

# Kostnader, produktivitet og økonomisk status i spesialisthelsetjenesten

SAMDATA Spesialisthelsetjeneste

---

Rapport

IS-3011



# Innhold

Sammendrag	4
<b>Innledning</b>	<b>6</b>
<b>1. Kostnadsutvikling 2008–2020</b>	<b>7</b>
<b>2. Kostnadsutvikling i somatisk sektor versus psykisk helsevern og rusbehandling – Gylne regel</b>	<b>12</b>
<b>3. Regionale variasjoner i kostnad per innbygger</b>	<b>19</b>
<b>4. Produktivetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste</b>	<b>22</b>
<b>5. Helseforetakenes økonomiske situasjon</b>	<b>39</b>

# Forord

Formålet med SAMDATA er å utarbeide sammenlignbar statistikk og analyser om utvikling og forskjeller i spesialisthelsetjenesten. Resultatene utgjør et av grunnlagene for styring og utvikling av tjenestene. Kostnader, produktivitet, aktivitet og bruk av tjenester er sentrale tema i SAMDATA.



# Sammendrag

## Høy realvekst i kostnader i 2020

Kostnadene til spesialisthelsetjenester utgjorde 153,5 mrd. kroner i 2020, noe som tilsvarte 28 475 kroner per innbygger. Siste år har realveksten i kostnader vært 3,5 prosent og for perioden 2008–2020 var realveksten 26 prosent. Mellom 2008 og 2013 vokste prisjusterte kostnader i omtrent samme takt som befolkningen. Etter 2013 har imidlertid realveksten i kostnader oversteget befolkningsveksten, også når det korrigeres for budsjettstyrking til nye legemidler.

## Sterkere vekst i somatisk sektor

For regionene samlet var kostnadsveksten innen somatikk større enn for psykisk helsevern og rusbehandling siste år. Ingen av helseregionene oppfylte prioriteringen i gyldne regel om større kostnadsvekst i både psykisk helsevern og rusbehandling enn somatisk sektor siste år. Kun Helse Nord hadde større vekst for rusbehandling enn for somatikk. Helse Sør-Øst og Helse Nord oppfylte prioriteringsregelen om større kostnadsvekst i psykisk helsevern for barn og unge og distriktpsikiatriske sentre.

## Regionale variasjoner i kostnader per innbygger

Det var regionale variasjoner i nivået på kostnad per innbygger, også når det korrigeres for ulikheter i behov og strukturelle forhold mellom regionene. Størst ulikhet mellom regionene var det innen rusbehandling, hvor Helse Vest hadde en kostnad per innbygger som var 9 prosent over gjennomsnittet og Helse Midt-Norge en kostnad per innbygger 16 prosent under gjennomsnittet.

## Store overskudd og investeringer i de regionale helseforetakene

Det samlede resultatet for de regionale helseforetakene var 6,2 mrd. kroner i 2020. Overskuddet var høyt, noe som i hovedsak kan forklares med at de økonomiske konsekvensene av koronapandemien ble lavere enn forutsatt. Etter 2012 har alle helseregionene hatt driftsoverskudd hvert år. Over tid har det gitt økt egenkapital og større økonomisk handlingsrom. Utviklingen sammenfaller med store investeringer de siste par årene. Det er budsjettet med ytterligere investeringsvekst i de nærmeste årene.

## Sterk økning i kostnadsnivå i 2020

Koronapandemien har medført en sterk nedgang i registrerte DRG-poeng på 7,1 prosent siste år for regionene samlet. Samtidig var kostnadsveksten 5,0 prosent, noe som resulterer i en økning i kostnadsnivået på 13,1 prosent. Økningen var størst i Helse Nord med 16,4 prosent og minst i Helse

Midt-Norge med 9,5 prosent. Ved å korrigere for aktivitetsbortfall, var økningen i kostnadsnivå på 5,5 prosent for regionene samlet.

Også når det gjelder kostnad per liggedøgn har koronapandemien medført en sterk økning fra 2019 til 2020. Antall liggedøgn har gått ned med 11,1 prosent siste år, som sammen med en kostnadsvekst gir en økning i kostnad per liggedøgn på 17,3 prosent for regionene samlet.

# Innledning

Denne rapporten omhandler kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten fra 2008 til 2020, produktivetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste siste fem år og økonomisk status i 2020 og utvikling for de regionale helseforetakene.

Driftsåret 2020 var preget av koronapandemien. Pandemien har spesielt hatt betydning for aktiviteten i somatisk sektor, men har også hatt innvirkning på prisutviklingen til innsatsfaktorene i spesialisthelsetjenesten.

Kapitlene 1–3 om kostnader i spesialisthelsetjenesten belyser kostnadsutviklingen i perioden fra 2008 til 2020, med fokus på utvikling over tid for de ulike tjenesteområdene, gyldne regel og variasjon mellom regionene.

Over flere år har det vært et uttalt politisk mål at psykisk helsevern og rusbehandling kostnadsmessig skal prioriteres foran somatisk sektor. En befolkningsutvikling med sterkere vekst i antall eldre gir imidlertid økende behov for somatiske helsetjenester. Den medisinske-tekniske utviklingen, inkludert nye kostbare legemidler, gir også et kostnadspress på den somatiske sektoren. Dreining mot polikliniske tilbud i det psykiske helsevernet for voksne, samt lavere døgnaktivitet, bidrar isolert sett til lavere kostnadsvekst i psykisk helsevern. Det er derfor interessant å belyse om vedvarende politisk søkelys på denne målsettingen gir resultater over tid.

I kapittel 4 om produktivitet i somatisk sektor, ser vi på produktivetsutviklingen målt som kostnad per DRG-poeng og kostnad per liggedøgn for siste femårsperiode.

Kapittel 5 oppsummerer de regionale helseforetakenes økonomiske situasjon med fokus på siste år.

