

Årsrapport

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten

September 2010

Forord

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) avleverer med dette sin årsrapport for 2010. Rapporten omhandler temaene aktivitet, ressursbruk, produktivitet, lønnskostnader og lønnsnivå, samt spesialisthelsetjenesten i Norden. For sistnevnte tema inngår det i årets rapport kun en beskrivelse av et oppdrag BUS igangsetter i år. Dette oppdraget skal rette seg mot en grundigere beskrivelse av spesialisthelsetjenesten i Norden og resultatene fra dette arbeidet vil bli presentert i neste års rapport fra BUS.

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

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

Oslo 1. september 2010

Tor Iversen
Leder

Bård Lilleeng

Anne-Marie Barane

Kari Nyland

Nils Otto Skribeland

Stig Økland

Jorid Kalseth

Lars Rønningen
Heidi Torvik
Helga Daae

FORORD	3
UTVALGETS MANDAT OG SAMMENSETNING.....	6
DEL I SAMMENDRAG MED VURDERINGER.....	7
UTVALGETS SAMLEDE VURDERING.....	7
<i>Nasjonalt</i>	7
<i>Helse Sør-Øst</i>	9
<i>Helse Vest</i>	10
<i>Helse Midt-Norge</i>	11
<i>Helse Nord</i>	11
<i>Samsvar mellom aktivitetskrav og regionale behov</i>	12
<i>Datagrunnlaget</i>	12
DEL II: NASJONAL OG REGIONAL UTVIKLING	15
1. RESSURSBRUK	15
1.1 <i>Driftskostnader</i>	15
1.2 <i>Årsverk</i>	18
1.3 <i>Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling</i>	19
1.4 <i>Ressursbruk til forskning</i>	21
2. AKTIVITET	23
2.1 <i>Pasientbehandling</i>	24
2.1.1 <i>Somatisk virksomhet</i>	24
2.1.2 <i>Psykisk helsevern</i>	32
2.1.3 <i>Rusbehandling</i>	35
2.1.4 <i>Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB</i>	37
2.1.5 <i>Poliklinisk laboratorie- og radiologiaktivitet</i>	39
2.2 <i>Forskningsaktivitet</i>	40
2.3 <i>Utdanning av helsepersonell</i>	41
2.3.1 <i>Turnusleger</i>	41
2.3.2 <i>Leger i spesialisering (LiS)</i>	42
2.4 <i>Opplæring av pasienter og pårørende</i>	43
3. PRODUKTIVITET	45
3.1 <i>Produktivitet i somatisk sektor</i>	45
3.2 <i>Produktivitet i psykisk helsevern</i>	47
3.3 <i>Enhetskostnader i TSB</i>	51
4. HELSEFORETAKENES ØKONOMISKE SITUASJON	53
4.1 <i>Institusjonelle forhold</i>	53
4.2 <i>Regnskapsmessig resultat og egenkapital</i>	54
4.3 <i>Eiendeler</i>	55
4.3.1 <i>Investeringer</i>	57
4.3.2 <i>Finansiering av investeringer</i>	60
4.4 <i>Helseforetakenes finansielle stilling</i>	61
4.5 <i>Likviditet</i>	63
5. UTVIKLING I LØNSKOSTNADER OG LØNNSNIVÅ	67
5.1 <i>Utvikling i lønnskostnader</i>	67
5.1.1 <i>Utvikling i pensjonskostnader</i>	68
5.2 <i>Utvikling i lønnsnivå</i>	68
5.2.1 <i>Årslønnsvekst</i>	69
5.2.2 <i>Utvikling i månedsførtjeneste (Datalønnsvekst)</i>	69
5.3 <i>Dekomponering av endring i lønnskostnader</i>	72
DEL III: NORGE I NORDEN	77
6. NORGE I ET NORDISK PERSPEKTIV.....	77
DEL IV: DATAGRUNNLAG OG KILDER.....	79
<i>Ressursbruk</i>	79
<i>Årsverk</i>	79

<i>Aktivitet pasientbehandling</i>	79
<i>Aktivitet poliklinisk laboratorie og radiologiaktivitet</i>	80
<i>Aktivitet forskning</i>	80
<i>Aktivitet utdanning av helsepersonell</i>	80
<i>Produktivitet</i>	80
<i>Resultat, investeringer, egenkapital, gjeld og likviditet</i>	80
<i>Lønnsnivå</i>	80
<i>Øvrige kilder</i>	80
<i>Rapporter som det refereres til:</i>	80

Utvalgets mandat og sammensetning

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

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

Utvalgets oppgaver er:

- *Gi en faglig tolkning av aktivitets-, kostnads- og produktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenesten og i regionale helseforetak, basert på tilgjengelige data. BUS skal kunne foreslå en utvidelse av datagrunnlaget der det er nødvendig. Utvalget skal årlig, innen 1. september, avgi en skriftlig årsrapport som beskriver den historiske utviklingen, med særlig vekt på foregående år.*
- *Analyser skal gis på nasjonalt og regionalt nivå. Det er en forutsetning at analysene er fordelt etter funksjon/tjeneste, etter type aktivitet og at både løpende driftsutgifter og kapitalutgifter er behandlet.*
- *Sammenligne nøkkeltall i norsk spesialisthelsetjeneste med andre nordiske land (Danmark, Sverige og Finland).*
- *Formalisere en dialog med de regionale helseforetak der utvalgets analyser drøftes.*

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

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

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

Statistisk sentralbyrå deltar i utvalgets møter som observatør.

Utvalgets sammensetning:

Professor Tor Iversen, Universitetet i Oslo (leder)

Forskningsleder Jorid Kalseth, SINTEF Helsetjenesteforskning

Førsteamanuensis Kari Nyland, Trondheim Økonomiske høyskole

Viseadministrerende direktør Bård Lilleeng, Helse Sør-Øst RHF

Økonomidirektør Anne-Marie Barane, Helse Midt-Norge RHF

Seniorrådgiver Nils Otto Skribeland, Helse- og omsorgsdepartementet

Rådgiver Stig Økland, Finansdepartementet

Del I Sammendrag med vurderinger

Utvalgets samlede vurdering

Utvalget har vurdert samlet aktivitet, sammensetning av aktivitet, ressursbruk, produktivitet og økonomisk resultat i de regionale helseforetakenes virksomhet og gitt en samlet tolkning av disse størrelsene.

Nasjonalt

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2009 spesifiserte helse- og omsorgsdepartementet følgende krav til *aktiviteten*:

- *Det er gitt en samlet ressursramme som legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med 1,5 prosent fra 2008 til 2009. Veksten kan fordele seg ulikt innenfor forskjellige behandlingsområder.*

Utvalget tolker dette som at lavere vekst enn 1,5 prosent i et behandlingsområde kan veies opp av høyere vekst i andre behandlingsområder. Oppdraget må derfor følges opp ved å gjøre en samlet vurdering av utviklingen i alle behandlingsområder.

- *Den prosentvise veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i 2009 være sterkere enn innen somatikk.*
- *Aktiviteten innen rehabilitering og habilitering skal minst styrkes med 1,5 prosent.*

Det var en vekst i dag- og døgnbehandling målt i DRG-poeng¹ på 1,1 prosent i 2009 i forhold til i 2008. Korrigert for system- og registreringsendringer er veksten beregnet til 0,8 prosent. Innen psykisk helsevern for voksne (PHV) økte antallet døgnopphold med 1,8 prosent og antallet polikliniske konsultasjoner med 3,6 prosent. Antallet polikliniske tiltak innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) økte med 4,2 prosent. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) økte antallet innleggelseser med 2,6 prosent og antallet polikliniske konsultasjoner med 22,3 prosent. Selv om veksten innen somatisk virksomhet var mindre enn 1,5 prosent, vurderer utvalget aktivitetsveksten innen de andre områdene til å være tilstrekkelig stor til at kravet til den generelle veksten i pasientbehandlingen er oppfylt for de regionale helseforetakene samlet.

Siden det verken innenfor psykisk helsevern (PH) eller TSB er tilsvarende pasientklassifiseringssystem som innenfor somatisk virksomhet (DRG-systemet), vil sammenligningen mellom vekst i somatisk virksomhet og de to andre områdene basere seg på en sammenligning av utvikling i døgnopphold og av utvikling i polikliniske konsultasjoner/dagbehandling. I 2009 var det en reduksjon (-1,2 prosent) av antall døgnopphold innen somatisk virksomhet. Økningen i antallet døgnopphold i PH og TSB er dermed åpenbart større enn økningen innenfor somatisk virksomhet. Siden økningen i antall dagbehandlinger var 4,6 prosent og i antall polikliniske konsultasjoner var 2,2 prosent innenfor somatisk virksomhet, vurderer utvalget også kravet til relativ vekst oppfylt for

¹ DRG-poeng er et mål for omfang og sammensetning av pasientbehandling i somatisk spesialisthelsetjeneste basert på DiagnoseRelaterte Grupper (DRG). Hver pasientgruppe (DRG) tildeles en vekt basert på hvor ressurskrevende behandlingen av denne gruppen er.

polikliniske konsultasjoner. Samlet sett er da den prosentvise veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2009 større enn innen somatisk virksomhet. Denne konklusjonen understøttes av at veksten i ressursbruk og årsverk innen både PH (henholdsvis 1,7 prosent og 3,3 prosent) og TSB (henholdsvis 9,5 prosent og 8,3 prosent) var større enn innen somatisk virksomhet (henholdsvis 0,8 prosent og -1,0 prosent). Kravet i oppdragsdokumentene anses derfor oppfylt for landet som helhet. Det er tallmessig grunnlag for å si at de regionale helseforetakene som helhet prioriterte psykisk helsevern og rusbehandling høyere enn somatisk virksomhet i 2009.

I følge oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene skal den helsefaglige kompetansen i TSB styrkes. Det har vært en økning på 0,8 prosentpoeng i andelen leger og psykologer i TSB fra 2008 til 2009 i landet som helhet.

Utvalget har benyttet tilgjengelige data for å undersøke om det er indikasjoner på at veksten har vært minst 1,5 prosent innen rehabilitering og habilitering² i 2009. Vi vil først vurdere tilgjengelige aktivitetstall og deretter supplere med kostnadstall. For landet som helhet har det vært en reduksjon i opphold for døgnrehabilitering i sykehus med 7,9 prosent. Samtidig har det vært en økning i antallet dag- og polikliniske opphold med 13,3 prosent. I tillegg til rehabilitering i sykehus er det en betydelig virksomhet i private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. For landet som helhet var antallet opphold i slike institusjoner tilnærmet uendret i 2009. Siden det ikke er tilgjengelig noe sett av vekter for døgnopphold i forhold til dag- og polikliniske opphold, kan ikke utvalget på grunnlag av aktivitetsdata slutte om kravet til aktivitetsvekst i rehabilitering er oppfylt for regionene samlet. At kostnader til kjøp av tjenester fra private rehabiliteringsinstitusjoner nominelt har økt med 6,9 prosent, tyder på at det har skjedd en økning i kvalitet og/eller kostnadsnivå i denne delen av tjenesten.

Det er et mål at spesialisthelsetjenestens tilbud innen psykisk helsevern for barn og unge skal nå minst fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. I 2009 var dekningsgraden 4,7 prosent. Dette var en økning i forhold til 2008 (4,5 prosent). Dekningsgraden påvirkes også av befolkningsveksten blant barn og unge.

På nasjonalt nivå var beregnet produktivitet innenfor somatisk virksomhet tilnærmet konstant i 2009 i forhold til i 2008. Innen PHV har det vært reduksjon i beregnet produktivitet ved poliklinikkene, mens det har vært en økning i antall utskrivinger per årsverk. Innen PHBU er antallet behandlede pasienter per fagårsverk uendret, mens antall tiltak per fagårsverk går ned. Samlet sett er endringene så pass små at utvalget ikke kan konkludere med at produktiviteten i sektoren er endret fra 2008 til 2009. Produktivitetsberegningene tar ikke hensyn til endringer i registreringsmåte. Det eksisterer ikke data som gjør det mulig å beregne produktivitet innenfor TSB og rehabilitering særskilt.

Eier stilte krav til alle de regionale helseforetakene om et regnskapsmessig resultat i balanse i 2009. Samlet sett hadde de regionale helseforetakene i 2009 et positivt årsresultat på 312 millioner kroner. Dette er første år med positivt årsresultat siden de regionale helseforetakene ble opprettet i 2002.

I tråd med Magnussenutvalgets innstilling (NOU 2008:2) har det blitt vedtatt ny inntektsfordeling mellom de regionale helseforetakene. Dette blir gjennomført gjennom økte bevilgninger i 2009 og 2010 til Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord uten at Helse Sør-Øst får redusert sine inntekter. I 2009 ble det

² Det er grunn til å tro at tilgjengelige data er ufullstendige og særlig gjelder det omfang av habilitering.

bevilget 600 millioner kroner til innfasing av ny inntektsfordeling. Økte bevilgninger kan resultere i bedre årsresultat, økt aktivitet, lavere produktivitet³ eller en kombinasjon av flere av disse komponentene. Oppdragsdokumentene forutsatte at økte inntekter som følge av ny inntektsfordeling ble brukt til å forbedre det økonomiske resultatet i 2009. For de regionale helseforetakene som helhet viser tallene fra 2009 et forbedret økonomisk resultat. Forbedring i økonomisk resultat utgjorde mer enn den økte bevilgning som ny inntektsfordeling medførte.

Utvalget påpekte i fjorårets rapport at å skaffe til veie likviditet til investeringer gjennom drift krever at man går med overskudd. Årets økonomiske resultat er et skritt i den retningen.

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

Helse Sør-Øst

I Helse Sør-Øst var det en økning i antall DRG-poeng med 1,7 prosent. Det var en økning i døgnopphold innen PHV med 0,9 prosent og i polikliniske konsultasjoner med 4,8 prosent. Innen PHBU har det vært en økning i polikliniske tiltak med 4,9 prosent. Innen TSB har antallet polikliniske tiltak økt med 22,9 prosent og antallet innleggelser med 7,0 prosent. Det synes klart at Helse Sør-Øst har oppfylt departementets krav til aktivitetsvekst i 2009.

Med reduksjon i antall døgnopphold, en økning i antallet dagopphold (4,1 prosent) og en økning i antallet polikliniske konsultasjoner (3,7 prosent) innen somatisk virksomhet har også Helse Sør-Øst oppfylt kravet om at veksten innen psykisk helsevern og TSB skal være større enn veksten innen somatisk virksomhet. Denne konklusjonen kan underbygges av at veksten i ressursbruk har vært større innen PH (1,2 prosent) og innen TSB (6,7 prosent) enn innen somatisk virksomhet (0,6 prosent).

I Helse Sør-Øst er det nå en dekningsgrad i psykisk helsevern på 4,9 prosent for barn og unge i aldersgruppen 0-17 år. Dette er tilnærmet en oppfylling av departementets mål for dekningsgrad (5 prosent).

Antallet opphold for døgnrehabilitering i sykehus har blitt redusert med 4,1 prosent, antall dag- og polikliniske opphold for rehabilitering i sykehus har økt med 13,7 prosent og antall opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner har økt med 2,6 prosent. Utvalget har ikke data til å vekte utviklingen i døgnopphold med dagopphold, og kan derfor ikke vise at Helse Sør-Øst har oppfylt målet om minst 1,5 prosent vekst i rehabiliteringsaktivitet. Samtidig utelukker ikke data at målet er oppfylt.

Beregnet produktivitet ved somatiske institusjoner har økt med 1,7 prosent i 2009. Innen PHV har antallet konsultasjoner per fagårsverk blitt redusert med 3,3 prosent, mens antallet utskrivninger per årsverk har økt med 4,6 prosent. Antallet pasienter per fagårsverk innen PHBU har blitt redusert med 2,5 prosent. Med manglende vektorer kan vi ikke uten videre slutte om den samlede produktiviteten har blitt større eller mindre i perioden. Siden somatisk sektor er stor i forhold til PHBU, konkluderer utvalget med at beregnet produktivitet samlet sett har økt i Helse Sør-Øst i 2009.

³ Siden det ikke eksisterer mål for kvalitet, vil kvalitetsforbedring som medfører større kostnader, også medføre lavere produktivitet.

Helse Sør-Øst hadde i 2009 et årsresultat på -157 millioner kroner. Eiers krav om balanse er dermed ikke oppfylt. Helse Sør-Øst er 268 millioner kroner nærmere balansekravet i 2009 enn i 2008.

Samlet sett har Helse Sør-Øst oppfylt kravene til aktivitet og aktivitets-sammensetning, samtidig som produktiviteten har økt. Kravet til balanse i økonomisk resultat er fortsatt uoppfylt selv om det økonomiske resultatet er betydelig nærmere balansekravet i 2009 enn i 2008.

Helse Vest

I Helse Vest økte antallet DRG-poeng i 2009 med 2 prosent. Innen PHV økte antallet døgnopphold med 3,5 prosent, mens antallet polikliniske konsultasjoner var tilnærmet uendret fra 2008. Polikliniske tiltak for barn og unge innen PHBU økte med 5,5 prosent. Innen TSB økte antallet polikliniske konsultasjoner med 21,3 prosent, mens antallet innleggelser ble redusert med 4,9 prosent. Samlet sett vurderer utvalget at kravet til aktivitetsvekst er oppfylt.

Det var i 2009 en reduksjon i somatisk døgnbehandling med 0,5 prosent. Antallet polikliniske konsultasjoner økte med 3,6 prosent og antall dagopphold med 8,3 prosent innenfor somatisk virksomhet. En vurdering av aktiviteten innenfor de to omsorgsnivåene hver for seg gir derfor ikke grunnlag for å konkludere at Helse Vest har oppfylt kravet om større aktivitetsvekst innen PH og TSB enn innenfor somatisk virksomhet. Regnskapstallene for kostnader innenfor de tre områdene viser samtidig at veksten i ressursbruk innen PH (4,1 prosent) og TSB (17 prosent) har vært betydelig større enn veksten innen somatisk virksomhet (0,7 prosent). Utvalget slutter derfor at Helse Vest har oppfylt kravet til aktivitetssammensetning.

Helse Vest har den laveste dekningsgraden av regionene innen PHBU med 3,9 prosent av befolkningen i aldersgruppen 0-17 år.

Oppdragsdokumentet sier at den nye inntektsfordelingen gir et godt grunnlag for å styrke rehabiliteringstilbudet i Helse Vest. I Helse Vest har antallet opphold i døgnrehabilitering i sykehus blitt redusert med 16,2 prosent. Samtidig har antallet dag- og polikliniske opphold blitt redusert med 0,5 prosent og opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner redusert med 2,1 prosent. På grunnlag av de aktivitetstall som er tilgjengelige for utvalget, kan vi derfor ikke slutte at Helse Vest har oppfylt målet om 1,5 prosent vekst i rehabiliteringsaktivitet.

Helse Vest hadde en økning i beregnet produktivitet innen somatisk sektor med 0,6 prosent. Innen PHV var det reduksjon i konsultasjoner per fagårsverk (6,4 prosent) og en økning i utskrivninger per årsverk (3,0 prosent), mens det var vekst (4,2 prosent) i pasienter per fagårsverk innen PHBU. Mens det har vært vekst i produktivitet ved somatiske institusjoner og PHBU, er utviklingen ubestemt innen PHV. Samlet sett er det dermed vanskelig å konkludere med hensyn til fortegnet på produktivitetsveksten. Siden somatisk sektor er stor i forhold til PHV, slutter utvalget at det trolig har vært en viss økning i produktiviteten samlet sett i Helse Vest i 2009.

Årsresultatet for Helse Vest var i 2009 156 millioner kroner. Eiers krav til balanse er dermed oppfylt. Årsresultatet viser en bedring med 297 millioner kroner fra 2008.

Samlet sett er det utvalgets oppfatning at inntektsveksten i 2009 i Helse Vest både resulterte i en betydelig bedring i økonomisk resultat, en viss økning i aktivitet samtidig som man unngikk at produktiviteten ble redusert.

Helse Midt-Norge

I Helse Midt-Norge ble antallet DRG-poeng redusert med 0,1 prosent i 2009. Antallet døgnopphold var konstant innen PHV, mens antallet polikliniske konsultasjoner økte med 2,5 prosent. Antallet polikliniske tiltak innen PHBU økte med 7,3 prosent. Innen TSB ble antallet innleggelser redusert med 8,5 prosent, mens antallet polikliniske konsultasjoner økte med 27,5 prosent. Uten vekst i antallet DRG-poeng er det utvalgets vurdering at det er lite sannsynlig at Helse Midt-Norge har oppfylt kravet til aktivitetsvekst.

Mens antallet somatiske døgnopphold ble redusert med 1,4 prosent, økte antallet dagopphold med 4,8 prosent. Antall polikliniske konsultasjoner innen somatisk virksomhet var uendret. Aktivitetstallene viser dermed at veksten i psykisk helsevern var større enn i somatisk virksomhet, mens konklusjonen er mer åpen for rus på grunn av reduksjonen i antallet innleggelser. Utviklingen i ressursbruk understøtter at veksten i PH (4 prosent) og TSB (13,1 prosent) har vært større enn innen somatisk virksomhet (0,9 prosent). Samlet sett slutter utvalget at Helse Midt-Norge har oppfylt kravet om at veksten i psykisk helsevern og rus skal være større enn innen somatisk virksomhet.

I Helse Midt-Norge er dekningsgraden innen PHBU 4,1 prosent for innbyggere i aldersgruppen 0-17 år.

I Helse Midt-Norge har det innen rehabilitering i sykehus vært en reduksjon i døgnopphold med 4,2 prosent og en vekst i dag- og polikliniske opphold med 66,8 prosent. Antall opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner har blitt redusert med 9,1 prosent. Til tross for at utvalget ikke har data til å vekte utviklingen i døgnopphold med dagopphold, er det en mulighet for at Helse Midt-Norge har oppfylt målet om minst 1,5 prosent vekst i rehabiliteringsaktivitet.

Helse Midt-Norge hadde i 2009 en reduksjon i beregnet produktivitet innen somatisk sektor med 2,5 prosent. Utskrivninger per årsverk i PHV økte med 1,7 prosent, mens konsultasjoner per fagårsverk ble redusert med 5,1 prosent. Innen PHBU økte antallet pasienter per fagårsverk med 1,0 prosent. Utvalget slutter at det er redusert beregnet produktivitet ved somatiske institusjoner og ubestemt innenfor PHV, mens det er en tendens til økt beregnet produktivitet innen PHBU i 2009.

Årsresultatet for Helse Midt-Norge var i 2009 214 millioner kroner. Dette er en økning med 128 millioner kroner fra 2008 og er tredje året på rad at Helse Midt-Norge oppfyller eiers krav til årsresultat i balanse.

Samlet sett er det utvalgets vurdering at inntektsveksten i 2009 i Helse Midt-Norge har medført en betydelig økning i økonomisk resultat. Samtidig synes ikke veksten i aktivitetsnivået å ha blitt påvirket positivt, og det er en reduksjon i produktivitet ved somatiske institusjoner.

Helse Nord

I Helse Nord ble antallet DRG-poeng redusert med 2,6 prosent i 2009. Samtidig økte antallet døgnopphold med 4,7 prosent innenfor PHV og antallet polikliniske konsultasjoner med 6,1 prosent innenfor PHV. Antallet polikliniske konsultasjoner innenfor PHBU ble redusert med 3,3 prosent. Innen TSB økte antallet innleggelser med 0,3 prosent og antallet polikliniske konsultasjoner med 5,9 prosent. Selv om enkelte av vekstratene er større enn 1,5 prosent, er utvalgets vurdering at reduksjonen i DRG-poeng er for stor til at Helse Nord kan sies å ha oppfylt aktivitetskravet.

Innenfor somatisk virksomhet var det en reduksjon i døgnopphold med 3,3 prosent, en reduksjon i polikliniske konsultasjoner med 3,0 prosent og en økning i dagbehandlinger med 0,6 prosent. Utvalget slutter at veksten innenfor PHV og innenfor TSB har vært større enn innenfor somatikk, mens dette ikke synes å være tilfelle innen PHBU. For Helse Nord understøtter tallene for ressursbruk i mindre grad aktivitetstallene, siden veksten innen somatisk virksomhet (1,6 prosent) er større enn veksten i PH (- 2,4 prosent). I TSB økte kostnadene med 9,4 prosent. Det er dermed uklart om Helse Nord samlet sett har oppfylt departementets krav for prioritering av aktivitet.

Helse Nord har den høyeste dekningsgraden av regionene innen PHBU med 6,7 prosent av befolkningen i aldersgruppen 0-17 år.

I Helse Nord var det i 2009 en reduksjon i døgnrehabilitering i sykehus med 21 prosent og en reduksjon i antallet dag- og polikliniske opphold med 14 prosent. Samtidig ble antallet opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner redusert med 3,9 prosent. Basert på de tallene utvalget har hatt tilgang til, slutter vi at Helse Nord ikke synes å ha oppfylt kravet om vekst i rehabilitering med 1,5 prosent.

I 2009 var beregnet produktivitet innen somatisk sektor 4,8 prosent mindre enn i 2008 i Helse Nord. Det har dermed vært en markert reduksjon i beregnet produktivitet ved somatiske institusjoner. Det har samtidig vært en betydelig økning i beregnet produktivitet innen psykisk helsevern ved at konsultasjoner per fagårsverk i PHV har økt med 1,6 prosent, utskrivninger per årsverk innen PHV har økt med 9,7 prosent og pasienter per fagårsverk har økt med 4,2 prosent innen PHBU. Samtidig var reduksjonen i beregnet produktivitet innen somatisk sektor så pass stor at utvalget samlet sett konkluderer med at det har vært en reduksjon i beregnet produktivitet.

Økonomisk resultat i Helse Nord var i 2009 100 millioner kroner. Dette er en økning med 321 millioner kroner fra 2008, og innebærer at Helse Nord har oppfylt eiers balansekrav.

Samlet sett er det utvalgets vurdering at inntektsveksten i 2009 i Helse Nord har medført en betydelig bedring av økonomisk resultat. Forbedringen av det økonomiske resultatet har skjedd parallelt med en reduksjon i behandlingsaktivitet og produktivitet innenfor somatisk sektor. Produktiviteten innen psykisk helsevern har økt.

Samsvar mellom aktivitetskrav og regionale behov

Oppdragsdokumentene stilte i 2009 like store krav både til prosentvis aktivitetsvekst og til aktivitetssammensetning i alle de regionale helseforetakene. Samtidig er de regionale helseforetakenes basisramme avhengig av beregnede regionale behov etter fastlagte kriterier. Utviklingen i slike beregnede behov og dermed også utviklingen i basisramme varierer mellom regionene. Utvalget stiller spørsmål ved om det er logisk konsistent å stille identiske aktivitetskrav til de regionale helseforetakene samtidig som beregnede behov og dermed utvikling i basisramme varierer mellom regionene.

Datagrunnlaget

Oppfølging av krav forutsetter at man har data som gjør oppfølgingen meningsfull uten for mye skjønn. BUS har som en del av sitt mandat å kunne foreslå en utvidelse av datagrunnlaget der det er nødvendig. I arbeidet med årets rapport har data om aktivitet innen rehabilitering vist seg spesielt mangelfulle. Det har medført at utvalget på grunnlag av aktivitetsdata ikke kan slutte om kravet til aktivitetsvekst i rehabilitering er oppfylt for regionene samlet. Dette er

problematisk siden man da på grunn av manglende data ikke vet om et av kravene som blir stilt i oppdragsdokumentet er oppfylt. Å forbedre datagrunnlaget er samtidig utfordrende siden rehabilitering i mange tilfeller er vanskelig å skille fra behandling. Utvalgets vurdering er generelt at de krav som stilles i oppdragsdokumentene bør følges opp med et datagrunnlag som gjør det mulig å etterprøve om kravene faktisk blir oppfylt.

Årets rapport viser at det har vært særlig stor aktivitetsvekst innen rusbehandling (TSB) i 2009. Dette gjenspeiles også i økningen i ressursbruk. Eksisterende data gjør det ikke mulig å beregne produktivitetsutvikling innen dette området. Utvalget vil foreslå at det settes i gang arbeid som kan legge grunnlag for beregning av produktivetsindikatorer også innen TSB.

De regionale helseforetakene har fire hovedoppgaver; pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. Utvalget vurderer det som viktig at det foreligger tilstrekkelig dekkende aktivitetsdata for alle disse oppgavene. Oppgavene knyttet til utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende har i dag mangelfulle aktivitetsdata. Det bør derfor for det første tas initiativ for å etablere en rutinemessig rapportering av aktivitetsdata for opplæring av pasienter og pårørende. I tillegg til dette bør det igangsettes arbeid for å etablere et datagrunnlag for utdanning av helsepersonell som dekker flere personellgrupper enn leger.

Det har de seneste årene vært et mål for de regionale helseforetakene å sikre at prosentvis aktivitetsvekst i psykisk helsevern og TSB er sterkere enn for somatisk virksomhet. Dagens datagrunnlag gjør denne type sammenligninger vanskelig da det for det første delvis ikke eksisterer samlende aktivitetsmål for poliklinisk, dag- og døgnbehandling innenfor hver behandlingssektor. Derneft eksisterer det ikke systemer for å gjøre aktivitetsmålene sammenlignbare mellom behandlingssektorene. Utvalget vurderer det som viktig at det igangsettes utviklingsarbeid for å bedre aktivitetsindikatorerne innad og mellom behandlingssektorene.

Utvalget har tatt initiativ til en nærmere analyse av datagrunnlaget i de regionale helseforetakenes lønns- og personalkuber (HR-kuber). Målet med dette arbeidet er å undersøke muligheten for å kunne dekomponere utviklingen i lønnskostnader i en pris- og volumeffekt på en robust måte. Foreløpige resultater fra en pilotundersøkelse i Helse Midt-Norge er gjengitt i kapittel 5.3 og gir grunnlag for optimisme med tanke på muligheten for en slik dekomponering også i andre regioner. HR-kubene inneholder også interessante data for andre analyser. Utvalget vil ta initiativ til at de regionale helseforetakene og andre aktører bidrar med ressurser for å utvikle systemer hvor data fra HR-kubene kan benyttes til for eksempel dekomponering av utvikling i lønnskostnader.

