.
- ISF-satsen ble satt ned til 40 % fra 1.1.2004, og var da lavere enn på mange år¹⁴.
- Regjeringens og Stortingets krav til bedre økonomisk styring og balanse har kun delvis ført til innstramming i behandlingsaktiviteten. Stortinget har dessuten gitt aksept for at kravene til økonomisk balanse utsettes i tid. I behandlingen av revidert nasjonalbudsjett våren 2005 ga Stortinget aksept for at kravet til balanse skyves ut til 2006.
- Helseforetaksreformens fokus på styring og ledelse.

I første tertial 2005 rapporter flere helseforetak en aktivitet som er lavere enn det de har planlagt og budsjettet med. Det er enda for tidlig å konkludere med hva dette vil bety for 2005 samlet, men dette kan indikere at den utflating av aktivitetsveksten man fikk for somatiske helsetjenester i 2004 fortsetter inn i 2005. Tre av de fem regionale helseforetakene melder om en nedgang i registrerte DRG-poeng i forhold til budsjett. Helse Øst anslår en nedgang på 1,5 %, Helse Vest rapporterer en ikke tallfestet nedgang og Helse Midt-Norge rapporterer en nedgang på 2,3 %. Helse Nord anslår at aktiviteten innen somatikken er omlag på samme nivå sammenlignet med første tertial 2004, mens Helse Sør anslår en vekst på 3 % sammenlignet med første tertial 2004.

Et trekk ved perioden fra 2001 til 2004 er en svært sterk vekst i aktiviteten ved private sykehus, som vist i tabell 3.4. Målt som registrerte DRG-poeng har aktiviteten ved private sykehus blitt mer enn doblet fra 2001 til 2004, men utgjør allikevel ikke mer enn 3,7 % av samlet DRG-produksjon. Det er også verdt å merke seg at aktivitetsveksten ved de private sykehusene flater kraftig ut fra 2003 til 2004.

¹⁴ ISF-sats i %: 1997:30, 1998:45, 1999:50, 2000:50, 2001:50, 2002:55, 2003:60, 2004:40, 2005:60

Tabell 3.4 Bruk av private sykehus¹⁵ - Kilde Sintef Helse

	2001	2002	2003	2004
Antall DRG-poeng ved private sykehus	19 010	24 992	35 958	38 214
Andel DRG-poeng ved private sykehus	2,2 %	2,6 %	3,5 %	3,7 %
Vekst i DRG-poeng fra foregående år		31,5 %	43,9 %	6,3 %

Det er usikkert om regionale helseforetak klarer å realisere netto innsparinger gjennom stram styring av aktiviteten. Fordi ISF-andelen er så høy som 60 % i 2005, ligger det ingen insentiver i statlige finansieringsordninger til å senke somatisk aktivitet på områder med lave marginalkostnader. Slike innsparinger vil motsvares av tapte ISF-inntekter fra staten. Det er derfor vanskelig å konkludere med at lavere aktivitet innen somatikken medfører innsparinger for helseforetakene så lenge ISF-andelen er så høy som 60 % av gjennomsnittskostnaden ved behandling. I tilfeller hvor bemanningen ikke lar seg justere, vil en aktivitet under planlagt nivå på kort sikt kunne føre til et inntektsbortfall uten tilsvarende reduksjon i kostnader.

I flere år har man sett en utvikling i retning av økt dagbehandling og flere innleggelser med kort liggetid. Dette er en utvikling som er i tråd med internasjonale trender, og som stiller store organisatoriske krav til sykehusene og til primærhelsetjenesten og pleie/omsorgssektoren som samarbeidspartnere. Denne utviklingen fordrer samtidig en sammenheng mellom målsettinger for tjenesten og utvikling av finansieringssystemet, både fra staten mot regionale helseforetak, og på neste nivå ned mot helseforetakene. Medisinsk dagbehandling gis i dag ikke samme økonomiske uttelling innenfor ISF som dagkirurgi, og har i liten grad kostnadsbaserte refusjoner gjennom ISF. Poliklinisk virksomhet er gitt en svakere finansiering fra og med 2004, da takstene generelt ble nedjustert med 1/3. Selv om en harmonisering av poliklinikk og dag/døgnbehandling i sykehus er planlagt innført fra 2007, ser utvalget behov for at man i årene fram til et nytt finansieringssystem er på plass, drøfter ulike tilnærminger for å sikre en slik sammenheng mellom målsettinger for tjenesten og økonomiske insentiver. Dagens asymmetri mellom ISF-satser og poliklinikk-satser kan påvirke behandlingsnivå (dagbehandling – poliklinikk). Det bør derfor tilstrebes at denne asymmetrien nøytraliseres.

3.2.2 Psykisk helsevern

Innen psykisk helsevern er det ikke utviklet pasientklassifiseringssystemer som gjør det mulig å beregne en aktivitetsvekst som er korrigert for endring i pasienttyngde. Det er imidlertid sentrale politiske mål knyttet til omfanget av aktivitet, klarest formulert som en dekningsgrad¹⁶ på 5 % innen barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Utvalget har fått tilgang på aktivitetsdata fra Sintef Helse, men understreker at den endelige kvalitetssikringen av disse ikke er avsluttet. Tabell 3.5 viser aktivitetsutviklingen innen psykisk helsevern for perioden 2001 til 2004.

¹⁵ Inkluderer Hjertesenteret og Feiringklinikken, men ikke private ideelle sykehus.

¹⁶ Andel av befolkningen under 18 år

Tabell 3.5: Aktivitetsendring psykisk helsevern – Kilde: Sintef Helse/Norsk Pasientregister

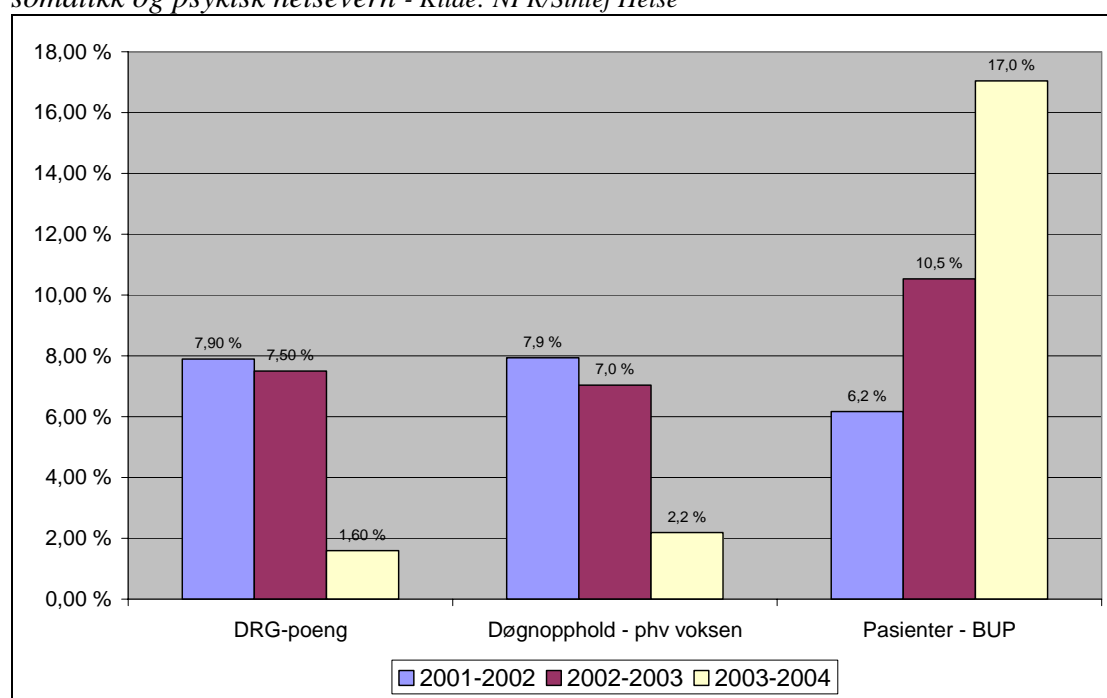
	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Barne- og ungdomspsykiatri			
Polikliniske tiltak	21,2 %	29,1 %	12,4 %
Pasienter	6,2 %	10,5 %	17,0 %
Psykisk helsevern for voksne			
Polikliniske konsultasjoner	11,8 %	15,1 %	7,0 %
Døgnoophold	7,9 %	7,0 %	2,2 %

Utviklingen innen psykisk helsevern for voksne følger samme mønster som innen somatikken, med sterk vekst fra 2001-2003 fulgt av en lavere vekst i 2004. Innen BUP er det imidlertid en tiltakende vekst i antall behandlede pasienter. En konsekvens av veksten i antall polikliniske pasienter er en svak reduksjon av antall polikliniske tiltak per pasient. Polikliniske refusjoner til både psykisk helsevern for voksne og BUP har økt kraftig i samme periode (se tabell 3.3).

3.2.3 Forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern

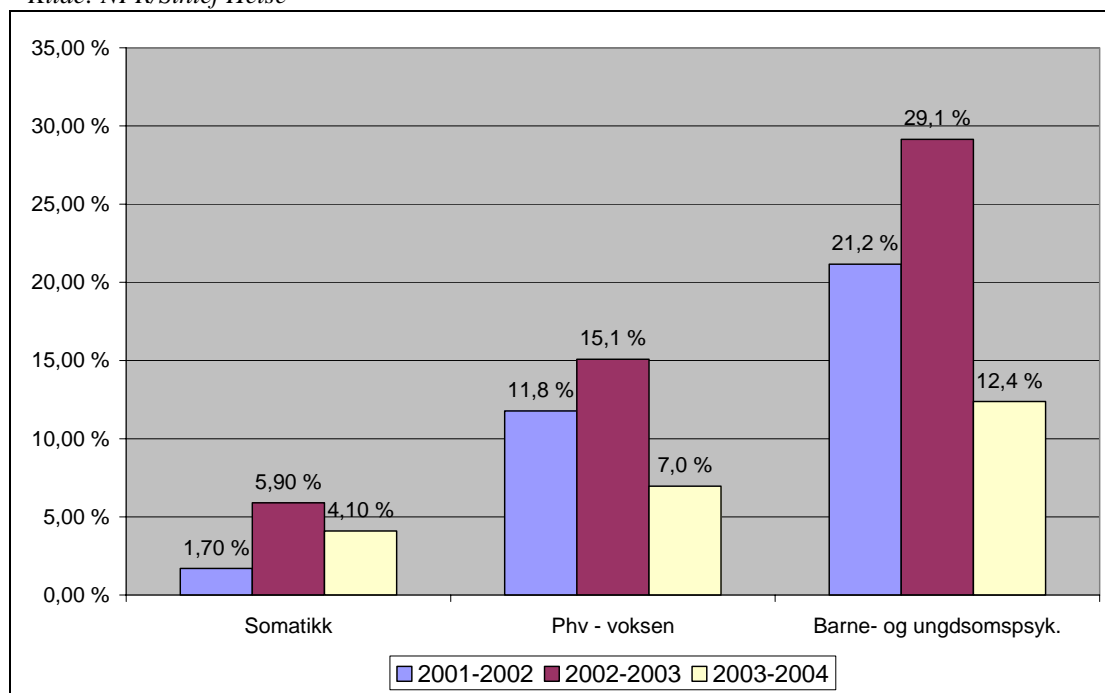
Figurene 3.3 og 3.4 sammenstiller aktivitetsveksten innen somatikk og psykisk helsevern for perioden 2001 til 2004.