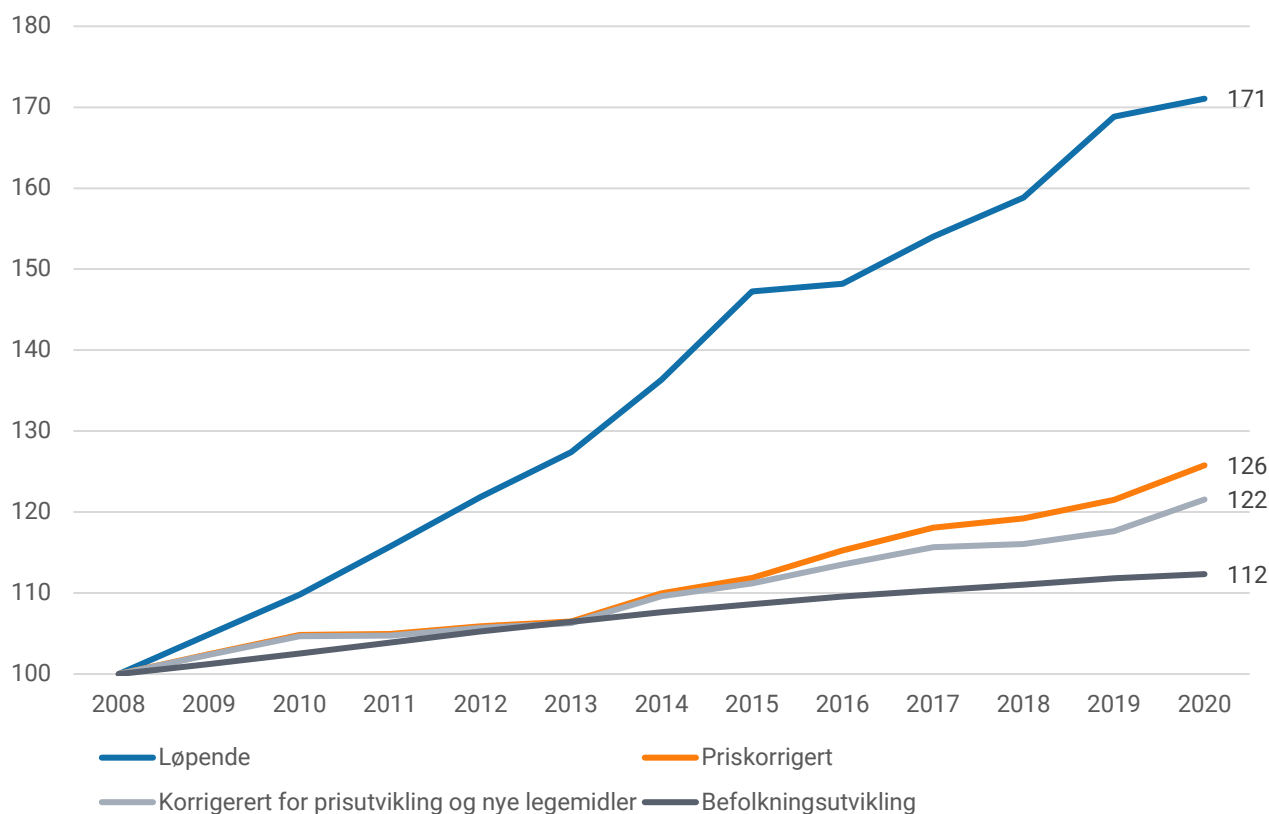
Innføringen av nøytral merverdiavgift i 2017 medførte at 6,4 mrd. kroner ble holdt utenom resultatregnskapene, sammenlignet med om merverdiavgiften fortsatt skulle blitt kostnadsført. Ved framstillingen av kostnadsutvikling presenteres vekstkurvene ved hjelp av indekserte størrelser. Grunnlagsdata for kostnadene vises også i tabeller, hvor kostnadstallene for 2017 vises både med og uten merverdiavgift. Fordeling av merverdiavgiften i 2017 mellom tjenesteområdene er estimert av Helsedirektoratet.

# **1. Kostnadsutvikling 2008–2020**



I 2020 var kostnadene til spesialisthelsetjenesten 153,5 mrd. kroner, noe som utgjorde 28 476 kroner per innbygger. Kostnadsutviklingen i perioden 2008–2020 er oppsummert nedenfor i figur 1.1. Siden 2008 har de totale kostnadene økt 71 prosent målt i løpende priser. Realveksten, som hensyntar lønns- og prisutvikling, var på 26 prosent. Korrigert for både prisutvikling og budsjettstyrking knyttet til nye legemidler, var veksten 22 prosent. Folketallet har i samme periode økt med 12 prosent.

Figur 1.1: Utvikling i totale kostnader for spesialisthelsetjenesten 2008–2020, indeksert hvor 2008 =100.



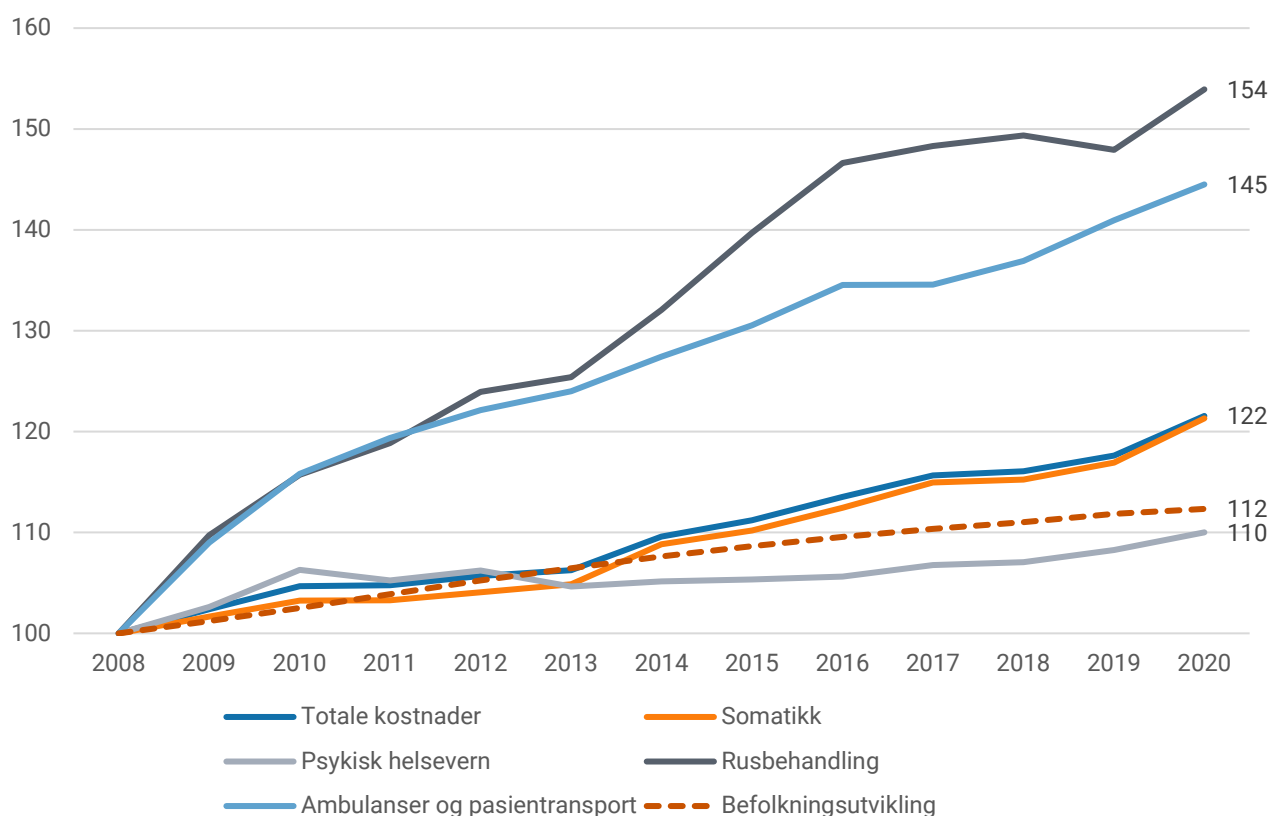
Den nominelle kostnadsveksten var 2,0 mrd. kroner fra 2019 til 2020, tilsvarende 1,3 prosent. Realveksten var 3,5 prosent, altså betydelig høyere, og den høyeste årlige realveksten som er registret etter 2008. Den høye realveksten fra 2019 til 2020 skyldes en negativ lønns- og prisvekst for spesialisthelsetjenesten fra 2019 til 2020 på 2,1 prosent. Forklaring på den negative prisindeksen finner vi i nedgang i pensjonskostnader på 4,5 mrd. kroner i 2020, vekst i timeverk, samt at veksten i produktinnsatsen var lavere i 2020 enn foregående år. Det er Statistisk sentralbyrå som beregner prisindeks til bruk i spesialisthelsetjenesten.