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 2005 til 2009. Ressursbruk måles ved driftskostnader og årsverk. Det har fra 2008 til 2009 vært en endring i datakilde knyttet til årsverk, da data nå kun innsamles via register i Statistisk Sentralbyrå (SSB). Dette medfører at tallene for 2008 og 2009 ikke er direkte sammenlignbare.

Følgende hovedtrekk vises i kapitlet:

- Det var en økning i samlede driftskostnader målt i faste priser fra 2008 til 2009 på 1,4 prosent.
- Kostnadsveksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling var større enn innen somatisk sektor fra 2008 til 2009.
- I spesialisthelsetjenesten som helhet var det en uendret årsverksinnsats fra 2008 til 2009. Det var størst vekst i antall årsverk innen rusbehandling.
- En økning på 3,2 prosent siste år i antall leger og psykologer med driftsavtale.
- Ressursinnsats til forskning som andel av totale kostnader økte med 0,2 prosentpoeng fra 2007 til 2008, slik at andelen i 2008 var 2,3 prosent.

Det ble i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene stilt en ressursramme til rådighet som legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med 1,5 prosent fra anslått aktivitetsnivå i 2008 til 2009.

1.1 Driftskostnader

Tabell 1.1 viser at de totale driftskostnader i 2009 var i underkant av 98 mrd kroner inkl avskrivninger. Det var en økning på 1,4 prosent fra 2008 når det tas hensyn til prisstigning, se tabell 1.2. Kostnadene i somatisk sektor økte med 0,8 prosent fra 2008 til 2009, mens kostnadsøkningen innen psykisk helsevern var 1,7 prosent på landsbasis. Kostnadene i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere (TSB) økte med 9,5 prosent fra 2008 til 2009. Nasjonalt var det i 2009 sterkere prosentvis vekst i kostnadene til psykisk helsevern og TSB enn i somatisk sektor.

Kostnadstallene er summert per helseregion og korrigert for gjestepasientoppgjør. Gjestepasientoppgjøret balanserer ikke helt på landsbasis⁴, slik at det vil være mindre avvik til kostnadstall i annen statistikk, blant annet SAMDATA.

⁴ Sum utgifter og sum inntekter knyttet til gjestepasienter i helseregionene er ikke helt like, det er mindre ulikheter/avvik. Dette medfører at totale kostnader i landet blir noe forskjellig avhengig av om driftskostnader summeres per helseregion eller per helseforetak/institusjon.

Tabell 1.1 Totale driftskostnader 2005-2009. Korrigert for gjestepasientoppgjør. Ikke korrigert for nye oppgaver. Løpende priser. Millioner kroner. Kilde: SAMDATA og årsregnskap foretaksgruppen.⁵

	2005	2006	2007	2008	2009
Samlede kostnader	73 319	79 601	86 761	93 015	97 834
Herav:					
Somatisk virksomhet	49 206	53 458	58 339	62 715	65 550
Psykisk helsevern	12 288	13 113	14 745	15 920	16 790
Rusbehandling	1 916	2 136	2 319	2 648	3 007
Ambulanse	2 390	2 676	2 900	3 200	3 554
Syketransport	1 364	1 895	1 933	2 054	2 320
Annet ⁶	1 127	1 145	1 216	1 220	1 204
Avskrivinger ⁷	5 027	5 178	5 310	5 258	5 408

I perioden fra 2005 til 2009 var det en kostnadsvekst på i overkant av 11 prosent, uten korrigerende for nye oppgaver. Tabell 1.2 under viser at det i perioden under ett var sterkest vekst av behandlingssektorene innen TSB, en økning på nær 31 prosent. Kostnadsveksten i psykisk helsevern var om lag 14 prosent, og i somatisk sektor var kostnadsveksten 11 prosent. Kostnadene til ambulanse og syketransport er de kostnader som har økt mest i perioden, henholdsvis 24 og over 40 prosent. Kostnadsøkning innen syketransport henger sammen med overføring av oppgaver til spesialisthelsetjenesten fra NAV.

Når det korrigeres for nye oppgaver, som i all vesentlighet er knyttet til somatisk sektor og syketransport, var kostnadsveksten i perioden fra 2005 til 2009 syv prosent. Siden det aller meste av nye oppgaver har vært knyttet til somatisk sektor, endres ikke bildet av at veksten i denne behandlingssektoren er lavere enn i de to andre behandlingssektorene.

Tabell 1.2 Prosentvis endring i totale driftskostnader 2005-2009. Korrigert for gjestepasientoppgjør. Ikke korrigert for nye oppgaver. Faste priser. Kilde: SAMDATA og årsregnskap foretaksgruppen.²

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2005-2009
Samlede kostnader	5,0 %	2,7 %	1,6 %	1,4 %	11,2 %
Herav:					
Somatisk virksomhet	5,1 %	2,9 %	1,9 %	0,8 %	11,0 %
Psykisk helsevern	3,2 %	6,0 %	2,3 %	1,7 %	13,8 %
Rusbehandling	7,8 %	2,3 %	8,3 %	9,5 %	30,8 %
Ambulanse	8,3 %	2,1 %	4,6 %	7,1 %	23,9 %
Syketransport	34,3 %	-3,9 %	0,7 %	8,9 %	41,6 %
Annet ³	-1,7 %	0,1 %	-4,9 %	-4,8 %	-10,9 %
Avskrivinger ⁴	-0,4 %	-3,4 %	-6,1 %	-0,8 %	-10,4 %

Det ble i Oppdragsdokumentene for 2009 presisert at regionale helseforetak skulle kjøpe plasser hos private opptreningsinstitusjoner i 2009 minst på samme nivå som i 2008. På nasjonalt nivå har kjøp av tjenester fra private opptrenings-

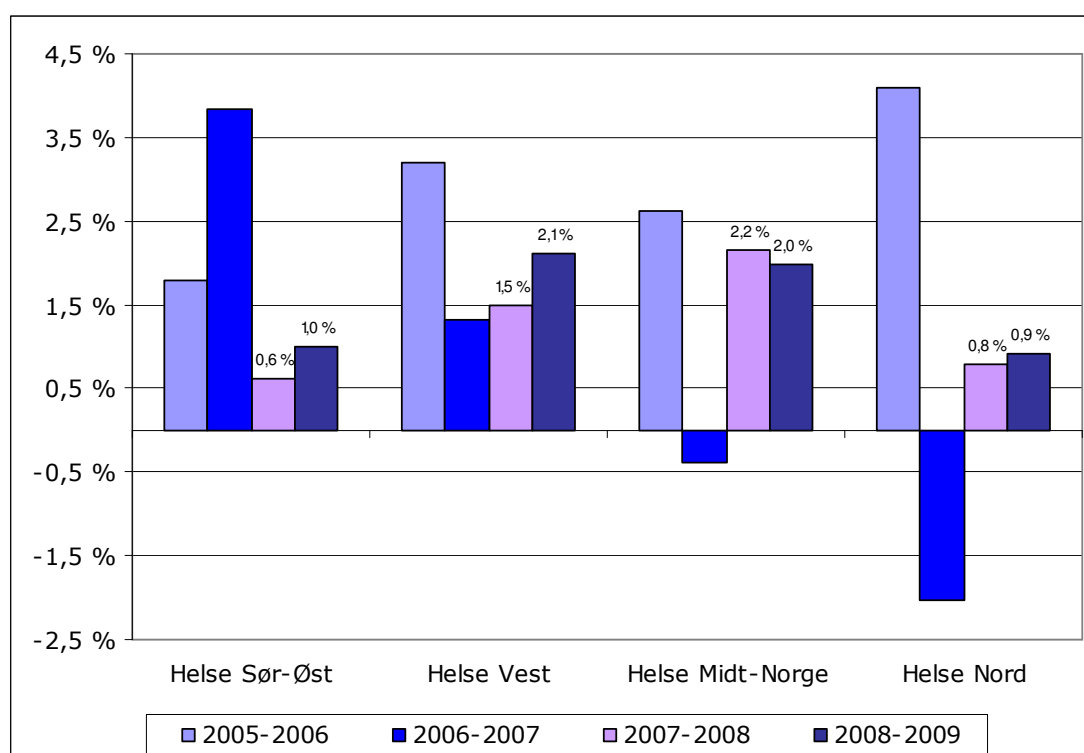
⁵ Totaltallene i tabellen er basert på sum regionale tall fra SAMDATA, der det er korrigert for gjestepasienter. Dette oppgjøret balanserer ikke nasjonalt, slik at totale driftskostnader for landet i SAMDATA vil avvike fra tallene over. BUS har valgt å bruke summen av regionene for ikke å få forskjeller innad i denne rapporten mellom sum regionale tall og nasjonale tall. Dette medfører noen forskjellig tall for vekst i sektoren i BUS, SAMDATA og SSB.

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

⁷ Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

og rehabiliteringsinstitusjoner i 2009 økt i forhold til kjøp hos tilsvarende enheter i 2008. Økningen var på 6,9 prosent nominelt. BUS har ikke informasjon om hvor mye hver enkelt helseregion har kjøpt tjenester fra private opptreningsinstitusjoner for. Det skyldes at det i tillegg til avtalebeløp, som det finnes informasjon om, kommer kjøp av plasser i andre regioner. Kjøp av plasser i andre regioner vil inngå i det ordinære gjestepasientoppgjøret.

Figur 1.1 under viser kostnadsveksten i hver helseregion fra 2005 til 2009 når det korrigeres for nye oppgaver. Helse Vest var den regionen med sterkest vekst i driftskostnadene i perioden samlet (8,4 prosent), mens Helse Nord hadde lavest vekst med 3,7 prosent. For Helse Nord sin del henger det sammen med gjeninnføring av differensiert arbeidsgiveravgift i 2007. Kostnadsveksten i Helse Sør-Øst var 7,4 prosent i perioden, ett prosentpoeng lavere enn Helse Vest. I Helse Midt-Norge var kostnadsveksten 6,5 prosent fra 2005 til 2009. Det henvises for øvrig til kapittel 2 i SAMDATA Spesialisthelsetjeneste 2009 for en ytterligere diskusjon av utviklingen i hver region.



Figur 1.1 Årlig prosentvis endring i totale driftskostnader 2005-2009. Korrigert for nye oppgaver. Faste priser. Kilde: SAMDATA⁸ og HOD.^{9 10}

Det er kun mindre endringer i de ulike kostnadskomponentene på landsbasis. Andel lønn er 65,3 prosent, noe lavere enn i 2008. Andel vedlikeholdskostnader økte med 0,4 prosentpoeng på landsbasis (kr 500 mill), mens andel rente- og avskrivningskostnader gikk noe ned.

⁸ Figuren over er korrigert for nye oppgaver, basert på beregninger foretatt av SAMDATA.

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

¹⁰ Fra 2007 ble differensiert arbeidsgiveravgift innført på nytt. Dette har betydning for Helse Nord.

1.2 Årsverk

Tabell 1.3 viser at det i 2009 var 95 400 årsverk i spesialisthelsetjenesten i Norge. Av dette var det i overkant av 12 000 legeårsverk og mer enn 32 000 sykepleierårsverk. 75 prosent av alle ansatte i spesialisthelsetjenesten var registrert med en helseutdanning eller hadde en pasientrettet jobb, og 25 prosent var annet personell (ansatte i administrasjon, IT, kantine, vaskeri mv).

I 2008 ble årsverksdata i SAMDATA og BUS presentert basert på skjemainnsamling. Dette ble gjort for å få sammenlignbarhet med tidligere år. Det vanskeligjør sammenligning og analyse av utvikling fra 2008 til 2009, siden skjemadata ikke lenger samles inn. SSB publiserte i 2008 årsverksstatistikk basert på register, og på nasjonalt nivå var det en økning i antall årsverk på 0,7 prosent i 2009 dersom registerdata legges til grunn.

Tabell 1.3 Årsverk for personellgrupper i perioden 2005-2009¹¹. Inklusiv private institusjoner med driftsavtale. Kilde: SSB og SAMDATA.

	2005	2006	2007 ¹²	2008	2009
Leger	10 508	10 849	11 049	11 343	12 152
Psykologer	2 526	2 725	2 846	2 983	3 102
Off godkjente sykepleiere	31 302	32 160	32 766	32 533	32 346
Hjelpepleiere	7 470	7 267	6 868	6 364	-
Annet pas.rettet personell	18 188	18 979	18 947	18 673	-
Adm/teknisk	22 347	22 636	22 650	23 811	-
Hjelpepleiere inkl barnepl	-	-	-	-	6 164
Annen helseutd på videreg.nivå	-	-	-	-	5 715
Annen helseutd på univ/høyskole nivå	-	-	-	-	12 951
Annet personell	-	-	-	-	23 001
I alt	92 341	94 616	95 126	95 707	95 431

I Oppdragsdokumentene til regionale helseforetak for 2009 var det et mål at den helsefaglige kompetansen skulle øke innen TSB. Dersom den helsefaglige kompetansen kan uttrykkes som andel leger og psykologer, registreres det en økning på 0,8 prosentpoeng siste år, til 11,5 prosent i 2009. Helse Sør-Øst var den regionen hvor andelen økte mest, mens de andre regionene økte relativt lite eller hadde en nedgang. Det betyr at det er Helse Sør-Øst som "driver" effekten på landstallene innen denne sektoren. Årsverkstall for sektoren er samlet inn via register begge år og er sammenlignbare.

Tabell 1.4 viser at det i 2009 var til sammen 1 179 årsverk for lege- og psykologspesialister med driftsavtale. Det var et tilnærmet uendret nivå siste år, med en økning på ni årsverk fra 2008. Trenden i perioden fra 2005 til 2009 har vært at økningen innen psykisk helsevern er noe høyere enn innen somatisk sektor, men at det er små svingninger mellom årene.

¹¹ Data for perioden 2005-2008 er innrapportert på skjema (ikke rus), mens data fra 2009 er fra register (tabell 08062 i Statistikkbanken).

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

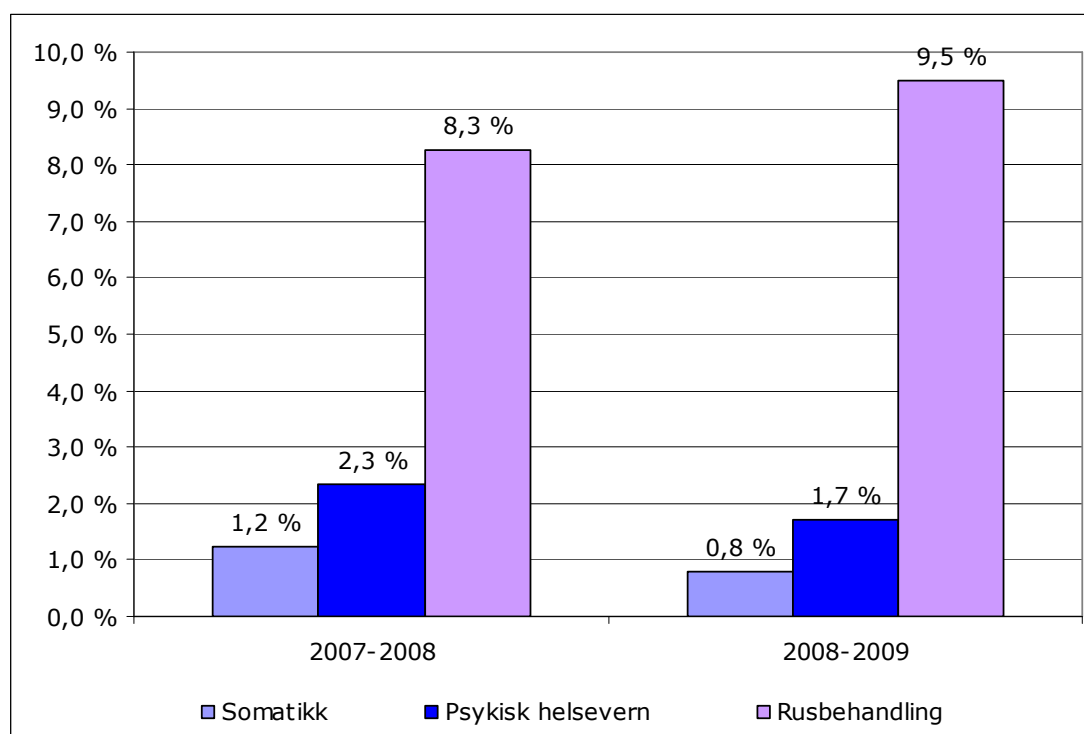
Tabell 1.4 Årsverk for lege- og psykologspesialister med driftsavtale 2005-2009. Fordelt etter spesialitet. Kilde: SSB

	2005	2006	2007	2008	2009	Pst endr 05-09
Somatisk virksomhet	558	561	561	569	572	2,5 %
Psykisk helsevern	585	606	583	601	608	3,8 %
Samlet	1 143	1 167	1 144	1 170	1 179	3,2 %

1.3 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling

Driftskostnader

Ressursbruken innen TSB økte med 9,5 prosent fra 2008 til 2009. Veksten innen denne sektoren var klart sterkere enn innen psykisk helsevern og somatisk virksomhet, som økte med henholdsvis 1,7 og 0,8 prosent. Utviklingen fra 2008 til 2009 er i tråd med den utvikling vi har sett tilbake til 2007. Utviklingen de to siste årene er dermed i tråd med oppdraget gitt av eier.



Figur 1.2 Prosentvis endring i driftskostnader til somatisk virksomhet, psykisk helsevern og rusbehandling fra 2007 til 2009. Korrigert for nye oppgaver. Faste priser. Kilde: SAMDATA og HOD.

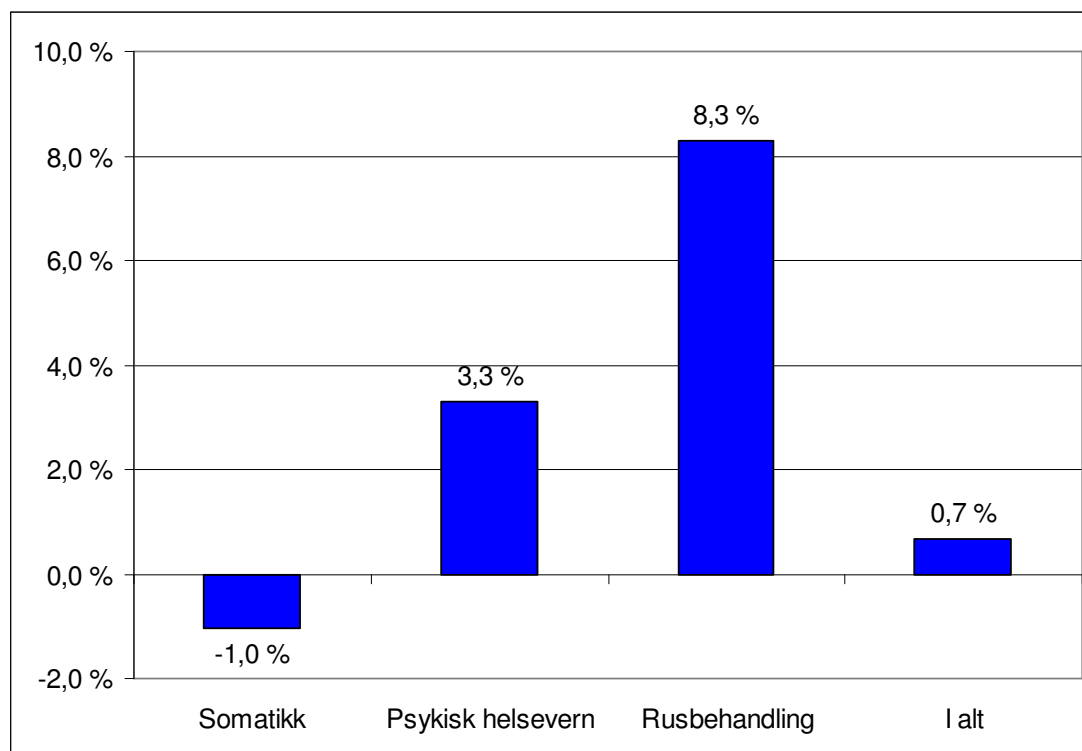
Alle helseregioner hadde høyest vekst i driftskostnadene til TSB fra 2008 til 2009, se tabell 1.5 under. Veksten i somatisk sektor var lavest for tre av fire helseregioner. I Helse Nord var det fra 2008 til 2009 en nedgang i kostnadene til psykisk helsevern.

Tabell 1.5 Prosentvis endring i driftskostnader til somatisk virksomhet, psykisk helsevern og rusbehandling fra 2008 til 2009. Per helseregion. Faste priser. Kilde: SAMDATA og HOD.

	Somatisk virksomhet	Psykisk helsevern	Rusbehandling
Helse Sør-Øst	0,6 %	1,2 %	6,7 %
Helse Vest	0,7 %	4,1 %	17,0 %
Helse Midt-Norge	0,9 %	4,0 %	13,1 %
Helse Nord	1,6 %	-2,4 %	9,4 %
Regionene samlet	0,8 %	1,7 %	9,5 %

Årsverk

På grunn av endret metode for innsamling av årsverksdata, er det vanskelig å sammenligne utviklingen innen behandlingsområdene siste år. Men dersom registerstatistikk innsamlet og presentert av SSB for 2008 og 2009 legges til grunn, kan man av figur 1.3 se at det var en nedgang i antall årsverk i somatisk sektor fra 2008 til 2009 på 1,0 prosent. Det var samtidig en økning i antall årsverk innen psykisk helsevern og TSB med henholdsvis 3,3 og 8,3 prosent.



Figur 1.3 Prosentvis endring årsverk i behandlingssektorer, endring 2008-2009. Kilde: SSB¹³.

¹³ Tabell 08062 i Statistikkbanken.

1.4 Ressursbruk til forskning

I 2005 ble det foretatt en pilot med innsamling av data over ressursbruk til forskning. Fra 2006 har det vært samlet inn og presentert data nasjonalt, men innsamlingen er fortsatt under utvikling. Ressursmålingen for 2008 blir regnet som mer presis og dekkende for forskningsaktivitetene i spesialisthelsetjenesten enn tidligere år. Imidlertid er det grunn til å presisere at utvikling i ressursbruk må tolkes med varsomhet, da hva som rapporteres inn er endret noe over tid. I tillegg kan datakvaliteten fra ulike helseforetak være varierende. Det henvises for øvrig til SINTEF Helsetjenesteforskning evaluering av finansiering av forskning¹⁴, der forbehold knyttet til data drøftes. Tall for 2009 vil foreligge etter at BUS-rapporten er ferdigstilt.

Da det er unøyaktigheter tidligere år, må sammenligninger over år gjøres med varsomhet. Helseforetak og private ideelle sykehus rapporterte om driftskostnader til forskning på 2,07 mrd kroner i 2008. Dette var en nominell økning på 15 prosent fra 2007. Andelen forskningskostnader av totale driftskostnader økte med 0,2 prosentpoeng fra 2007 til 2008, til 2,3 prosent i 2008.

Det ble totalt utført nesten 2 000 forskerårsverk i 2008. Hovedtyngden av disse forskningsårsverkene ble gjort innen somatisk virksomhet (84 prosent), 15 prosent innen psykisk helsevern, og drøye en prosent (23 årsverk) av årsverkene ble benyttet innen TSB.

Nesten 87 prosent av ressursbruken til forskning var innen somatisk sektor, mens 12,4 prosent av driftskostnadene til forskning ble brukt i psykisk helsevern. En prosent ble brukt innen TSB-området. Det er variasjoner mellom regionene når det gjelder hvor stor andel av totalen som benyttes på ulike fagområder.

71 prosent av driftskostnader og årsverksinnsats til forskning ble brukt i Helse Sør-Øst. Andelen av totale driftskostnader brukt til forskning var 2,9 prosent i denne regionen, og det er den høyeste andelen av alle regioner.

I Helse Vest ble 1,8 prosent av sum driftskostnader brukt til forskning, mens andel for Helse Midt-Norge var 1,2 prosent og for Helse Nord 1,4 prosent. Andel ressurser av totalen er ganske lik enten det måles med krone-innsats eller årsverksinnsats i Helse Sør-Øst og Helse Vest, mens i Helse Midt-Norge var andel forskningskostnader høyere enn andel forskningsårsverk. I Helse Nord var bildet motsatt.

Tabell 1.6 Driftskostnader til forskning i millioner kroner og antall forskerårsverk. Per region 2008. Kilde: NIFU STEP.

	Somatikk		Psykisk helsevern		Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
	Forskningskostnader	Forskningsårsverk	Forskningskostnader	Forskningsårsverk	Forskningskostnader	Forskningsårsverk
Helse Sør-Øst	1 314	1 217	148	189	8	10
Helse Vest	240	217	48	57	4	4
Helse Midt-Norge	114	81	37	30	5	5
Helse Nord	124	144	22	26	4	5
Totalt	1 793	1 658	256	302	21	23

¹⁴ Rapport SINTEF A14727 "Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene", SINTEF Helsetjenesteforskning, februar 2010.

2. Aktivitet

De regionale helseforetakene har ansvar for fire hovedoppgaver: pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasient- og pårørendeopplæring. I dette kapitlet presenteres data som helt eller delvis beskriver aktiviteten for de fire hovedoppgavene. Det er for opplæring av pasienter og pårørende at datagrunnlaget er svakest ved at det kun foreligger et estimat på aktivitet i 2009. Datagrunnlaget for utdanning av helsepersonell er også begrenset ved at det kun fokuseres på turnusleger og leger i spesialisering. Forskningsaktiviteten måles gjennom omfanget av avlagte doktorgrader og publiserte artikler. Det er et godt og omfattende datagrunnlag for pasientbehandling.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2009 er det satt følgende mål for aktiviteten:

- *Det er gitt en samlet ressursramme som legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med 1,5 prosent fra 2008 til 2009. Veksten kan fordele seg ulikt innenfor forskjellige behandlingsområder.*

Dette må tolkes dit hen at lavere vekst i et behandlingsområde kan oppveies av høyere vekst i andre behandlingsområder. Oppdraget må derfor følges opp ved å gjøre en samlet vurdering av utviklingen i alle behandlingsområder.

- *Den prosentvise veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i 2009 være sterkere enn innen somatikk.*
- *Aktiviteten innen rehabilitering og habilitering skal minst styrkes med 1,5 prosent.*

Det benyttes data for rehabilitering i sykehus og ved private institusjoner for å få indikasjoner på veksttaket fra 2008 til 2009.

- *RHF-ene skal øke kapasiteten innen TSB med særlig vekt på akuttbehandling, avrusning og ambulante team, samt kapasiteten til LAR.¹⁵*

Aktivitetstall for TSB brukes som indikatorer for å vurdere om kapasiteten har økt.

¹⁵ Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en behandlingsform hvor ruspatientene tilbys metadon eller Subutex som støtte i rehabiliteringsprosessen.

Følgende hovedresultater presenteres i kapitlet:

- Innen somatisk virksomhet var det fra 2008 til 2009 en økning i aktiviteten målt i DRG-poeng på 1,1 prosent. Korrigert for registreringsendringer er veksten estimert til 0,8 prosent. Det var en økning i dagopphold og polikliniske konsultasjoner, og en reduksjon i døgnopphold.
- Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde en aktivitetsøkning i somatisk virksomhet (DRG-poeng) fra 2008 til 2009. For Helse Midt-Norge var aktivitetsnivået tilnærmet uendret, mens det gikk noe ned i Helse Nord.
- Målt per innbygger ble de regionale variasjonene noe mindre i 2009 enn de var i 2008.
- Det var fortsatt vekst i poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) fra 2008 til 2009, men veksttakten var lavere enn tidligere år.
- Dekningsgraden innen PHBU ble bedret i alle regioner i 2009. Helse Vest og Helse Midt-Norge har imidlertid fortsatt noe igjen til målet på 5 prosent.
- Innen psykisk helsevern for voksne var det vekst både i konsultasjoner og døgnopphold fra 2008 til 2009, men bak dette var det en del regionale forskjeller i aktivitetsutvikling. Når det relateres til befolkningsgrunnlaget var det reduksjon for døgnopphold i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge
- Innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB) var det vekst i både poliklinisk aktivitet og døgnaktivitet fra 2008 til 2009, men dersom det måles per innbygger var det reduksjon for døgnopphold i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Veksten i poliklinisk aktivitet var på hele 22,3 prosent, men trolig skyldes en del av veksten endret registreringspraksis.
- Aktivitetstallene for TSB indikerer samlet sett en kapasitetsøkning for alle de regionale helseforetakene, med noe usikkerhet for Helse Midt-Norge.
- Helse Sør-Øst hadde en prosentvis sterkere vekst i psykisk helsevern og TSB enn i somatisk virksomhet. For de andre regionene var det også en relativt sterkere vekst i TSB. Med utgangspunkt i aktivitetstall er det noe usikkert om veksten i psykisk helsevern var sterkere enn for somatisk virksomhet.
- Data for utdanning av leger gir indikasjoner på fortsatt vekst i aktivitet knyttet til utdanning av helsepersonell.
- Det eksisterer ingen rutinemessig innsamling av aktivitetsdata for opplæring av pasienter og pårørende. En nylig gjennomført undersøkelse estimerer aktiviteten til å være ca 35-40 000 brukere i 2009.

2.1 Pasientbehandling

2.1.1 Somatisk virksomhet

Når det gjelder somatisk virksomhet vil fokus både rette seg mot faktisk aktivitet målt opp mot bestilt aktivitet, samt endring i faktisk aktivitet mellom år. Siden aktivitetsbestillingen til de regionale helseforetakene for et gitt år (2009) baseres på en årsprognose for året før (2008), vil en vurdering av måloppnåelse ift aktivitet det gitte året (2009) måtte vurderes ift bestilt aktivitet.

Dernest er det interessant å undersøke utviklingen i faktisk aktivitet mellom år for å identifisere trender i aktivitetsutviklingen. I denne gjennomgangen vil det dessuten bli vist til beregninger av aktivitet per innbygger (rater) presentert i SAMDATA Spesialisthelsetjeneste 2009¹⁶.

¹⁶ SAMDATA Spesialisthelsetjeneste 2009 (IS-0293), Helsedirektoratet.