Figur 3.3: Prosentvis endring i aktivitet for innlagte pasienter fra 2001 til 2004, somatikk og psykisk helsevern - Kilde: NPR/Sintef Helse



For innlagte pasienter er bildet sammenfallende for somatikk og psykisk helsevern for voksne. En sterk vekst i årene 2001-2003 etterfølges av en langt mer moderat vekst fra 2003 til 2004. Innen BUP er det imidlertid en kraftig aktivitetsvekst gjennom hele denne perioden.

Figur 3.4: Aktivitetsvekst poliklinikk fra 2001 til 2004, somatikk og psykisk helsevern
- Kilde: NPR/Sintef Helse



Innen poliklinikk er det samme mønster gjennom perioden; veksten øker fra 2002 og til 2003, men avtar i 2004. Det er imidlertid en kraftigere prosentvis vekst innen psykisk helsevern enn det er innen somatikken. Basert på disse to sammenstillingene får vi dermed et bilde hvor aktivitetsveksten prosentvis er sterkere innen det psykiske helsevernet enn tilfellet er innen somatisk sektor.

3.3 Helseforetakenes økonomiske situasjon

Utvalget finner det naturlig å foreta sin vurdering av den økonomiske situasjonen opp mot de krav til økonomiske resultater som stilles av eier. Det har etter reformen vært en løpende diskusjon knyttet til fastsetting av verdier i åpningsbalansen og til prinsipper for avskrivning av disse. Dette har ført til at det er avvik mellom regnskapsmessig årsresultat og det resultatet eier styrer etter. Regjeringen foreslo i Ot.prp. nr. 56 (2004-2005) en lovendring som ville gjort det mulig å etablere en forskrift til helseforetaksloven. Forslaget falt imidlertid i Stortinget, og sektoren er fremdeles i en situasjon hvor eier styrer etter korrigert årsresultat og ikke etter regnskapsmessig årsresultat.

Fra eiers side innebærer dette at regnskapsmessig årsresultat korrigeres med et beløp som avspeiler eiers syn på regnskapsmessig håndtering av avskrivningene. De fem regionale helseforetakene regnskapsførte i 2004 totalt negative årsresultat på 3,75 mrd. kroner. Akkumulerte regnskapsførte årsresultat har siden helseforetaksreformen vokst til omlag minus 10,5 mrd. kroner. Forskjellen mellom regnskapsmessig årsresultat og korrigert resultat framgår av tabell 3.6.

Tabell 3.6: Regnskapsmessig årsresultat og korrigert årsresultat 2002 til 2004 – Kilde: Revisorgodkjente årsregnskap og Helse- og omsorgsdepartementet

Tall i mill. kr	2002	2003	2004
Regnskapsmessig årsresultat ¹⁷	-2 811	-3 983	-3 748
Eiers korleksjon ¹⁸	1 985	2 011	1 823
Korrigert årsresultat ¹⁹	-826	-1 973	-1 925
Korrigert årsresultat ift. inntekter ²⁰	-1,5 %	-3,3 %	-2,9 %

Stortinget gir gjennom sin budsjettbehandling både den totale økonomiske rammen for sektoren og styringssignaler i form av vurderinger av ønsket aktivitetsvekst. Det har særlig i 2002 og 2003 vært betydelige avvik mellom det faktiske aktivitetsnivået innen somatisk sektor og de forutsetninger som lå til grunn for statens fastsettelse av de økonomiske rammene til sektoren.

Tabell 3.7 Aktivitet, tilleggsbevilgninger og korrigert årsresultat 2002-2004 – Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

	2002	2003	2004	akkumulert 2002-2004	2005 ²¹
Utbetalt aktivitetsvekst	2,5 %	7 %	1 %		
Forutsatt aktivitetsvekst	1,4 %	0 %	0 %		0 %
Tilleggsbevilgninger (mill. kr)	2 033	2 270	973	5 276	870
Korrigert årsresultat (mill. kr)	-826	-1 973	-1 929	-4 728	-629

Det er nærliggende å se underskuddene i 2002 og 2003 i sammenheng med en aktivitetsvekst som gikk ut over forutsetningene for det økonomiske opplegget for sektoren. Dette avviket har også i stor grad vært bakgrunnen for flere av tilleggsbevilgningene fra Stortinget i samme periode. I hovedsak med begrunnelser i somatisk sektor er det i perioden 2002 til 2004 gitt tilleggsbevilgninger på nær 5,3 mrd. kroner. I tillegg er det, som et resultat av budsjettforlikene i både 2003 og 2004, bevilget 500 mill. kroner ut over regjeringens opprinnelige forslag med begrunnelse ”styrking av helseforetakenes økonomiske situasjon”.

Situasjonen i 2005 er kort beskrevet i siste kolonne i tabell 3.7. Ifølge de regionale helseforetakenes rapportering etter første tertial er samlet underskudd i forhold til eiers styringsmål på 629 mill. kroner. Da er det ikke tatt hensyn til de tilleggsbevilgninger som kom i forbindelse med behandling av revidert nasjonalbudsjett.²² To av de fem regionale helseforetakene (Helse Øst og Helse Vest) antar i sine prognoser at de vil gå i balanse allerede i 2005, to (Helse Nord og Helse Midt-Norge) har prognoser som innebærer nær en halvering av underskuddet i forhold til 2004, mens ett (Helse Sør) legger opp til en reduksjon av underskuddet i 2005 på omlag 25 %.

¹⁷ Regnskapsført resultat er årsresultatet som fremkommer i de revisorgodkjente regnskapene.

¹⁸ Eiers korleksjon ift. balanseverdier 1.1.2002 (strukturfond) og anleggsmidlenes levetider

¹⁹ Korrigert resultat er eiers styringsmål og det resultatet RHFene blir målt mot og balansekravet er knyttet til.

²⁰ Inntekter er satt lik korrigerede kostnader + resultat.

²¹ Tall basert på tertialrapporter fra RHF-ene. Korrigert resultat er ikke justert for bevilgning ifm RNB.

²² Se: St.prp.nr.65 (2004-2005), B. innst. S. nr. II (2004-2005), Inst.S.nr.240 (2004-2005)

Akkumulerte samlede negative korrigerede årsresultat på 4,7 mrd. kroner innebærer at landets helseforetak er i ferd med å pådra seg en større omstillingsutfordring. På lengre sikt vil et krav om økonomisk balanse innebære at helseforetakene må gå med overskudd på driften, både for å dekke finanskostnader knyttet til gjeld og for etter hvert å kunne nedbetale gjelden. Utvalgets vurdering er derfor at den økonomiske utviklingen i sektoren ikke er forenlig med et krav til balanse mellom ressurstilførsel og ressursbruk. Driftsunderskuddet²³ i denne perioden er større enn 4,7 mrd. fordi de fem regionale helseforetakene i perioden 2002-2004 har hatt en samlet netto finansinntekt på vel 850 mill. kroner. I denne sammenhengen er det verdt å merke seg at RHFene i 2005 for første gang må forventes å få netto finanskostnader, noe som vil gjøre det til en ytterligere utfordring å komme i balanse. Dette gjelder fire av fem helseforetak.

Utvalget er klar over at aktivitetsnivået i sektoren ved inngangen til reformen i 2002 allerede var høyere enn hva som var forutsett ved fastleggelse av de økonomiske rammene i sektoren. Til en viss grad kan man derfor si at de regionale helseforetakene "arvet" en underdekning fra den fylkeskommunale modellen. Det kan nok også i noen tilfeller anføres at tilleggsbevilgninger er et resultat av uforutsette endringer i helseforetakenes rammebetingelser. På tross av dette vil utvalget påpeke at summen av akkumulerte negative årsresultat og tilleggsbevilgninger over en periode på tre år er på 10 mrd. kroner. Dette forsterker utvalgets vurdering av at sektoren ikke er inne i en utvikling som gir rom for langsiktig balanse, og at det derfor er behov for betydelig fokus på styring av økonomien.

Endelig vil utvalget påpeke at det parallelt med bevilgede tillegg fra Stortinget har vært stilt krav til de regionale helseforetakene om å gå økonomisk balanse. Med krav til balanse menes her at helseforetakenes korrigerede årsresultat skal være større eller lik null. Balansekravet har blitt utsatt hvert år siden foretaksreformen ble gjennomført. Slik utvalget tolker Stortinget er det nå stilt krav til balanse i driften i 2006. Utvalgets vurdering er at en kombinasjon av glidende balansekrav og stadige tilleggsbevilgninger ikke letter arbeidet med å få helseforetakenes økonomi under kontroll.

3.4 Utvikling i kostnader

Som et ledd i en beskrivelse av den økonomiske situasjonen i sektoren er det også nødvendig å vurdere utvikling i de viktigste kostnadskomponentene i de regionale helseforetakenes regnskap. Tabell 3.8 viser utviklingen i driftskostnader samt kostnadsartene som utgjør størstedelen av disse. Deretter kommer en omtale av utviklingen i disse kostnadsartene samt til slutt et avsnitt om finanskostnaden, rentekostnad.

²³ Forskjellen mellom inntekter og kostnader til drift. Finanskostnader er med andre ord ikke med.