Når vi ser på realveksten i kostnader opp mot befolkningsveksten i figur 1.1, ser vi at mellom 2008 og 2013 vokste priskorrigerte kostnader i omtrent samme takt som befolkningen. Etter 2013 har imidlertid realveksten i kostnader oversteget befolkningsveksten. Sammenlignet med 2008 er kostnaden per

innbygger målt i faste priser, 12 prosent høyere i 2020. Realveksten i kostnader per innbygger var 3,0 prosent fra 2019 til 2020. Det er den sterkeste veksten observert i et enkeltår gjennom perioden.

Figur 1.2 viser kostnadsutviklingen til de ulike tjenesteområdene, korrigert for prisutvikling og nye legemidler. Somatikk utgjør over 70 prosent av totale kostnader i spesialisthelsetjenesten. Utviklingen over tid i totale kostnader følger derfor i stor grad kostnadsutviklingen i somatisk sektor.

Figur 1.2: Utvikling i kostnader for ulike tjenesteområder i spesialisthelsetjenesten 2008–2020, indeksert hvor 2008 = 100. Korrigert for prisutvikling og nye legemidler.



Mellom 2013 og 2020 var den årlige totale kostnadsveksten i gjennomsnitt 1,9 prosent, mens den årlige befolkningsveksten i snitt har vært 0,8 prosent. Fra 2019 til 2020 var det en økning i totale kostnader på 3,3 prosent, mens befolkningsveksten var 0,4 prosent.

Korrigert for budsjettstyrking til nye legemidler, var kostnadsveksten i somatikk 3,7 prosent fra 2019 til 2020, noe som er den høyeste årlige veksten siden 2014.

Kostnader til psykisk helsevern økte sterkt mellom 2008 og 2010, men har hatt en fallende eller flat trend fra 2010 fram til 2016. Etter 2016 har trenden igjen vært stigende med en samlet vekst på 4,1 prosent, noe som er større enn veksten i folketallet på 2,5 prosent. Hele perioden sett under ett, har imidlertid

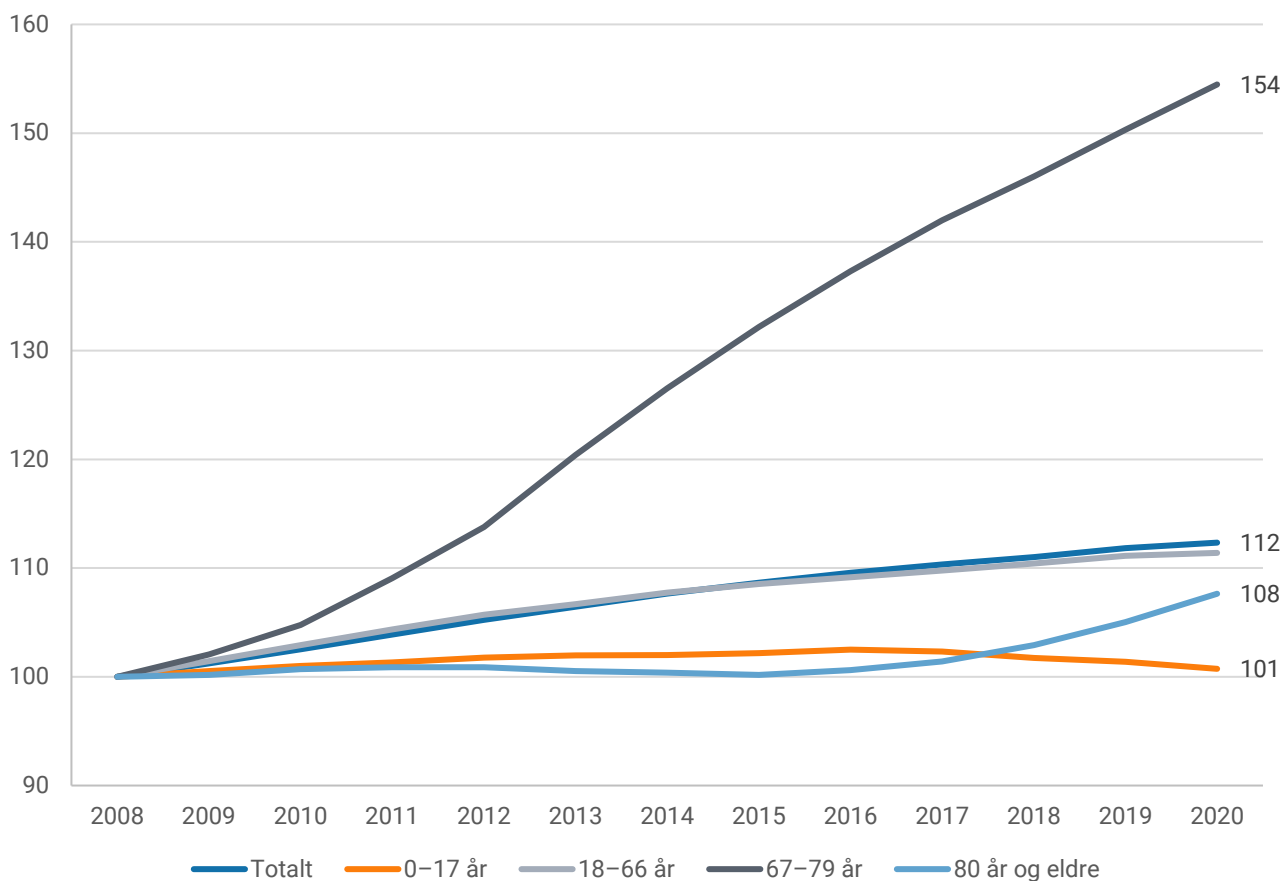
kostnadene i psykisk helsevern økt mindre enn befolkningsveksten. Kostnadsveksten for psykisk helsevern var 1,6 prosent siste år, og kostnadsandelen for psykisk helsevern har gått ned fra 18,1 prosent i 2008 til 16,3 prosent i 2020.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har hatt sterkest vekst av tjenesteområdene siden 2008, med 54 prosent. Rusbehandling utgjorde 3,7 prosent av totalkostnadene i 2020. Fra 2019 til 2020 var kostnadsveksten 4,1 prosent.

Kostnader til ambulanser og pasienttransport har økt med 45 prosent fra 2008 til 2020, og utgjorde 6,7 prosent av totale kostnader i 2020. Fra 2019 til 2020 var kostnadsveksten 2,5 prosent.

Mellom 2008 og 2020 har det vært en sterk vekst i antall eldre. Aldersgruppen over 67 år har økt fra omkring 620 000 til 850 000. Andelen eldre i befolkningen har med dette økt betydelig, fra 12,8 prosent i 2008 til 15,8 prosent i 2020. Økningen har hovedsakelig vært i aldersgruppen 67–79 år, men veksten i eldre over 80 år er tiltakende. En aldrende befolkning gir et økt behov for somatiske spesialisthelsetjenester utover befolkningsveksten. Faktorer som ny medisinsk teknologi og nye kostbare legemidler, gir ytterligere kostnadspress i somatisk sektor.