Aktivitet og prognose for ISF

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter konkrete aktivitetsmål (bestilling i blant annet DRG-poeng) innenfor ISF-ordningen for de fire regionale helseforetakene. Aktivitetsmålet for 2009 ble fastsatt med utgangspunkt i en prognose basert på data for 1. tertial 2008. Det ble lagt til rette for en aktivitetsvekst på 1,5 prosent i 2009, basert på nevnte prognose. I tillegg til dette ble ISF-ordningen i 2009 utvidet til også å omfatte hjemmeadministrerte biologiske legemidler. Datagrunnlaget for de følgende avsnitt er beregninger og analyser utført av Helsedirektoratet i forbindelse med foreløpig avregning for ISF 2009.¹⁷

Analysen viser at prognosen for 2008 var høyere enn faktisk aktivitet viste seg å bli. For regionene samlet var prognosen 1,2 prosent for høy. Dette medførte at DRG-bestillingen for 2009 ga rom for en aktivitetsvekst på 2,7 prosent målt mot faktisk aktivitet i 2008.

Foreløpig avregning viser at aktiviteten i 2009 var lavere enn bestillingen. Avviket nasjonalt var om lag -1,2 prosent, men som vist skyldes dette i stor grad at prognosen for aktivitetsnivå i 2008, som bestillingen var basert på, var for høy.

Aktivitetsutvikling for somatisk virksomhet nasjonalt

I disse avsnittene ses det nærmere på hvordan aktiviteten i somatisk sektor faktisk har utviklet seg fra 2005 til 2009. Dette er basert på nasjonale data fra Norsk pasientregister (NPR), ikke ISF-data som benyttet i foregående avsnitt.¹⁸

Tabell 2.1 og 2.2 viser at antall DRG-poeng har økt hvert år siden 2005, men med en stadig lavere prosentsats. Økningen fra 2008 til 2009 var på 1,1 prosent, som målt per 1000 innbyggere tilsier 239 DRG-poeng begge år.¹⁹ Det er da ikke korrigert for endringer i DRG-poeng forårsaket av endringer i system- og registreringspraksis. Generelt øker antall dagopphold mer enn antall døgnopphold, men for perioden som helhet øker både antall dagopphold og antall døgnopphold. Fra 2008 til 2009 økte dagopphold med 4,6 prosent, mens døgnopphold ble redusert med 1,2 prosent.

For 2009 er det innrapportert og sammenstilt polikliniske konsultasjoner på nytt format (NPR-melding). Dette medfører forholdsvis store endringer i hvilken aktivitet som er med i statistikken. Det er av den grunn valgt å presentere utviklingen i polikliniske konsultasjoner som et brudd i tidsrekken.

Økningen i aktivitet som observeres i 2008, der det er tall fra to ulike innrapporteringsformater, skyldes i all hovedsak flere godkjente konsultasjoner i NPR-melding.²⁰ Basert på det nye rapporteringsformatet observeres det en økning i antall konsultasjoner fra 2008 til 2009 på 2,2 prosent.

I tillegg til dette var det en økning på drøyt 8 000 konsultasjoner knyttet til strålebehandling, hvilket tilsvarer en vekst på 5 prosent for denne tjenesten. I 2009 ble det utført 36 strålebehandlinger per 1000 innbyggere, mot 34 i 2008.

¹⁷ For mer utdypende informasjon vises det til notatet "ISF 2009 – foreløpig avregning" utarbeidet 26.03.2010 av Helsedirektoratet.

¹⁸ ISF omfatter blant annet kun pasienter med gyldig bostedskommune i Norge. I tillegg er det noen få mindre institusjoner som ikke er inkludert i ISF, samt at det er noen andre mindre forskjeller mellom ISF og nasjonale aktivitetsdata.

¹⁹ Det var fra 2008 til 2009 en vekst i innbyggertallet på 1,2 prosent.

²⁰ I nytt rapporteringsformat inngår data fra fire "nye" institusjoner, (en del) sykepleier- og fysioterapikonsultasjoner og konsultasjoner ved anestesienheter for å nevne noe. Det er store geografiske variasjoner for disse grupper av konsultasjoner.

Tabell 2.1 Aktivitetstall for somatisk sektor 2005-2009²¹.
Kilde: Norsk pasientregister (NPR) og SAMDATA.

Aktivitetsmål	2005	2006	2007	2008	2009
DRG-poeng	1 083 021	1 111 597	1 136 223	1 154 169	1 166 650
Opphold	1 368 720	1 424 853	1 435 322	1 429 925	1 444 498
Døgnopphold	854 581	876 196	862 632	874 167	863 265
Dagopphold	514 139	548 657	572 690	555 758	581 233
Polikliniske konsult.	3 458 478	3 551 519	3 736 048	3 882 038	
Polikliniske konsult. ny rapporteringsmal				4 223 177	4 317 830
Konsult. priv.avtalespes.		2 018 093	2 109 279	2 031 121	2 014 134

Tabell 2.2 Prosentvis endring i aktivitet i somatisk sektor 2005-2009.
Kilde: Norsk pasientregister (NPR) og SAMDATA.

Aktivitetsmål	2005-2006	2006-2007	2007-2008 ²²	2008-2009
DRG-poeng	2,6	2,2	1,6	1,1
Opphold	4,1	0,7	-0,4	1,0
Døgnopphold	2,5	-1,5	1,3	-1,2
Dagopphold	6,7	4,4	-3,0	4,6
Polikliniske konsult.	2,7	5,2 ²³	3,9	
Polikliniske konsult. ny rapporteringsmal				2,2
Konsult. priv.avtalespes.		4,5	-3,7	-0,8

Aktivitetstallene i tabell 2.1 inkluderer også aktivitet hos private aktører. Det er ikke stilt konkrete krav til aktiviteten hos private aktører i 2009, mens det tidligere år har vært gitt oppdrag om stabilitet i omfanget av avtaler med private kommersielle sykehus. Aktivitetsnivået (målt med DRG-poeng) ved private kommersielle sykehus økte med nær 2,5 prosent fra 2008 til 2009.

Noe av aktiviteten hos private avtalespesialister inngår i ISF-ordningen og ble i samme periode redusert med 5,6 prosent. Antall DRG-poeng i 2009 var 1 208. Det er likevel slik at det meste av aktiviteten hos avtalespesialistene ikke er finansiert gjennom ISF-ordningen.

Aktiviteten hos private spesialister, som ikke inngår i ISF-ordningen, er estimert basert på innrapporterte data fra en stor andel av spesialistene. Basert på disse dataene var det omtrent uendret aktivitet hos de somatiske avtalespesialistene. Siste år (2008-2009) viser tallene en reduksjon på 0,8 prosent. Sett i sammenheng med poliklinisk virksomhet ved sykehusene, utgjorde konsultasjoner hos avtalespesialistene nær en tredjedel av samlet aktivitet. Det er imidlertid noe usikkerhet om alle konsultasjoner har blitt innrapportert til NPR da det har vært tekniske problemer ved de pasientadministrative systemene hos avtalespesialistene.

²¹ I forbindelse med ISF-oppgjørene blir det utarbeidet egne aktivitetsoversikter. Disse omfatter bare aktivitet som blir ISF-finansiert. Aktivitet gjennom ordningen "raskere tilbake" og annen aktivitet som ikke finansieres gjennom ISF fører til at tallene i ISF-analysene blir forskjellige fra de som presenteres her.

²² Endringstallene for DRG-poeng, dagopphold og polikliniske konsultasjoner vil være påvirket av endring i registrering av dagrehabilitering fra 2007 til 2008. Korrigert for dette var endringen for DRG-poeng 2,1 prosent, dagopphold 6,2 prosent og polikliniske konsultasjoner 2,6 prosent.

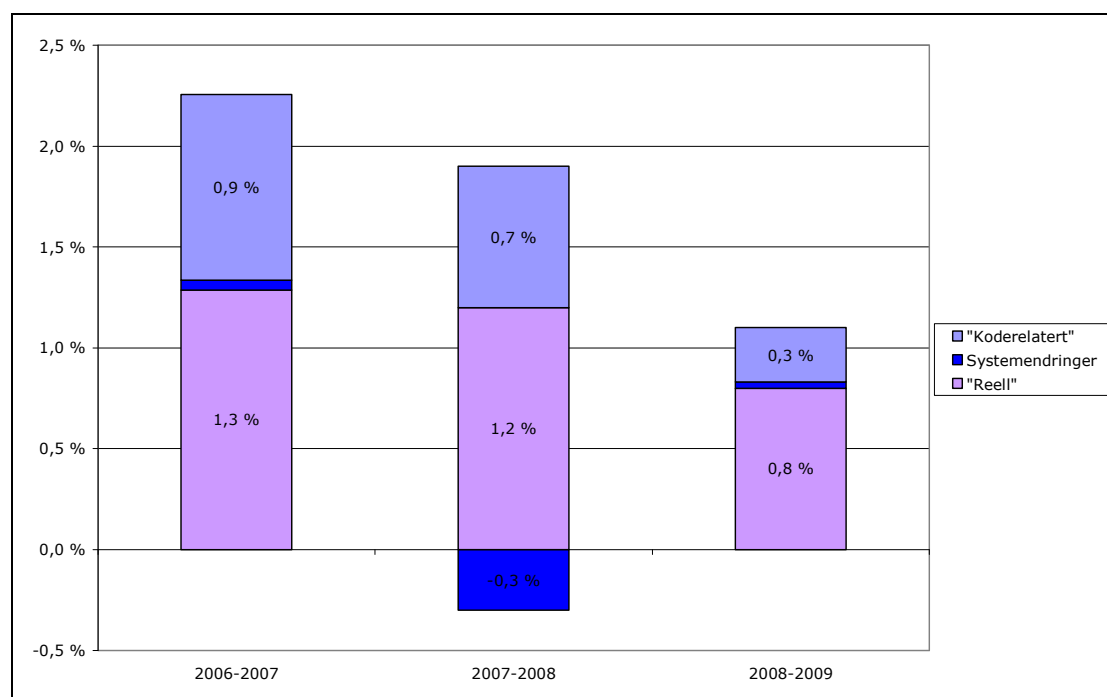
²³ Dersom det korrigeres for Skadepoliklinikken ved Ullevål universitetssykehus, som var med for første gang i 2007, blir den prosentvise endringen 2,6 prosent.

Aktivitet innenfor ordningen "Raskere tilbake" inngår også i de tallene som presenteres i tabell 2.1. NPR oppgir at døgnopphold innenfor denne ordningen ble redusert med 154 til 1 860 døgnopphold i 2009. For dagopphold var det en reduksjon på 515 til 10 394 i 2009. For poliklinisk virksomhet oppgir ikke NPR endringstall, pga overgang til nytt rapporteringsformat, men oppgir at det i 2009 var 55 075 polikliniske konsultasjoner registrert som "Raskere tilbake".

Dekomponering av endring i DRG-poeng

Grupperingen til ulike DRG-er baserer seg på registrerte medisinske koder for diagnoser og prosedyrer. Dersom sykehus endrer praksis i sin måte å registrere disse kodene på, vil det kunne gi endringer i DRG-grupperingen, slik at den samme aktiviteten gir flere eller færre DRG-poeng. I tillegg til dette vil endringer i ISF-systemet også medføre endringer i DRG-poeng. Dette kan være endringer i regelverk, herunder grupperingslogikk, prisregler og kostnadsvekter, som medfører at den samme aktiviteten gir flere eller færre poeng i ulike år. Denne type systemendringer vil ikke helseforetakene ha mulighet til å påvirke. Det foretas derfor årlige beregninger av hvor mye av endring i DRG-indeksen²⁴ som kan knyttes til system- og registreringsendring.²⁵

Antall DRG-poeng økte som vist i figur 2.1 med 1,1 prosent fra 2008 til 2009. System- og registreringsendringene fra 2008 til 2009 er beregnet å være 0,3 prosent av det totale antall DRG-poeng. Dette medfører at 0,8 prosent derfor defineres som en reell aktivitetsendring som det skal utbetales aktivitetsbasert finansiering for.



Figur 2.1 Dekomponering av endring i DRG-poeng i "reell", systemmessig og "koderelatert" endring. 2006-2009. Kilde: Helsedirektoratet.

²⁴ Antall DRG-poeng i forhold til antall opphold.

²⁵ Det vises til Petersen (2004) for en nærmere beskrivelse av metoden for dekomponering av endring i DRG-indeks. Tallgrunnet for de enkelte år er hentet fra beregninger utført av Helsedirektoratet i forbindelse med ISF-avregningen de aktuelle årene.

Figuren viser videre at omfanget av registreringsendring reduseres når dette måles i prosentvis endring, men ikke som andel av samlet endring i DRG-poeng. Dette er rimelig for noen av faktorene som ligger til grunn for beregnet registreringsendring, så som andelen opphold i DRGer for kompliserende tilleggstilstander. Det er grunn til å forvente at man nærmer seg en grense for hvor høy denne andelen vil være, da komplettheten i registrering av tilstandskoder etter hvert har blitt rimelig god. Men det er også et spørsmål om dagens modell for beregning av registreringsendring fanger opp disse endringene på en god nok måte eller om det har vært eller er et økende omfang av andre faktorer som dagens modell ikke fanger opp.

Aktivitetsutvikling for somatisk virksomhet regionalt

Fra 2008 til 2009 var det en vekst i befolkningen i alle regioner. I Helse Vest var økningen på 1,5 prosent, mens Helse Nord hadde den laveste veksten med 0,5 prosent. Antall innbyggere vil ikke alene gi et helhetlig bilde av behov for spesialisthelsetjenester. Også andre behovsvariable vil forklare deler av variasjoner i bruk av sykehus, men det antas at slike behovsparametre ikke er vesentlig endret fra 2008 til 2009.

Tabell 2.3 viser at antall døgnopphold har gått ned i alle helseregioner fra 2008 til 2009. Helse Nord hadde en nedgang i antall døgnopphold på 3,3 prosent, mens nedgangen i Helse Vest var på 0,5 prosent. Reduksjonen i Helse Nord omfattet både planlagte og øyeblikkelig hjelp opphold, samt både kirurgiske og ikke-kirurgiske opphold. For Helse Sør-Øst og Helse Vest var det reduksjon i planlagte innleggelser, som kun delvis ble oppveid av en vekst i øyeblikkelig hjelp opphold. Helse Midt-Norge hadde en økning for planlagte ikke-kirurgiske innleggelser, men dette ble mer enn oppveid av en reduksjon i planlagte kirurgiske opphold og øyeblikkelig hjelp innleggelser.

Det var en reduksjon i døgnopphold per innbygger for alle regioner. Helse Nord hadde størst reduksjon med 7 døgnopphold per 1000 innbyggere, for de andre regionene var reduksjonen på 3-4 døgnopphold per 1000 innbyggere. Med unntak av for Helse Nord motveies dette av en økning i dagopphold per innbygger.

Tabell 2.3 Antall døgnopphold per helseregion 2005-2009, samt prosentvis endring fra 2008 til 2009. Kilde: Norsk pasientregister (NPR).

Bostedsregion	2005	2006	2007	2008	2009	Pst endr 2008-09
Helse Sør-Øst	468 916	486 090	480 775	483 774	478 492	-1,1 %
Helse Vest	169 330	173 137	168 480	175 772	174 934	-0,5 %
Helse Midt-Norge	119 717	119 118	116 533	119 450	117 802	-1,4 %
Helse Nord	93 045	93 956	92 407	90 514	87 510	-3,3 %
Utlendinger/andre	3 573	3 895	4 437	4 657	4 527	-2,8 %
Samlet	854 581	876 196	862 632	874 167	863 265	-1,2 %

I kategorien dagopphold inngår grupper som dagkirurgi, dialyse, cytostatika og en del annet. Tabell 2.4 viser at det var en økning i dagopphold for pasienter fra alle regioner. Størst økning var det i Helse Vest, mens økningen i Helse Nord var lavest. Med unntak Helse Vest var det økning i dagkirurgiske opphold i alle regioner. Helse Vest har imidlertid en sterkere vekst i det som kan kategoriseres som annen dagbehandling²⁶, slik at de samlet fremstår med en vekst på hele 8,3 prosent. Helse Nord har en markert nedgang i dagrehabiliteringsopphold, men dette motsvares av en tilsvarende økning i dialyseopphold. For de to siste regionene var det generelt vekst for alle undergrupper av dagopphold.

²⁶ Hoveddelen av veksten var for ikke-kirurgisk dagbehandling av hudpasienter.

Antall dagopphold per innbyggere økte i tre av fire regioner fra 2008 til 2009. Størst var økningen i Helse Vest med syv opphold per 1000 innbyggere, mens det i Helse Nord var uendret nivå i den aktuelle perioden.

Tabell 2.4 Antall dagopphold (inklusive ISF-aktivitet hos private aktører) per helseregion 2005-2009, samt prosentvis endring fra 2008 til 2009. Kilde: Norsk pasientregister (NPR).

Bostedsregion	2005	2006	2007	2008	2009	Pst endr 2008-09 ²⁷
Helse Sør-Øst	293 792	319 342	333 772	317 552	330 654	4,1 %
Helse Vest	102 306	102 684	103 016	99 064	107 256	8,3 %
Helse Midt-Norge	66 436	70 562	79 351	82 729	86 682	4,8 %
Helse Nord	50 956	55 674	56 041	55 786	56 096	0,6 %
Annet	435	395	510	627	545	-13,1 %
Samlet	513 925	548 657	572 690	555 758	581 233	4,6 %

DRG-poeng beregnes med utgangspunkt i døgn- og dagopphold, hvor dagoppholdene inkluderer noe aktivitet registrert på poliklinikkene (i hovedsak dagkirurgi).²⁸ Totalt i landet var det en økning i antall DRG-poeng på 1,1 prosent fra 2008 til 2009, som vist tidligere. Det var en økning i Helse Sør-Øst og i Helse Vest, mens det var en reduksjon i Helse Nord med 2,6 prosent. For Helse Midt-Norge var antall DRG-poeng omtrent uendret med en nedgang på 0,1 prosent.

Tabell 2.5 DRG-poeng (inklusive ISF-aktivitet hos private aktører) per helseregion 2005-2009, samt prosentvis endring fra 2008 til 2009.²⁹ Kilde: Norsk pasientregister (NPR).

Bostedsregion	2005	2006	2007	2008	2009	Pst endr 2008-09
Helse Sør-Øst	602 580	622 855	640 565	646 750	657 902	1,7 %
Helse Vest	213 119	215 470	217 174	220 101	224 494	2,0 %
Helse Midt-Norge	151 356	154 147	159 705	165 290	165 177	-0,1 %
Helse Nord	112 489	115 072	114 277	117 087	114 069	-2,6 %
Annet	3 477	4 053	4 502	4 942	5 007	1,3 %
Samlet	1 083 021	1 111 597	1 136 223	1 154 170	1 166 650	1,1 %

Beregninger fra SAMDATA viser at antall DRG-poeng per 1000 innbyggere økte i Helse Sør-Øst (+1) og Helse Vest (+2), men ble redusert i Helse Midt-Norge (-3) og Helse Nord (-7). Siden Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde høyeste nivå i 2008 var det noe mindre regional variasjon i ratene i 2009.

Tabell 2.6 viser utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner fra 2008 til 2009. Tabellen viser innrapportert aktivitet basert på NPR-melding (nytt format) og tallene skal være sammenlignbare mellom de to årene. Helse Nord hadde en nedgang i antall polikliniske konsultasjoner fra 2008 til 2009 med tre prosent, mens det var en økning i Helse Sør-Øst og Helse Vest på hhv 3,7 og 3,6 prosent. I Helse Midt-Norge var det tilnærmet ingen endring i samme periode.

²⁷ Endringen fra 2008 til 2009 er delvis påvirket av endringer i registrering av dagrehabilitering. Dette slår sterkest ut for Helse Nord, som eksklusiv dagrehabilitering hadde en prosentvis endring på ca 5,5 prosent. For de andre regionene er utslagene mindre, i størrelsesorden 0,6-0,9 prosentpoeng.

²⁸ Resten av somatisk poliklinikk inngikk i ISF fra 2008, men hadde både i 2008 og 2009 en annen poengberegning (refusjonspoeng) enn dag-/døgnaktiviteten. Fra 2010 ble det imidlertid etablert felles vektsett og poengberegning for poliklinikk, dag- og døgnaktivitet.

²⁹ Tilsvarende tall i SAMDATA for perioden 2005-2008 er eksklusiv DRG-poeng for dagrehabilitering.

Det er imidlertid et spørsmål om tallene er sammenlignbare mellom regionene. Analyser som SAMDATA har gjennomført viser at det er mindre variasjoner mellom regionene når det kun fokuseres på de konsultasjonene som er godkjent innenfor ISF-ordningen. Omfanget av konsultasjoner som ikke var finansiert gjennom ISF var høyest i Helse Midt-Norge og lavest i Helse Vest.

Tabell 2.6 Polikliniske konsultasjoner per helseregion 2008-2009, samt prosentvis endring fra 2008 til 2009. Format NPR-melding. Kilde: Norsk pasientregister (NPR).

Bostedsregion	2008	2009	Prosentvis endring
Helse Sør-Øst	2 305 969	2 391 465	3,7 %
Helse Vest	783 456	811 327	3,6 %
Helse Midt-Norge	655 707	655 961	0,0 %
Helse Nord	462 602	448 554	-3,0 %
Annet	15 443	10 523	-31,9 %
Samlet	4 223 177	4 317 830	2,2 %

Relatert til befolkningsgrunnet var det mindre variasjon i 2009 enn i 2008, både når alle konsultasjoner inkluderes og når det kun fokuseres på ISF-godkjente konsultasjoner. Bak dette ligger det en reduksjon i raten per 1000 innbyggere for Helse Midt-Norge (-10) og Helse Nord (-35). For de to andre regionene økte raten, Helse Sør-Øst med 20 og Helse Vest med 16 konsultasjoner per 1000 innbyggere.

Rehabilitering

De regionale helseforetakene ble gitt i oppdrag at aktiviteten innen rehabilitering og habilitering skulle øke med minst 1,5 prosent fra 2008 til 2009. Det er mulig å identifisere mye av rehabiliteringsvirksomheten ved å benytte pasientdata fra helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene, men man vil trolig ikke fange opp all slik aktivitet. Årsaken til dette ligger både i ulik registreringspraksis (bl.a. med bruk av rehabiliteringskoder (Z5080 og Z5089) på opphold som ikke inngår i refusjonsordningen for sekundær rehabilitering) og at det trolig ikke er et klart skille mellom opptrening etter behandling og rehabilitering. Det er videre usikkert i hvor stor grad dataene fanger opp habilitering. I dette avsnittet benyttes tilgjengelige data for å undersøke om det er indikasjoner på en samlet aktivitetsvekst på minst 1,5 prosent.

De etterfølgende oversiktene vil vise at av de regionale helseforetakene er det Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge som kan ha en vekst i rehabilitering på minimum 1,5 prosent, da det i disse regionene var en sterk vekst i dag-/poliklinisk rehabilitering. Det er imidlertid vanskelig å foreta en samlet vurdering av dette, da det ikke eksisterer et felles vektsett for rehabilitering i sykehus og hos private institusjoner. For Helse Vest og Helse Nord viser tall fra både sykehus og private institusjoner en nedgang og det er derfor ingen indikasjoner på at de har oppfylt oppdraget med vekst på minst 1,5 prosent.

Det ble i kapittel 1 vist til regnskapstall for kjøp av tjenester fra private rehabiliteringsinstitusjoner som nasjonalt viste en vekst på 6,9 prosent nominelt. Sammenholdt med endring i aktivitet indikerer dette at det har skjedd en økning i kvalitet og/eller kostnadsnivå for private rehabiliteringstjenester.

Rehabilitering i sykehus

Fra 2008 til 2009 har det vært en økning i antall rehabiliteringsopphold i sykehus når man ser samlet på døgn-, dag- og poliklinisk rehabilitering og når det ikke korrigeres for ulikt ressursbehov for døgnopphold vs dag-/polikliniske opphold.

Rehabilitering i forbindelse med døgnopphold inkluderer både primær rehabilitering (dvs. at rehabilitering er hovedhensikten med sykehusoppholdet) og sekundær rehabilitering (dvs. rehabilitering i forlengelsen av et akutt opphold eller planlagt kirurgisk opphold).

Tabell 2.7 viser at døgnrehabilitering ble redusert med nær 8 prosent i landet som helhet fra 2008 til 2009, og at det var reduksjon i opphold for alle regionene. Helse Nord hadde størst prosentvis reduksjon med en nedgang på 21 prosent. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge hadde den laveste reduksjonen med drøyt 4 prosent. Denne nedgangen i døgnrehabilitering oppveies (delvis) av en økning i dag- og poliklinisk rehabilitering som vist i tabell 2.8.

Tabell 2.7 Antall opphold for døgnrehabilitering 2008 og 2009, samt prosentvis endring fra 2008 til 2009.
Kilde: Norsk pasientregister (NPR).

Bostedsregion	2008	2009	Endring	
			Opphold	Prosent
Helse Sør-Øst	15 913	15 255	-658	-4,1 %
Helse Vest	4 722	3 958	-764	-16,2 %
Helse Midt-Norge	3 661	3 507	-154	-4,2 %
Helse Nord	2 756	2 177	-579	-21,0 %
Annet	39	45	6	15,4 %
Samlet	27 091	24 942	-2 149	-7,9 %

Det var en økning på nær 8 000 dag-/polikliniske opphold fra 2008 til 2009 for landet som helhet. Bak dette tallet er det en nedgang i det som registreres som dagrehabilitering og en økning i rehabilitering registrert på poliklinikkene.³⁰

Tabell 2.8 Antall dag- og polikliniske opphold for rehabilitering 2008 og 2009, samt prosentvis endring fra 2008 til 2009.
Kilde: Norsk pasientregister (NPR).

Bostedsregion	2008	2009	Endring	
			Opphold	Prosent
Helse Sør-Øst	42 839	48 700	5 861	13,7 %
Helse Vest	6 954	6 919	-35	-0,5 %
Helse Midt-Norge	4 228	7 051	2 823	66,8 %
Helse Nord	5 458	4 695	-763	-14,0 %
Annet	6	14	8	133,3 %
Samlet	59 485	67 379	7 894	13,3 %

Private rehabiliteringsinstitusjoner

I tillegg til rehabilitering i sykehus er det en ikke uvesentlig virksomhet ved private rehabiliteringsinstitusjoner. Tabell 2.9 viser antall opphold ved slike institusjoner i perioden 2006 til 2009. Dette er opphold som skal være knyttet til de avtaler RHF-ene har inngått med de private rehabiliteringsinstitusjonene.

³⁰ Dette er i tråd med resultatet av dagrehabiliteringssaken i 2007, hvor Avregningsutvalget avdekket at det meste av dagrehabiliteringen burde vært registrert som poliklinisk rehabilitering.

Fra 2008 til 2009 var det en økning på 0,7 prosent i antall opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner. I perioden 2006 til 2009 har det i all hovedsak vært en økning i antall opphold ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Det er usikkerhet rundt reduksjonen i noen regioner fra 2008 til 2009, da det i 2009 var en del opphold som ikke hadde registrert gyldig bostedskommune. Det er derfor kun i Helse Sør-Øst at det med sikkerhet har vært en vekst i aktivitet. Tall for gjennomsnittlig oppholdsdøgn (ca 20-22 dager) viser en svak nedgang i hele perioden.

Tabell 2.9 Antall opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner (etter avtale med RHF). Perioden 2006-2009. Kilde: Norsk pasientregister (NPR).

Bostedsregion	2006	2007	2008	2009	Pst endring 2008-2009
Helse Sør-Øst	14 434	17 260	18 324	18 801	2,6 %
Helse Vest	4 525	4 943	5 098	4 991	-2,1 %
Helse Midt-Norge	5 103	5 509	5 692	5 176	-9,1 %
Helse Nord	4 360	4 196	4 439	4 267	-3,9 %
Annet	0	20	18	574	
Samlet	28 422	31 928	33 571	33 809	0,7 %

2.1.2 Psykisk helsevern

Det eksisterer ikke et samlet vektet aktivitetsmål for psykisk helsevern, som DRG-poeng for somatisk sykehusbehandling. Det er derfor fremdeles antall utskrivninger og døgnopphold, samt antall polikliniske konsultasjoner som danner grunnlaget for en beskrivelse av aktiviteten i psykisk helsevern. Innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) fokuseres det kun på poliklinisk aktivitet, da omfanget av døgnaktivitet er svært lavt. For den polikliniske aktiviteten vises også oversikt over antall pasienter per innbyggere som har fått behandling i PHBU.

Tabell 2.10 viser at det innen PHBU som tidligere år var en vekst i polikliniske tiltak (direkte og indirekte samlet), men at veksttaket var lavere. Det foreligger ikke analyser som dokumenterer årsaken til redusert veksttakt, men det er to forhold som kan tenkes å ha betydning for utviklingen. For det første at omfanget av registreringsendringer har blitt redusert. Det har vært en oppfatning at den veksten man har observert i polikliniske tiltak tidligere år delvis skyldes endring i registreringspraksis (Halsteinli (2008)). Det var imidlertid fortsatt sterkere vekst i indirekte tiltak enn for direkte tiltak, noe som kan indikere en fortsatt betydning av registreringsendringer. Det andre forholdet som kan ha betydning er at Opptappingsplanen for psykisk helsevern ble avsluttet i 2008 og at dette har medført et noe endret fokus i (de regionale) helseforetakene.

Når det gjelder psykisk helsevern for voksne (PHV) var det også fra 2008 til 2009 en vekst i polikliniske konsultasjoner og døgnopphold. Mens veksttaket for døgnopphold var på linje med foregående år (2007-2008) var det også for PHV en lavere veksttakt for polikliniske konsultasjoner. En mulig årsak til dette er at det for 2009 kun benyttes data fra NPR³¹, mens det tidligere har blitt supplert med informasjon fra SSB. Og som for PHBU kan det tenkes at det har blitt noe endret fokus i 2009 som følge av at Opptappingsplanen var avsluttet.

Private avtalespesialister rapporterer også aktivitetsdata til NPR, men som innenfor somatisk virksomhet er dette datasettet ikke komplett. Basert på

³¹ I 2009 er det kun større avvik mellom datasettene ved to institusjoner (Sykehuset Telemark og Stavanger univ sykehus). Dersom man korrigerer for denne differansen blir veksten nasjonalt 6,6 prosent og ikke 3,7.

innrapporterte data er det imidlertid estimert et nasjonalt volum på 675 508 konsultasjoner hos private avtalespesialister. Det meste av denne aktiviteten er knyttet til voksne pasienter (ca 95 prosent). Konsultasjoner hos private avtalespesialister utgjør dermed omtrent 35 prosent av alle konsultasjoner ved offentlige og private aktører.