Tabell 3.8: Totale driftskostnader og de viktigste kostnadskomponentene fra 2002 til 2004, løpende priser – Kilde: Revisor godkjente årsregnskap og Sintef Helse

Tall i mill. kroner	2002	2003	2004	2002-04
Totale driftskostnader	57 606	63 194	69 069	19,9 %
Herav:				
Lønnskostnader ²⁴	35 994	39 332	41 450	15,2 %
Medikamenter/med. forbruksmaterieell	4 942	5 674	6 124	23,9 %
Avskrivninger ²⁵	4 803	4 915	5 101	6,2 %

Tabell 3.8 gjengir altså samlet nominell vekst i driftskostnader. Denne veksten vil ha en komponent som er volumbestemt; med andre ord flere ansatte, økt medikamentbruk som en følge av økt pasientbehandling osv., og en komponent som er prisbestemt; med andre ord lønns- og prisøkninger. Det datagrunnlag som kreves for å skille disse fra hverandre er ikke fullt tilstede, men det er allikevel mulig å gjøre noen vurderinger, særlig av utviklingen i lønnskostnader.

3.4.1 Lønnsutvikling

Teknisk beregningsutvalg (TBU) for inntektsoppkjørene har anslått lønnsveksten i helseforetakene for perioden 2002 til 2004 (tabell 3.9).

Tabell 3.9: Årlig prosentvis lønnsvekst perioden 2002 – 2004 - Kilde TBU-inntektsoppkjørene

	2002-2003	2003-2004	2002-2004
Helseforetakene	7,0	3,0	10,2
Gjennomsnitt samfunnet	4,5	3,5	8,2
Industriarbeidere	3,5	3,6	7,2
Industrifunksjonærer	4,6	3,8	8,6
HSH bedrifter i varehandel	4,4	3,5	8,1
Forretnings og sparebanker og forsikring	4,5	4,0	8,7
Statsansatte	4,3	3,7	8,2
Kommuneansatte	4,7	3,8	8,7

Det har vært en sterkere lønnsvekst i helseforetakene enn hva tilfellet har vært for samfunnet for øvrig. TBU anslår årslønnsveksten for ansatte utenom legekategorien til henholdsvis 5 % (2002-03) og 3,4 % (2003-2004).

Utvalget har innhentet data fra arbeidsgiverforeningen NAVO over utvikling i månedsfortjeneste for ulike arbeidstakergrupper for årene 2002, 2003 og 2004. Dette er en type informasjon som tidligere ikke har vært tilgjengelig på regionalt nivå og utvalget presiserer at dataene vil være beheftet med en viss usikkerhet. I hovedsak skyldes dette at dataene består av registreringer foretatt i én måned (oktober), og dette kan både skape problemer for representativitet og for beregning av årslønn²⁶. Utvalget

²⁴ Inneholder i tillegg til rene lønnskostnader også arbeidsgiveravgift, folketrygdavgift og pensjonskostnader

²⁵ Som i revisorgodkjente årsregnskap. Mao ikke korrigert for verdier i åpningsbalansen og levetider

²⁶ Pga. ulike tidspunkt for lønnsjustering blir det vanskelig å beregne overheng.

vil utgi en egen rapport basert på analyser av disse dataene i høst. Her presenteres noen hovedtrekk.

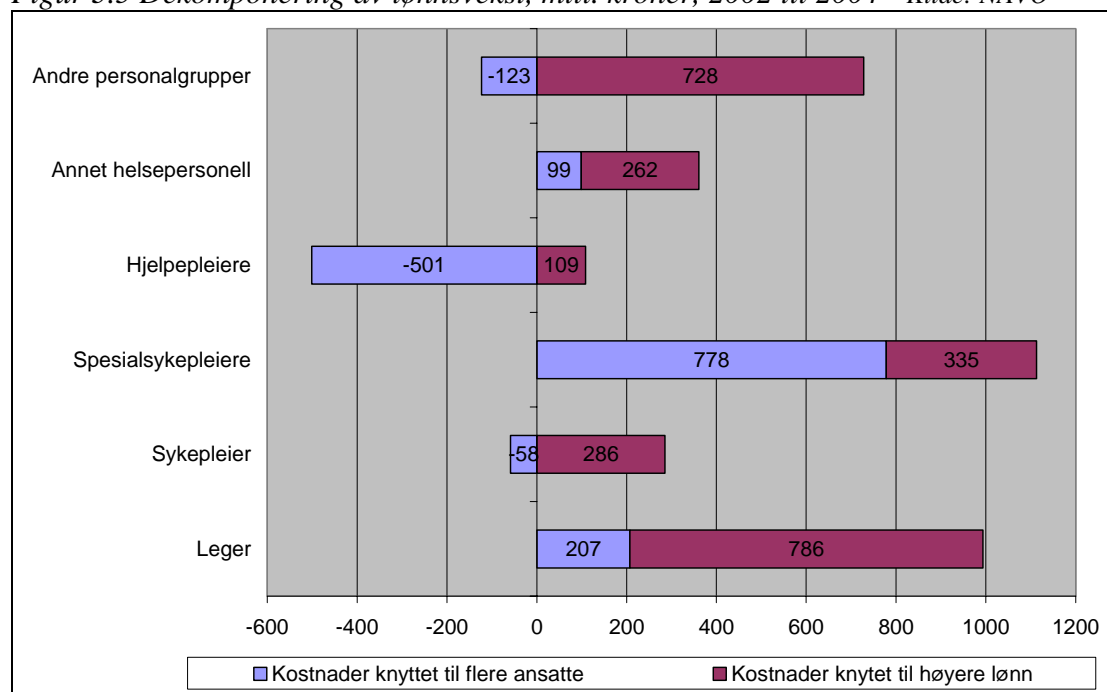
Tabell 3.10: Utvikling i månedsførtjeneste – Kilde: NAVO

Tall i kroner	2002	2003	2004	2002- 2003	2003- 2004	2002- 2004
Leger	45 628	53 842	53 528	18,0 %	-0,6 %	17,3 %
Sykepleiere	24 861	25 595	26 478	2,9 %	3,5 %	6,5 %
Spesialsykepleiere	27 727	29 166	29 802	5,2 %	2,2 %	7,5 %
Hjelpepleiere	22 854	23 696	24 130	3,7 %	1,8 %	5,6 %
Annet helsepersonell	24 621	24 591	26 599	-0,1 %	8,2 %	8,0 %
Andre personalgr.	22 398	22 662	24 603	1,2 %	8,6 %	9,8 %

Tabell 3.10 viser utvikling i månedsførtjeneste etter type arbeidskraft. Månedsførtjeneste inkluderer avtalt lønn og uregelmessige tillegg. Overtid er ikke inkludert. Det har vært en vekst i nominell månedsførtjeneste for yrkesgruppene i denne perioden på mellom 5,6 % (hjelpepleierne) og 17,3 % (leger). Hele lønnsveksten for leger kom i 2003, og i en vurdering av legenes lønnsutvikling er det derfor naturlig å betrakte perioden fra og med 2002 til 2004 samlet.

Nivået på månedsførtjenesten i 2004 gir, naturlig nok, en høyere lønnsutbetaling enn hva tilfellet var i 2003. Basert på årsverkstall fra NAVO kan utvalget gi et anslag over hvor mye av kostnadsveksten fra 2002 til 2004 som skyldes høyere lønnsnivå og hvor mye som skyldes økning i antall årsverk. Dette er vist i figur 3.5.

Figur 3.5 Dekomponering av lønnsvekst, mill. kroner, 2002 til 2004 – Kilde: NAVO

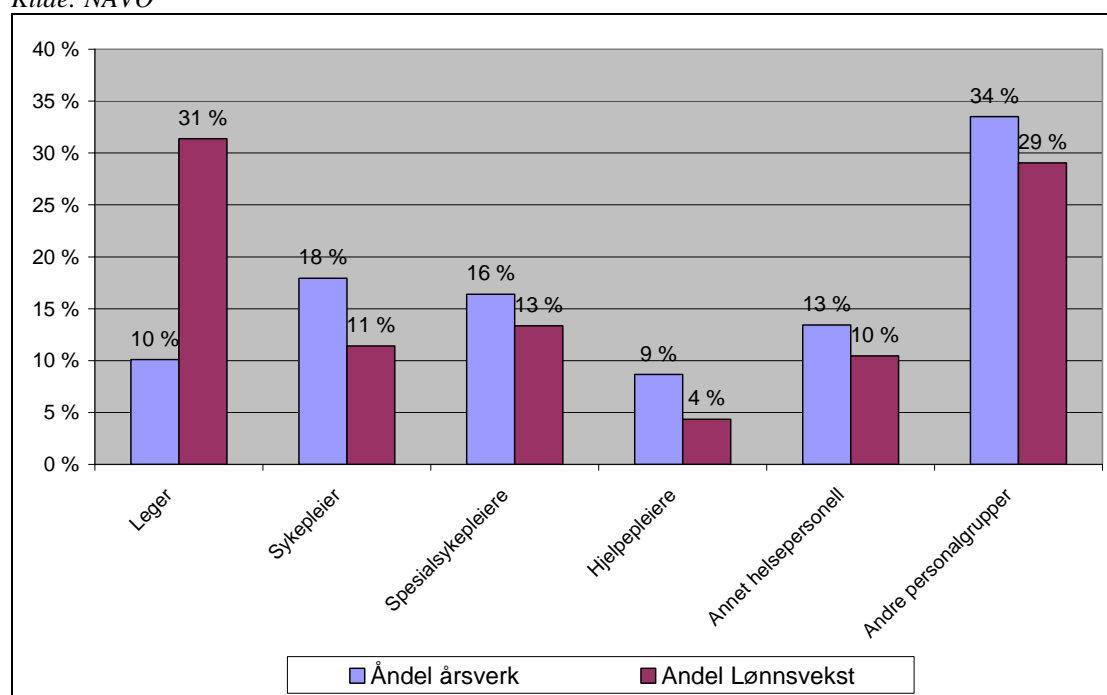


Kostnader knyttet til flere ansatte er beregnet som endring i antall årsverk multiplisert med lønnsats fra 2002. Kostnader knyttet til endret lønnsats er beregnet som endring i lønnsats multiplisert med antall ansatte i 2004. Vi anslår den samlede veksten i netto

lønnsutbetalinger til omlag 2,9 mrd. kroner fra 2002 til 2004²⁷. Av dette skyldes omlag 2,5 mrd. kroner økt lønnsnivå. Legegruppen alene bidrar med knappe 1 mrd. kroner av de økte lønnsutbetalingene, omlag 80 % av dette skyldes økt lønnsnivå. Figur 3.6 viser forholdet mellom andel årsverk og andel bidrag til økte lønnskostnader.