Figur 1.3: Befolkningsutvikling totalt og for ulike aldersgrupper, indeksert hvor 2008 = 100.



Tabell 1.1: Løpende kostnader i spesialisthelsetjenesten, mill. kroner, 2008–2020

	Mva. inkludert					Mva. ekskludert			
	2008	2012	2014	2016	2017	2017	2018	2019	2020
<b>Totale kostnader, fordelt på:</b>	93 874	114 412	127 980	139 114	144 562	138 213	142 541	151 532	153 523
Somatikk	67 310	80 775	91 203	99 350	103 838	98 584	101 830	108 631	110 552
Psykisk helsevern	17 024	20 811	22 193	23 117	23 700	23 272	23 845	25 141	25 010
Rusbehandling	2 822	4 025	4 621	5 320	5 458	5 196	5 346	5 520	5 623
Ambulanser og pasienttransport	5 388	7 575	8 513	9 319	9 455	9 199	9 565	10 267	10 303
RHF-adm. og annet	1 330	1 227	1 451	2 009	2 111	1 961	1 955	1 973	2 035
<b>Herav:</b>									
Budsjett nye legemidler	658			1 200	730	584	841	1 140	212
Pensjonskostnader	9 234	12 969	14 637	14 165	13 267	13 267	11 799	13 790	9 736

Tabell 1.2: Årlig prisvekst i prosent og akkumulert deflator hvor 2020 = 1. 2008–2020

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Prisvekst	1,059	1,024	1,023	1,053	1,044	1,039	1,037	1,062	0,977	1,014	1,022	1,043	0,979
Deflator	1,360	1,328	1,298	1,233	1,182	1,137	1,097	1,033	1,058	1,043	1,021	0,979	1,000

Tabell 1.3: Totale kostnader justert for prisvekst og korrigeret for budsjettstyrking knyttet til nye legemidler i spesialisthelsetjenesten, mill. kroner, 2008–2020.

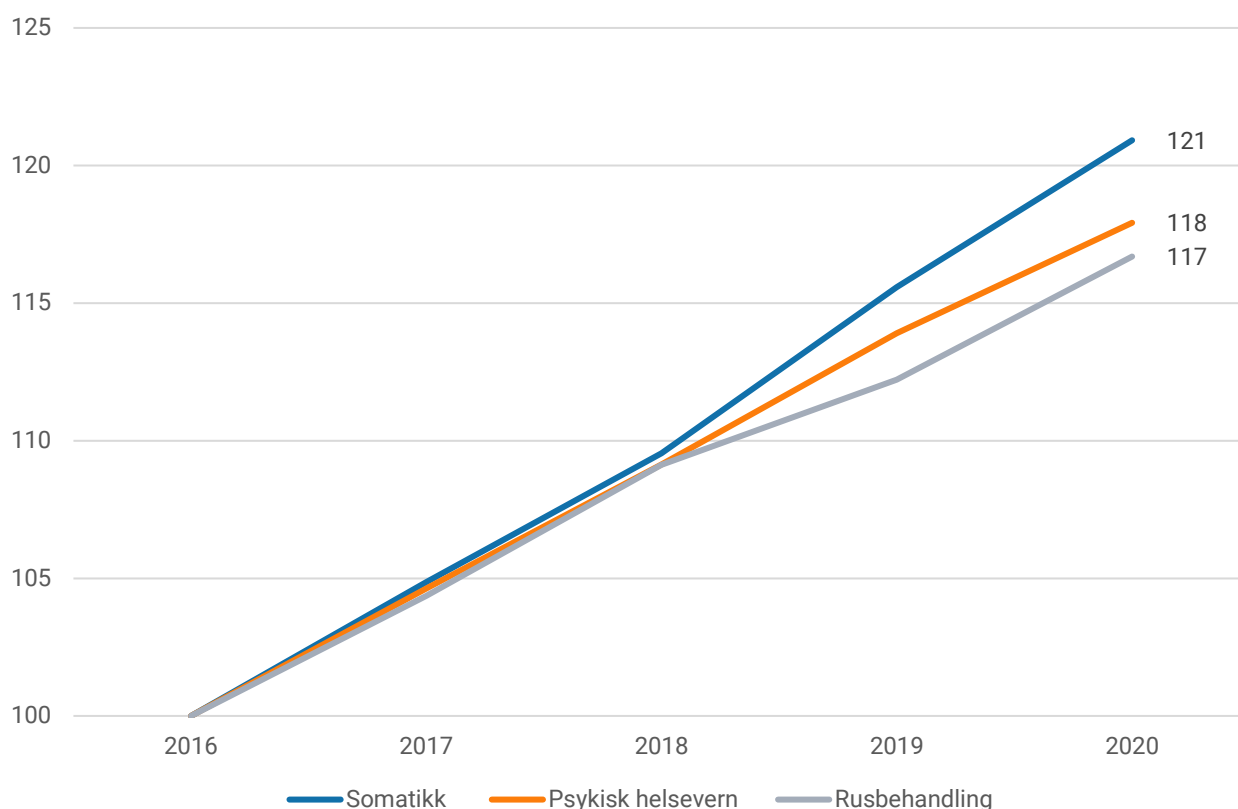
	Mva. inkludert					Mva. ekskludert			
	2008	2012	2014	2016	2017	2017	2018	2019	2020
<b>Totale kostnader, fordelt på:</b>	127 666	135 195	140 374	147 166	150 758	144 137	145 495	148 339	153 523
Somatikk	91 540	95 447	100 035	105 100	108 289	102 810	103 941	106 342	110 552
Psykisk helsevern	23 152	24 591	24 343	24 455	24 715	24 270	24 339	24 611	25 010
Rusbehandling	3 838	4 756	5 068	5 628	5 692	5 419	5 457	5 404	5 623
Ambulanser og pasienttransport	7 328	8 951	9 337	9 859	9 860	9 594	9 763	10 050	10 303
RHF-adm. og annet	1 809	1 450	1 591	2 125	2 201	2 045	1 996	1 932	2 035
<b>Herav legemidler (prisjustert):</b>									
Årlig budsjettstyrking	895			1 269	761	609	858	1 116	212
Akkumulert til 2020 <sup>1</sup>	4 780	4 780	4 780	3 201	2 440	1 952	1 093	217	

<sup>1</sup> Årlig budsjettstyrking til nye legemidler er prisjustert og akkumulert bakover i tid for å ivareta sammenlignbarheten mellom årene.