Tabell 2.10 Aktivitet i psykisk helsevern 2005 – 2009.

Kilde: SAMDATA, SSB og NPR.

	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>					
Polikliniske tiltak	561 304	641 972	716 509	808 354	841 949
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>					
Polikliniske konsultasjoner	867 390	930 789	988 418	1 098 898	1 138 982
Døgnopphold	47 597	51 705	51 571	52 829	53 790
<i>Private avtalespesialister</i>					
Konsultasjoner					675 508

Tabell 2.11 Årlig aktivitetsendring i psykisk helsevern.

Kilde: SAMDATA, SSB og NPR.

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>				
Polikliniske tiltak	14,4 %	11,6 %	12,8 %	4,2 %
<i>Psykisk helsevern for voksne</i>				
Polikliniske konsultasjoner	7,3 %	6,2 %	11,2 %	3,6 %
Døgnopphold	8,6 %	-0,3 %	2,4 %	1,8 %

Veksten i polikliniske tiltak innen PHBU fra 2008 til 2009 kom i tre av fire regioner, som vist i tabell 2.12. Det er kun i Helse Nord at det var en reduksjon i tiltak. Sterkest prosentvis vekst var det i Helse Midt-Norge.

Tabell 2.12 Polikliniske tiltak innen PHBU. 2005-2009. Bostedsregion.

Kilde: SAMDATA.

Bostedsregion	2005	2006	2007	2008	2009	Pst endring 2008-09
Helse Sør-Øst	311 503	371 168	419 765	483 942	507 721	4,9 %
Helse Vest	103 963	115 248	124 376	129 944	137 117	5,5 %
Helse Midt-Norge	69 346	71 743	81 180	86 178	92 430	7,3 %
Helse Nord	76 492	83 813	91 188	108 290	104 681	-3,3 %
Regionene samlet ³²	561 304	641 972	716 509	808 354	841 949	4,2 %

Med unntak av Helse Nord var det økning i antall tiltak per innbyggere 0-17 år for alle regioner. Helse Nord hadde imidlertid samtidig en økning i antall pasienter per innbyggere, hvilket tilsier at tiltak per pasient ble redusert. For de tre andre regionene var det også en økning i antall pasienter per innbyggere 0-17 år.

Tabell 2.13 viser at det var vekst i polikliniske konsultasjoner innen PHV i tre av fire regioner fra 2008 til 2009. Men det er noe usikkerhet til tallmaterialet for Helse Vest siden det er ulike volumtall mellom SSB og NPR for en institusjon i den

³² Sumtall for regionene samlet inkluderer kun konsultasjoner med gyldig bostedskommune. Dette medfører at det for enkelte år kan være et avvik ift tilsvarende tall i SAMDATA.

regionen. Dette betyr så pass mye at dersom man benytter volumtall fra SSB for denne institusjonen, så endres bildet noe for Helse Vest. Med data fra SSB begge år vil de ha en økning på 3,1 prosent.

Tabell 2.13 Polikliniske konsultasjoner innen PHV. 2005-2009.
Kilde: SAMDATA.

Bostedsregion	2005	2006	2007	2008	2009 ³³	Pst endring 2008-09
Helse Sør-Øst	520 191	550 890	551 753	633 995	664 194	4,8 %
Helse Vest	145 830	155 652	175 841	201 266	200 755	-0,3 %
Helse Midt-Norge	123 897	135 852	159 802	158 330	162 297	2,5 %
Helse Nord	77 472	88 395	101 022	105 306	111 739	6,1 %
Regionene samlet	867 390	930 789	988 418	1 098 898	1 138 982	3,6 %

Fra 2008 til 2009 var det økning i antall konsultasjoner per innbygger i tre av fire regioner. Det var kun i Helse Vest det var en reduksjon fra 2 675 til 2 620 per 10 000 innbyggere.

Døgnopphold innen PHV økte særlig i to regioner, Helse Vest og Helse Nord, fra 2008 til 2009, som vist i tabell 2.14. Det var også vekst i Helse Sør-Øst på nær en prosent, mens Helse Midt-Norge hadde uendret aktivitetsnivå i den perioden.

Tabell 2.14 Døgnopphold innen PHV. 2005-2009.
Kilde: SAMDATA.

Bostedsregion	2005	2006	2007	2008	2009 ³³	Pst endring 2008-09
Helse Sør-Øst	25 672	28 222	27 322	27 572	27 827	0,9 %
Helse Vest	9 888	10 547	10 868	11 331	11 730	3,5 %
Helse Midt-Norge	6 646	7 157	7 141	7 419	7 422	0,0 %
Helse Nord	5 391	5 779	6 240	6 507	6 810	4,7 %
Regionene samlet	47 597	51 705	51 571	52 829	53 790	1,8 %

Når det gjelder endringer i døgnopphold per innbygger, var bildet det samme med en økning for Helse Vest og Helse Nord og en reduksjon i de to andre regionene.

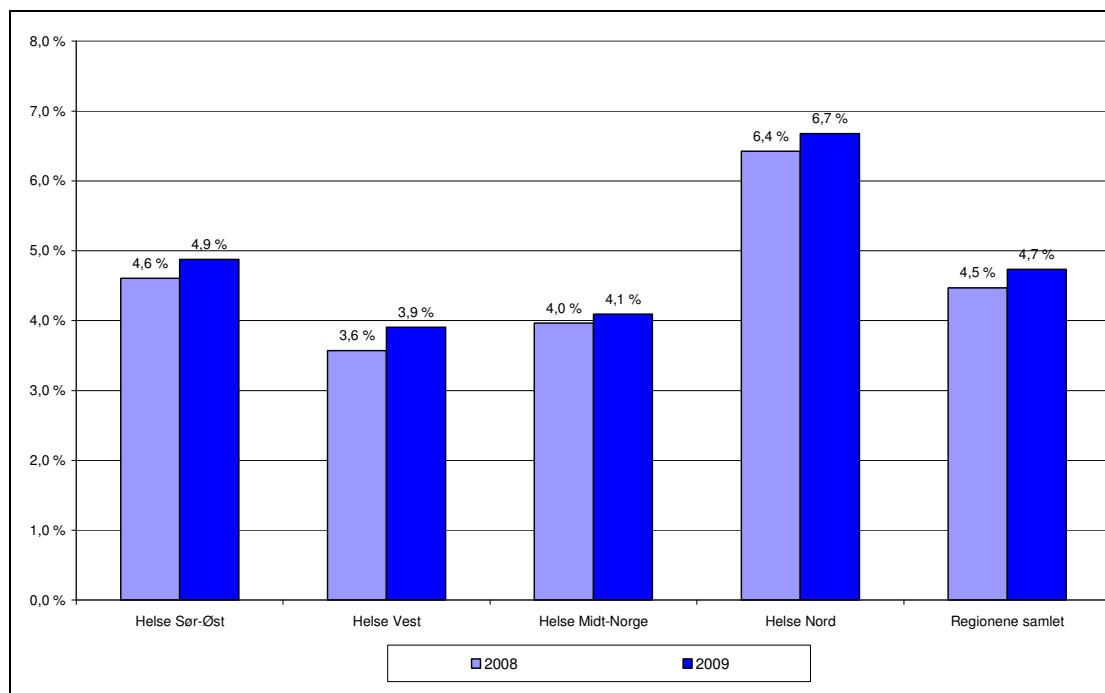
I Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) var det et mål at spesialisthelsetjenestens tilbud innen psykisk helsevern for barn og unge skulle nå minst fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen (antall pasienter i prosent av innbyggere 0 -17 år). Selv etter utløpet av Opptappingsplanen er det av interesse å følge opp hvorvidt det er flere regioner som har oppfylt dette målet.

Det at NPR nå er et personidentifiserbart register gjør det mulig å beregne antall pasienter mer nøyaktig ved at man kan følge pasientene mellom institusjonene. Tidligere ville samme pasient som hadde ett opphold ved to ulike institusjoner bli telt som to pasienter. Den nye muligheten medfører derfor at beregnet antall pasienter går noe ned. I figur 2.2 vises dekningsgraden for årene 2008 og 2009 basert på personidentifiserbare data.

Utviklingen i andel pasienter 0-17 år som gis et tilbud i PHBU var nasjonalt 4,7 prosent i 2009, mot 4,5 prosent i 2008. Figuren viser videre at det er en positiv utvikling i alle regioner. Helse Sør-Øst har tilnærmet nådd målet om en

³³ Inkluderer ikke 724 konsultasjoner og 172 døgnopphold med ugyldig bostedskommune i 2009.

dekningsgrad på minst fem prosent. Det er kun Helse Vest og Helse Midt-Norge som har noe igjen til dette målet, mens Helse Nord fortsatt ligger godt over det.



Figur 2.2 Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge i prosent av befolkningen 0-17 år etter helseregion. 2008-2009. Basert på personidentifiserbare data. Kilde: Helsedirektoratet.

2.1.3 Rusbehandling

Det er heller ikke for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB) etablert et pasientklassifiseringssystem, og man må derfor vurdere utviklingen i aktivitet basert på størrelsene polikliniske konsultasjoner og innleggelser. I tillegg til dette er aktivitetsdata for TSB en relativt ny datakilde og det er derfor fortsatt noe usikkerhet om komplett i de data som er rapportert. Dette gjelder både avgrensning mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste ved private institusjoner uten avtale og registreringspraksis ved institusjoner generelt. Det er tidligere beregnet at 30 prosent av all poliklinisk behandling av ruspasienter foregår i PHV.³⁴ Denne aktiviteten fanges ikke opp i dette avsnittet.

Tabell 2.15 viser utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner og innleggelser innen TSB i perioden 2007 til 2009. Det er kun for årene 2008 og 2009 at det foreligger informasjon om pasientens bostedsregion. Tabellen viser at det også fra 2008 til 2009 var en sterk vekst i antall polikliniske konsultasjoner på drøyt 22 prosent. Dette er på linje med prosentvis endring året før. Det er grunn til å tro at deler av denne veksten er knyttet til bedre og mer komplett registrering av aktiviteten. Når det gjelder innleggelser viser tallene at det var en økning på 2,6 prosent fra 2008 til 2009, noe sterkere enn året før. Som tabellene 2.16 og 2.17 viser var det noe ulik regional utvikling siste år.

³⁴ SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007, SINTEF rapport 4/08.

Tabell 2.15 Polikliniske konsultasjoner og innleggelser i TSB. 2007-2009.
Kilde: SAMDATA og SSB.

	2007	2008	2009	2007-2008	2008-2009
Polikliniske konsultasjoner	154 746	191 936	234 678	24,0 %	22,3 %
Innleggelser	12 473	12 450	12 777	-0,2 %	2,6 %

Helse Sør-Øst hadde en sterk vekst både i polikliniske konsultasjoner og i antall innleggelser. Dette tilsier at Helse Sør-Øst fra 2008 til 2009 har hatt en vekst innen TSB. Når det gjelder Helse Vest og Helse Midt-Norge er det noe mer usikkert om samlet aktivitetsutvikling er positiv eller negativ, da en sterk vekst i poliklinisk virksomhet motsvareres av en nedgang i antall innleggelser. Fravær av et pasientklassifiseringssystem med kostnadsvekter gjør det ikke mulig å beregne et felles aktivitetsmål. For Helse Nord var det en vesentlig lavere vekst i poliklinisk virksomhet enn for de andre regionene og samtidig hadde Helse Nord en tilnærmet uendret aktivitet når det gjelder innleggelser. Samlet sett gir dette imidlertid en indikasjon på aktivitetsvekst for TSB i Helse Nord.

Tabell 2.16 Polikliniske konsultasjoner i TSB. 2008-2009.
Kilde: SAMDATA

Bostedsregion	2008	2009	2008-2009
Helse Sør-Øst	146 286	179 768	22,9 %
Helse Vest	27 151	32 925	21,3 %
Helse Midt-Norge	11 053	14 098	27,5 %
Helse Nord	7 446	7 887	5,9 %
Regionene samlet	191 936	234 678	22,3 %

Det var økning i antall konsultasjoner per innbyggere 18 år og eldre i alle de fire regionene. For pasienter bosatt i Helse Sør-Øst var økningen på 15 per 1 000 innbyggere, mens det i Nord var en marginal endring på +1 per 1 000 innbyggere 18 år og eldre.

Tabell 2.17 Innleggelser i TSB. 2008-2009.
Kilde: SAMDATA

Bostedsregion	2008	2009	2008-2009
Helse Sør-Øst	7 942	8 499	7,0 %
Helse Vest	1 902	1 809	-4,9 %
Helse Midt-Norge	1 647	1 507	-8,5 %
Helse Nord	959	962	0,3 %
Regionene samlet	12 450	12 777	2,6 %

Når det gjelder innleggelser per 10 000 innbyggere 18 år og eldre var det kun i Helse Sør-Øst at denne økte (fra 38 til 40). I de andre regionene var raten uendret (Helse Nord) eller lavere (Helse Vest og Helse Midt-Norge).

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en behandlingsform hvor ruspasientene tilbys metadon eller Subutex som støtte i rehabiliteringsprosessen. Det gis også behandlingstilbud ved LAR-sentrene, men det dreier seg primært om oppfølging av rehabiliteringsplanen for LAR-pasientene. Mens flertallet av LAR-pasienter kun har et tilbud ved LAR-sentrene, har en del LAR-pasienter også

samtidig tilbud innen den øvrige delen av TSB. Vurderinger gjort i forbindelse med SAMDATA-arbeidet (Sektorrapport 4/08) indikerer at minst ti prosent av LAR-pasientene også gis et tilbud i den øvrige delen av TSB og dermed også er fanget opp i tallene over.

Tabell 2.18 viser utviklingen i antall pasienter som gis LAR i perioden 2005-2009. Det har vært en økning i antall pasienter i LAR i alle årene i perioden, og det var i 2009 5 383 pasienter som mottok dette behandlingstilbudet, en økning på nær 10 prosent fra 2008.

Regionalt var den prosentvise veksten sterkest i Helse Nord med 20 prosent, mens økningen i antall pasienter var høyest i Helse Sør-Øst med ca 250 pasienter (7,5 prosent).

Tabell 2.18 Antall pasienter som mottar Legemiddelassistert rehabilitering per 31. desember 2005 - 2009. Kilde: LAR-Øst.

	2005	2006	2007	2008	2009	Pst endring 2008-2009
Helse Sør-Øst	2 570	2 909	3 123	3 335	3 584	7,5 %
Helse Vest	686	818	903	974	1 093	12,2 %
Helse Midt-Norge	224	260	290	324	370	14,2 %
Helse Nord	134	179	226	280	336	20,0 %
Regionene samlet	3 614	4 166	4 542	4 913	5 383	9,6 %

De regionale helseforetakene ble i 2009 gitt i oppdrag å øke kapasiteten innen TSB. Dersom man bruker aktivitetstallene som indikator for kapasitet, har tallmaterialet i denne gjennomgangen vist at det trolig var en kapasitetsøkning for TSB i Helse Sør-Øst og Helse Nord. For Helse Vest og Helse Midt-Norge er det usikkert om det kan gis samme konklusjonen, siden det der var en relativt markert nedgang i antall innleggelser.

2.1.4 Forholdet mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB

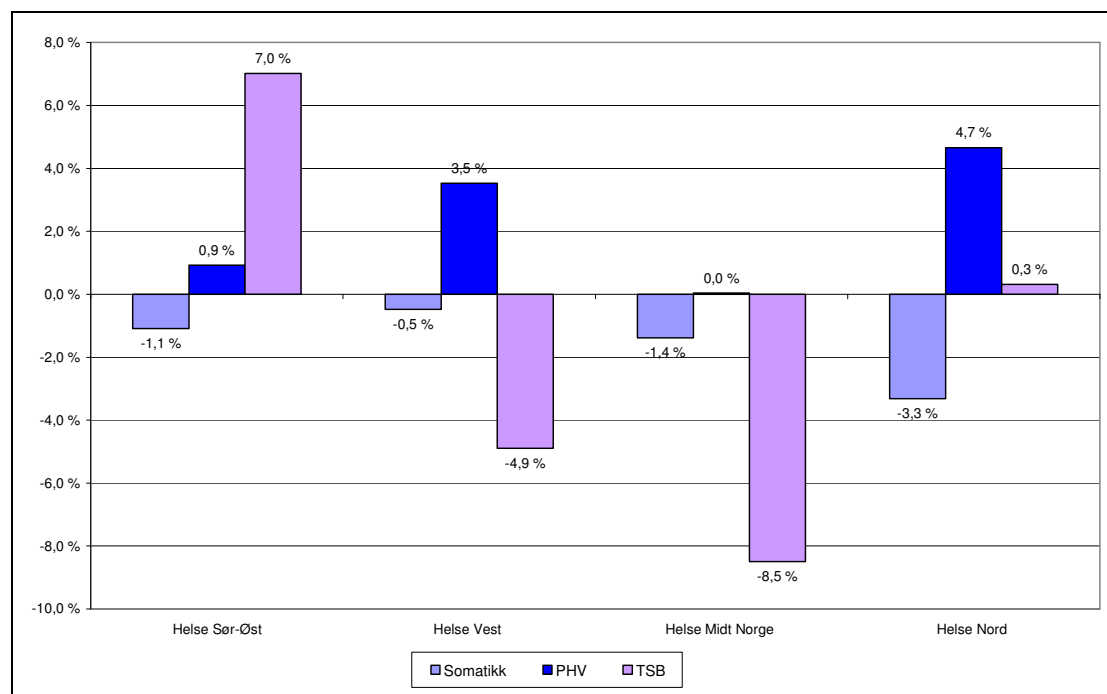
Et av oppdragene til de regionale helseforetakene er å sikre at den prosentvise veksten i psykisk helsevern og TSB er høyere enn for somatisk virksomhet. Sammenligninger mellom sektorene er imidlertid krevende. Aktiviteten i somatisk sektor måles vanligvis i DRG-poeng. Dette målet omfatter både døgnbehandling og dagbehandling, samt noe polikliniske virksomhet. Dagbehandlingen i psykisk helsevern har et lite omfang og er i hovedsak registrert som polikliniske konsultasjoner. Sammenligninger mellom sektorene må dermed bli noe grovmasket. I dette avsnittet sammenlignes derfor endring i døgnopphold mellom sektorene mot hverandre, og dernest gjøres det samme for dag- og poliklinisk virksomhet.

Figur 2.3 viser at to av regionene hadde en sterkere prosentvis vekst i døgnaktiviteten i psykisk helsevern og TSB enn i somatisk virksomhet fra 2008 til 2009. Dette gjelder Helse Sør-Øst og Helse Nord. For Helse Vest og Helse Midt-Norge var aktivitetsendringen for døgnopphold i tråd med målet for somatisk virksomhet ift psykisk helsevern, men ikke ift TSB.

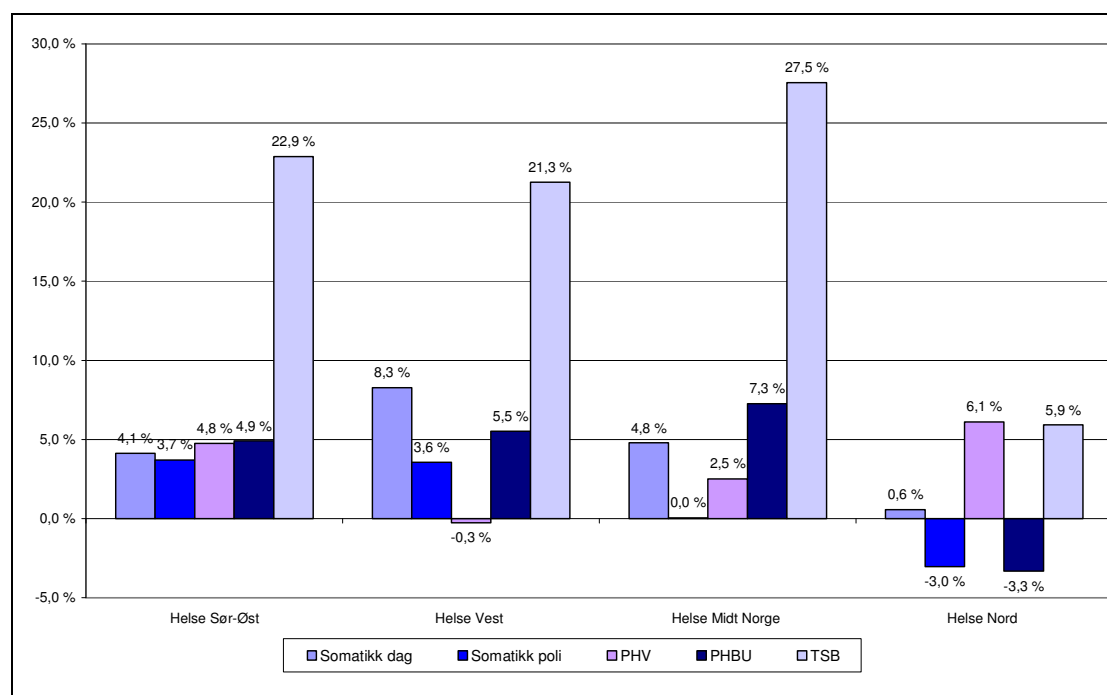
Aktivitetsutviklingen for dag- og poliklinisk behandling vises i figur 2.4. Det er noe vanskeligere å vurdere måloppnåelse for denne delen av aktiviteten for noen regioner. Det virker imidlertid rimelig klart at Helse Sør-Øst har oppfylt målet om en sterkere vekst i psykisk helsevern og TSB enn for somatisk virksomhet. For de tre andre regionene er det også klart at veksten i TSB var høyere enn for somatisk virksomhet fra 2008 til 2009. Men det er noe usikkert for disse tre

regionene om veksten i psykisk helsevern var sterkere enn for somatisk virksomhet.

I sammendraget (del I) gir utvalget en samlet vurdering av utviklingen i aktivitet mellom somatisk virksomhet, psykisk helsevern og rusbehandling.



Figur 2.3 Prosentvis endring i døgnopphold fra 2008 til 2009. Somatikk, PHV og TSB. Kilde: Norsk pasientregister (NPR) og SAMDATA.



Figur 2.4 Prosentvis endring i dagopphold og polikliniske konsultasjoner fra 2008 til 2009. Somatikk, PHV, PHBU og TSB. Kilde: Norsk pasientregister (NPR) og SAMDATA.

2.1.5 Poliklinisk laboratorie- og radiologiaktivitet

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. I dette avsnittet presenteres tall for den offentlig finansierte aktiviteten ved radiologisk og/eller lab poliklinikk. Ved private institusjoner vil det også være en del aktivitet med annen finansiering (selvbetalende pasienter, forsikring og lignende).

Radiologi

Det foreligger ikke i skrivende stund tilgjengelige aktivitetsdata for offentlig og privat poliklinisk radiologi for 2009. Det redegjøres derfor kort hvilke hovedresultater som ble beskrevet i fjorårets årsrapport fra BUS.

Det var i perioden 2004 til 2008 sett under ett en vekst i antall modalitetskonsultasjoner³⁵ både ved offentlig og privat virksomhet. For offentlig virksomhet kom denne veksten etter 2006. Når det gjelder privat virksomhet var det aktivitetsvekst frem til og med 2007, og en reduksjon fra 2007 til 2008. Reduksjonen i 2008 omfattet alle modaliteter (røntgen, ultralyd, CT og MR). I fjorårets rapport fra BUS ble det pekt på flere mulige årsaker til redusert offentlig finansiert aktivitet hos private aktører. For det første var 2008 første året etter overgangsperioden hvor tjenestevolumet hos private ikke skulle være lavere enn i 2003. Det ble også i fjorårets rapport referert til at takstene ble nedjustert i 2008, og at dette kunne ha bidratt til den observerte aktivitetsutviklingen.

Andelen offentlig radiologi har i hovedsak vært økende jo lenger vest og nord man kommer, og var i 2008 høyest i Helse Nord for alle modaliteter.

Laboratorie

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

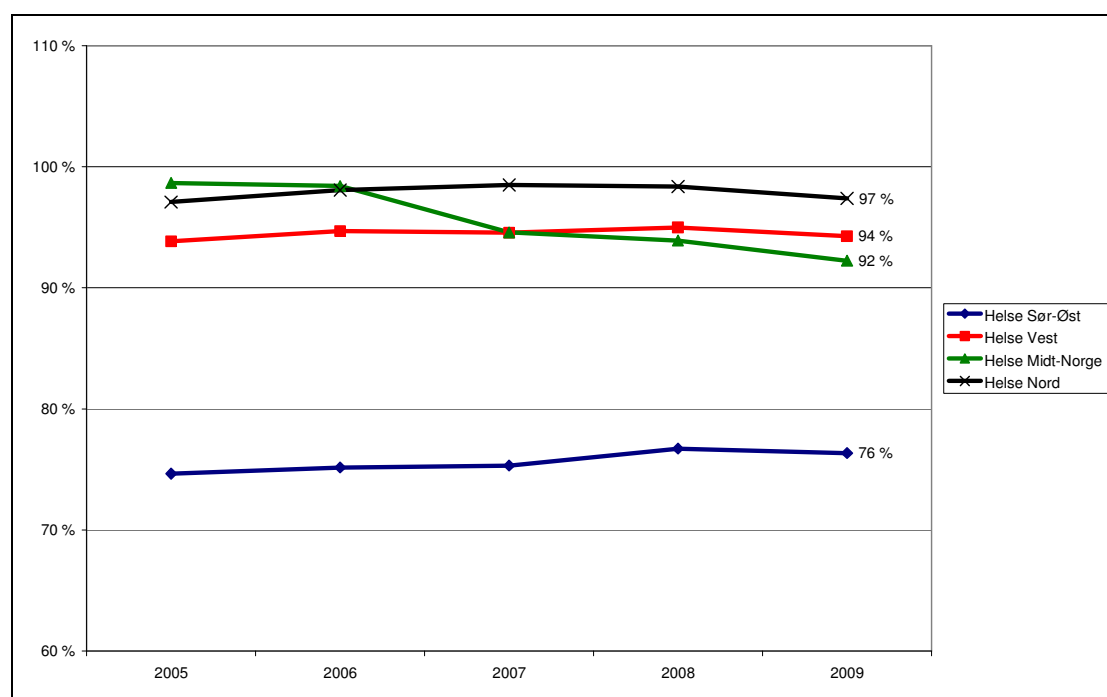
Tabell 2.19 viser samlede antall regninger (offentlige og private) for de fire helseregionene og samlet for landet i perioden 2005 til 2009, mens figur 2.5 viser andelen offentlig aktivitet i samme periode. Det var siste år en reduksjon i antall regninger samlet i alle regioner. Prosentvis nedgang var størst i Helse Vest med 12,1 prosent. Helse Sør-Øst hadde minst reduksjon med 1,5 prosent.

³⁵ 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.

Tabell 2.19 Antall regninger per region 2005-2009. Offentlig og privat laboratorie. Kilde: KUHR, Helsedirektoratet.

	2005	2006	2007	2008	2009	Pst endring 2008- 2009
Helse Sør-Øst	4 675 434	4 895 967	5 090 454	5 311 181	5 233 178	-1,5 %
Helse Vest	1 676 957	1 761 418	1 777 669	2 139 038	1 879 555	-12,1 %
Helse Midt-Norge	1 066 539	1 105 146	1 224 389	1 285 703	1 223 008	-4,9 %
Helse Nord	811 259	879 566	906 699	915 755	865 138	-5,5 %
Regionene samlet	8 230 189	8 642 097	8 999 211	9 651 677	9 200 879	-4,7 %

Helse Sør-Øst skiller seg noe fra de tre andre regionene når det gjelder andelen offentlig lab-virksomhet. I 2009 hadde Helse Sør-Øst en andel på 76 prosent, mens tilsvarende i de andre regionene var 92-97 prosent. For tre av regionene har denne andelen vært tilnærmet uendret i perioden 2005 til 2009. Unntaket er Helse Midt-Norge hvor det er en tendens til noe lavere andelen utover i denne perioden.



Figur 2.5 Andelen regninger ved offentlige institusjoner per helseregion, 2005 til 2009. Kilde: KUHR, Helsedirektoratet.

2.2 Forskningsaktivitet

Det har siden 2003 blitt foretatt en omregning av publiserte artikler og avlagte dr.grader til forskningspoeng.³⁶ I starten av perioden ble det foretatt endringer i beregningsmetoden, slik at det kun foreligger sammenlignbare data fra 2005 til 2009.

³⁶ Dette er metodisk beskrevet i "[Måling av forskningsaktiviteten ved helseforetakene. Vitenskapelige artikler og doktorgrader som resultatindikatorer](#)", NIFU skriftserie nr. 1/2003.

Forskningspoengene benyttes som en indikator på nivå og utvikling i forskningsaktivitet. Det foregår en god del forskningsaktivitet som ikke fanges opp i denne indikatoren, men det er ikke mulig å angi i hvor stor grad dette ville påvirket tallene som presenteres her. Ved vurdering av utvikling i forskningsaktivitet kan man også benytte tall for ressursbruk til forskning, som presentert i avsnitt 1.4.

I tabell 2.20 presenteres tall for forskningspoeng i løpende 3-års gjennomsnitt for perioden 2005-2009. Det fremgår av tabellen at det har vært en økning i beregnede forskningspoeng hele perioden for alle regionale helseforetak. I siste del av perioden (2007-2009) var den prosentvise veksten sterkest for Helse Nord og lavest for Helse Midt-Norge.

Både beregnet ressursbruk til forskning (jf kap 1.4) og forskningspoengene har økt de siste årene og gir derfor klare indikasjoner på en vekst i forskningsaktiviteten ved foretakene.

Tabell 2.20 Forskningspoeng³⁷ per region. 3-års gjennomsnitt i perioden 2005-2009. Kilde: NIFU STEP

	Gjennomsnitt			Prosent endring A-B	Prosent endring B-C
	2005-2007 (A)	2006-2008 (B)	2007-2009 (C)		
Helse Sør-Øst	1 484	1 547	1 670	4,2 %	8,0 %
Helse Vest	545	596	642	9,4 %	7,7 %
Helse Midt-Norge	234	278	287	19,1 %	3,2 %
Helse Nord	182	210	239	15,1 %	13,8 %
Regionene samlet	2 446	2 632	2 838	7,6 %	7,9 %

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 helseregion, og for det andre benyttes data for leger i spesialisering (LiS). Når det gjelder turnusleger, benyttes data både fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) og Den norske legeförening (Dnlf). Data for leger i spesialisering er kun hentet fra Dnlf.