Legene bidrar mest til lønnsøkningen, og klart mer enn deres andel av arbeidsstyrken skulle tilsi. Dette skyldes både at legene har et høyere lønnsnivå og at de har en kraftigere lønnsvekst enn de andre yrkesgruppene.

Figur 3.6: Forholdet mellom andel årsverk og andel bidrag til økte lønnskostnader – Kilde: NAVO



3.4.2 Medikamenter og medisinske forbruksvarer

Et annen viktig komponent av driftskostnader er kostnader til medikamenter og medisinske forbruksvarer. I løpende priser har kostnadene økt med omlag 1,2 mrd. kroner fra 2002 til 2004. Deflatert med samme prisindeks som benyttet i avsnitt 3.1 er veksten i disse to årene omlag 14,4 %. Dette er i samme størrelsesorden som aktivitetsveksten, og det ser derfor ikke ut til å være grunnlag for å konkludere med at økte priser på medikamenter og medisinske forbruksvarer i seg selv har vært særlig kostnadsdrivende. Samtidig trekker den medisinske utviklingen i retning av dyrere medikamenter og medisinske forbruksvarer, og dette er et område hvor det er behov for mer og bedre data som grunnlag for mer omfattende analyser.

3.4.3 Avskrivninger og investeringer

Som det fremgår av tabell 3.8 har også avskrivningskostnadene hatt vekst i perioden 2002-2004. Veksten er svakere relativt til veksten i de andre kostnadsartene

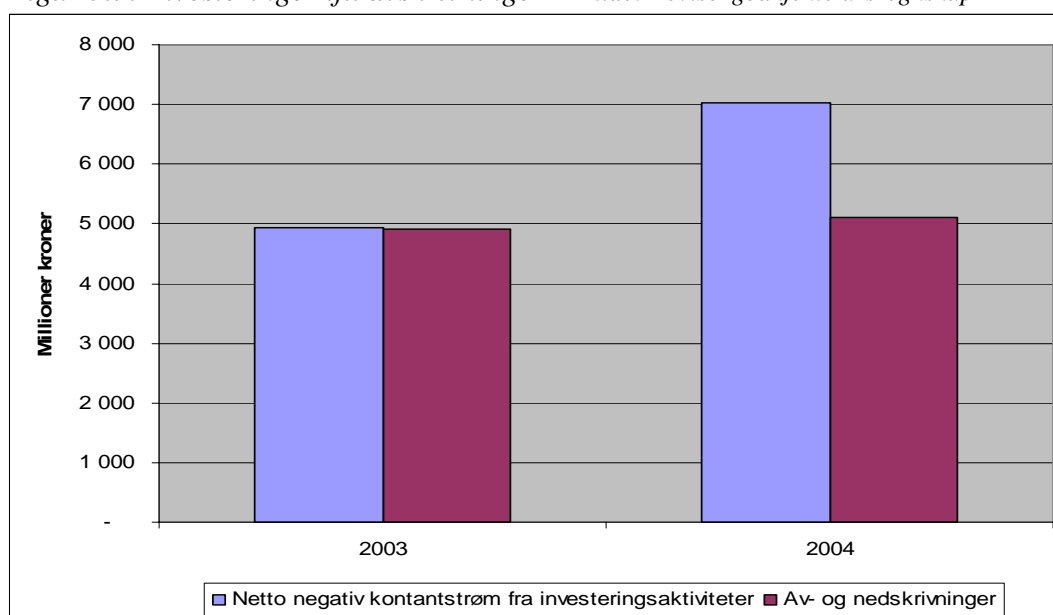
²⁷ Basert på månedslønn multiplisert med 12. Her er ikke tatt høyde for sosiale kostnader eller avgifter. Den reelle kostnadsveksten er derfor omlag 30 % høyere.

(lønnskostnader og medikamenter og medisinsk forbruksmateriell), men reflekterer likevel økte kostnader i forbindelse med innsatsfaktorer som bygninger og medisinsk utstyr. Et av formålene med helseforetaksreformen var å måle bruken av kapital ved å følge prinsippene i regnskapsloven. Dette betyr at kostnaden ved kapitalslitet blir fordelt (avskrevet) over forventet økonomisk levetid. På denne måten blir avskrivninger en driftskostnad på linje med andre driftskostnader i helseforetakenes regnskaper.

Økte avskrivningskostnader medfører økte effektiviseringskrav for helseforetakene. Dersom helseforetakene foretar årlige investeringer på tilsvarende nivå som de samlede avskrivningskostnadene, vil fremtidige avskrivninger holde seg relativt stabile²⁸.

Figur 3.7 nedenfor viser investeringer²⁹ og avskrivninger i 2003 og 2004. Som vi ser er investeringsnivået i 2003 omtrent på samme nivå som i 2004. I 2004 ligger imidlertid investeringene ca. 1,9 mrd. kroner høyere enn avskrivningskostnadene. Dette vil i fremtiden generere økte avskrivninger som gir økte effektiviseringskrav.

Figur 3.7: Investeringer ift. avskrivninger – Kilde: Revisorgodkjente årsregnskap



Helseforetakene er gitt mulighet til å ta opp investeringslån. Ved utgangen av 2004 var det tatt opp investeringslån på til sammen ca. 5,5 mrd. kroner. Dersom gjennomsnittlig levetid på de investeringer som gjøres for lånemidlene er 15 år, medfører dette årlige økte avskrivninger på omlag 365 mill. kroner. Dette er effektiviseringskrav som kommer i tillegg til rentekostnadene på lånene. Store byggeprosjekter som Nye Ahus og St. Olavs hospital vil medføre en betydelig økning i fremtidige avskrivninger.

²⁸ Under forutsetning at den prosentvise fordelingen mellom investeringer i bygg, medisinsk teknisk utstyr og IKT er relativt stabil.

²⁹ Som beløp på investeringer er det brukt netto negativ kontantstrøm fra investeringsaktiviteter hentet fra RHFenes kontantstrømoppstillinger i årsregnskapene for 2004.

I statsbudsjettet for 2005 er det lagt til grunn at helseforetakene settes i stand til å gjenanskaffe 2/3 av den totale bygningsmassen. Helseforetakene må dermed enten bygge ned sin beholdning av realkapital og/eller effektivisere driften slik at de er i stand til å vedlikeholde en større andel av den totale bygningsmassen.

3.4.4 Rentekostnader

Samtlige regionale helseforetak bygger opp rentebærende gjeld. For en nærmere gjennomgang vises til punkt 4.4.3 og 4.4.4.

Samlet har rentekostnader for de fem regionale helseforetakene økt med 75 % fra 23,5 mill. kroner i 2002 til 41,2 mill. kroner i 2004, og må forventes å stige ytterligere i årene som kommer. Dagens samlede lån til investeringsformål på ca. 5,5 mrd. kroner og samlede driftskreditter på ca 1 mrd. kroner vil, med en lånerente på i gjennomsnitt 4 % p.a., gi årlige rentekostnader på i overkant av 250 mill. kroner for landets foretak samlet sett.

4 Regional utvikling

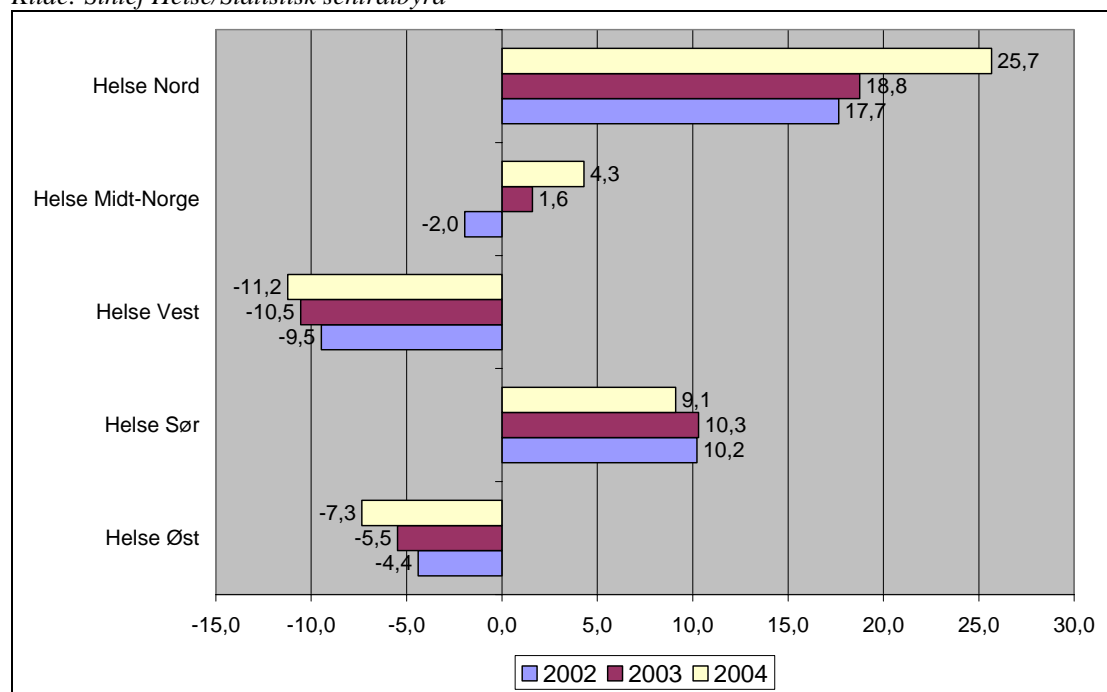
Dette kapitlet følger i hovedtrekk samme disposisjon som kapittel 3; det fokuseres med andre ord på ressursinnsats, aktivitet og de regionale helseforetakenes økonomiske situasjon. I dette kapitlet er det imidlertid også avslutningsvis inkludert en diskusjon om gjeld og likviditet.

4.1 Ressursinnsats i somatikk og psykisk helsevern

Regionale tall er kun tilgjengelige for perioden 2002 til 2004. Utvalget presenterer her tall for somatikk og psykisk helsevern.

Også i dette avsnittet tilnærmes ressursinnsatsen gjennom å se på driftskostnader ekskl. avskrivninger. Det er betydelige regionale variasjoner i kostnader til helsetjenester per innbygger. Disse variasjonene vil dels reflektere variasjoner i behov og variasjoner i kostnadsstruktur, og det er derfor ikke noe mål i seg selv at alle regionale helseforetak skal ha samme kostnad per innbygger. Det er allikevel av interesse å se utviklingen i kostnader per innbygger i denne perioden. Figur 4.1 viser sum driftskostnader (ekskl. avskrivninger) for somatikk og psykisk helsevern per innbygger for hver av de fem regionale helseforetakene. Tallene er korrigert for gjestepasientoppgjør og uttrykker dermed hvor mye ressurser, i form av driftskostnader, hvert regionale helseforetak bruker på sine innbyggere.