## **2. Kostnadsutvikling i somatisk sektor versus psykisk helsevern og rusbehandling – Gylne regel**

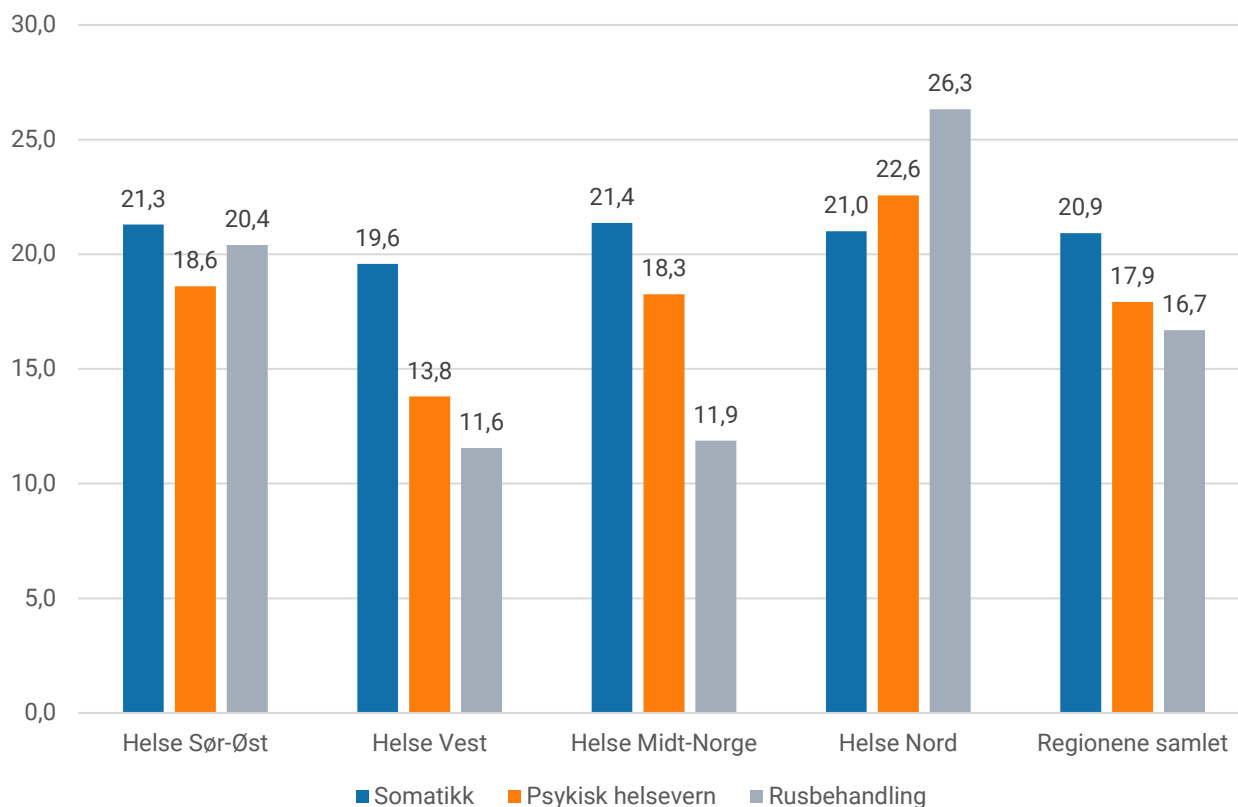
Den gyldne regel innebærer at de regionale helseforetakene skal prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Formålet er en bred prioritering, med flere ulike delmål for aktivitet og kvalitet. Blant målsettingene er en sterkere kostnadsvekst innen psykisk helsevern og rusbehandling, og at man innenfor psykisk helsevern (PHV), prioriterer distriktpsikiatriske sentre (PHV-V DPS) og psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU). Ved måling av kostnadsvekst, skal kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon holdes utenfor.

Figur 2.1: Nasjonal utvikling i kostnader til somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. 2016 = 100: Kostnader målt uten pensjon, legemidler og kapital, løpende priser.



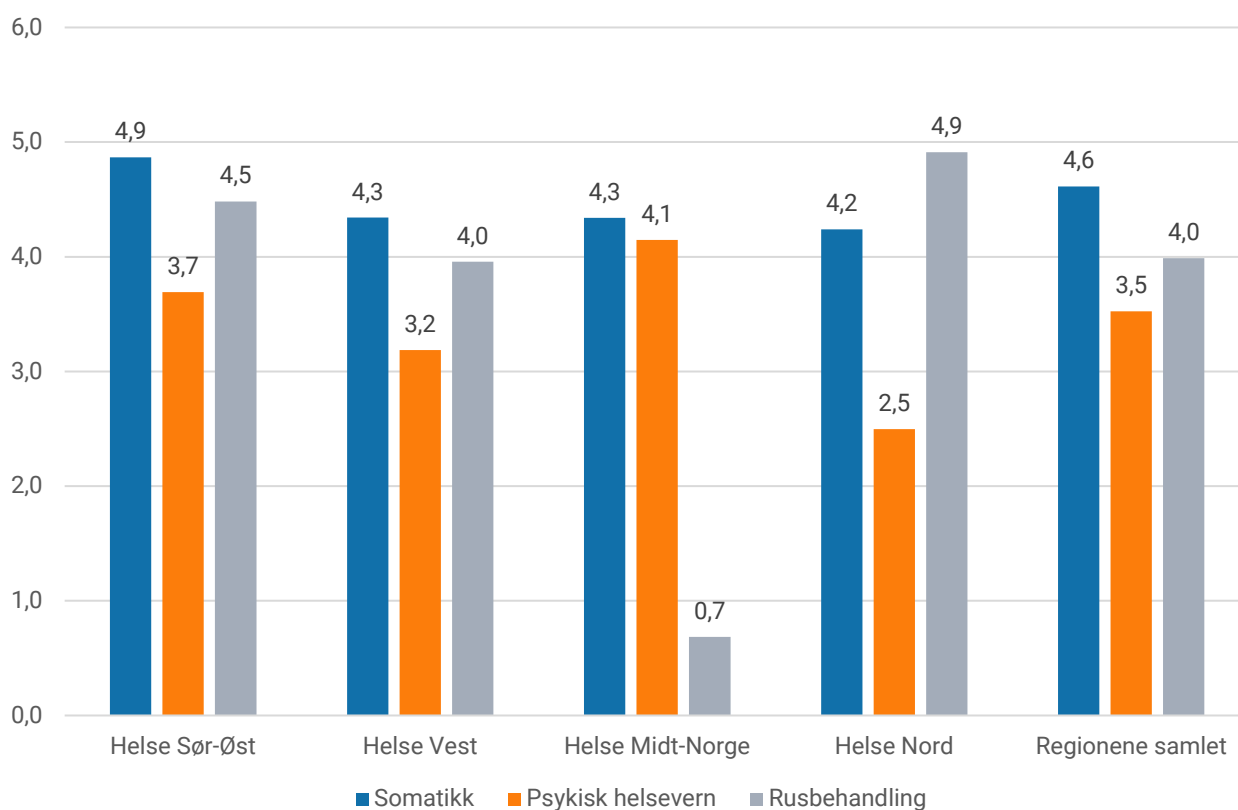
Figur 2.1 viser den relative kostnadsutviklingen for somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling mellom 2016 og 2020 i løpende priser, hvor kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon er ekskludert. Fra 2016 til 2018, økte kostnadene i de tre sektorene noenlunde likt. Fra 2018 til 2020 har kostnadsveksten vært større i somatisk sektor enn i psykisk helsevern og rusbehandling.