2.3.1 Turnusleger

I tabell 2.21 vises utviklingen i antall tildelte turnusleger per regionalt helseforetak i perioden 2005 til 2009, 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 nasjonalt, men

³⁷ Beregningene av forskningspoeng for 2007-2009 vil avvike noe fra tilsvarende beregningene som vil bli presentert i proposisjonen for statsbudsjettet for 2011 da det i sistnevnte vil bli gjort etter ny metode.

som det fremgår av tabell 2.21 var det en prosentvis lavere vekst i Helse Sør-Øst enn i de andre RHF-ene. Forskjellen i vekst mellom RHF-ene er noe mindre dersom man ser på endringen 2006-2009. Siste år (2008-2009) var det også økning i alle regioner, og prosentvis sterkest i Helse Nord med 8,1 prosent.

Tabell 2.21 Antall tildelte turnusleger per regionalt helseforetak i 2005-2009. Kilde: SAFH.

	2005	2006	2007	2008	2009	Prosent endring	
						2008-2009	2005-2009
Helse Sør-Øst	175	167	185	183	186	1,4 %	6,0 %
Helse Vest	65	69	74	78	80	1,9 %	23,3 %
Helse Midt-Norge	61	68	72	73	74	1,4 %	21,3 %
Helse Nord	66	70	73	75	81	8,1 %	22,9 %
Regionene samlet	366	373	404	409	420	2,7 %	14,6 %

I tabell 2.22 presenteres tall for antall personer i stilling som turnuslege basert på data fra Dnlf, og inkluderer derfor kun medlemmer av Dnlf.³¹ Nasjonalt viser disse tallene samme endringsbilde som i tabell 2.21, men utviklingen regionalt siste år er ulik særlig for Helse Vest og Helse Midt-Norge. Også utviklingen i perioden 2005 til 2009 er noe forskjellig mellom de to datasettene.

Tabell 2.22 Antall i stilling som turnuslege i sykehus per juni i 2005-2009. Kilde: Dnlf.

	2005	2006	2007	2008	2009	Prosent endring	
						2008-2009	2005-2009
Helse Sør-Øst	278	267	295	311	312	0,3 %	12,2 %
Helse Vest	106	114	126	127	141	11,0 %	33,0 %
Helse Midt-Norge	112	131	129	139	131	-5,8 %	17,0 %
Helse Nord	128	125	130	130	144	10,8 %	12,5 %
Andre tariffområder	15	16	16	19	22	15,8 %	46,7 %
Samlet	639	653	696	726	750	3,3 %	17,4 %

Selv om årlig endring varierer noe både nasjonalt og regionalt mellom data fra SAFH og Dnlf, viser begge kilder at det i perioden 2005-2009 og 2008-2009 hovedsakelig var en økning i antall turnusleger. Dette gir en klar indikasjon på at det har vært en økning i aktiviteten knyttet til utdanning av turnusleger.

2.3.2 Leger i spesialisering (LiS)

I tabell 2.23 vises tall for antall personer ansatt i stilling som lege i spesialisering ved sykehusene. Dette er data fra Dnlf og inkluderer derfor kun medlemmer i Dnlf.³⁸ Det har perioden 2005 til 2009 sett under ett vært en økning i antall LiS både på nasjonalt og regionalt nivå. Sterkest vekst var det for Helse Midt-Norge med drøyt 20 prosent, mot ca 15 prosent for de andre regionene. Siste år var det en lav prosentvis endring for tre av fire RHF. Det regionale helseforetaket som skiller seg noe ut er Helse Midt-Norge med en økning på nær ni prosent. Den prosentvise endringen varierer noe mellom år også for de andre RHF-ene, slik at det er tallene for de mer langsiktige trendene som vil være mest relevant å fokusere på.

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

Tabell 2.23 Antall i stilling som lege i spesialisering i sykehus per juni i 2005-2009. Kilde: Dnlf.

	2005	2006	2007	2008	2009	Prosent endring	
						2008-2009	2005-2009
Helse Sør-Øst	1 887	2 041	2 045	2 143	2 174	1,4 %	15,2 %
Helse Vest	659	695	694	761	767	0,8 %	16,4 %
Helse Midt-Norge	490	519	512	542	590	8,9 %	20,4 %
Helse Nord	385	411	415	450	448	-0,4 %	16,4 %
Andre tariffområder	266	336	295	273	293	7,3 %	10,2 %
Samlet	3 687	4 002	3 961	4 169	4 272	2,5 %	15,9 %

Tallene for leger i spesialisering indikerer også at de regionale helseforetakene har fått økende aktivitet med utdanning av helsepersonell.

2.4 Opplæring av pasienter og pårørende

Det eksisterer ingen årlig rutinemessig rapportering for aktivitetsnivået knyttet til opplæring av pasienter og pårørende. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS) gjennomførte høsten 2009 en kartleggingsundersøkelse av virksomhet og organisering ved landets lærings- og mestringssentra (LMS).³⁹ Som en del av undersøkelsen ble det spurt om omfang av tilbud og deltakere ved landets 62 LMS. På grunn av mangelfulle opplysninger om antall deltakere ble det i rapporten til Foss (2010) foretatt et anslag på 35-40 000 brukere (pasienter og pårørende) ved landets 1 427 ulike opplæringstilbud i 2009. Foss oppgir dette til å være et forsiktig anslag.

³⁹ "Virksomheten i norske lærings- og mestringssentre pr. november 2009" av Christina Foss. Prosjektrapport NK LMS 3/2010.

3. Produktivitet

Det har årlig blitt beregnet indikatorer for produktivitet i somatisk virksomhet og psykisk helsevern gjennom SAMDATA-rapportene. For tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB) har det foreløpig ikke blitt beregnet indikatorer for produktivitet på grunn av manglende og ikke sammenlignbare datakilder. Det har imidlertid blitt beregnet gjennomsnittskostnader for et utvalg institusjoner, som kan gi en indikasjon på utviklingen i ressursutnyttelsen. I dette kapitlet oppsummeres resultatene fra SAMDATA-rapportene.

Følgende hovedresultat presenteres i dette kapitlet:

- Kostnadseffektiviteten i somatisk sektor viste en svak økning fra 2008 til 2009 på 0,2 prosent. Helse Sør-Øst bidro positivt med en bedring på 1,7 prosent, mens både Helse Nord (-4,7 prosent) og Helse Midt-Norge (-2,5 prosent) hadde en reduksjon i kostnadseffektiviteten. Helse Vest hadde på sin side en økning på 0,6 prosent.
- Det var en økning på 4,5 prosent i antall utskrivinger per årsverk innen PHV fra 2008 til 2009. For poliklinisk virksomhet ble produktivetsnivået redusert med 3,5 prosent i samme periode.
- Det var en del regionale variasjoner i produktivetsutviklingen innen PHV.
- Innen PHBU var det et tilnærmet uendret nivå på antall polikliniske pasienter per fagårsverk fra 2008 til 2009. Også her var det en del regionale variasjoner.
- For TSB er det indikasjoner på et noe høyere kostnadsnivå i 2009 sammenlignet med 2008.

3.1 Produktivitet i somatisk sektor

I forbindelse med SAMDATA-arbeidet utarbeides det 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-metoden⁴⁰ som gjør dette.

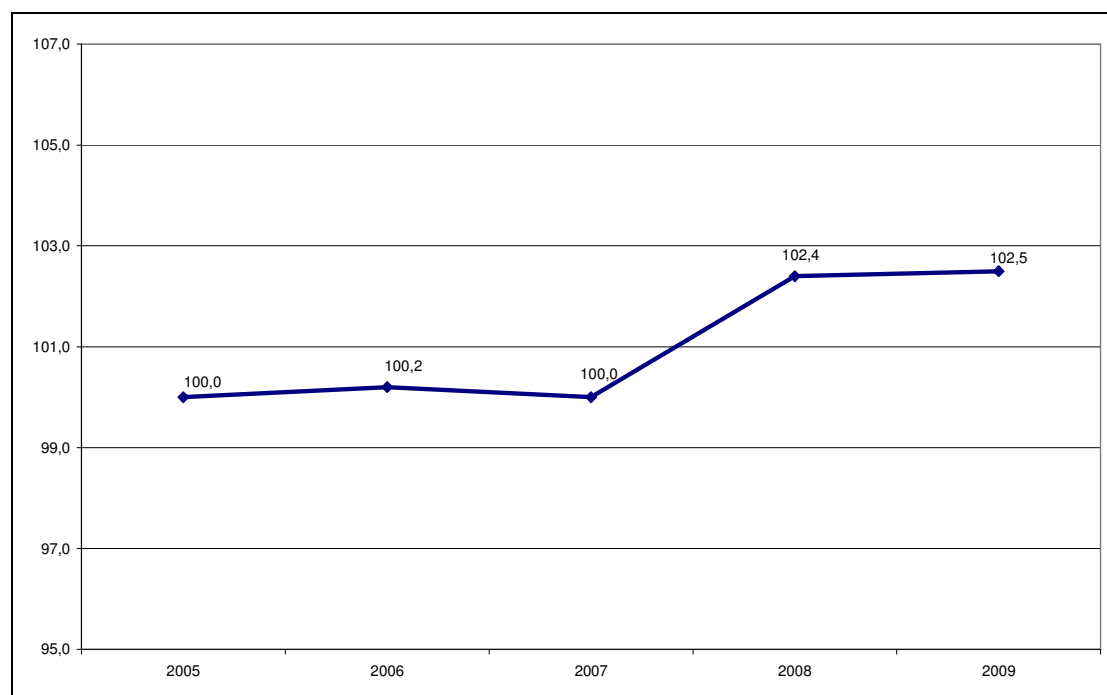
Produktivitet er i SAMDATA definert som forholdet mellom ressursinnsats og produksjon. For ressursinnsats benyttes driftskostnader, mens produksjonen er målt med DRG-poeng (dag-/døgnbehandling korrigert for gjennomsnittlig behandlingkostnader) og antall polikliniske konsultasjoner. DRG-poeng er her ikke korrigert for system- og registreringsendringer, jf kapittel 2.1.1. Videre defineres avstanden mellom faktisk produktivitet og maksimal produktivitet som kostnadseffektivitet. Maksimal produktivitet bestemmes av foretakene-/sykehusene med høyest produktivitet.⁴¹

Figur 3.1 viser utviklingen i kostnadseffektivitet i perioden 2005-2009. Med unntak av økningen fra 2007 til 2008, har det i perioden 2005-2009 kun vært mindre endringer i kostnadseffektiviteten. Utviklingen siste år, med en svak økning (eller stabilitet) i kostnadseffektiviteten, holder seg også ved ulike modellspesifikasjoner (dvs inkludering av flere alternative aktivetsmål). Det er kun ved bruk av en modell hvor det korrigeres for endringer i satsene for

⁴⁰ 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 mest effektive helseforetakene eller sykehusene ligger på denne fronten, som de andre helseforetakene/sykehusene måles mot. De minst effektive har lengst avstand til denne fronten.

⁴¹ Teoretisk maksimal produktivitet er ikke mulig å beregne, og man må derfor benytte de mest produktive som referansemål.

arbeidsgiveravgift i perioden at det ikke fremkommer en markert forbedring av kostnadseffektiviteten fra 2007 til 2008.



Figur 3.1 Utvikling i beregnet kostnadseffektivitet for somatisk virksomhet i perioden 2005-2009 relativ til 2005. 2005= 100.
Kilde: SINTEF og SAMDATA.

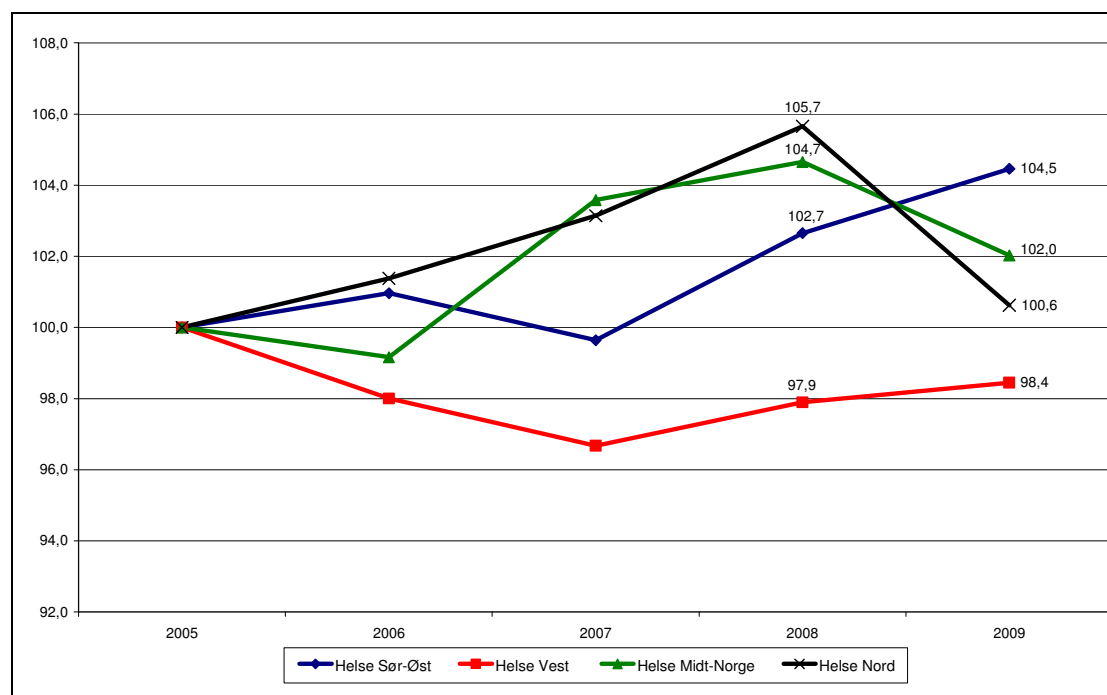
Figur 3.2 viser utviklingen i hvert RHF målt mot nivået i 2005 (2005=100). Fra 2008 til 2009 var det en positiv utvikling i kostnadseffektiviteten for både Helse Sør-Øst og Helse Vest, med størst økning i Helse Sør-Øst. I motsatt ende hadde Helse Nord en markert reduksjon i kostnadseffektiviteten, etterfulgt av Helse Midt-Norge som også hadde en nedgang. Disse regionale forskjellene er robust for valg av modell.

I perioden 2005 til 2009 hadde Helse Sør-Øst først en periode (2005-2007) med tilnærmet uendret kostnadseffektivitet, men dette ble etterfulgt av to år med markert bedring i kostnadseffektiviteten. Bak bedringen siste år ligger økning i aktivitet kombinert med marginal endring i driftskostnader.

Helse Vest har også hatt to år med bedring i kostnadseffektiviteten, men i motsetning til Helse Sør-Øst hadde Helse Vest fall i kostnadseffektiviteten i perioden 2005 til 2007. Nivået i 2009 ligger fortsatt under nivået i 2005. Økningen i kostnadseffektivitet i 2009 forklares av en sterkere aktivitetsvekst i forhold til vekst i driftskostnader.

Helse Midt-Norge hadde en markert bedring i kostnadseffektiviteten fra 2006 til 2007, og delvis også fra 2007 til 2008. Deler av denne bedringen ble spist opp av fallet i kostnadseffektivitet fra 2008 til 2009, som skyldes uendret aktivitet kombinert med vekst i driftskostnader.

Siste års reduksjon i kostnadseffektivitet i Helse Nord har medført at denne regionen i 2009 ligger omtrent på samme nivå som i 2005. Forbedringer i kostnadseffektiviteten alle år frem til og med 2008 har dermed blitt nullet med reduksjonen i 2009. Utviklingen i perioden 2005 til 2009 for Helse Nord er imidlertid påvirket av endringer i arbeidsgiveravgiften, og dette trekker i retning av at effektivitetsutviklingen overestimeres noe. Endringen siste år forklares av redusert aktivitet kombinert med vekst i driftskostnader.



Figur 3.2 Utvikling i beregnet kostnadseffektivitet for somatisk virksomhet for hvert RHF i perioden 2005-2009 relativ til 2005. 2005= 100.
Kilde: SINTEF og SAMDATA

For nærmere informasjon om analysene av kostnadseffektivitet, vises det til den kommende rapporten "Effektivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 2005-2009".⁴²

3.2 Produktivitet i psykisk helsevern

For psykisk helsevern finnes det ikke et samlet aktivitetsmål, hvor det korrigeres for variasjoner i ressursbehov, som DRG-poengene gjør for somatisk sykehusvirksomhet. Det utarbeides heller ikke rutinemessig produktivitetstall for psykisk helsevern basert på DEA-metoden.⁴³ Man må derfor benytte andre og mer partielle mål på ressursutnyttelse innen psykisk helsevern. I dette avsnittet presenteres indikatorer for arbeidsproduktivitet, som eksempelvis polikliniske konsultasjoner per fagårsverk og utskrivninger per årsverk.⁴⁴

Psykisk helsevern for voksne (PHV)

Innen PHV er det beregnet produktivitetstall for både poliklinisk virksomhet (konsultasjoner per fagårsverk) og døgnvirksomheten (utskrivninger per årsverk). Dette presenteres i figur 3.3 og tabell 3.1. Endring i rapporteringsformat for årsverksinnsats fra 2008 til 2009 vil kunne påvirke produktivetsberegningene for døgnavdelingene.⁴⁵ I tillegg ble det samtidig endret datakilde for aktivitetsdata (fra SSB til NPR), og dette har betydning for

⁴² J Kalseth og M Pedersen (2010).

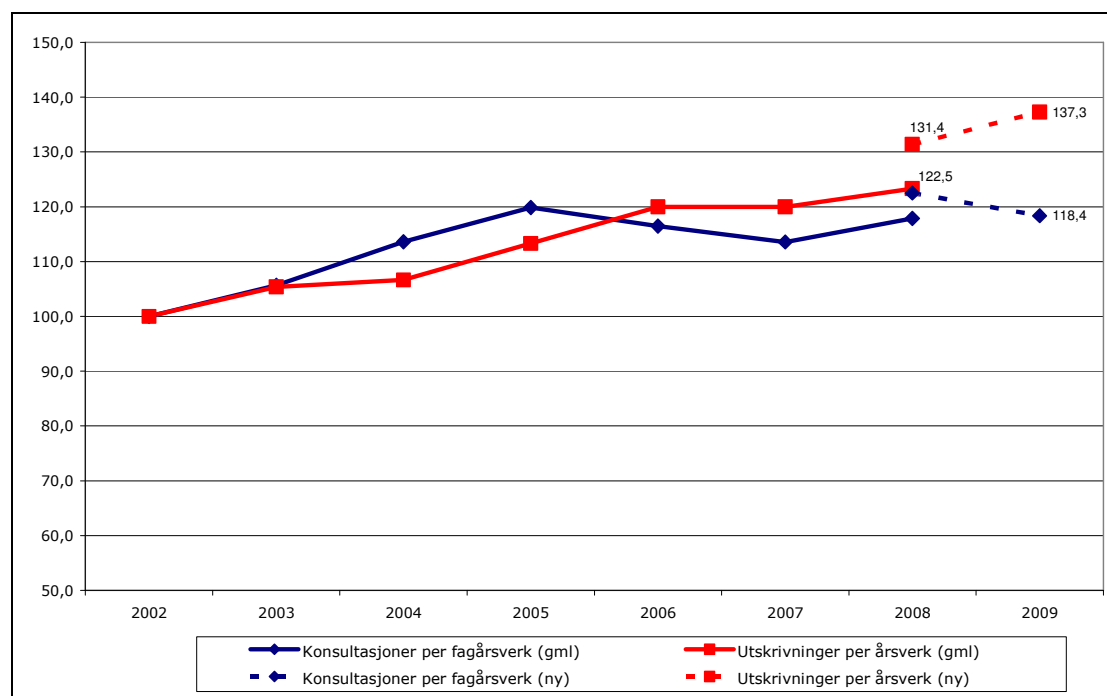
⁴³ Det er kun gjort et par ganger for PHBU, se Halsteinli (2008, 2009).

⁴⁴ Fagårsverk omfatter årsverk utført av universitetsutdannet eller høyskoleutdannet personell, mens årsverk (ift indikatoren utskrivninger per årsverk) i tillegg omfatter årsverk også for andre personellgrupper.

⁴⁵ I tillegg til dette er Ullevål universitetssykehus og Helse Bergen Haukeland ekskludert på grunn av usikkerhet i årsverksdataene.

tallene for konsultasjoner.⁴⁶ Utviklingstallene for produktivitet må derfor tolkes med en viss varsomhet.

Figur 3.3 viser at det fra 2008 til 2009 landet sett under ett var en reduksjon i produktivitetesnivået ved poliklinikkene i PHV på -3,5 prosent. Endring i datakilde for antall konsultasjoner kan imidlertid underestimere utviklingstallene. Produktiviteten ved døgnenhetene ble i samme periode økt med 4,5 prosent, men også her er det noe usikkerhet til det faktiske nivået på endringstallet. Sistnevnte økning i produktivitet faller imidlertid sammen med en reduksjon i oppholdstiden for døgnpasientene.



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

Tabell 3.1 viser at Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge fra 2008 til 2009 hadde en økning i produktiviteten ved døgnenhetene og en reduksjon ved poliklinikkene. Helse Nord hadde som eneste region en produktivitetsøkning både ved poliklinikkene og i døgnvirksomheten.

⁴⁶ Antall konsultasjoner i 2009 er høyere i SSB enn i NPR, og dette trekker derfor i retning av at de presenterte produktivitetstallene for 2009 kan være noe underestimerte.

Tabell 3.1 Konsultasjoner per fagårsverk og utskrivninger per årsverk 2009, samt endring 2008-2009. Kilde: Helsedirektoratet og SAMDATA.

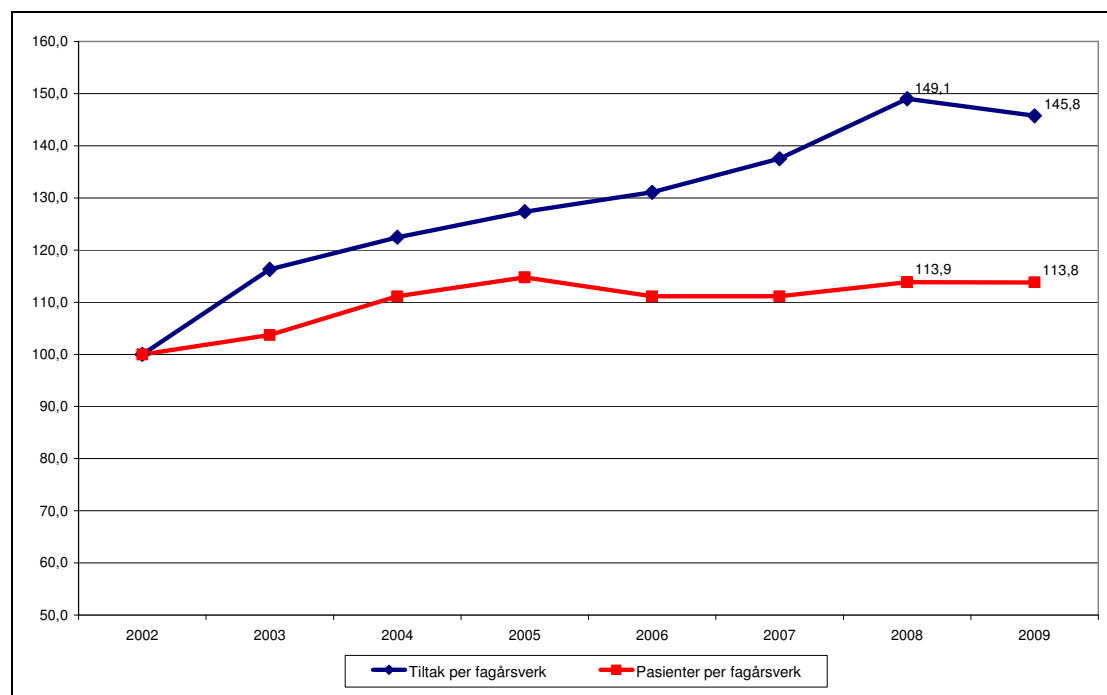
	Konsultasjoner per fagårsverk		Utskrivninger per årsverk	
	2009	Prosent endring 2008-2009	2009	Prosent endring 2008-2009
Helse Sør-Øst	451	-3,3	3,94	4,6
Helse Vest	393	-6,4	4,17	3,0
Helse Midt-Norge	406	-5,1	4,25	1,7
Helse Nord	319	1,6	4,76	9,7
Regionene samlet	417	-3,5	4,12	4,5

Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

Et sentralt mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) var 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 ikke mindre interessant å følge utviklingen i produktivitet innen PHBU etter at Opptrappingsplanen er avsluttet. I dette avsnittet fokuseres det på antall tiltak per fagårsverk og antall pasienter per fagårsverk. Analyser utført av Halsteinli (2008) viser at utviklingen i tiltak per fagårsverk mest sannsynlig overestimerer produktivetsforberingene, ved at deler av veksten i tiltak skyldes endringer i registreringspraksis. Dette er grunnen til at det også vises tall for antall pasienter per fagårsverk.

Figur 3.4 viser utviklingen i produktivitet for poliklinisk virksomhet innen PHBU i perioden 2002-2009, hvor 2002 er satt lik 100. Det er som ventet en sterkere vekst i tiltak per fagårsverk enn i pasienter per fagårsverk, men som nevnt over skyldes en del av veksten i tiltak endret registreringspraksis. Det er imidlertid interessant å observere at det første året etter Opptrappingsplanen var en reduksjon i antall tiltak per fagårsverk.

Dersom man fokuserer på utviklingen i antall pasienter per fagårsverk, har produktiviteten de siste årene, inkludert 2008-2009, vært relativt stabil. Det må imidlertid påpekes at det i Opptrappingsplan-perioden har vært en sterk vekst i antall årsverk, og at det kan være utfordrende å øke produktiviteten i virksomheter med stadig nye og flere ansatte. Et annet forhold er økende fokus på ambulant behandling, som vil fremstå som noe mer ressurskrevende for institusjonene enn om behandlingen foregår i egne lokaler. Sistnevnte gjelder også for PHV.



Figur 3.4 Antall tiltak per fagårsverk og antall pasienter per fagårsverk innen PHBU. 2002-2009. 2002=100.
Kilde: Helsedirektoratet og SAMDATA.

Tabell 3.2 viser utviklingen i produktivitet siste år for hvert RHF. Helse Sør-Øst var eneste RHF med reduksjon i pasienter per fagårsverk. Bak dette resultatet var det en økning i antall behandlede pasienter på 7 prosent sammen med en prosentvis sterkere vekst i fagårsverk på nær 10 prosent. Helse Vest og Helse Nord hadde begge en produktivitetsforbedring når det gjelder pasienter per fagårsverk på 4,2 prosent. For begge regioner var det vekst i både antall pasienter og antall fagårsverk. Helse Midt-Norge hadde også vekst i både pasienter og fagårsverk, men for denne regionen var veksten i antall behandlede pasienter kun svakt sterkere enn veksten i fagårsverk.

Tabell 3.2 Tiltak per fagårsverk og pasienter per fagårsverk i poliklinikker for barn og unge. Regionale helseforetak. 2009 og endring fra 2008.
Kilde: Helsedirektoratet og SAMDATA

	Tiltak per fagårsverk		Pasienter per fagårsverk	
	2009	Prosent endring 2008-2009	2009	Prosent endring 2008-2009
Helse Sør-Øst	526	-4,3	32	-2,5
Helse Vest	395	0,4	28	4,2
Helse Midt-Norge	382	3,6	28	1,0
Helse Nord	473	-2,6	35	4,2
Regionene samlet	474	-2,2	31	0,0

3.3 Enhetskostnader i TSB

Det utarbeides ikke rutinemessig produktivitetsindikatorer for TSB. Årsakene til dette er flere, som manglende sammenlignbarhet mellom data for innsatsfaktorer og aktivitetsdata, usikker kvalitet og manglende komplettethet når det gjelder aktivitetsdata for å nevne noe. Men det har i SAMDATA de to siste årene blitt foretatt beregninger og analyser av enhetskostnader både for døgnvirksomheten og poliklinisk virksomhet.⁴⁷

Disse analysene gjøres kun på et begrenset utvalg institusjoner hvor datagrunnlaget er av en tilstrekkelig god kvalitet og hvor virksomheten enten bare er rettet mot døgnpasienter eller bare mot polikliniske pasienter.⁴⁸ Innen TSB benyttes flest ressurser inn mot døgnvirksomheten (82 prosent av årsverkene), og i datagrunnlaget for enhetskostnadene er det da også flest institusjoner med kun døgnvirksomhet. Enhetskostnaden beregnes ved å sammenholde totale driftskostnader ved enheten med enten antall konsultasjoner eller antall oppholdsdøgn.

Basert på analysene i SAMDATA er det indikasjoner på et høyere kostnadsnivå for døgnvirksomheten i 2009 sammenlignet med 2008, mens det for poliklinisk virksomhet kun er mindre mindre endringer i samme periode.

⁴⁷ Se kapittel 5.7 i SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2008 (SINTEF rapport 4/09) og kapittel 16.5 i Samdata spesialisthelsetjeneste 2009 (Helsedirektoratet IS-0293).

⁴⁸ Institusjoner med blandet virksomhet (poliklinikk og døgnvirksomhet) inngår ikke i beregning av enhetskostnader. I 2009 hadde 39 av 64 institusjoner blandet virksomhet.

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.