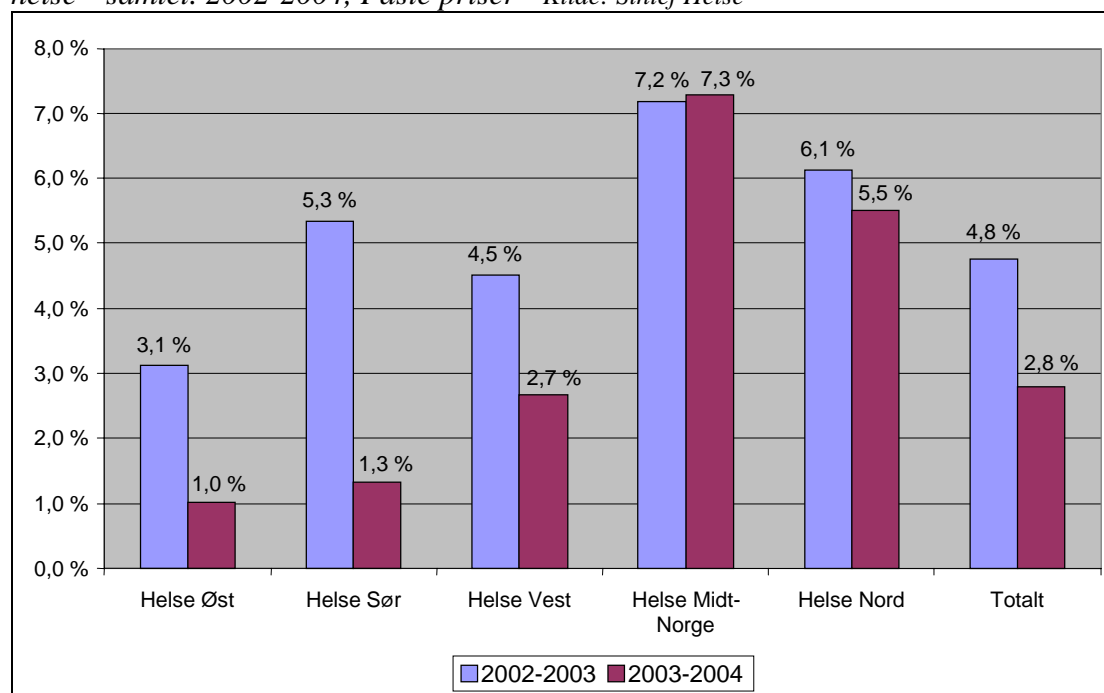
Figur 4.1: Sum driftskostnader (ekskl. avskrivninger) somatikk og psykisk helsevern per innbygger. Avvik i prosent fra landsgjennomsnittet i perioden 2002 til 2004 – Kilde: Sintef Helse/Statistisk sentralbyrå



Den geografiske fordelingen er til dels betydelig endret i disse tre årene. I særlig grad gjelder dette Helse Nord og Helse Midt-Norge som begge øker ressursinnsatsen per innbygger, mens Helse Øst i 2004 ligger lenger under landsgjennomsnittet enn hva tilfellet var i 2002.

Utviklingen i kostnader per innbygger kan forklares av ulik vekst i ressursinnsatsen i de fem regionale helseforetakene. Figur 4.2 viser årlig realvekst i driftskostnader (ekskl. avskrivninger) til somatikk og psykisk helsevern. Mens Helse Øst har en moderat vekst i årene 2002 til 2004 er veksten mer enn det tredobbelte i Helse Nord og nær det firedobbelte i Helse Midt-Norge. Videre ser vi at mens veksten i 2004 avtar i Helse Øst og Helse Sør, forblir den relativt kraftig og nærmest uendret i Helse Midt-Norge og Helse Nord.

Figur 4.2: Vekst i driftskostnader (ekskl. avskrivninger) for somatikk og psykisk helse³⁰ samlet, 2002-2004, Faste priser - Kilde: Sintef Helse

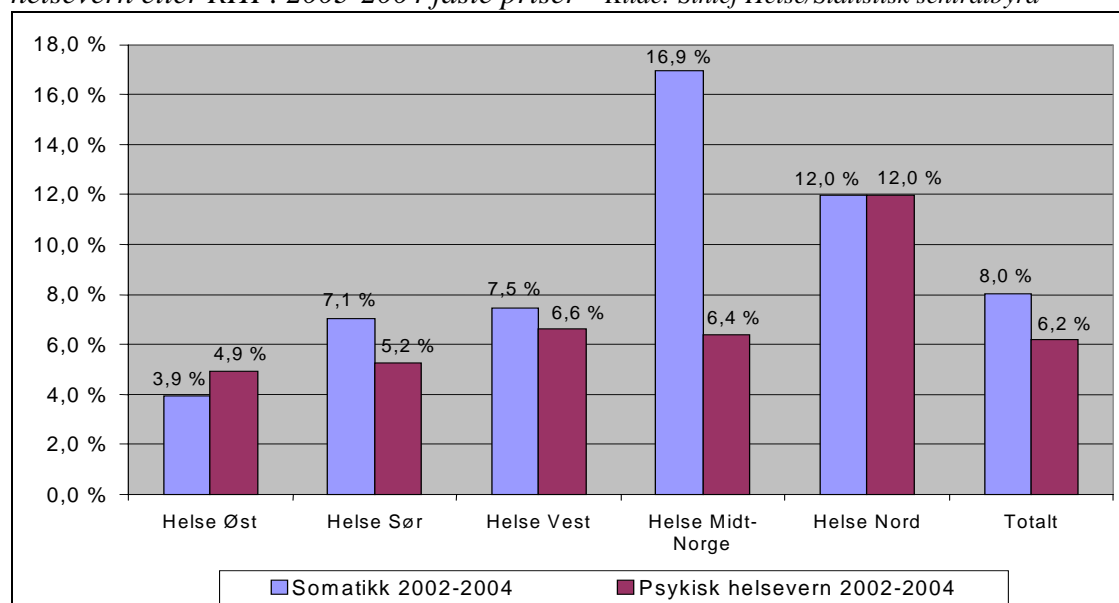


Som diskutert i avsnitt 3.1 er det utfordringer knyttet til å vurdere fordelingen mellom somatikk og psykisk helse i denne perioden fordi det har skjedd endringer i kostnadsføring av rusomsorgen. For å sammenholde veksten i ressursinnsats i somatikk med veksten i ressursinnsats i psykisk helsevern velger vi å se på perioden 2002 til 2004 under ett. Figur 4.3 viser vekst i driftskostnader (ekskl. avskrivninger) knyttet til både somatikk og psykisk helsevern for alle de fem regionale helseforetakene. Det er store variasjoner mellom de fem regionale helseforetakene. Helse Øst er det eneste regionale helseforetaket hvor veksten i ressursinnsats er sterkere i psykisk helsevern enn i somatikken. Helse Nord har samme vekst for begge områder, mens Helse Midt-Norge skiller seg ut med en svært sterk vekst innen somatikken.

Det er grunn til å tro at de regionale forskjellene i utvikling vi her ser både reflekterer ulike forutsetninger etter helseforetaksreformen og ulike strategier hos de fem regionale helseforetakene. Fra en situasjon hvor det var store regionale forskjeller i ventetider er man nå i en situasjon hvor median ventetid i langt mindre grad avhenger av hvor man bor. Til en viss grad vil dette gjenspeile økt bruk av fritt sykehusvalg, men også en klar strategi om å redusere ventelistene.

³⁰ Tallene er forsøkt korrigeret for å ta hensyn til ulik føring av rusomsorg i 2003 og 2004.

Figur 4.3: Vekst i driftskostnader (ekskl. avskrivninger) innen somatikk og psykisk helsevern etter RHF. 2003-2004 faste priser - Kilde: Sintef Helse/Statistisk sentralbyrå



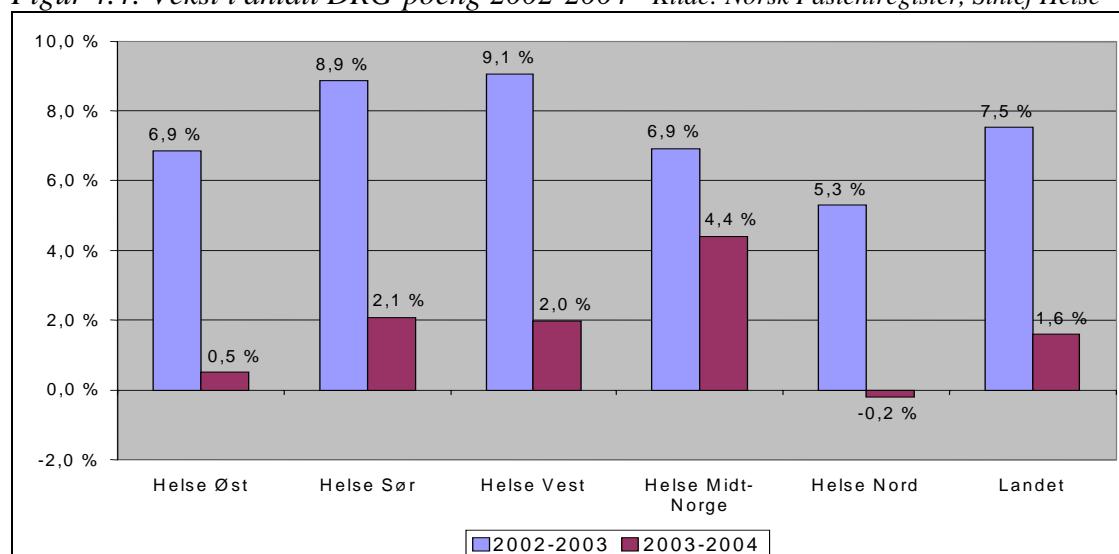
4.2 Aktivitet

Utvalget fokuserer her på regional utviklingen i aktivitet for perioden 2002 til 2004. Vurderingen er basert på tilgjengelige datakilder; i hovedsak Norsk Pasientregister (NPR) og Sintef Helse. Utvalget vil igjen påpeke at det er vanskelig å gi et entydig svar på spørsmålet "hvor stor er aktivitetsveksten?". Dels skyldes dette at det dreier seg om flere typer aktivitetsmål, dels skyldes det at ulike institusjoner i dag publiserer ulike tall for aktiviteten.