Figur 2.2: Regionale variasjoner for vekst i kostnader til somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling 2016–2020. Kostnader målt uten pensjon, legemidler og kapital, løpende priser.



Ser vi på den regionale kostnadsutviklingen fra 2016 til 2020, var det bare Helse Nord som oppfylte prioriteringsregelen om større kostnadsvekst i psykisk helsevern og rusbehandling enn i somatikk. I de øvrige regionene var kostnadsveksten, både innenfor psykisk helsevern og rusbehandling, svakere enn i somatisk sektor. Dette gjaldt også for regionene samlet. Vi ser at det var mindre variasjon mellom regionene innenfor somatisk sektor, enn for psykisk helsevern og rusbehandling.

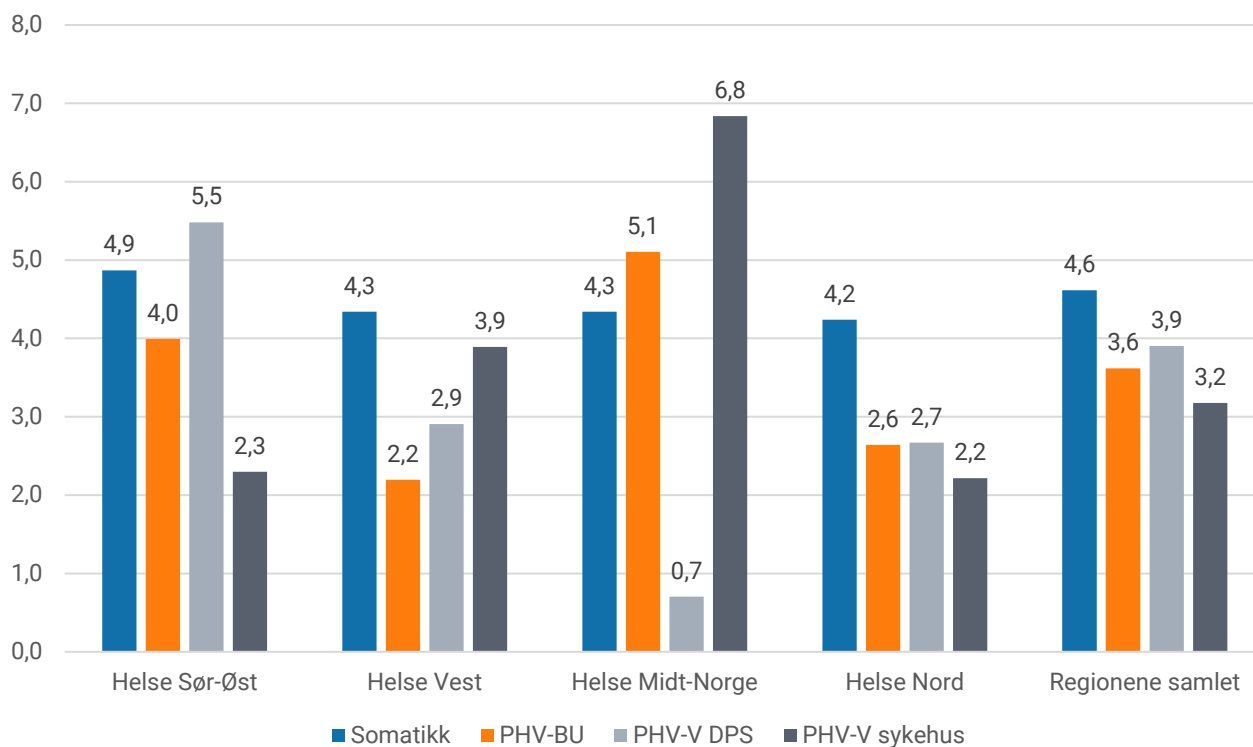
Figur 2.3: Regionale variasjoner for vekst i kostnader til somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling 2019–2020. Kostnader målt uten pensjon, legemidler og kapital, løpende priser.



Utviklingen det siste året på regionalt og nasjonalt nivå er illustrert i figur 2.3. Ingen av regionene oppfylte kravet om større kostnadsvekst i både psykisk helsevern og rusbehandling. Kun Helse Nord hadde større kostnadsvekst for rusbehandling enn for somatikk. Nasjonalt økte kostnader til somatikk 4,6 prosent, psykisk helsevern 3,5 prosent og rusbehandling 4,0 prosent. Kostnadsveksten i Helse Sør-Øst og Helse Vest fulgte i store trekk den nasjonale utviklingen. I Helse Midt-Norge økte kostnadene i somatikk og psykisk helsevern med i overkant fire prosent, mens rusbehandling hadde en svak vekst på 0,7 prosent. Helse Nord hadde den laveste veksten i psykisk helsevern av regionene.

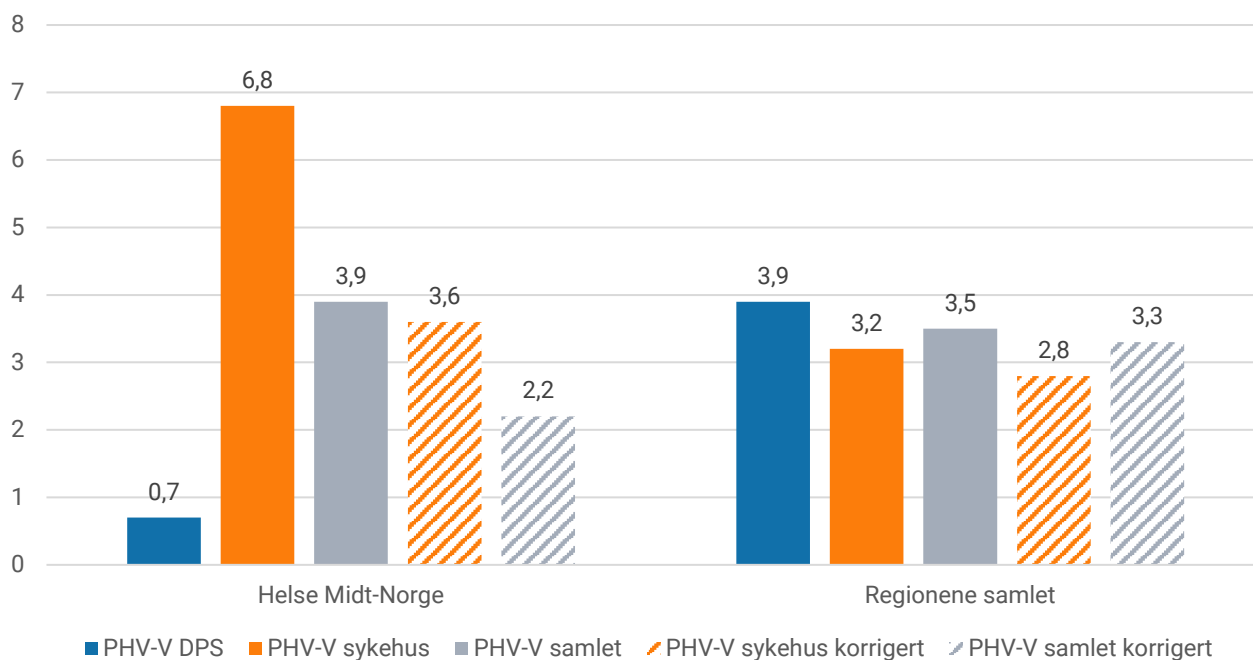


Figur 2.4: Prosent endring i kostnader til somatikk og psykisk helsevern (barn og unge, DPS-er voksne, sykehus voksne). 2019–2020. Kostnader målt uten pensjon, legemidler og kapital, løpende priser.