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

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

Følgende hovedresultat presenteres i dette kapitlet:

- For første gang siden foretaksreformen var helseforetakenes inntekter svakt høyere enn det samlede ressursforbruket. Det positive årsresultatet i 2009 var på 312 millioner kroner (0,3 prosent av inntektene).
- Av RHF-ene var det kun Helse Sør-Øst som også i 2009 hadde negativt resultat målt mot eiers styringskrav, men deres resultat var markert bedre enn i 2008.
- Det var også i 2009 et investeringsnivå som er høyere enn avskrivningskostnadene i de regionale helseforetakene. Netto investeringer dette året var på 415 millioner kroner. Samlet for årene 2005 til 2009 har netto investeringer vært på 8,8 mrd kroner.
- Økningen i de regionale helseforetakenes eiendeler har i stor grad blitt finansiert gjennom opptak av lån. I perioden 2005 til 2009 har egenkapitalen blitt redusert samtidig som langsiktig og kortsiktig gjeld har økt.
- En økende andel av investeringene finansieres med egne midler og ikke med lån eller investeringstilskudd. Dette skyldes delvis økt basisramme knyttet til investeringer i 2008 med 1,67 mrd kroner. I 2009 var investeringsaktiviteten lavere enn foregående år.
- De regionale helseforetakene har i 2009 benyttet driftskreditt innenfor de rammer som ble satt av Helse- og omsorgsdepartementet.
- I 2009 viste likviditetsgraden for første gang siden 2002 tegn til bedring for likviditetssituasjonen for de regionale helseforetakene samlet. Det er økning i likviditetsgraden for alle de regionale helseforetakene, sterkest for Helse Nord.

4.1 Institusjonelle forhold

Inntektsrammene til de regionale helseforetakene fastsettes gjennom årlige budsjettvedtak i Stortinget. De regionale helseforetakene mottar både en basisbevilgning og aktivitetsbaserte tilskudd. Basisbevilgningen skal dekke alle typer kostnader i helseforetakene, herunder investeringskostnader, men det er ingen øremerking av basisbevilgningen. De regionale helseforetakene må derfor selv avveie hvor mye som skal brukes til hhv investeringer og drift.

De regionale helseforetakene har ikke mulighet til å ta opp lån i private banker, og det medfører at de kun kan ta opp lån i staten (Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)). Stortinget vedtar øvre rammer for samlet driftskreditt

som de regionale helseforetakene kan benytte. HOD operasjonaliserer dette for hvert enkelt RHF.

Etter flere år hvor økte pensjonskostnader var blitt unntatt helseforetakenes resultatkrav, ble det fra 2009 stilt et entydig ukorrigert resultatkrav til helseforetakene. Det ble samtidig gitt en nivåøkning i basisbevilgningen knyttet til dette. Videre ble driftskreditten overført fra RHF-enes private bankforbindelser til Norges Bank. Det ble videre innført en ordning som innebærer at overskuddslikviditet som følge av at pensjonspremien er lavere enn pensjonskostnaden, skal brukes til å nedbetale driftskreditten. Dersom pensjonspremien er høyere enn pensjonskostnaden, vil driftskredittrammen utvides.

De regionale helseforetakene mottok i 2009 ekstraordinære tilskudd på til sammen 1,2 mrd kroner knyttet til tiltakspakken ifm finanskrisen og tilskudd ifm pandemien.

Krav til innhold i tjenestetilbudet, samt aktivitetsnivå, fastsettes i det årlige oppdragsdokumentet. I foretaksmøtene settes krav knyttet til økonomi og organisasjon.

4.2 Regnskapsmessig resultat og egenkapital

I 2009 var kravet til de regionale helseforetakene at det ordinære regnskapsmessige resultatet for foretaksgruppen skulle være i balanse. For de regionale helseforetakene samlet viser regnskapet for 2009 et positivt resultat på 312 millioner kroner. Dette er første år siden foretaksreformen i 2002 at de regionale helseforetakene samlet går med et positivt årsresultat. Resultatet målt opp mot samlede inntekter gir en resultatgrad på 0,3 prosent.

Tabell 4.1 Eiers styringskrav, årsresultat og årsresultat målt mot eiers styringskrav (inkl i prosent av inntekt). 2005-2009, samt akkumulert 2003-2009. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2005	2006	2007	2008	2009	Akkumulert 2003-2009
Eiers styringskrav	-1 647	-2 493	-4 660	-600	0	-13 230
Årsresultat	-3 020	-4 364	-6 110	-1 300	312	-22 197
Avvik ift eiers styringskrav	-1 373	-1 871	-1 450	-700	312	-8 978
Avvik i pst av inntekt ⁴⁹	-1,9 %	-2,3 %	-1,7 %	-0,7 %	0,3 %	

I 2009 hadde 3 av 4 regionale helseforetak et positivt årsresultat, som vist i tabell 4.2. Det er første år med positivt resultat for både Helse Vest og Helse Nord. Det var kun Helse Sør-Øst som også i 2009 gikk med et underskudd, men resultatet var bedre sammenlignet med foregående år. Akkumulert for perioden 2003 til 2009 har imidlertid alle regionene hatt store underskudd, selv når det korrigeres for eiers styringskrav.

⁴⁹ Inntekt er her definert som driftskostnader – underskudd (+ overskudd).

Tabell 4.2 Årsresultat i forhold til eiers styringskrav 2005-2009, samt akkumulert 2003-2009. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2005	2006	2007	2008	2009	Endring 2008- 2009	Akkumulert 2003-2009
Helse Sør-Øst	-454	-322	-1 087	-425	-157	268	-3 891
Helse Vest	-182	-405	-90	-141	156	297	-1 717
Helse Midt-Norge	-572	-711	-10	86	214	127	-1 952
Helse Nord	-165	-433	-263	-221	100	321	-1 418
Regionene samlet	-1 373	-1 871	-1 450	-700	312	1 013	-8 978

Bedring i økonomisk resultat fremkommer også som en økning i egenkapitalen for de aktuelle regionale helseforetakene, jf tabell 4.3.⁵⁰ Det er imidlertid et godt stykke igjen til å utligne den reduksjon som har vært i egenkapitalen i perioden etter foretaksreformen som følge av tidligere års underskudd. Det er i den sammenheng viktig å huske at det er stilt negative resultatkrav i perioden fram til 2008, slik at deler av reduksjonen i egenkapital derfor har vært styrt fra eier.

Tabell 4.3 Egenkapital per 31.12. Millioner kroner. 2005-2009, samt akkumulert 2002-2009. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2005	2006	2007	2008	2009	Endring 2002-2009
Helse Sør-Øst	28 609	26 804	22 915	21 934	21 682	-12 143
Helse Vest	8 845	8 071	7 098	6 796	6 940	-4 144
Helse Midt	4 712	3 697	3 141	3 138	3 339	-3 206
Helse Nord	6 989	6 264	5 541	5 252	5 339	-2 873
Regionene samlet	49 155	44 836	38 696	37 121	37 300	-22 366

Det er to ting som kan nevnes angående egenkapitalprosenten, dvs egenkapital i prosent av samlede eiendeler. For det første at den har blitt redusert en god del for alle RHF i perioden etter foretaksreformen.⁵¹ Størst reduksjon er det Helse Midt-Norge som har hatt med 46 prosentpoeng, mens det er Helse Nord som har hatt den minste reduksjonen med 26 prosentpoeng. For de to gjenværende RHF-ene har reduksjon vært ca 35 prosentpoeng. For det andre er det fortsatt slik at de regionale helseforetakene har en relativt høy egenkapitalprosent. Med unntak av Helse Midt-Norge (20 prosent) var egenkapitalprosenten 45-55 i 2009.

4.3 Eiendeler

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

Eiendelene kan grovt sett kategoriseres i anleggsmidler og omløpsmidler. Omløpsmidlene (varer, fordringer og bankinnskudd) utgjør en liten del av foretakenes eiendeler og kommenteres derfor ikke noe videre i denne sammenheng. Anleggsmidlene er mer varige eiendeler og deles inn i immaterielle driftsmidler, varige driftsmidler og finansielle anleggsmidler. I 2009 utgjorde de

⁵⁰ Akkumulert underskudd er ikke identisk med reduksjon i egenkapital. Dette skyldes at det gjøres noen posteringer direkte på egenkapitalen og ikke via resultatregnskapet.

⁵¹ Det er her av praktiske årsaker benyttet tall per 31.12 2002. Det mest riktige hadde vært å benytte tall per 1.1 2002, men dette vanskeliggjøres av justeringer av åpningsbalansen.

varige driftsmidlene 83 prosent av samlede eiendeler (anleggsmidler og omløpsmidler).

I tabell 4.4 presenteres tall for utvikling i de regionale helseforetakenes eiendeler, hvor det spesielt ses på utviklingen for immaterielle og varige driftsmidler.

I 2009 hadde RHF-enes samlede eiendeler en bokført verdi på nær 91 mrd kroner. Dette innebærer en økning fra 2003 på 20 prosent. Dersom man kun ser på varige driftsmidler, var økningen i samme periode på ca 14 prosent. Innenfor denne gruppen eiendeler, økte verdien av bygninger og fast eiendom med ca 10 prosent, mens MTU, IKT mm. økte relativt mer (28,8 prosent).

Tabell 4.4 Utvikling i RHF-enes eiendeler, med særlig fokus på immaterielle og varige driftsmidler. 2003, 2008 og 2009. Millioner kroner. Per 31.12. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2003	2008	2009	2003-2009	2008-2009
Samlede eiendeler	75 669	88 364	90 834	20,0 %	2,8 %
Herav:					
Immaterielle eiendeler	425	1 333	1 627	282,7 %	22,1 %
Bygninger/fast eiendom	54 710	59 001	60 412	10,4 %	2,4 %
MTU, IKT, mm	6 784	8 799	8 737	28,8 %	-0,7 %
Anlegg under utførelse	4 668	7 758	6 530	39,9 %	-15,8 %
Immaterielle og varige eiendeler samlet	66 587	76 891	77 306	16,1 %	0,5 %

I tabell 4.5 presenteres utviklingen i immaterielle og varige driftsmidler fordelt per regionalt helseforetak. Helse Midt-Norge har hatt en kraftig vekst i verdien av bygg og utstyr i perioden 2003-2009. Helse Sør-Øst har hatt en moderat økning, etterfulgt av Helse Vest med en svak økning. Helse Nord er eneste RHF med en reduksjon i verdien av sin bygg- og utstyrsmasse. I 2009 var det samlet for landet ingen endringer i verdien av immaterielle og varige driftsmidler. Helse Midt-Norge sto for en økning på ca 4 prosent, mens det var en nedgang både i Helse Sør-Øst og Helse Nord. Ulik endring i varige driftsmidler har sin bakgrunn i ulik investeringstakt i de regionale helseforetakene, se kap 4.3.1.

Tabell 4.5 Utvikling i RHF-enes immaterielle og varige driftsmidler. 2003, 2008 og 2009. Millioner kroner. Per 31.12. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2003	2008	2009	Endring 2003-2009		Endring 2008-2009	
				Mill kroner	Prosent	Mill kroner	Prosent
Helse Sør-Øst	36 913	41 702	41 457	4 544	12,3 %	-245	-0,6 %
Helse Vest	12 095	12 612	12 808	713	5,9 %	196	1,5 %
Helse Midt-Norge	9 001	14 356	14 985	5 984	66,5 %	629	4,2 %
Helse Nord	8 578	8 221	8 056	-522	-6,1 %	-165	-2,0 %
Regionene samlet	66 587	76 891	77 306	10 719	16,1 %	415	0,5 %

På nasjonalt nivå har bokførte immaterielle og varige driftsmidler per innbygger økt fra ca 14 000 til ca 16 000 kroner, men det er markerte regionale forskjeller.

Helse Midt-Norge har gjennom særlig byggingen av nytt universitetssykehus i Trondheim økt bokførte immaterielle og varige driftsmidler per innbygger fra ca 14 000 til ca 22 000 kroner. Helse Sør-Øst (dvs summen av tidligere Sør og

Øst) og Helse Vest hadde samme nivå (ca 13-14000 kroner) som Helse Midt-Norge ved utgangen av 2003, men har i 2009 tilnærmet samme nivå på bokførte immaterielle og varige driftsmidler per innbygger, og dermed markert lavere enn Helse Midt-Norge.

Helse Nord hadde høyest nivå på bokførte immaterielle og varige driftsmidler i 2003, men har redusert dette fra drøyt 18 000 til 17 000 kroner per innbygger.

Tabell 4.6 viser sammensetningen av RHF-enes immaterielle og varige driftsmidler i 2009. Med unntak av Helse Midt-Norge, som ved utgangen av 2009 har en relativt høy andel anlegg under utførelse (St Olavs hospital), var fordelingen av de ulike kategoriene varige driftsmidler rimelig lik mellom RHF-ene.

Tabell 4.6 Fordeling av bokførte varige driftsmidler, samt andel, for de fire RHF-ene. Per 31.12.2009. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord	
	Mill kr	Andel	Mill kr	Andel	Mill kr	Andel	Mill kr	Andel
Immaterielle eiendeler	1 030	2,5 %	292	2,3 %	190	1,3 %	115	1,4 %
Bygninger/fast eiendom	33 461	80,7 %	10 574	82,6 %	9 732	64,9 %	6 644	82,5 %
MTU, IKT, mm	4 845	11,7 %	1 608	12,6 %	1 416	9,4 %	869	10,8 %
Anlegg under utførelse	2 121	5,1 %	334	2,6 %	3 647	24,3 %	428	5,3 %
Immaterielle og varige driftsmidler samlet	41 457	100,0 %	12 808	100,0 %	14 985	100,0 %	8 056	100,0 %

4.3.1 Investeringer

De regionale helseforetakene har i tråd med foretaksmodellen et helhetlig ansvar for investeringer og drift i egen region. Dette helhetlige ansvaret er underbygget ved at midler til investeringer er lagt inn som en del av de regionale helseforetakenes basisbevilgninger og ikke gjennom øremerkede tilskudd. Nye investeringsprosjekter må dermed planlegges på en slik måte at det regionale helseforetaket kan håndtere kostnader innenfor en videreføring av eksisterende basisrammer. Helse- og omsorgsdepartementet kan gi lån til større investeringsprosjekter.⁵²

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

Investeringsnivået i de regionale helseforetakene har i de siste årene vært preget av to store investeringsprosjekt (Nye Ahus og Nye St Olavs Hospital). Tabell 4.7 viser at det også i 2009 var et investeringsnivå⁵³ som oversteg av- og nedskrivningskostnadene, slik at det fortsatt var en positiv netto investering⁵³ i sektoren, i 2009 med 415 millioner kroner. I perioden 2005 til 2009 har

⁵² Det er satt særskilte krav til prosjekter som overstiger 500 mill. kroner. For prosjekter over 1 mrd. kroner skal resultater og de regionale helseforetakenes vurderinger etter en viss tid i planleggingsfasen legges frem for departementet.

⁵³ Investeringer er her definert som endring i verdien av immaterielle og varige eiendeler (=netto investeringer) + av-/nedskrivninger framkommet i resultatregnskapet.

avskrivningskostnadene økt med nær 400 millioner kroner, en nominell økning på 8 prosent. Dette er et resultat av at realkapitalen samlet sett bygges opp i de regionale helseforetakene, men det er store regionale forskjeller.

Tabell 4.7 Investeringer, av-/nedskrivninger og netto investeringer. Millioner kroner. 2005-2009. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2005	2006	2007	2008	2009	Akkumulert 2005-2009 ⁵⁴
Investeringer ⁵³	6 594	6 876	8 180	8 128	5 891	35 668
Av- og nedskrivninger	5 083	5 469	5 429	5 351	5 475	26 807
Netto investeringer ⁵⁵	1 511	1 407	2 751	2 778	415	8 862

I balansen skilles ikke medisinsk teknisk utstyr (MTU) ut som en egen kategori. For å gi et bilde på hvilke type eiendeler investeringene rettes mot, er det i tabell 4.8 vist tall for prosentandel når det gjelder tilgang av verdier (nyinvesteringer) i balansen for bygninger, MTU og andre anleggsmidler.⁵⁶ Det lavere investeringsnivået i 2009 gjenspeiler seg i lavere andel for bygninger og en høyere andel for MTU og andre anleggsmidler. Det er imidlertid viktig å understreke at tabell 4.8 ikke gir informasjon om nivå-tallene for nyinvesteringer for de tre kategoriene.

Tabell 4.8 Tilgang på eiendelskategoriene bygninger, medisinsk teknisk utstyr (MTU) og andre anleggsmidler. Prosentandel. 2005-2009. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2005	2006	2007	2008	2009	2005-2009 samlet
Bygninger	76 %	76 %	78 %	79 %	72 %	76 %
MTU	10 %	12 %	11 %	10 %	12 %	11 %
Andre anleggsmidler	14 %	12 %	12 %	11 %	17 %	13 %

Tabell 4.9 og 4.10 viser tall for årlige (netto) investeringer for foretaksgruppen i hvert RHF i perioden 2005-2009.

Akkumulerte nettoinvesteringer i perioden 2005-2009 fordeler seg noe ulikt mellom RHF-ene. Dersom man ser samlet på perioden 2005 til 2009 er det særlig Helse Midt-Norge som utpeker seg med et relativt høyt investeringsnivå.⁵⁷ Denne konklusjonen holder seg også dersom man ser på perioden 2003-2009, jf tabell 4.5.

Det årlige investeringsnivået i Helse Sør-Øst har vært i området 3,0 til 4,5 mrd kroner i perioden 2005 til 2009. Når det justeres for av- og nedskrivningene, viser regnskapstallene netto investeringer for 2009 på ca -245 millioner kroner.

Helse Vest hadde i årene fram til 2008 en økende årlig netto investering, som ble noe redusert i 2009.

⁵⁴ Siden tabellen viser endringstall, fanger den i realiteten opp perioden 31.12 2004 til 31.12 2009.

⁵⁵ Datagrunnlag er endring i immaterielle og varige driftsmidler i balansen.

⁵⁶ Datagrunnlaget er hentet fra noter til årsregnskapet for foretaksgruppen som omhandler immaterielle eiendeler og varige driftsmidler.

⁵⁷ Deler av investeringen ved St Olavs Hospital er knyttet til eiendeler for NTNU. Ved ferdigstilling av bygg overføres deler av byggets verdi til NTNU. Siden NTNU har en andel av verdien når bygget er under utførelse, bidrar dette til å overestimere investeringstallene for Helse Midt-Norge. Det er imidlertid vanskelig å korrigere dette for hvert år, da større andeler av byggene ferdigstilling enkelte år. Akkumulerte verdier for NTNU i perioden 2005 til 2009 var på 2 762 mill kroner.

I Helse Midt-Norge var det lavere investeringer i 2009 enn det har vært de fleste foregående år. Dette skyldes i hovedsak redusert investeringsaktivitet ved St Olavs Hospital, hvor det meste av sykehuset nå begynner å bli ferdig.

Helse Nord har et lavere investeringsnivå enn de andre regionene og er også den eneste regionen med negativ netto investeringer de tre siste årene.

Tabell 4.9 Investeringer⁵³ per RHF. Millioner kroner. 2005-2009.
Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2005	2006	2007	2008	2009
Helse Sør-Øst	3 304	4 467	4 414	4 496	2 896
Helse Vest	902	1 058	1 161	1 392	1 127
Helse Midt-Norge	1 814	545	2 050	1 790	1 359
Helse Nord	574	807	556	450	509
Regionene samlet	6 594	6 876	8 180	8 128	5 891

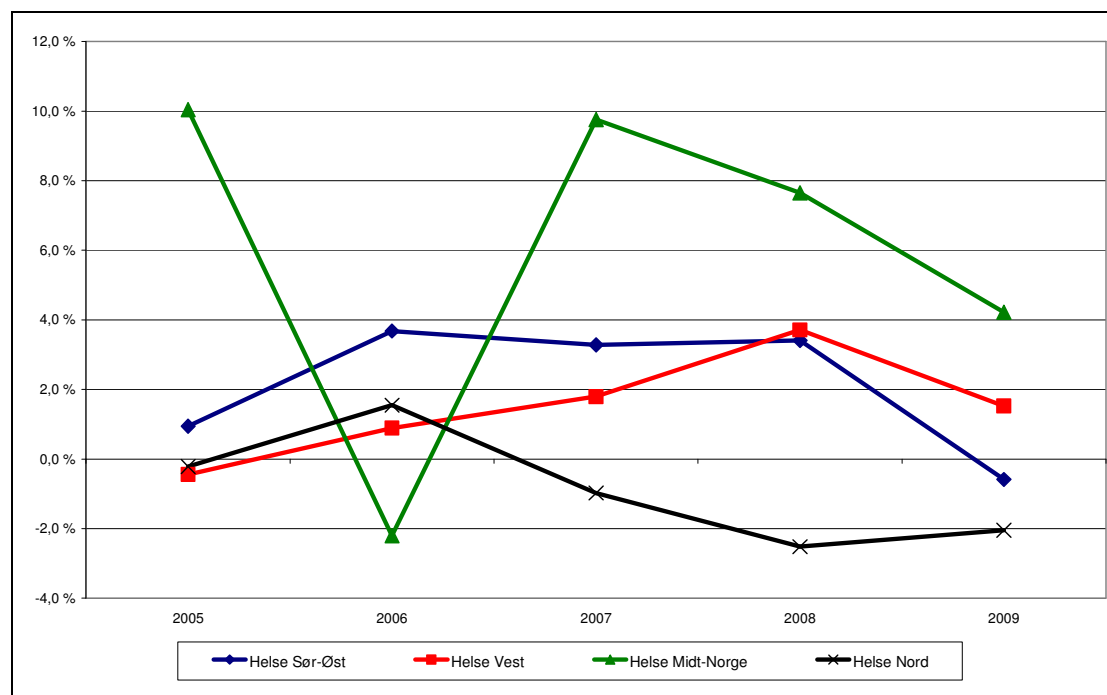
Tabell 4.10 Årlige netto investeringer⁵⁸ per RHF. Millioner kroner. 2005-2009.
Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2005	2006	2007	2008	2009
Helse Sør-Øst	355	1 434	1 321	1 419	-245
Helse Vest	-53	106	218	468	196
Helse Midt-Norge ⁵⁷	1 228	-264	1 294	1 098	629
Helse Nord	-18	132	-82	-207	-165
Regionene samlet	1 511	1 407	2 751	2 778	415

Figur 4.1 viser netto investeringer i forhold til summen av varige driftsmidler og immaterielle eiendeler. Dersom prosentandelen er høyere enn 0 vil det tilsi at regionen øker sine immaterielle og varige eiendeler, og vice versa. Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge har alle i hovedsak hatt en positiv prosentandel, og dermed økt sine eiendeler på dette området.⁵⁹ Det fremkommer videre av figuren at Helse Vest andelsmessig har hatt et tilnærmet likt investeringsnivå de siste årene (2006-2009), i motsetning til de tre andre RHF-ene, hvor investeringsandelen har gått ned og/eller vært stabil. Helse Nord avviker fra de andre med i hovedsak negativ andel netto investeringer.

⁵⁸ Netto investeringer er beregnet som endring i balansen for immaterielle og varige driftsmidler.

⁵⁹ Den negative andelen for Helse Midt-Norge i 2006 skyldes i hovedsak overføring av en større akkumulert sum til NTNU, som i de foregående årene har vært ført som anlegg under utførelse i Helse Midt-Norge.



Figur 4.1 Netto investeringer som prosentandel av imaterielle og varige eiendeler per RHF. 2002-2009. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

4.3.2 Finansiering av investeringer

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

- Likviditet fra drift.*
Hovedkilden til finansieringen ligger i basisrammen, gjennom at denne er ment å dekke årlige avskrivningskostnader. Da avskrivninger er "ikke betalbare kostnader" kan denne likviditeten benyttes til nye investeringer. Alternativt kan foretaket velge å holde tilbake ytterligere deler av sine inntekter som så benyttes til å finansiere investeringer. Foretaket kan spare midler ved å gå med likviditetsmessig overskudd, som så kan benyttes til investeringer på et senere tidspunkt. Underskudd på driften reduserer handlingsrommet for investeringer.
- Investeringslån fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).*
Helseforetakene kan ta opp investeringslån hos HOD. Lånebehov i oppstartsåret og samlet låneramme for prosjektet prioriteres opp mot andre formål ved utarbeidelse av statsbudsjettet. I påfølgende år bevilges midler til investeringslån over statsbudsjettet i tråd med likviditetsbehovet i prosjektene, innenfor fastsatt låneramme. I 2009 ble det gitt investeringslån til tidligere vedtatte prosjekter på til sammen 1075,8 millioner kroner (Helse Bergen Haukeland, Nordlandssykehuset, St Olavs Hospital og sykehotell ved Rikshospitalet).
- Investeringsstilskudd fra HOD.*
Det er tidligere vedtatt investeringstilskudd som bidrag for gjennomføring av noen utvalgte investeringsprosjekter. I 2009 ble det bevilget 652,5 millioner kroner til prosjektene Nye Ahus (218,5 mill kr), Forskningsbygg (110,1 mill kr) og Nye St Olavs Hospital (324,0 mill kr).⁶⁰ Det er imidlertid

⁶⁰ I tillegg til dette har det også blitt gitt investeringstilskudd fra Kunnskapsdepartementet for de prosjektene hvor deler av investeringen gjelder universitetsarealer.

lagt opp til at ordningen avsluttes og at det fremover ikke gis nye investeringstilskudd til gjennomføring av særskilte investeringsprosjekter.

Tabell 4.11 viser hvordan investeringene⁶¹ har blitt finansiert i perioden 2006 til 2009.⁶² I den korte perioden man her ser på har andelen egenfinansiering økt fra 53 til 72 prosent. De regionale helseforetakene mottar som nevnt innledningsvis en basisbevilgning som blant annet skal dekke kostnader i forbindelse med investeringer.

Tabell 4.11 Finansiering av investeringer for RHF-ene samlet. 2006-2009. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen og HOD.

	2006	2007	2008	2009
Investeringer (kontantstrøm)	8 151	8 681	8 371	6 108
- lånefinansiering	2 750	2 405	1 770	1 076
- investeringstilskudd	1 108	1 682	1 334	653
=Egenfinansiert	4 293	4 594	5 267	4 379

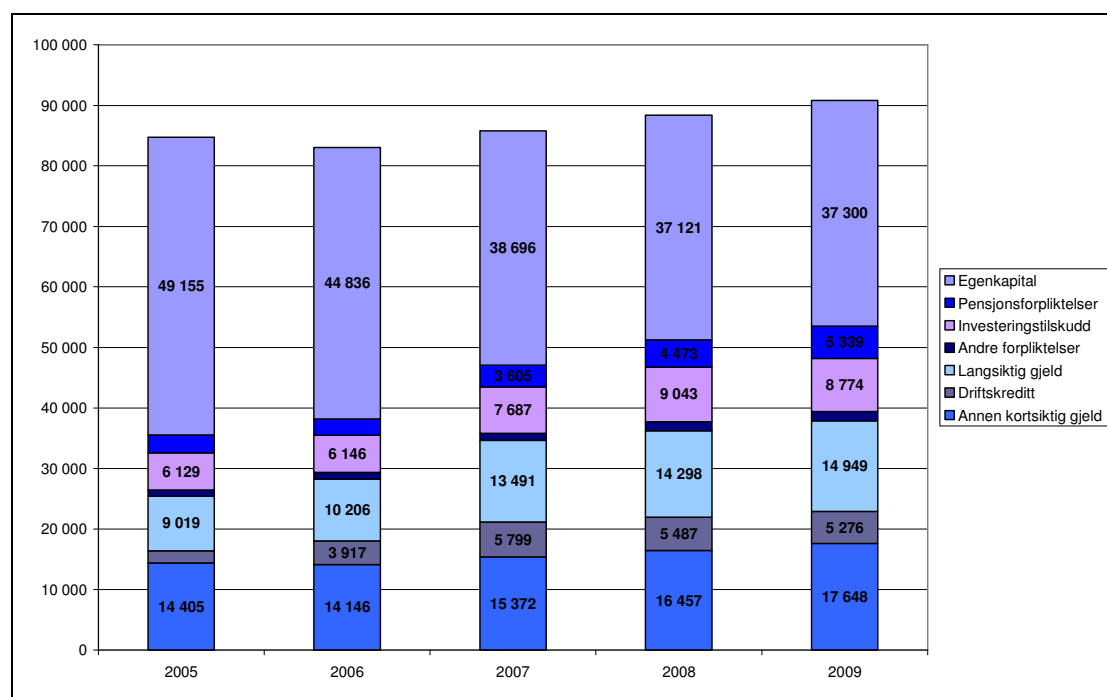
4.4 Helseforetakenes finansielle stilling

I forrige avsnitt så vi at de samlede eiendelene for de regionale helseforetakene har økt med ca 20% fra 2003 til 2009, og utgjorde siste år nær 91 mrd kroner. I dette avsnittet beskriver vi helseforetakenes finansielle stilling, dvs hvordan eiendelene er finansiert ved bruk av egenkapital og gjeld.

Figur 4.2 viser utviklingen i en del sentrale størrelser når det gjelder egenkapital og gjeld (og dermed eiendeler) for foretaksgruppen i RHF-ene. De regionale helseforetakene har samlet sett hatt en økning i både langsiktig og kortsiktig gjeld (inkl driftskreditt) i perioden 2005 til 2009. I 2009 utgjorde den langsiktige gjelden, som i all hovedsak er lån fra HOD, ca 15 mrd kroner. Den kortsiktige gjelden økte også i 2009 og utgjorde da nær 23 mrd kroner. Av dette utgjør driftskreditten nær 5,3 mrd kroner, noe som betyr at benyttet driftskreditt (per 31.12) er redusert med 0,2 mrd kroner fra 2008 til 2009. I løpet av 2009 ble driftskredittrammen for RHF-ene samlet nedjustert med 550 millioner kroner.

⁶¹ Datagrunnlaget for investeringer er her hentet fra kontantstrømpoppstillingen og omfatter kun kjøp av driftsmidler. Disse vil avvike fra tall for investeringer basert på opplysninger fra balansen og resultatregnskapet.

⁶² Vi har valgt å holde utenfor 2005 da dette året er en del påvirket av særskilte forhold knyttet til utbetaling av tilskudd til fase 1 ved St Olavs Hospital.



Figur 4.2 Finansiering av eiendeler. Millioner kroner. 2005-2009.
Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

På regionalt nivå har egenkapital og gjeld, som til sammen er identisk med samlede eiendeler, økt i tre av de fire RHF-ene fra 2005 til 2009. Som vist i tabell 4.3 har egenkapitalen blitt redusert i perioden, slik at det er gjelden som har økt. Økningen i samlede eiendeler var prosentvis størst i Helse Vest med 11 prosent, dernest Helse Sør-Øst med 9 prosent. I Helse Midt-Norge økte samlede eiendeler med 4 prosent, mens Helse Nord hadde en reduksjon i eiendeler på 2 prosent. Endringer i eiendeler for RHF-ene blir derfor noe forskjellig avhengig av hvilken periode man ser på, jf utviklingen fra 2003 til 2009 presentert i tabell 4.5.