4.2.1 Somatikk

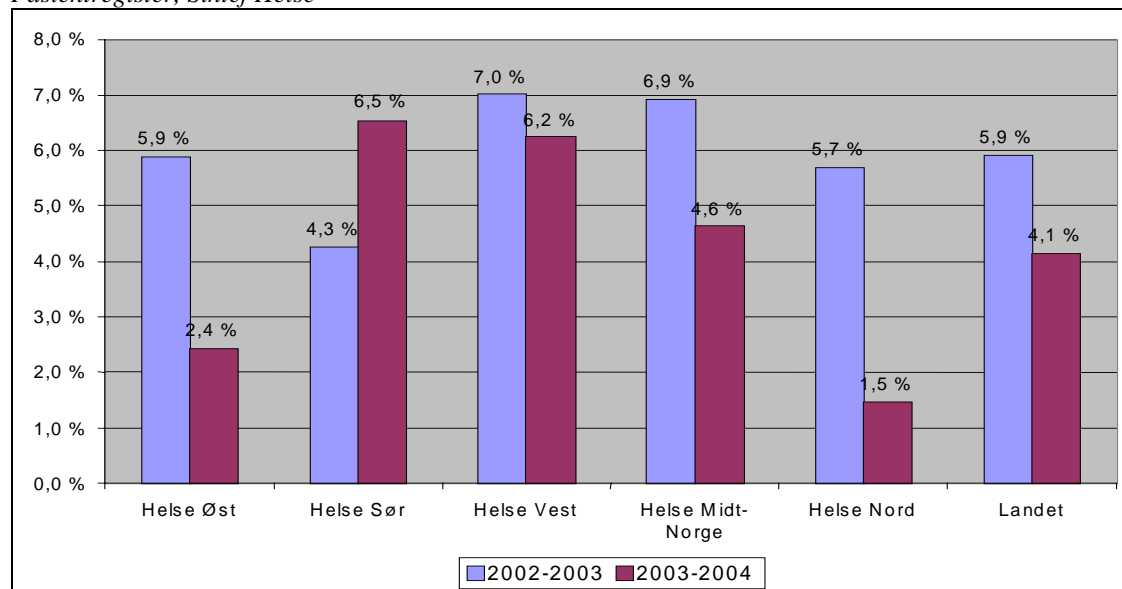
Figurene 4.4 og 4.5 viser utvikling i antall registrerte DRG-poeng og antall polikliniske konsultasjoner fra 2002 til 2004 etter pasientenes bostedsregion. Figurene uttrykker dermed vekst i aktivitet i henhold til sørge-for ansvaret.

Figur 4.4: Vekst i antall DRG-poeng 2002-2004 - Kilde: Norsk Pasientregister, Sintef Helse



Helse Nord skiller seg ut med en lavere vekst enn de øvrige regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge skiller seg ut gjennom å være det regionale helseforetaket som i minst grad reduserer sin aktivitetsvekst fra 2003 til 2004. Det har også vært vekst i antall polikliniske konsultasjoner i perioden, siste år er denne sterkere enn veksten i DRG-poeng. Helse Sør, Helse Vest og Helse Midt-Norge har i mindre grad reduksjon i veksten i poliklinikk fra 2003 til 2004.

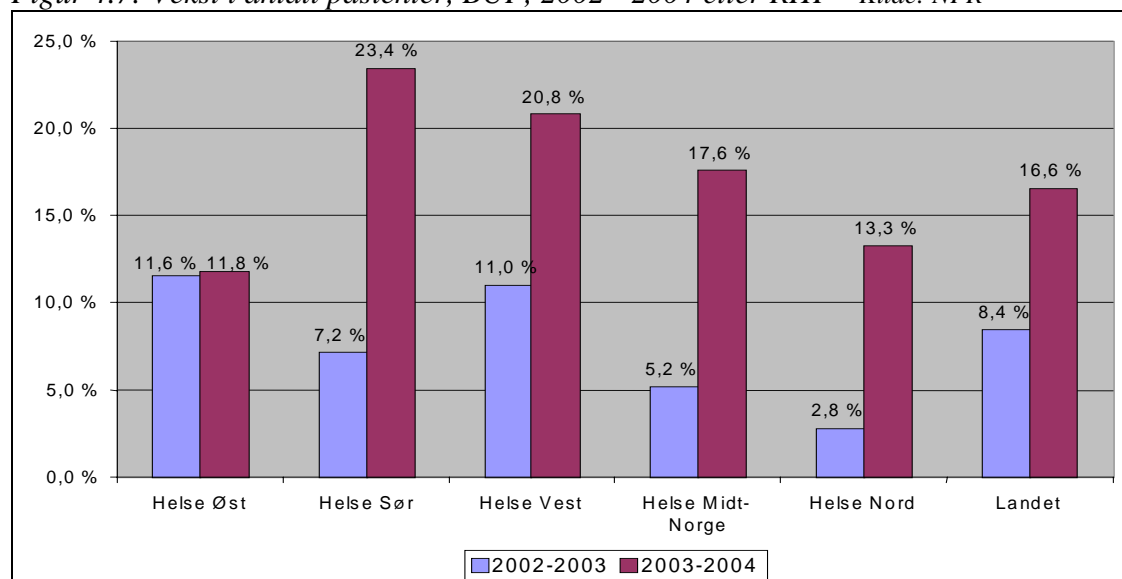
Figur 4.6: Årlig regionsvis vekst i antall polikliniske konsultasjoner - Kilde Norsk Pasientregister, Sintef Helse



4.2.2 Psykisk helsevern

Aktivitet innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP) målt som antall behandlede pasienter har økt markant i perioden 2002 til 2004 i alle de fem regionale helseforetakene. Figur 4.7 viser prosentvis vekst i aktiviteten i alle fem regionale helseforetak. Igjen vil variasjoner dels reflektere ulike utgangspunkt og ulike prioriteringer.

Figur 4.7: Vekst i antall pasienter, BUP, 2002 - 2004 etter RHF – Kilde: NPR



Når det gjelder psykisk helsevern for voksne har det ikke vært mulig å hente inn data basert på pasientenes bostedsregion. Vi har derfor valgt å ikke presentere regionale data for psykisk helsevern for voksne.

4.2.3 Bruk av private sykehus

Et trekk de siste fire årene er vekst i bruk av private sykehus. I tabell 4.1 illustreres dette i DRG-poeng ”produsert” av private tilbydere.

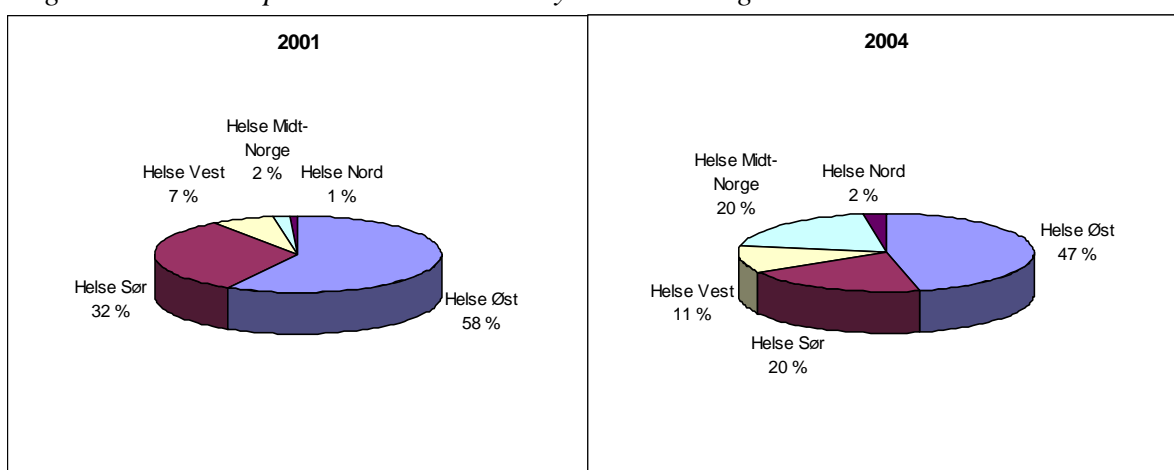
Tabell 4.1: Antall DRG- poeng 2002-2004 i private kommersielle sykehus etter RHF - Kilde Sintef Helse

	2002	2003	2004	2002-03	2003-04
Helse Øst	13 945	19 098	17 648	36,9 %	-7,6 %
Helse Sør	7 172	9 437	7 708	31,6 %	-18,3 %
Helse Vest	2 261	2 266	4 422	0,2 %	95,2 %
Helse Midt-Norge	961	4 427	7 531	360,6 %	70,1 %
Helse Nord	654	729	904	11,6 %	24,0 %
Sum DRG-poeng	24 992	35 958	38 214	43,9 %	6,3 %

Det er betydelig forskjeller mellom de fem RHFene både i omfang og utvikling i bruk av private tjenester. Helse Midt-Norge har nær syvdoblet sin bruk av private sykehus fra 2002, og også i Helse Vest har veksten vært betydelig. Samtidig skjer i 2004 mer enn 96 % av samlet aktivitet i offentlige sykehus.

I 2002 sto Helse Sør og Helse Øst for omlag 75 % den samlede bruken av private sykehus, i 2004 er denne andelen sunket til 66 % (se figur 4.8). Mens det i Helse Øst og Helse Sør er en reduksjon i bruken av private sykehus fra 2003 til 2004 er det fremdeles sterk vekst i både Helse Vest og Helse Midt-Norge. Målt i forhold til befolkning er Helse Midt-Norge i 2004 det foretaket med størst bruk av private, og bruken er nær seks ganger så høy som i Helse Nord.

Figur 4.8: Bruk av private kommersielle sykehus 2001 og 2004 etter RHF – Kilde: NPR



Mens bruk av private sykehus i 2002 først og fremst var et sør- og østlandsfenomen, er det nå en jevnere geografisk fordeling. Unntaket er Helse Nord, som både har lavest vekst i forhold til befolkningen og lavest nivå.