Figur 2.4 illustrerer kostnadsveksten siste år innenfor tre områder av psykisk helsevern – PHV-BU, PHV-V DPS og psykisk helsevern for voksne i sykehus (PHV-V sykehus). Prioriteringsregelen sier at PHV-BU og PHV-V DPS skal prioriteres innen psykisk helsevern, og for regionene samlet er kravet oppfylt. På regionalt nivå ble regelen oppfylt i Helse Sør-Øst og Helse Nord, men ikke i Helse Vest og Helse Midt-Norge.

Figur 2.5: Prosent endring i kostnader til DPS-er, PHV-V sykehus og samlet for PHV-V for Helse Midt-Norge, 2019–2020. Kostnader uten pensjon, legemidler og kapital. Helseregioner og regionene samlet.



Helse Midt-Norge fikk en budsjettstyrking på 43 mill. kroner i 2020 for styrking av tvungent helsevern for psykisk utviklingshemmede i kommunene knyttet til St. Olavs hospitals nasjonale funksjon på området. Budsjettstyrkingen inngår i kostnadsgrunnlaget, men det kan stilles spørsmål ved om budsjettstyrkingen skal synliggjøres som kostnadsvekst. Figur 2.5 presenterer kostnadsveksten innenfor PHV-V sykehus og PHV-V samlet med og uten budsjettstyrkingen fra 2019 til 2020. Etter korrigering, reduseres målt kostnadsvekst for PHV-V sykehus i Helse Midt-Norge fra 6,8 prosent til 3,6 prosent.

Tabell 2.1: Regionale kostnader målt uten pensjon, legemidler og kapital. 2016–2020. Mill. kroner, løpende priser

Region	Tjenesteområde	Mva. inkludert		Mva. ekskludert			
		2016	2017	2017	2018	2019	2020
Helse Sør-Øst	Somatikk	42 537	44 665	42 778	44 529	47 121	49 415
	Psykisk helsevern	10 756	11 348	11 110	11 548	12 044	12 489
	Rusbehandling	2 571	2 659	2 542	2 702	2 831	2 958
Helse Vest	Somatikk	14 837	15 434	14 787	15 464	16 291	16 998
	Psykisk helsevern	3 986	4 079	4 036	4 186	4 351	4 489
	Rusbehandling	1 023	1 084	1 045	1 049	1 058	1 100
Helse Midt-Norge	Somatikk	11 364	11 919	11 372	11 953	12 611	13 159
	Psykisk helsevern	2 515	2 572	2 518	2 661	2 795	2 911
	Rusbehandling	505	542	513	529	532	535
Helse Nord	Somatikk	9 160	9 685	9 217	9 689	10 120	10 549
	Psykisk helsevern	1 910	2 062	1 995	2 109	2 210	2 266
	Rusbehandling	362	377	357	380	413	433
Landet samlet	Somatikk	77 921	81 717	78 168	81 648	86 154	90 129
	Psykisk helsevern	19 172	20 061	19 659	20 504	21 400	22 155
	Rusbehandling	4 504	4 701	4 495	4 700	4 834	5 026

Tabell 2.2: Regionale kostnader innenfor psykisk helsevern målt uten pensjon, legemidler og kapital. 2016–2020. Mill. kroner, løpende priser

Region	Område	Mva. inkludert		Mva. ekskludert			
		2016	2017	2017	2018	2019	2020
Helse Sør-Øst	Barn og unge	1 988	2 041	2 192	2 131	2 228	2 350
	Voksne, DPS	3 363	3 522	3 747	3 678	3 858	4 026
	Voksne, sykehus	5 218	5 193	5 408	5 301	5 462	5 668
Helse Vest	Barn og unge	686	709	727	721	770	806
	Voksne, DPS	1 529	1 578	1 633	1 617	1 670	1 726
	Voksne, sykehus	1 627	1 699	1 718	1 699	1 747	1 819
Helse Midt-Norge	Barn og unge	418	432	446	435	466	485
	Voksne, DPS	943	999	1 026	1 008	1 028	1 089
	Voksne, sykehus	1 080	1 083	1 100	1 074	1 167	1 221
Helse Nord	Barn og unge	393	415	448	436	447	467
	Voksne, DPS	822	799	862	831	890	929
	Voksne, sykehus	698	696	752	729	771	815
Landet samlet	Barn og unge	3 486	3 597	3 813	3 723	3 911	4 107
	Voksne, DPS	6 661	6 903	7 269	7 133	7 446	7 769
	Voksne, sykehus	8 623	8 671	8 979	8 802	9 147	9 524

### **3. Regionale variasjoner i kostnad per innbygger**

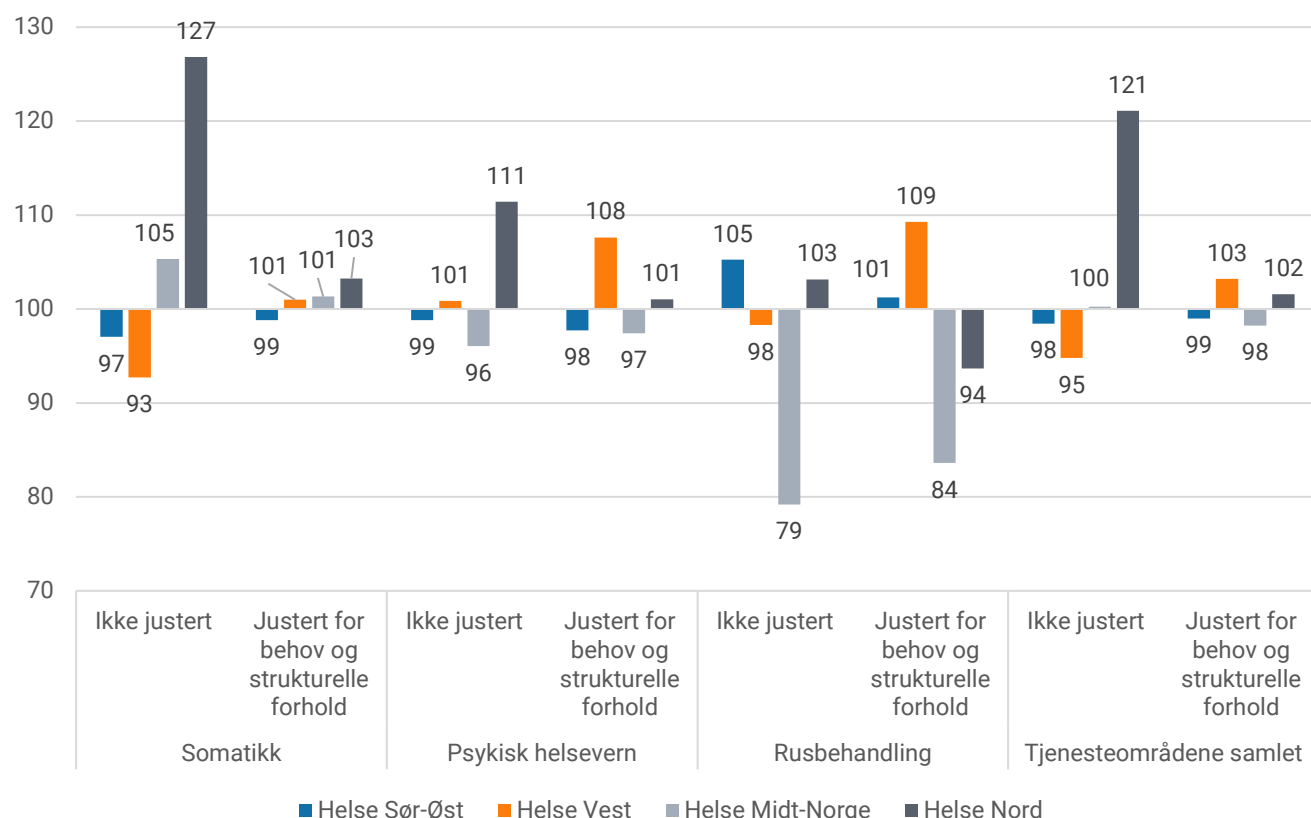
I 2020 var kostnaden per innbygger for de ulike tjenesteområdene, 20 505 kroner for somatikk, 4 639 kroner for psykisk helsevern og 1 314 kroner for rusbehandling. Den regionale kostnadsvariasjonen var stor. I Helse Nord var kostnadene per innbygger 21 prosent over landsgjennomsnittet. Mellom de andre regionene var variasjonen mindre. Helse Sør-Øst og Helse Vest lå begge under landsgjennomsnittet, henholdsvis to og fem prosent, mens Helse Midt-Norge var på gjennomsnittet.