Alle RHF-ene har fått redusert egenkapitalandelen fra 2005 til 2009, og som vist tidligere skyldes dette akkumulerte underskudd i perioden. Helse Midt-Norge har lavest andel egenkapital, men har samtidig høyest andel investeringstilskudd. Dette tilskuddet kan tolkes som en del av egenkapitalen, siden det vil bli inntekstført i takt med at eiendelen avskrives, og på den måten bidra til bedre årsresultat og økt egenkapital. Helse Nord hadde høyest egenkapitalandel både i 2005 og 2009, siste år med 55 prosent.

Både langsiktig og kortsiktig gjeld har økt fra 2005 til 2009 for alle RHF-ene. En del av den kortsiktige gjelden er knyttet til normale forpliktelser for virksomheter (leverandørgjeld, skyldige offentlige avgifter, avsatte feriepengene o.l.). Driftskreditt er derimot en del av kortsiktig gjeld som det har blitt økende fokus på. Dette skyldes særlig at benyttet driftskreditt har økt mye fra 2005. Helse Vest og Helse Midt-Norge har høyest andel driftskreditt (målt mot samlede inntekter) i 2009 med hhv 8,5 og 8,1 prosent.

Tabell 4.12-4.13 viser årlige tall for langsiktig gjeld hos HOD og benyttet driftskreditt for perioden 2005 til 2009.

Tabell 4.12 viser regional utvikling i RHF-enes langsiktig gjeld hos HOD.⁶³ De regionale helseforetakene ble etablert uten langsiktig gjeld, og dermed var den prosentvise økningen stor de første årene etter reformen. Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde en reduksjon i langsiktig lån fra 2008 til 2009. Helse Nord hadde en svak økning på 65 millioner kroner, mens Helse Midt-Norge hadde en markert økning på 803 millioner kroner.

Tabell 4.12 Langsiktige lån hos HOD. Millioner kroner. 2005-2009.
Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2005	2006	2007	2008	2009	Endring 2008-2009
Helse Sør-Øst	3 892	5 369	6 692	7 618	7 303	-315
Helse Vest	1 090	1 611	2 071	2 223	2 209	-14
Helse Midt-Norge	2 932	1 878	2 186	2 893	3 695	803
Helse Nord	628	1 016	1 197	1 167	1 231	65
Regionene samlet	8 541	9 875	12 146	13 900	14 438	539

Driftskreditt er en sentral størrelse ved oppfølging av de regionale helseforetakene, og har de siste årene blitt gitt økt oppmerksomhet pga vekst i benyttet driftskreditt. Tabell 4.13 viser utviklingen i benyttet driftskreditt ved årsslutt de siste årene for de fire RHF-ene.⁶⁴ Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde en reduksjon i benyttet driftskreditt per 31.12 fra 2008 til 2009, mens tilsvarende tall fra de andre RHF-ene viser en økning.

Tabell 4.13 Benyttet driftskreditt per 31.12. Millioner kroner. 2005-2009.
Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen, Norges bank/HOD.

	2005	2006	2007	2008	2009	Endring 2008-2009
Helse Sør-Øst	1 140	2 066	2 496	1 910	2 485	575
Helse Vest	877	975	1 312	1 514	1 605	91
Helse Midt-Norge	0	855	1 594	1 758	1 184	-574
Helse Nord	0	20	398	305	1	-303
Regionene samlet	2 017	3 917	5 799	5 487	5 276	-212

Ved årsslutt i 2009 var driftskredittrammen for Helse Sør-Øst 2 485 millioner kroner, for Helse Vest 1 675 millioner kroner, Helse Midt-Norge 1 740 millioner kroner og Helse Nord 650 millioner kroner.

4.5 Likviditet

For å kunne betale sine løpende forpliktelser må de regionale helseforetakene ha tilgang til likvide midler. Utviklingen med vedvarende driftsunderskudd og merutbetalinger til pensjon før 2009, har bidratt til en stadig vanskeligere likviditetsmessig situasjon.

Det har derfor vært et økende fokus på likviditetssituasjonen i de regionale helseforetakene de siste årene. Et resultat av dette var at det for første gang i 2009 eksplisitt ble formulert et oppdrag til RHF-ene i foretaksprotokollen i starten av året. Der står det følgende:

⁶³ RHF-ene har kun adgang til å ta opp langsiktig lån hos HOD. Opplysninger om samlet langsiktig gjeld i årsregnskapene til RHF-ene kan imidlertid inkludere lån for underliggende AS. I 2009 utgjorde langsiktig lån hos HOD 97 prosent av samlet langsiktig gjeld for foretaksgruppen i RHF-ene.

⁶⁴ Bruk av driftskreditt varierer en del i løpet av året, men dette fanges ikke opp i oversikten her.

“Foretaksmøtet forutsatte at RHF-ene må budsjettere drift (regnskapsmessig resultat) og investeringer innen tilgjengelig likviditet, og på en måte som gir rom for en tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året. (Foretaksprotokoll primo 2009 Kap 4.1). ”

Det ble ikke gitt ytterligere beskrivelse på hva som skal oppfattes som tilstrekkelig buffer. Kravet må derfor tolkes dithen at målet er nådd dersom benyttet driftskreditt i 2009 var innenfor de angitte driftskredittrammer for hvert RHF.

Som følge av en positiv differanse mellom pensjonskostnad- og pensjonspremie fikk de regionale helseforetakene nedjustert sin ramme for driftskreditt i 2009. Rammen ble endelig justert i foretaksmøter i juni 2009. Helse Sør-Øst fikk nedjustert sin ramme med 215 millioner kroner til 2 485 millioner kroner. Helse Vest fikk rammen nedjustert med 75 millioner kroner til 1 675 millioner kroner. Tilsvarende tall for Helse Midt-Norge var 210 millioner kroner til 1 740 millioner kroner, mens Helse Nord fikk sin ramme nedjustert med 50 millioner kroner til 650 millioner kroner.

Alle RHF holdt seg innenfor fastsatt ramme for driftskreditt i 2009.

Driftskredittrammene til RHF-ene er bestemt ut fra de behov de enkelte RHF historisk har hatt. Dersom fordelingen av driftskredittrammene baseres på objektive kriterier, som f.eks fra inntektsfordelingsmodellen, ville det medført en romsligere ramme for Helse Sør-Øst og Helse Nord, og en strammere ramme for de to andre RHF-ene.

Beskrivelse av kontantstrømmer

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

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

Det vises i tabell 4.14 tall for dette for foretaksgruppen i hvert RHF i 2009.

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

Tabell 4.14 Kontantstrømpoppstilling per RHF og samlet i 2009.
Foretaksgruppen. Millioner kroner.
Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	Totalt	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge ⁶⁵	Helse Nord
Likviditetsbeholdning per 1. januar	2 786	1 670	585	276	254
Årsresultat	313	-157	156	214	100
Avskrivninger	5 408	3 115	930	718	645
Nedskrivninger	67	26	1	12	29
Forskjell pensjonskostnad/-premie	818	146	280	208	184
Andre kontantstrømmer fra drift	728	189	188	209	143
= Netto kontantstrøm fra operasjonell drift	7 334	3 318	1 556	1 361	1 100
+ Netto kontantstrøm investeringer	-6 060	-3 051	-1 158	-1 320	-531
+ Netto kontantstrøm finansieringsaktiviteter	210	-184	77	555	-239
= Netto endring i likviditetsbeholdning	1 485	83	474	596	331
Likviditetsbeholdning per 31. desember	4 270	1 754	1 059	872	585

Som det fremgår av tabellen vil netto kontantstrøm fra driften i stor grad framkomme som en sum av årsresultat + avskrivninger + pensjonskostnad utover premien. Men i tråd med den nye ordningen skal forskjell mellom pensjonskostnad og -premie ha direkte effekt på størrelsen på driftskreditten. Dersom pensjonskostnaden er høyere enn pensjonspremien, skal den frie likviditeten benyttes til å redusere driftskreditten. Dermed gjenstår i praksis årsresultat + avskrivninger. Dette har for 2009 gitt en overskuddslikviditet fra driften på 5,7 mrd kroner som RHF-ene kan benytte til investeringer, nedbetaling av langsiktig gjeld eller annen sparing.

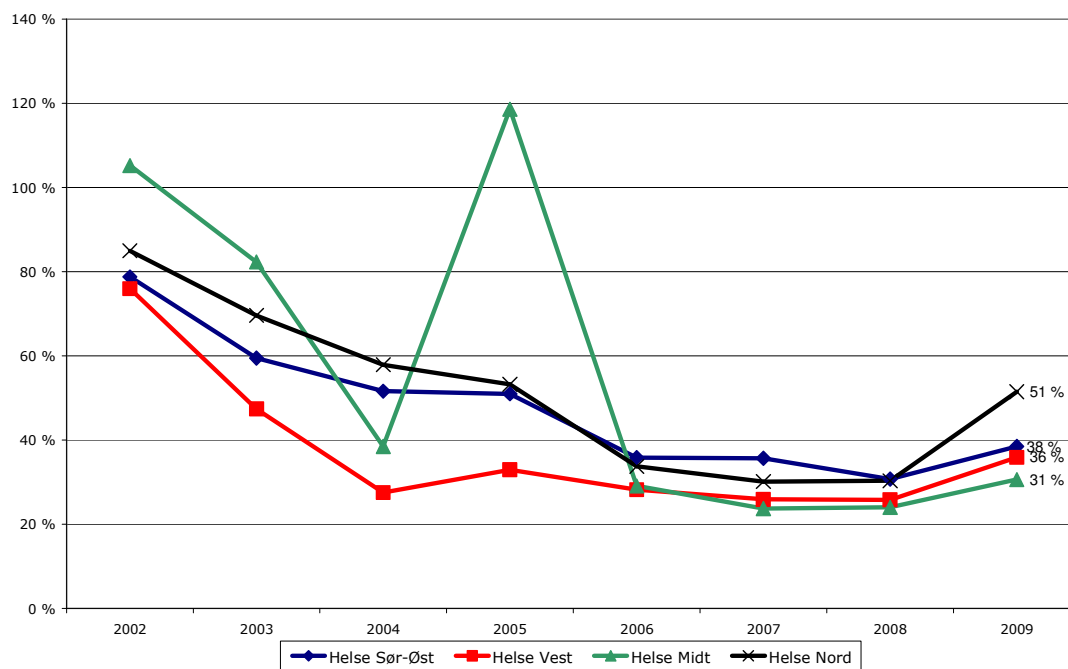
Kontantstrømmen knyttet til investeringer vil både ta hensyn til utbetalinger i forbindelse med investeringer, samt inntekter ved salg av eiendeler. Investeringsaktiviteten i RHF-ene har blitt omtalt tidligere i kapitlet.

Helse Sør-Øst og Helse Nord har negativ kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter. Dette betyr at de samlet sett netto har nedbetalt deler av sin gjeld. For de andre RHF-ene var det en tilnærmet uendret (Helse Vest) eller økning i gjelden. Størst økning finner vi i Helse Midt-Norge.

Summen av de ulike netto kontantstrømmene vil representere netto endring i likviditetsbeholdning. Når denne legges til likviditetsbeholdning (bankinnskudd, kontanter og liknende) ved inngangen til året, vil vi få beholdning pr 31.12. Alle RHF hadde i 2009 en bedret likviditetsmessig situasjon ved at netto endring i likviditetsbeholdning var positiv.

⁶⁵ For Helse Midt-Norge er det gjort en liten korleksjon ift føring driftskreditten, ved at denne i tabellen er ført under netto kontantstrøm finansieringsaktiviteter, og ikke som en del av likviditetsbeholdningen. Dette vil gi et avvik mot kontantstrømpoppstillingen i deres årsregnskap.

Likviditetsgraden viser omløpsmidler dividert på kortsiktig gjeld, og er en indikator for likviditetssituasjonen. Figur 4.3 indikerer en stadig mer anstrengt likviditetsmessig situasjon i perioden 2002 til 2008.⁶⁶ Det samme bildet får man ved å studere utviklingen i trekk på driftskreditten. Men som det fremgår av figuren under er det tegn til at utviklingen snus i 2009. Samtlige RHF-er har en økning i likviditetsgraden siste år. Relativt er økningen sterkest i Helse Nord. Endringen i 2009 skyldes delvis en positiv differanse mellom pensjonskostnad og -premie. I tillegg faller endringen i likviditetsgrad sammen med en strammere likviditetsstyring fra HOD. Det er imidlertid for tidlig å si om dette er starten på en lengre periode med forbedringer i likviditetssituasjonen.



Figur 4.3 Likviditetsgrad (omløpsmidler i forhold til kortsiktig gjeld) per RHF. 2002-2009. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

⁶⁶ Den høye likviditetsgraden for Helse Midt-Norge i 2005 skyldes mottatt investeringstilskudd ved utgangen av året

5. Utvikling i lønnskostnader og lønnsnivå

Lønnskostnadene utgjør en stor andel av driftskostnadene både innen somatisk virksomhet (ca 70 prosent) og for psykisk helsevern (ca 70-80 prosent) og rusbehandling (ca 70 prosent). Forklaringen på utviklingen i driftskostnader vil derfor ofte være knyttet til utviklingen i lønnskostnader. Helseforetakene vil også ha ytterligere kostnader for personellbruk ved at det foretas innleie av personell. Dessverre eksisterer det per i dag ikke en tilfredsstillende statistikk som viser omfanget av denne type innleiekostnader.

Endringer i samlede lønnskostnader vil normalt skyldes en kombinasjon av endring i arbeidsstyrken (antall, kvalifikasjoner og sammensetning) og endring i lønnsnivå, dvs en volum/kvalitetskomponent og en priskomponent. Det har vært et mål for BUS å fremskaffe data for en slik dekomponering, men det viser seg å være mer krevende enn ventet å etablere et konsistent datagrunnlag for dette. Avslutningsvis i kapitlet redegjøres det for arbeidet som er gjort i regi av BUS i år.

Følgende hovedresultater presenteres i dette kapitlet:

- Lønnskostnader eksklusiv pensjonskostnader økte med 5,1 prosent fra 2008 til 2009.
- I motsetning til foregående år var det ingen endring i pensjonskostnader fra 2008 til 2009. Den sterke veksten foregående år har imidlertid i stor grad skyldtes tekniske forhold.
- TBU anslår den gjennomsnittlige årslønnsveksten fra 2008 til 2009 for helseforetakene til 5,1 prosent, mot 6,5 prosent året før. For 2008 til 2009 utgjør dette om lag et halvt prosentpoeng høyere lønnsvekst enn for gjennomsnittet i samfunnet
- For lønnstakernes månedsførtjeneste var det en datolønnsvekst på 3,6 prosent fra 2008 til 2009 (per 1. november), mot 8,5 prosent i 2007-2008 (Statistikk fra Spekter).
- Gjennomsnittlig månedsførtjeneste økte med 3,4 prosent fra 2008 til 2009 i Helse Sør-Øst, mot 4,9 prosent i Helse Vest, 2,9 prosent i Helse Midt-Norge og 3,6 prosent i Helse Nord. Samlet endring i perioden 2007 til 2009 var imidlertid rimelig lik mellom regionene på ca 12,0-12,7 prosent.
-

5.1 Utvikling i lønnskostnader

I tabell 5.1 vises utviklingen i nominelle lønnskostnader (eksklusiv pensjonskostnader) nasjonalt og for hvert regionalt helseforetak i perioden 2005 til 2009. Veksten i lønnskostnader var lavere siste år enn mellom 2007 og 2008, men likevel var det en nominell vekst i lønnskostnader på 5,1 prosent.

Helse Vest og Helse Midt-Norge hadde prosentvis høyest vekst i lønnskostnader med ca 6 prosent. Lavest vekst var det Helse Nord som hadde med 4,4 prosent.

Tabell 5.1 Lønnskostnader (inkludert arbeidsgiveravgift og andre ytelser, men eksklusiv pensjonskostnader). Løpende millioner kroner. 2005-2009. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2005	2006	2007	2008	2009	Pst endring 2008-2009
Helse Sør-Øst	22 001	23 314	25 008	26 652	27 934	4,8 %
Helse Vest	7 079	7 628	8 044	8 658	9 172	5,9 %
Helse Midt-Norge	5 753	6 092	6 192	6 691	7 092	6,0 %
Helse Nord	4 614	4 986	5 220	5 579	5 826	4,4 %
RHF-ene samlet	39 447	42 020	44 464	47 581	50 023	5,1 %

5.1.1 Utvikling i pensjonskostnader

Det har de seneste årene vært til dels sterk vekst i pensjonskostnadene for de regionale helseforetakene, og av den grunn har det vært rettet særlig fokus mot utviklingen i pensjonskostnader. Mye av veksten i pensjonskostnader skyldes imidlertid tekniske forhold gjennom endringer i beregningsmodellen.

Tabell 5.2 viser at det fra 2008 til 2009 var ingen endring eller en svak reduksjon i pensjonskostnadene for RHF-ene. Dette kommer etter flere år med prosentvis sterk vekst i pensjonskostnadene, dog i hovedsak pga endrete beregningsmetoder for pensjonskostnadene.

Tabell 5.2 Pensjonskostnader for regionale helseforetak. Løpende millioner kroner. 2005-2009. Kilde: Årsregnskap foretaksgruppen.

	2005	2006	2007	2008	2009	Pst endring 2008-2009
Helse Sør-Øst	2 307	2 685	4 707	5 224	5 229	0,1 %
Helse Vest	780	957	1 527	1 689	1 673	-0,9 %
Helse Midt-Norge	613	755	1 239	1 324	1 327	0,2 %
Helse Nord	479	573	899	1 005	993	-1,2 %
RHF-ene samlet	4 178	4 969	8 372	9 242	9 223	-0,2 %

5.2 Utvikling i lønnsnivå

Det finnes flere kilder som grunnlag for beregning av endret lønnsnivå for ansatte ved helseforetakene, som for eksempel SSB, Spekter, KLP og HR-kuber hos RHF-ene. 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 legegruppen 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 ett 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.⁶⁷

I dette delkapitlet ses det både på datolønnsvekst og årslønnsvekst. Datolønnsvekst er nominell lønnsvekst mellom to observasjonsdatoer. Årslønnsveksten skiller seg fra datolønnsveksten ved at man tar hensyn til den tidsperioden i løpet av året som gammel og ny avtale gjelder. TBU benytter årslønnsvekst når de offentliggjør statistikk om lønnsutviklingen i gjennomsnitt for samfunnet og for de ulike samfunnssektorer.

⁶⁷ 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. For nærmere analyse, se rapporten "Personalkostnader i spesialisthelsetjenesten" (2008) av PwC.

Datagrunnlaget for lønnsnivå er på oppdrag fra BUS tilrettelagt og analysert av Oslo Economics.

5.2.1 Årslønnsvekst

Dataene i kapittelet er hentet fra Det tekniske beregningsutvalget for inntektsoppgjørene (TBU) sin rapport "Etter inntektsoppgjørene 2010" fra juni 2010. TBU er nedsatt av Arbeids- og inkluderingsdepartementet.⁶⁸

TBU anslår den gjennomsnittlige årslønnsveksten fra 2008 til 2009 for helseforetakene til 5,1 prosent mot 6,5 prosent året før, som vist i tabell 5.3. For 2008 til 2009 utgjør dette om lag ett prosentpoeng høyere lønnsvekst enn for gjennomsnittet i samfunnet. Årslønnsveksten er også høyere i helseforetakene enn for statsansatte og kommuneansatte (4,4 prosent).

Når man ser på perioden 2005 til 2009 har årslønnsveksten i helseforetakene vært på omtrent samme nivå som for landet samlet (21,8 prosent mot 21,4 prosent), selv om veksten siste år var noe høyere i helseforetakene. Årslønnsveksten for statsansatte i samme periode var noe høyere med 22,3 prosent, mot 21,5 prosent for kommuneansatte.

Tabell 5.3 Årlig prosentvis endring i lønnsnivå for helseforetakene, utvalgte sektorer og landet samlet. Årslønnsvekst. 2005-2009.
Kilde: TBU og Oslo Economics.

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Helseforetakene	3,7 %	4,9 %	6,5 %	5,1 % ⁶⁹
Statsansatte	4,5 %	5,1 %	6,7 %	4,4 %
Kommuneansatte	3,9 %	4,8 %	6,7 %	4,6 %
Gjennomsnitt landet	4,1 %	5,4 %	6,3 %	4,5 %

5.2.2 Utvikling i månedsførtjeneste (Datalønnsvekst)

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

Tabell 5.4 viser utviklingen i gjennomsnittlig nominell månedsførtjeneste for de ulike personellgruppene, mens figur 5.1 viser prosentvis årlig endring i perioden 2005-2009.

Datalønnsveksten for ansatte i alt var på 3,6 prosent fra 2008 til 2009 (per 1. november), mot 8,5 prosent i 2007-2008. Gjennomsnittlig månedsførtjeneste for legene økte med 3,9 prosent fra 2008 til 2009, mot 2,7 prosent for sykepleiere og 2,1 prosent for spesialsykepleiere.

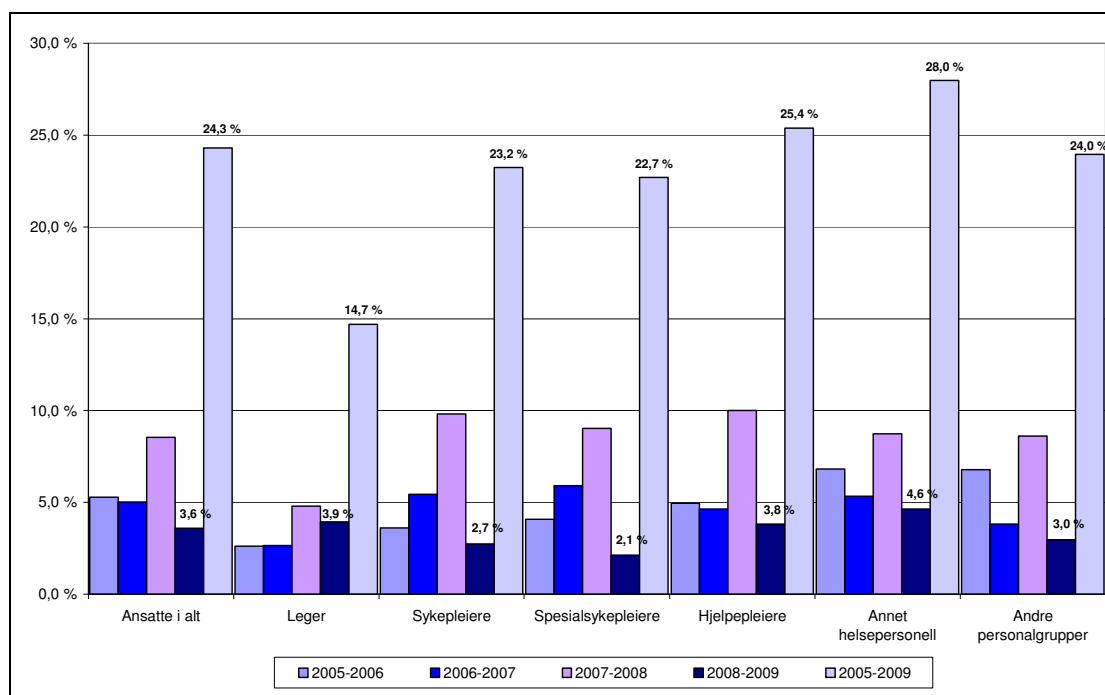
Figur 5.1 viser at mens de fleste personellgruppene hadde en markert lavere lønnsvekst i 2008-2009 enn i 2007-2008, var lønnsveksten for leger kun marginalt lavere. Dette skyldes både det at de andre gruppene (enn leger) hadde en relativt høy lønnsvekst fra 2007 til 2008, men også at det for leger i Helse Sør-Øst var rimelig lik lønnsvekst i de to periodene, jf tabell 5.7.

⁶⁸ Legg merke til forskjeller mellom tall fra TBU og Spekter (neste avsnitt) for lønnsvekst i helseforetakene. TBU benytter årslønnsvekst og Spekter datalønnsvekst (siste to år per 1.11).

⁶⁹ Lønnsveksten i 2009 er per årsverk og beregnet på Spekters datamateriale. På grunnlag av SSB sitt datamateriale er lønnsveksten i 2009 beregnet til 4,9 prosent for heltidsansatte.

Tabell 5.4 Månedfortjeneste for ulike personellgrupper og ansatte i alt. 2005-2009. Kilde: Spekter og Oslo Economics.

	2005	2006	2007	2008	2009
Ansatte i alt	29 942	31 523	33 105	35 930	37 220
Leger	55 845	57 305	58 814	61 632	64 055
Sykepleiere	27 334	28 321	29 858	32 789	33 683
Spesialsykepleiere	30 615	31 862	33 740	36 787	37 565
Hjelpepleiere	24 744	25 966	27 169	29 884	31 026
Annet helsepersonell	26 792	28 615	30 139	32 766	34 285
Andre personalgrupper	25 634	27 371	28 414	30 859	31 774



Figur 5.1 Årlig prosentvis endring i månedfortjeneste for ulike personellgrupper og ansatte i alt, samt samlet endring 2005-2009. Kilde: Spekter og Oslo Economics.

Når man ser samlet på perioden 2005 til 2009 var lønnsveksten for alle grupper unntatt leger i området 23-28 prosent, mens legene hadde en vekst på ca 15 prosent. Man må imidlertid ta i betraktning at legene hadde en relativt høy lønnsvekst fra 2002 til 2003 på 18 prosent, slik at lønnsveksten for perioden 2002 til 2009 vil være mer lik for alle personellgrupper.

Tabell 5.5 og 5.6 viser tall for gjennomsnittlig månedfortjeneste, samt årlig endring i perioden 2005 til 2009, for ansatte i alt i RHF-ene. Endring i gjennomsnittlig månedfortjeneste for alle ansatte vil både være påvirket av lønnsoppgjørene og sammensetningen av personellgrupper.

Gjennomsnittlig månedfortjeneste økte med 3,4 prosent fra 2008 til 2009 i Helse Sør-Øst, mot 4,9 prosent i Helse Vest, 2,9 prosent i Helse Midt-Norge og 3,6 prosent i Helse Nord. Nominell endring i månedfortjeneste var generelt lavere i 2008-2009 enn 2007-2008. Noen andre regionale forskjeller observeres. Helse Vest har for eksempel lavere vekst enn de andre RHF-ene fra 2007 til 2008, men høyere fra 2008 til 2009. Ser man begge perioder i sammenheng (2007-2008 og 2008-2009) har RHF-ene en nominell vekst i intervallet 12,0-12,7 prosent.

Tabell 5.5 Gjennomsnittlig månedsløstjeneste for ansatte i alt i RHF-ene. 2005 til 2009. Kilde: Spekter og Oslo Economics.

	2005	2006	2007	2008	2009
Helse Øst	29 808	31 359	33 128		
Helse Sør	30 115	31 908	33 258		
Helse Sør-Øst			33 186	36 017	37 234
Helse Vest	29 995	31 548	33 005	35 458	37 182
Helse Midt Norge	29 300	31 101	32 815	36 017	37 055
Helse Nord	30 711	31 598	33 198	36 111	37 416
Regionene samlet	29 942	31 523	33 105	35 930	37 220

Tabell 5.6 Årlig prosentvis endring i gjennomsnittlig månedsløstjeneste for ansatte i alt i RHF-ene. 2005-2009. Kilde: Spekter og Oslo Economics.

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Helse Øst	5,2 %	5,6 %		
Helse Sør	6,0 %	4,2 %		
Helse Sør-Øst			8,5 %	3,4 %
Helse Vest	5,2 %	4,6 %	7,4 %	4,9 %
Helse Midt Norge	6,1 %	5,5 %	9,8 %	2,9 %
Helse Nord	2,9 %	5,1 %	8,8 %	3,6 %
Regionene samlet	5,3 %	5,0 %	8,5 %	3,6 %

Tabell 5.7 viser årlig prosentvis endring for de ulike personellgruppene i perioden 2007 til 2009. Helse Nord hadde en lavere lønnsvekst for leger siste år enn i de andre RHF-ene. For sykepleiergruppen, inklusiv spesialsykepleiere, lå Helse Vest noe høyere enn de tre andre RHF-ene.

Tabell 5.7 viser også at lønnsveksten for legene samlet kan være høyere enn lønnsveksten for hver av undergruppene (overleger, LiS og turnusleger), som vist for Helse Sør-Øst i 2008-2009. Årsaken til dette resultatet er endret sammensetning av undergruppene. Eksempelvis vil en høyere andel overleger for et RHF medføre en høyere gjennomsnittlig månedsløstjeneste for legegruppen samlet, alt annet holdt likt.