Tabell 4.2 : DRG-poeng per 1000 innbyggere ved private kommersielle sykehus.
2002-2004 - Kilde: Sintef Helse

	2002	2003	2004
Helse Øst	8,6	11,7	10,7
Helse Sør	8,1	10,6	8,6
Helse Vest	2,4	2,4	4,7
Helse Midt-Norge	1,5	6,9	11,7
Helse Nord	1,4	1,6	2,0
Landet	5,5	7,9	8,3

4.3 Helseforetakenes økonomiske situasjon

Akkumulert negativt korrigert årsresultat er ved utgangen av 2004 omlag 4,7 mrd. kroner. Helse Øst er det eneste foretaket som i alle tre år etter helseforetaksreformen har drevet i balanse, de andre fire helseforetakene har opparbeidet seg et akkumulert negativt korrigert årsresultat som varierer mellom 0,5 mrd. kroner og 2 mrd. kroner.

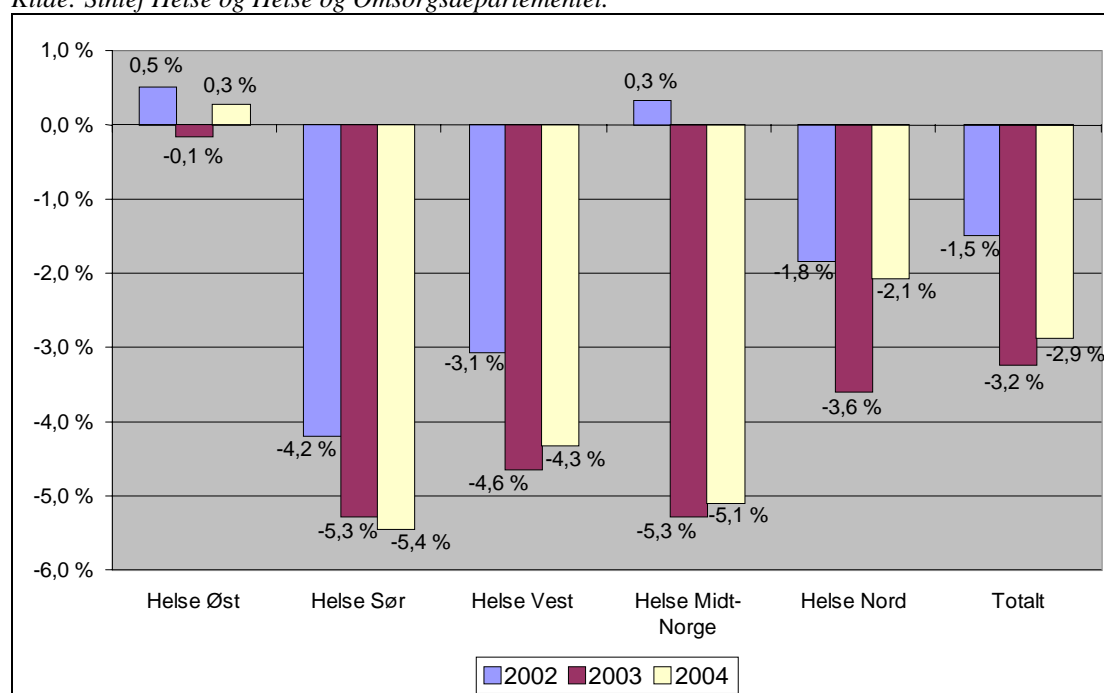
Tabell 4.2: Korrigert årsresultat per RHF, perioden 2002 til 2004 - Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

Beløp i mill. kroner	2002	2003	2004	Akkumulert
Helse Øst	97	-29	58	126
Helse Sør	-514	-697	-779	-1 990
Helse Vest	-313	-524	-531	-1 368
Helse Midt-Norge	24	-461	-498	-935
Helse Nord	-120	-262	-175	-557
Totalt	-826	-1 973	-1 925	-4 724

De regionale helseforetakene har ulik størrelse, og beløpene er dermed ikke direkte sammenliknbare. Det er derfor også beregnet resultatgrad som forholdet mellom korrigert årsresultat og samlede inntekter³¹. Helse Sør, Helse Vest og Helse Midt-Norge har alle et underskudd som ligger rundt 5 % av inntektene. Omstillingsutfordringene vil dermed være større i disse helseforetakene enn i Helse Nord. Det kan også beregnes størrelsen av det akkumulerte underskuddet i forhold til ett års inntekstramme. Helse Sør har da et akkumulert underskudd tilsvarende 15 % av inntektsrammen for 2004, tilsvarende tall for de øvrige er 12 % for Helse Vest, 10 % for Helse Midt-Norge, knappe 7 % for Helse Nord, mens Helse Øst har et akkumulert overskudd som tilsvarer vel 0,5 % av inntektene i 2004.

³¹ Inntekter er beregnet med utgangspunkt i Sintef sitt anslag på driftskostnader og så korrigert for avskrivninger. Dette gir en skjevhet fordi kapitalkostnader ikke fordeles etter bruk, men etter RHF.

Figur 4.9: Korrigert årsresultat i prosent av helseforetakets inntekter. 2002-2004 – Kilde: Sintef Helse og Helse og Omsorgsdepartementet.



4.4 Kostnadsutvikling

I dette avsnittet dekomponerer vi driftskostnadene; lønnskostnader og kostnader til medikamenter og medisinske forbruksvarer på regionalt nivå. Avslutningsvis gis en omtale av rentekostnader, samt av låneopptak og likviditet i de fem regionale helseforetakene.

4.4.1 Lønnskostnader

Lønn er den største kostnadskomponenten for helseforetakene, og forskjeller i både ressursinnsats og økonomisk resultat kan delvis skyldes forskjeller i lønnsnivå.

Tabell 4.3: Lønnskostnader³² – Kilde: Revisorgodkjente årsregnskap

Beløp i mill. kr	2002	2003	2004	Endring 2002-04
Helse Øst	11 226	12 241	12 766	13,7 %
Helse Sør	8 860	9 686	10 210	15,2 %
Helse Vest	6 690	7 214	7 472	11,7 %
Helse Midt-Norge	5 148	5 707	6 064	17,8 %
Helse Nord	4 071	4 484	4 939	21,3 %
Landet	35 994	39 332	41 450	15,2 %

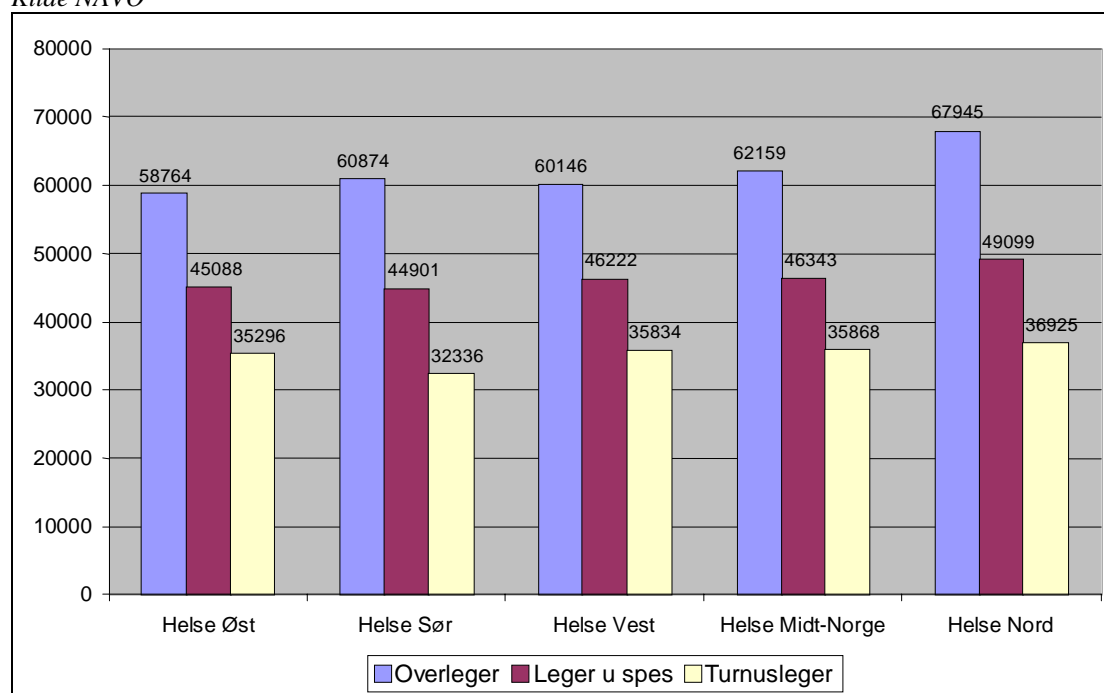
Det har ikke vært tilgjengelig data for regional lønnsvekst for perioden 2002 til 2004. I dette avsnittet fokuseres derfor på forskjeller i lønnsnivå i 2004 slik det måles gjennom månedsfortjenesten³³. Merk at forskjeller i månedsfortjeneste dels vil reflektere forskjeller i lokale arbeidsmarkedsforhold ("rekruttering"), dels forskjeller i lokal forhandlingsstyrke, og dels forskjeller i lokal organisering. En mer spredt

³² Inneholder i tillegg til rene lønnskostnader også arbeidsgiveravgift, folketrygdavgift og pensjonskostnader.

³³ Inneholder summen av avtalt lønn og uregelmessige tillegg.

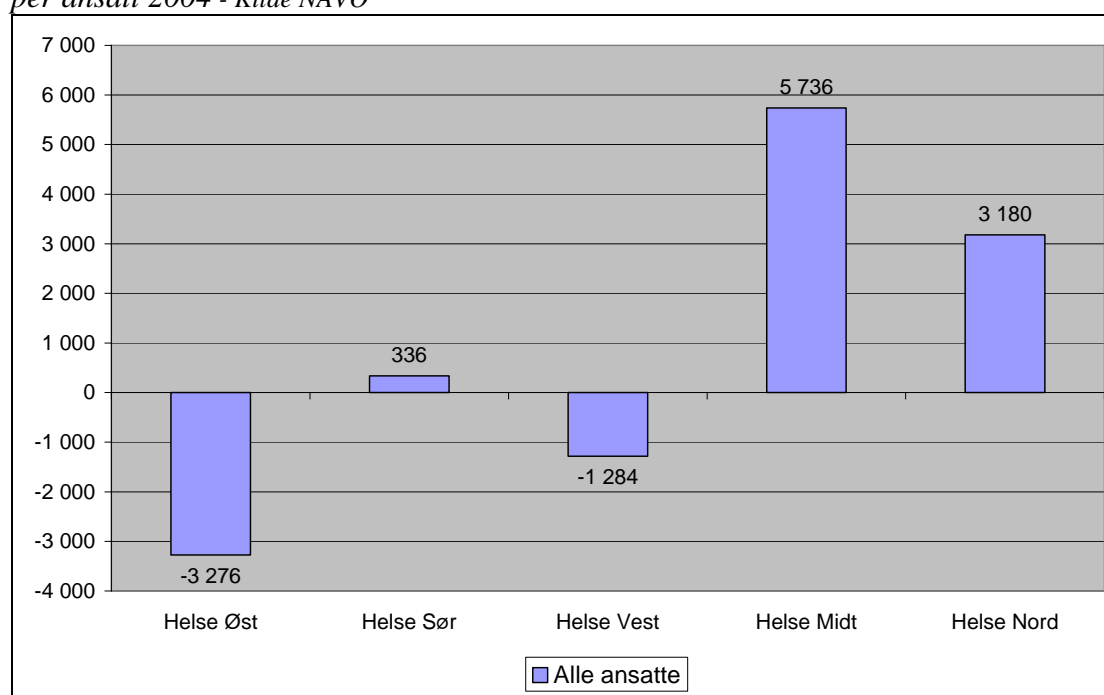
vaktordning vil for eksempel kunne gi tillegg som hever månedsfortjenesten, men kan også innebære forskjeller i arbeidstid.

Figur 4.10. Månedsfortjeneste i kroner (ekskl. overtid) for leger etter RHF i 2004 - Kilde NAVO



Det er betydelige regionale forskjeller i legelønninger slik disse beskrives gjennom månedsfortjenestene (se figur 4.9). Med unntak av turnusleger er lønnsnivået høyest i Helse Nord og lavest i Helse Øst. Tilsvarende forskjeller kan beskrives for alle arbeidstakergrupper og illustrerer forskjeller i driftsbetingelser og/eller avlønningssystemer som kan være av interesse å forfølge videre.

Figur 4.11: Avvik fra landsgjennomsnitt – månedsfortjeneste alle personalgrupper per ansatt 2004 - Kilde NAVO



Figur 4.10 illustrerer regionale forskjeller i månedsfortjeneste for alle personellgrupper samlet.

4.4.2 Medikamenter og medisinske forbruksvarer

En annen viktig kostnadskomponent i alle de fem regionale helseforetakene er medikamenter og medisinske forbruksvarer. Dette er den største kostnadsposten i driftsregnskapet etter personalkostnader og avskrivninger. Medikamenter og medisinske forbruksvarer utgjør mellom åtte og ni prosent av foretaksgruppens totale driftskostnader.

Tabell 4.4: Kostnader knyttet til medikamenter og medisinsk forbruksmaterieell – Kilde: Sintef Helse

Beløp i mill. kr	2002	2003	2004 ³⁴	Endring 2002-04
Helse Øst	1 476	1 676	1 867	26,5 %
Helse Sør	1 253	1 507	1 570	25,3 %
Helse Vest	905	1 012	1 107	22,3 %
Helse Midt-Norge	748	840	900	20,3 %
Helse Nord	560	639	680	21,4 %
Landet	4 382	5 035	5 444	24,2 %

Vi ser av tabell 4.4 at veksten i denne kostnadskomponenten har vært størst i Helse Øst og lavest i Helse Midt-Norge. Dersom denne veksten korrigeres for samme prisutvikling som benyttet i beregning av realvekst, tilsvarer veksten i kostnader til medisiner og medisinske forbruksvarer omlag veksten i aktivitet i denne perioden. Det kan dermed ikke konkluderes med at dette er en særskilt viktig kostnadsdriver på aggregert nivå.

4.4.3 Rentekostnader

Det bygges opp gjeld i samtlige regioner. Dette reflekteres ved en økning også i foretakenes rentekostnader. Unntaket er Helse Øst, hvor aktivisering av rentekostnader forbundet med bygging av Nye Ahus har medført en reduksjon i regnskapsførte rentekostnader i perioden.

Tabell 4.5: Utviklingen i rentekostnader 2002 – 2004 – Kilde: Revisor- og styregodkjente årsregnskap 2003 og 2004

Beløp i tusen kr	2002	2003	2004	Endring 2002-04
Helse Øst	4 303	3 987	468	-89 %
Helse Sør	4 482	1 291	10 478	134 %
Helse Vest	2 625	2 329	13 104	399 %
Helse Midt-Norge	7 264	10 086	17 128	136 %
Helse Nord	4 815	11 037	14 462	200 %
Landet	18 674	17 693	44 694	139 %

Rentedekningsgraden er et nøkkeltall som ofte benyttes for å belyse foretakenes soliditet³⁵. Vi ser da på årsresultatet pluss rentekostnader i forhold til rentekostnader. Forholdstallet forteller hvor mange ganger årsresultatet overstiger rentekostnaden. Jo

³⁴ Inkl. rusomsorg som utgjør ca. 140 mill. kroner.

³⁵ Et foretak er mer solid jo større tap det kan bære

høyere forholdstallet er jo mer solid er foretaket. Er eksempelvis forholdstallet 5 kan årsresultatet falle til 1/5 før rentene blir udekket. Som det fremgikk over har alle fem regioner negative årsresultat. Det er dermed ikke nødvendig å regne rentedekningsgrader, men utvalget påpeker at helseforetakenes soliditet er dårlig og har utviklet seg negativt siden 2002.

4.4.4 Låneopptak og likviditet

Utvalget har tidligere kommentert den utfordringen som helseforetakene møter etter hvert som de vil måtte betjene et stadig økende underskudd. Dels vil dette ha likviditetsmessige konsekvenser, dels vil det påvirke tilgangen på ressurser som kan benyttes til kjerneaktivitetene, siden deler av ressursinnsatsen må benyttes til å betjene gjeld. I dette avsnittet beskrives kort to andre forhold; låneopptak for å finansiere nyinvesteringer og forholdet mellom langsiktig gjeld og foretakenes inntekter.

Tabell 4.6: Lån tatt opp til investeringsformål. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

Beløp i mill. kr	2002	2003	2004	2002-2004
Helse Øst	128	367	675	1 170
Helse Sør	203	300	675	1 178
Helse Vest	184	282	200	666
Helse Midt-Norge	138	918	1 100	2 156
Helse Nord	119	133	100	352
Landet	772	2 000	2 750	5 522

Tabellen over viser hva de ulike regioner har tatt opp i lån for bruk til investeringer. Disse beløpene er langsiktig gjeld og lånegiver er staten ved Norges Bank. Lånerammene fra staten til investeringer blir besluttet av Stortinget i de enkelte års statsbudsjett. Merk at Helse Midt-Norge har store låneopptak knyttet til bygging av nytt universitetssykehus.

Tabell 4.7 Langsiktig gjeld i % av samlede inntekter for RHF – Kilde: Revisorgodkjente regnskaper

	2002	2003	2004
Helse Øst	8,8 %	8,6 %	10,4 %
Helse Sør	10,0 %	11,5 %	14,5 %
Helse Vest	9,3 %	8,7 %	7,2 %
Helse Midt-Norge	21,2 %	33,3 %	48,9 %
Helse Nord	10,9 %	12,5 %	11,4 %
Landet	11,1 %	13,2 %	16,3 %

Avslutningsvis belyses likviditeten gjennom *likviditetsgrad I*, som ser på omløpsmidler i forhold til kortsiktig gjeld. Begrunnelsen for å sammenligne omløpsmidler og kortsiktig gjeld ved vurdering av likviditeten er at den kortsiktige gjelden ofte blir dekket ved at det frigjøres kapital bundet i omløpsmidler. Kilden til nøkkeltallene er foretaksgruppens tall fra de regionale helseforetakenes årsregnskap.

Tabell 4.8: Likviditetsgrad I – Kilde: Revisor- og styregodkjente årsregnskap

	2002	2003	2004	2002-2004
Helse Øst	82 %	70 %	58 %	-32 %
Helse Sør	75 %	47 %	39 %	-48 %
Helse Vest	76 %	47 %	25 %	-67 %
Helse Midt-Norge	105 %	82 %	43 %	-59 %
Helse Nord	85 %	70 %	58 %	-32 %
Landet	83 %	62 %	44 %	-47 %

Det er vanskelig å si hvor høy likviditetsgradene bør være. En ugunstig utvikling (dvs. en reduksjon) i forholdstallene over tid kan imidlertid ofte tas som et tegn på at likviditeten er eller sannsynligvis vil bli anstrengt. Vi ser av tabellen over at likviditetsgraden samlet sett er redusert til omlag det halve fra 31.12 2002 til 31.12 2004. Den beste (høyeste) likviditetsgraden finner vi i Helse Nord og Helse Øst. Det er disse regionene som også har hatt minst reduksjon i nøkkeltallet i perioden.

5. Datakilder og innsamling

I sitt arbeid har utvalget trukket på den innsamling og tilrettelegging av kostnads- og ressursdata og aktivitetsdata som skjer i Statistisk Sentralbyrå (SSB) og Sintef Helse (Samdata, NPR³⁶ og PaFi³⁷) og Arbeidsgiverorganisasjonen NAVO. Utvalget har arbeidet innen korte tidsrammer, og har vært avhengig av stor velvilje og fleksibilitet både hos SSB, Sintef Helse og NAVO. I tillegg har utvalget hentet regnskapsinformasjon i de regionale helseforetakenes revisorgodkjente regnskap som er behandlet og godkjent i foretaksmøtene ultimo juni då. Det har også vært stor velvilje i Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med regnskapsinformasjon.

Når det gjelder kostnads- og ressursdata må utvalget konstatere at det er til dels betydelige forskjeller mellom de data som presenteres fra SSB og Sintef Helse. I denne framstillingen har utvalget etter en samlet vurdering valgt å basere seg på tall fra Sintef Helse Samdata.

Utvalget vil også påpeke at det er behov for å utvide den datainnsamlingen som i dag skjer på en slik måte at man også kan presentere kvalitetssikrede tall for de nye oppgavene som de regionale helseforetakene har blitt pålagt siden helseforetaksreformen. Endelig vil det framover være viktig å kunne følge utviklingen av kostnader knyttet til bruk av ulike innsatsfaktorer, inklusive kapital.

Utvalget har videre innledet dialog med NPR og SSB for å kartlegge mulighetene for tertialvis monitorering av aktivitets- og lønnsutvikling i spesialisthelsetjenesten.

³⁶ Norsk Pasientregister

³⁷ Pasientklassifisering og Finansiering