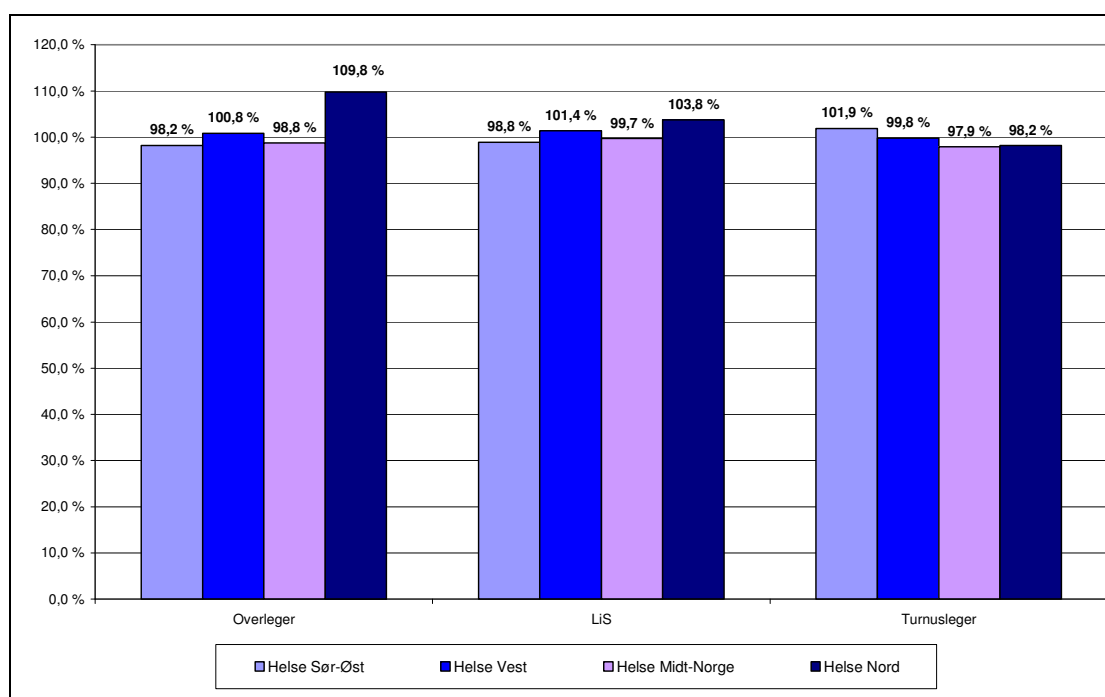
Tabell 5.7 Årlig prosentvis endring i månedsløstjeneste for ulike personellgrupper i perioden 2007-2009. Kilde: Spekter og Oslo Economics.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt Norge		Helse Nord	
	2007-2008	2008-2009	2007-2008	2008-2009	2007-2008	2008-2009	2007-2008	2008-2009
Leger	3,5 %	4,2 %	6,6 %	4,4 %	8,5 %	3,6 %	4,3 %	1,6 %
Sykepleiere	10,3 %	2,6 %	7,3 %	3,7 %	11,1 %	2,7 %	8,8 %	2,5 %
Spesialsykepleiere	9,4 %	1,8 %	7,5 %	3,3 %	9,5 %	1,3 %	9,2 %	2,6 %
Hjelpepleiere	10,2 %	3,9 %	8,3 %	4,9 %	11,2 %	2,6 %	10,2 %	3,0 %
Annet helsepersonell	8,2 %	4,6 %	9,5 %	5,0 %	9,4 %	5,8 %	8,9 %	3,1 %
Andre personalgrupper	8,3 %	2,9 %	10,2 %	2,7 %	7,1 %	3,1 %	10,1 %	3,9 %
Overleger	4,1 %	3,8 %	3,9 %	7,7 %	7,7 %	3,6 %	4,8 %	4,0 %
LiS	5,4 %	3,0 %	5,8 %	3,7 %	9,3 %	4,5 %	4,1 %	2,4 %
Turnusleger	5,0 %	3,9 %	4,1 %	1,6 %	5,1 %	3,3 %	5,5 %	0,5 %

Et annet eksempel på betydningen av endret sammensetning er for Helse Nord i 2008-2009. Tabell 5.6 viser at veksten for alle personellgrupper samlet var 3,6 prosent, mens det i tabell 5.7 fremkommer at det kun er gruppen Andre personalgrupper som har en sterkere vekst enn 3,6 prosent. Bak dette resultatet var det en relativt større vekst i blant annet leger og spesialsykepleiere og reduksjon i hjelpepleiere.

Figur 5.2 viser månedsfortjeneste for legegruppene i alle RHF relativ til landsgjennomsnittet (prosentandel) for hver legegruppe. Det er i hovedsak få regionale forskjeller, men overleger, og til dels LiS, i Helse Nord RHF har et noe høyere nivå på månedsfortjeneste enn i de andre RHF-ene. Mellom Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge var det også i 2009 kun marginale variasjoner i lønnsnivå for alle legegruppene.

For de andre personellgruppene var det i 2009 relativt marginale forskjeller mellom RHF-ene.



Figur 5.2 Månedsfortjeneste regionalt mot landsgjennomsnittet for overleger, LiS og turnusleger. 2009. Kilde: Spekter og Oslo Economics.

5.3 Dekomponering av endring i lønnskostnader

Ved å legge til rette for bruk av lønns- og personalkubene (HR-kubene) i RHF-ene i analyser av personalkostnader kan man oppnå et rikere informasjonsgrunnlag i forhold til BUS sitt mandat, enn den sammenstillingen eksisterende lønnsstatistikk gir. HR-kubene inneholder mye data blant annet for utførte månedsverk og lønn for alle ansatte i foretaksgruppene. BUS har derfor tatt initiativ til et forprosjekt basert på data fra Helse Midt-Norge. Hensikten er å identifisere muligheter og utfordringer ved bruk av disse dataene til analyseformål, og da særlig dekomponering av samlet kostnadsvekst på personalområdet.

For RHF-ene kan bruk av kubene gi økt bevissthet om dataene og dermed økt datakvalitet og bedre eierskap. Datauttak gjennom kuber kan potensielt gi en bedre rutine enn dagens system for uttak av underlagsdata.

I de etterfølgende avsnitt presenteres noen eksempler basert på lønns- og personalkuben fra Helse Midt-Norge. Det presenteres kun informasjon om lønnskostnader til ansatte medarbeidere eksklusive feriepenge og arbeidsgiveravgift. Det er teknisk mulig å koble på informasjon fra finanskuben med denne type informasjon – da kan man også inkludere utgifter til innleie av helsepersonell som regnes som kjøp av tjenester, men dette er ikke gjort her. Det er heller ikke tatt hensyn til endring i fravær med lønn og refusjonsberettiget fravær.

Tallene for totale lønnskostnader⁷⁰ i HR-kuben, månedsverk og månedslønn er ikke direkte sammenlignbare med statistikk fra andre kilder benyttet i denne rapporten på grunn av forskjeller i måleenheter og måletidspunkt. For eksempel er månedslønn i tabellen under gjennomsnittet for observasjoner i alle årets måneder og ikke måling for én enkeltmåned. Alle tall er nominelle størrelser, det vil si at deler av lønnsøkningen er nødvendig for å opprettholde kjøpekraften.

Tabell 5.8 Eksempel fra HR-kube fra Helse Midt-Norge. Totale lønnskostnader i HR-kuben, månedsverk for alle ansatte per år og gjennomsnittlig månedslønn i perioden 2005-2009.
Kilde: Helse Midt-Norge og Oslo Economics.

	2005	2006	2007	2008	2009	Pst endring 2008-2009
Totale lønnskostnader (mill. kr)	5 061	5 359	5 576	5 916	6 400	8,2 %
Arbeidede månedsverk (per år)	172 800	175 190	171 007	171 073	173 605	1,5 %
Månedslønn (kr) – Snitt for alle årets måneder	29 289	30 590	32 606	34 582	36 864	6,6 %
Snittalder (år)*	42,5	42,8	43,3	43,5	43,6	0,3 %

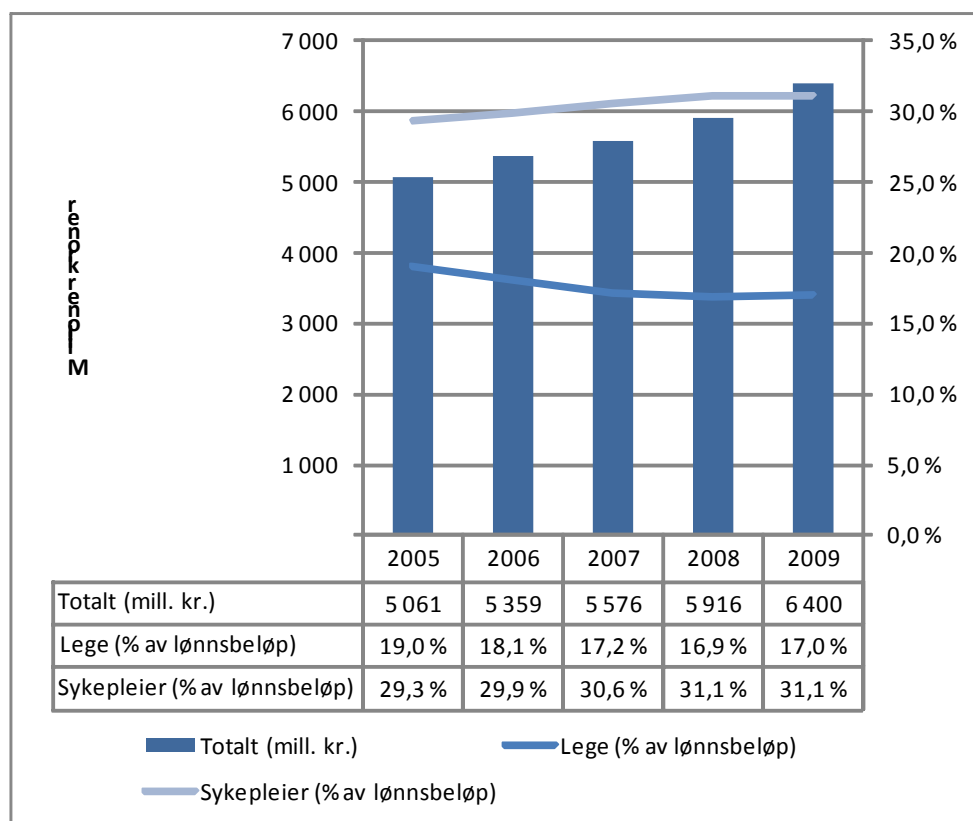
Tabell 5.8 viser at totale lønnskostnader for alle ansatte (kun lønn i HR-kube) i Helse Midt-Norge har økt fra 5,06 mrd kroner i 2005 til 6,40 mrd kroner i 2009. Legenes andel av lønnskostnadene har gått ned fra 19 prosent til 17 prosent i perioden, mens sykepleierne (inklusive spesialsykepleiere) står for en økende andel av lønnskostnadene som vist i figur 5.3.

Endringer i samlede lønnskostnader kan dekomponeres i en endring i arbeidsstyrken (antall, kvalifikasjoner og sammensetning) og endring i lønnsnivå. Ved empiriske analyser ser man at rapporteringspraksis og forskjeller i denne over tid og mellom enheter også er av betydning for slike analyser.

Tabell 5.8 viser at utførte månedsverk per år har variert mellom år. I 2009 var det registrert 173 605 månedsverk, 1,5 prosent flere enn året før. I 2006 var det en topp på 175 190 månedsverk. Legegruppens månedsverk tilsvarte 10,5 prosent av samlede månedsverk i 2009, en nedgang fra 11,3 prosent i 2005. Sykepleiergruppen har økt sin andel fra 29,7 prosent i 2005 til 31,9 prosent i 2009. De andre faggruppene har også tilsvarende endringer i sin relative andel av samlede månedsverk per år. Endret sammensetning vil gi endringer i totale lønnskostnader ettersom de ulike faggruppene har ulike månedsfortjeneste. Det har også vært betydelige endringer innad i faggruppene i perioden. Antall månedsverk for leger i spesialisering har sunket fra 9 021 i 2005 til 6 107 i 2009. Tilsvarende har antall månedsverk for overleger økt fra 8 573 til 10 936. Også

⁷⁰ Det vil kunne være noen mindre avvik mellom totale lønnskostnader i HR-kuben og totale lønnskostnader slik det fremkommer i årsregnskapet for samme periode.

andre kjennetegn ved arbeidsstyrken endres over tid, for eksempel er gjennomsnittsalderen økt fra 42,5 i 2005 til 43,6 i 2009.

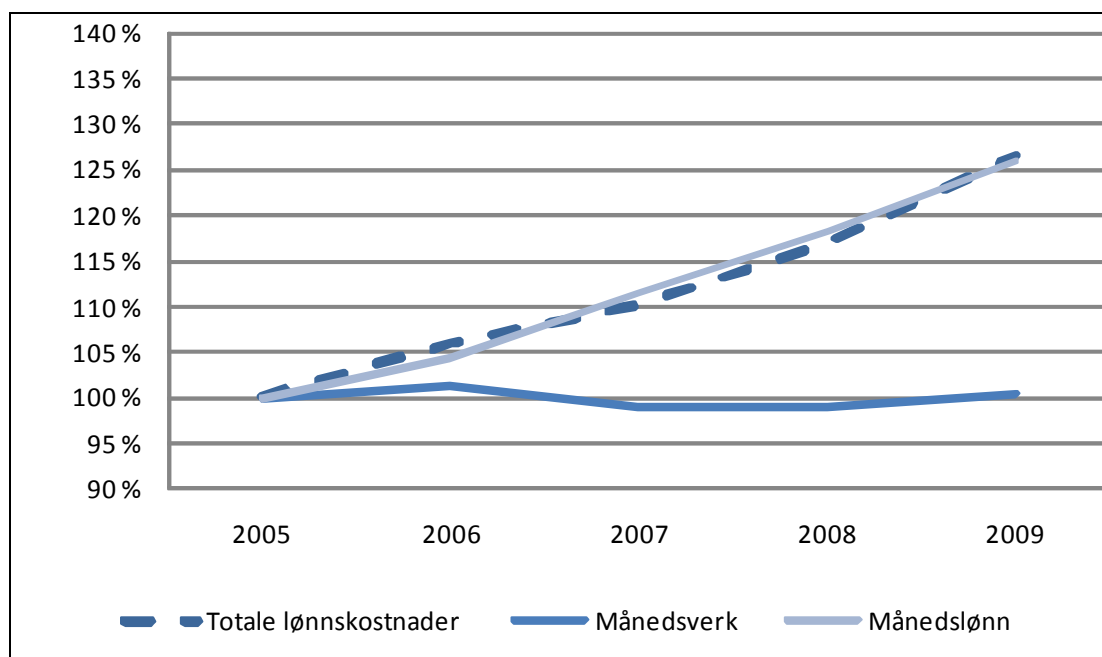


Figur 5.3 Utvikling i totale lønnskostnader for alle ansatte i Helse Midt-Norge (lønn i HR-kuben) og lege- og sykepleiegruppens andel av dette. 2005-2009. Kilde: Helse Midt-Norge og Oslo Economics.

Gjennomsnittlig månedsfortjeneste (snitt for 12 måneder) har økt (i løpende priser) fra 29 289 kroner i 2005 til 36 864 kroner i 2009. En gjennomsnittlig legelønn utgjorde i 2009 161 prosent av snittet for alle ansatte, en reduksjon i forhold til 2005 da forholdet var 168 prosent. Dette kan delvis skyldes at nye akademikergrupper har vokst i antall og dermed påvirker snittlønnen for alle ansatte.

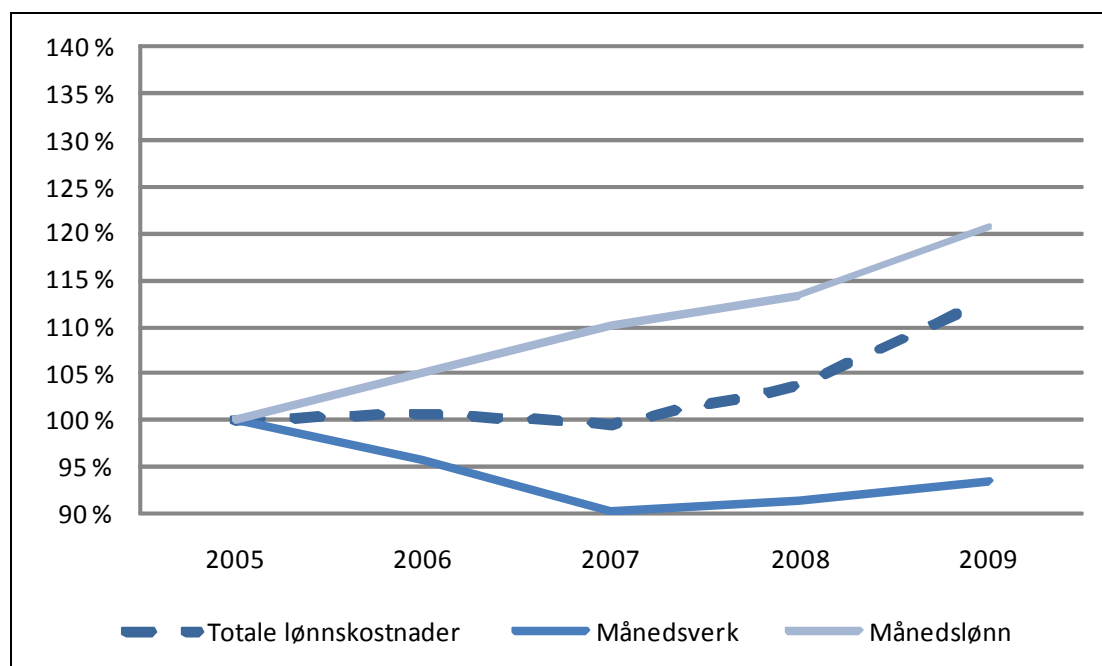
Hvis vi forenkler og dekomponerer økningen på 484 millioner kroner (8,2 prosent) i totale lønnskostnader fra 2008 til 2009, i en endring i månedsverk og en endring i lønnsnivå ser vi at det i all hovedsak er økt lønnsnivå som driver kostnadsveksten. Endret lønnsnivå tilsvarende 6,6 prosentpoeng av samlet lønnskostnadsøkning, mens økningen i månedsverk tilsvarer om lag 1,5 prosentpoeng.

Figur 5.4 viser den relative utviklingen i totale lønnskostnader, månedsverk og månedslønn for alle ansatte i perioden 2005 til 2009, der 2005 er normert til 100 prosent for alle forhold. Figuren tydeliggjør at det ikke er en økning i samlet antall månedsverk som har drevet kostnadsveksten, men sammensetningen av arbeidstyrken og avlønningen av disse.



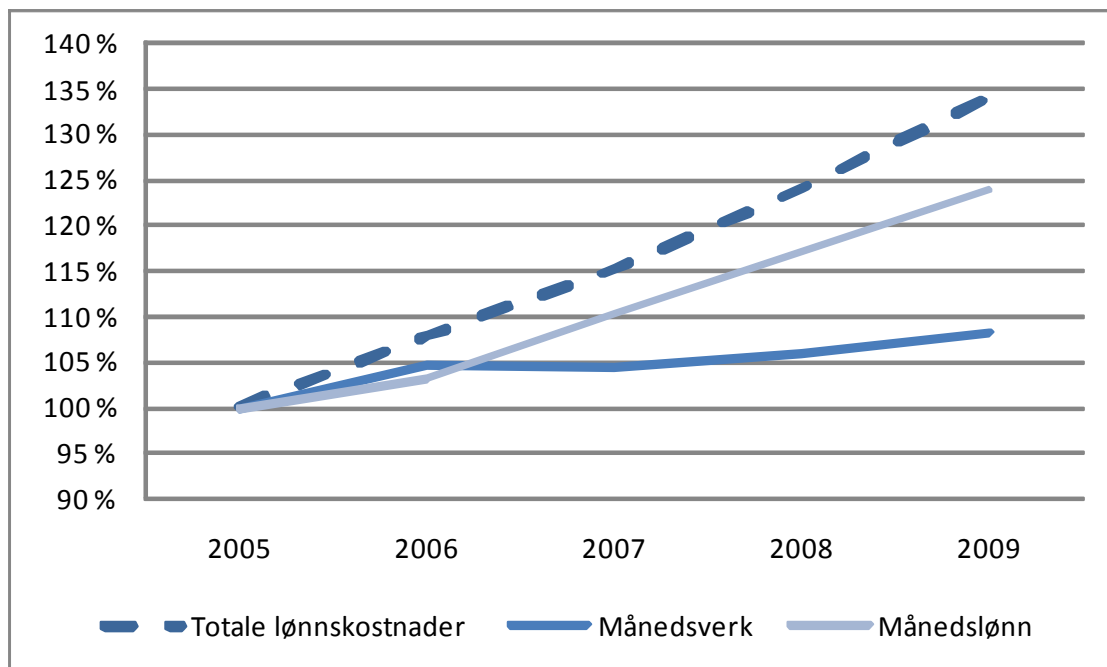
Figur 5.4 Relativ utvikling i totale lønnskostnader, månedsværk og månedslønn for alle ansatte i Helse Midt-Norge i perioden 2005-2009. Normert til 100 % i 2005.
Kilde: Helse Midt-Norge og Oslo Economics.

Figur 5.5 viser tilsvarende forhold for legene, der antall månedsværk gikk ned i første del av perioden og dermed ga en flat lønnskostnadsvekst i årene 2005 til 2007. I perioden 2007 til 2009 økte lønnskostnadene – denne utviklingen var mer drevet av høyere gjennomsnittlig lønnsnivå enn en økning i antall månedsværk.



Figur 5.5 Relativ utvikling i totale lønnskostnader, månedsværk og månedslønn for legegruppene i Helse Midt-Norge i perioden 2005-2009. Normert til 100 % i 2005.
Kilde: Helse Midt-Norge og Oslo Economics.

Figur 5.6 viser at utviklingen for sykepleiergruppene har fulgt et annet mønster enn for legene. Det er en økning i månedsverkene i periodene 2005-2006 og 2008-2009, mens det hele perioden 2005-2009 er en økning i månedslønn. Veksten i lønnskostnader er dermed i hovedsak drevet av økt månedslønn.



Figur 5.6 Relativ utvikling i totale lønnskostnader, månedsverk og månedslønn for sykepleiergruppene i Helse Midt-Norge i perioden 2005-2009. Normert til 100 % i 2005.
Kilde: Helse Midt-Norge og Oslo Economics.

Del III: Norge i Norden

6. Norge i et nordisk perspektiv

BUS har som en del av sitt mandat å fremskaffe tilgjengelige nøkkeltall for sammenligning av spesialisthelsetjenesten i Norge med andre nordiske land. Det er ønskelig at nøkkeltallene dekker de tema som utvalget tar opp i sin rapport, dvs. ressursbruk, aktivitet, produktivitet og økonomisk situasjon. Problemet er imidlertid at det ikke eksisterer (gode nok) nøkkeltall for alle disse temaene. BUS initierte derfor i 2008 et eget prosjekt som hadde til hensikt å gi en beskrivelse av aktivitet, ressursbruk og produktivitet i spesialisthelsetjenesten i Norden. Resultatet av dette arbeidet er presentert i Kittelsen et al (2009)⁷¹. Utvalget ønsker å følge opp noen resultater fra dette arbeidet, samt fremskaffe informasjon om aktuelle tema som ikke var en del av det forrige BUS-prosjektet. I det arbeidet som skal igangsettes høsten 2010 er det lagt opp til 3 delprosjekter:

- Beskrivelse av sykehusstrukturen i de nordiske landene, hovedsakelig gjennom kvantitative størrelser.
- Beskrivelse av hvordan relasjonen mellom eier (myndighet) som bestiller og sykehuset som utfører er regulert.
- Analysere nærmere hvorfor beregnet produktivitet ved finske somatiske sykehus er høyere enn i de andre nordiske landene.

Rapporten til Kittelsen et al (2009) dokumenterer at Norge historisk har hatt en høyere ressursbruk for somatisk virksomhet og psykisk helsevern enn våre naboland, og at avviket har vært særlig stort i forhold til Finland. Dette gjelder også når det korrigeres for forskjeller i kjøpekraft og valuta. Noe av det høye ressursbruket kan forklares med et høyere aktivitetsnivå, men ikke alt. BUS ønsker derfor å søke etter faktorer som ytterligere kan forklare de forskjeller som observeres. I denne delen av analysen er målet å undersøke om det kan dokumenteres at faktorer knyttet til sykehusstruktur i seg selv bidrar til å forklare forskjeller i ressursbruk mellom de nordiske landene.

I det andre tema for prosjektet skal det ses nærmere på hvordan kontraktene som gjelder mellom staten som bestiller, og sykehuset som utfører, er utformet og fulgt opp. Hensikten med dette arbeidet er å fremskaffe informasjon fra de andre nordiske landene angående sykehusenes autonomi, hvilke styringskrav og styringsvariable som eksisterer, samt hva som ligger til grunn ved vurdering av måloppnåelse eller ikke. Er det for eksempel slik at myndigheter/eiere i de andre nordiske landene setter tilsvarende mål for virksomhetene som vi finner i Oppdragsdokumenter og foretaksprotokoller i Norge? Og er det videre slik at kravene fremmes på samme form/gjennom tilsvarende kanaler som i Norge? I Norge har det vært et stort fokus på at de regionale helseforetakene må komme i økonomisk balanse. Hvordan er dette i de andre nordiske landene?

Det siste tema som skal inngå i prosjektet som starter i høst er knyttet til produktivitetsforskjeller mellom finske somatiske sykehus og sykehus i de andre nordiske landene. Kittelsen et al (2009) konkluderte at produktiviteten ved finske somatiske sykehus var vesentlig høyere enn ved tilsvarende sykehus i de andre landene. Dette resultatet holder seg også når det tas hensyn til variable for rammebetingelser, størrelse og pasientsammensetning. Det er derfor ønskelig å søke etter ytterligere forklaringsfaktorer enn det som ble fanget opp i analysene

⁷¹ "En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007" av Sverre A.C. Kittelsen, K. Sarheim Anthun, B. Kalseth, J. Kalseth, V. Halsteinli og J. Magnussen. SINTEF Helsetjenesteforskning og Frischsenteret juli 2009.

til Kittelsen et al, samt å teste eller vurdere om disse har betydning for forskjeller i produktivitet mellom Finland og de andre landene på nasjonalt nivå. I arbeidet skal det fokuseres på både målbare og ikke målbare forklaringsfaktorer, og på både nasjonale/regionale og institusjonelle faktorer.

Analysene skal gjennomføres høsten 2010 og første halvår 2011, slik at resultatene fra dette arbeidet kan inkluderes i BUS sin årsrapport i 2011.

Del IV: Datagrunnlag og kilder

Utvalgets rapport er basert på følgende kilder:

Ressursbruk

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

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

Årsverk

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

Aktivitet pasientbehandling

Beskrivelsene av aktivitet fra somatisk sektor baseres i hovedsak på data fra Helsedirektoratets avdeling Norsk Pasientregister (NPR). NPR presenterer oversikter over opphold (fordelt på type) og registrerte DRG-poeng. Datagrunnlaget er alle pasienter som er behandlet ved norske sykehus uavhengig av nasjonalitet. Utvalgets aktivitetstall vil kunne avvike fra andre presentasjoner på følgende områder:

Statistisk sentralbyrå (SSB) presenterer oversikt over opphold (fordelt på type), men ikke DRG-poeng. SSB utelater imidlertid en del opphold som inngår i NPR sitt grunnlag; rehabiliteringsinstitusjoner og fødestuer. Det vil dermed være forskjeller mellom SSB og NPR sine tall for antall opphold ved norske sykehus.

Aktiviteten for psykisk helsevern tar utgangspunkt i aktivitetsdata fra NPR. Mens det fram til og med 2008 har blitt justert med tall fra SSB, har dette kun blitt gjort for døgnvirksomheten ved 2 institusjoner i 2009. Vurderingen av kvalitet og kompletthet er gjort ved avdeling økonomi og analyse i Helsedirektoratet som i 2009 har hatt ansvaret for å utarbeide SAMDATA Spesialisthelsetjeneste 2009.

Aktiviteten for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk er for 2009 basert på skjemadata rapportert til SSB både for døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. Helsedirektoratet har bearbeidet data for polikliniske konsultasjoner og innhentet supplerende poliklinikkdata fra sentrene for legemiddelassistert rehabilitering. Kompetansesenteret i Helse Sør-Øst for Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er kilde for antall LAR pasienter i landet.

Helsedirektoratet presenterer oversikter over utbetalingsgrunnlaget for ISF. Dette vil kunne avvike fra registrerte DRG-poeng hos NPR fordi utenlandske statsborgere, "raskere tilbake" og annet vil holdes utenfor. En ytterligere utfordring ligger i at man i forbindelse med avregningen av oppgjøret for ISF-ordningen fra staten sin side foretar et trekk basert på hva man antar har vært en registreringsbetinget endring i antall DRG-poeng. Dette framstår ikke i offisiell statistikk som en reduksjon i målt aktivitet, men fører til at ikke all aktivitetsvekst danner grunnlag for utbetaling i henhold til ISF-ordningen. Slik utvalget forstår dette er det også den "utbetalte aktivitetsveksten" som danner grunnlag for de styringsmål som presenteres i 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 hentet fra NIFU STEP som foretar beregninger og analyse av publiserte artikler og gjennomførte dr.grader 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 i hovedsak utarbeidet av Helsedirektoratet i forbindelse med SAMDATA-publikasjonen. For somatisk virksomhet har det i tillegg vært utført beregninger hos SINTEF.

Resultat, investeringer, egenkapital, gjeld og likviditet

Data for resultat, egenkapital, gjeld og pensjonskostnader er hentet fra de regionale helseforetakenes årsregnskap eller årsmeldinger.

Pensjonskostnader framgår i noter til resultatregnskapene fra de regionale helseforetakene. Pensjonspremien er ingen egen post i regnskapet, men er beregnet med utgangspunkt i tall hentet fra kontantstrømoppstillingen.

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

Lønnsnivå

Oslo Economics har på oppdrag fra BUS samlet inn og analysert lønnsdata fra arbeidsgiverforeningen Spekter og HR-kuben fra ett RHF (Helse Midt-Norge). Disse danner grunnlaget for utvalgets beskrivelser.

Øvrige kilder

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

Rapporter som det refereres til:

Foss (2010):

"Virksomheten i norske lærings- og mestringssentre pr. november 2009", Christina Foss. Prosjektrapport NK LMS 3/2010.

Halsteinli (2008):

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

Halsteinli (2009):

"Produktivitet i psykisk helsevern: Poliklinikker for barn og unge 2007-2008", Vidar Halsteinli, kapittel 8 i SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008, Rapport 2/09.

PwC (2008)

"Personalkostnader i spesialisthelsetjenesten", PriceWaterhouseCoopers august 2008.

Oslo Economics (2010)

"Personalkostnader i spesialisthelsetjenesten", september 2010.

Helsedirektoratet (2010):

"Samdata Spesialisthelsetjenesten 2009", IS-0293.

Kalseth, Lassemo, Rohde (2010):

"Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene", SINTEF rapport A14727, februar 2010.

Wiig og Gunnes (2009):

"Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2008 – hovedresultater og dokumentasjon", NIFU STEP rapport 46/2009, desember 2009.

Kittelsen et al (2009):

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

TBU:

"Etter inntektsoppgjørene 2010" rapport fra TBU juni 2010.

Kalseth og Pedersen (2010)

"Effektivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 2005-2009", Kalseth J og Pedersen M, SINTEF rapport A16350, september 2010.

Pettersen (2004)

"Endring i DRG-indeks 2001-2003", Petersen Stein Ø (2004), SINTEF rapport.

Lilleeng et al (2008)

"SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007", SINTEF rapport 4/08.