I tildelingen av midler til de regionale helseforetakene, hensyntas variasjonen i kostnadsnivå. Behovet for tjenester er noe ulikt mellom regionene, og årlig oppdateres en behovsindeks for hver av tjenesteområdene, som tallfester dette. Det kontrolleres for flere forhold, deriblant alderssammensetning, dødelighet, sykefravær og fordeling av trygdeytelser. Behovsindeksen multipliseres med en strukturindeks, som er ment å fange opp systematiske kostnadsforskjeller av en uforskyldt art. Gjeldende strukturindeks ble utarbeidet i NOU 2008: 2, hvor faktorene kostnadsnivå korrigerert for reisetid og historiske kostnader ble vektlagt. Tabell 3.1 oppsummerer delindeksene og samlet indeks. Figur 3.1 illustrerer kostnad per innbygger for hver sektor, både med og uten justering for forskjeller i behov og struktur.

Tabell 3.1: Behovsindeks 2020 (A), strukturindeks (B) og samlet indeks (C=A\*B)

Indeks	Område	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Behov (A)	Somatikk	0,9981	0,9378	1,0201	1,1231
	Psykisk helsevern	1,0246	0,9545	0,9648	1,0050
	Rusbehandling	1,0504	0,9135	0,9237	1,0010
	Samlet	1,0050	0,9400	1,0060	1,0960
Struktur (B)	Samlet	0,9850	0,9800	1,0200	1,0950
Samlet (C=A*B)	Somatikk	0,9832	0,9191	1,0405	1,2298
	Psykisk helsevern	1,0092	0,9354	0,9841	1,1005
	Rusbehandling	1,0346	0,8952	0,9422	1,0961
	Samlet	0,9899	0,9212	1,0261	1,2001

Figur 3.1: Kostnad per innbygger korrigeret for behov og struktur. Gjennomsnitt = 100. Somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og tjenesteområdene samlet. 2020.



For tjenesteområdene samlet, var det små regionale kostnadsforskjeller når det justeres for behov og struktur. Helse Midt-Norge hadde de laveste justerte kostnadene, to prosent under gjennomsnittet, mens Helse Nord og Helse Vest hadde de høyeste, med henholdsvis to og tre prosent over gjennomsnittet. For somatikk var det betydelig variasjon i de ikke-justerte tallene, med kostnader 27 prosent over landsgjennomsnittet i Helse Nord. Etter korreksjon for behov og struktur, var imidlertid de regionale forskjellene små.

Det var større variasjon innenfor psykisk helsevern enn i somatisk sektor etter korreksjon for behov og struktur. Det var særlig i Helse Vest ressursbruken avvek fra landsgjennomsnittet. De største regionale forskjellene sees likevel innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helse Midt-Norge hadde 21 prosent lavere ikke-justerte kostnader per innbygger enn landsgjennomsnittet. Etter korreksjon for behov og struktur, var differansen 16 prosent. Som for psykisk helsevern, hadde Helse Vest de høyeste justerte kostnadene per innbygger, 9 prosent over gjennomsnittet.

## **4. Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste**

# Analyse og metode

I dette kapitlet blir utviklingen i kostnad per DRG-poeng og kostnad per liggedøgn i perioden fra 2016 til 2020 lagt frem. Dette er kostnader til pasientbehandling og kostnader til døgnbehandling i forhold til aktivitet, målt som henholdsvis DRG-poeng og liggedøgn. Ved å se på kostnad per DRG-poeng og kostnad per liggedøgn over tid vil det kunne gi oss indikasjoner på både utvikling og variasjoner i ressursutnyttelse. En vekst i kostnad per DRG-poeng eller liggedøgn forstås som en nedgang i produktiviteten, på samme måte som et høyere nivå på kostnad per DRG-poeng forstås som et lavere produktivetsnivå når helseforetak sammenlignes.

Koronapandemien preget driftsåret i 2020. En del av ressursene måtte benyttes til økt beredskap, noe som førte til redusert aktivitet i form av en nedgang i DRG-poeng, uten en tilsvarende reduksjon i kostnadene. Helseforetakene fikk et tilskudd for å kompensere for bortfallet av de aktivitetsbaserte inntektene. Dette tilskuddet har blitt omregnet til DRG-poeng for analyseformål. Estimerte DRG-poeng er en teoretisk størrelse, og det kan være foretaksvise variasjoner i hvor stor grad kompensasjonen samsvarer med reelt aktivitetsbortfall. I denne analysen ser vi derfor på de to aktivitetsmålene faktiske registrerte DRG-poeng og korrigerte DRG-poeng. Korrigerte DRG-poeng er faktisk registrerte DRG-poeng pluss estimerte DRG-poeng (basert på kompensasjonen for nedgang i aktivitetsbaserte inntekter). Se side 40 for oversikt over estimerte DRG-poeng per helseforetak.

I dette kapitlet vil det også bli lagt frem et alternativt mål på kostnadene, kostnader uten pensjon. Pensjonskostnader utgjør en stor del av helseforetakenes lønnskostnader, og kan variere en god del fra år til år. I 2020 var de totale pensjonskostnadene på 9,7 mrd. kroner, mot 13,8 mrd. kroner i 2019. For å korrigere for lønns- og prisvekst for dette kostnadsbegrepet er det benyttet en prisindeks fra Helse- og omsorgsdepartementet. I 2020 lå denne prisindeksen på 3,1 prosent.



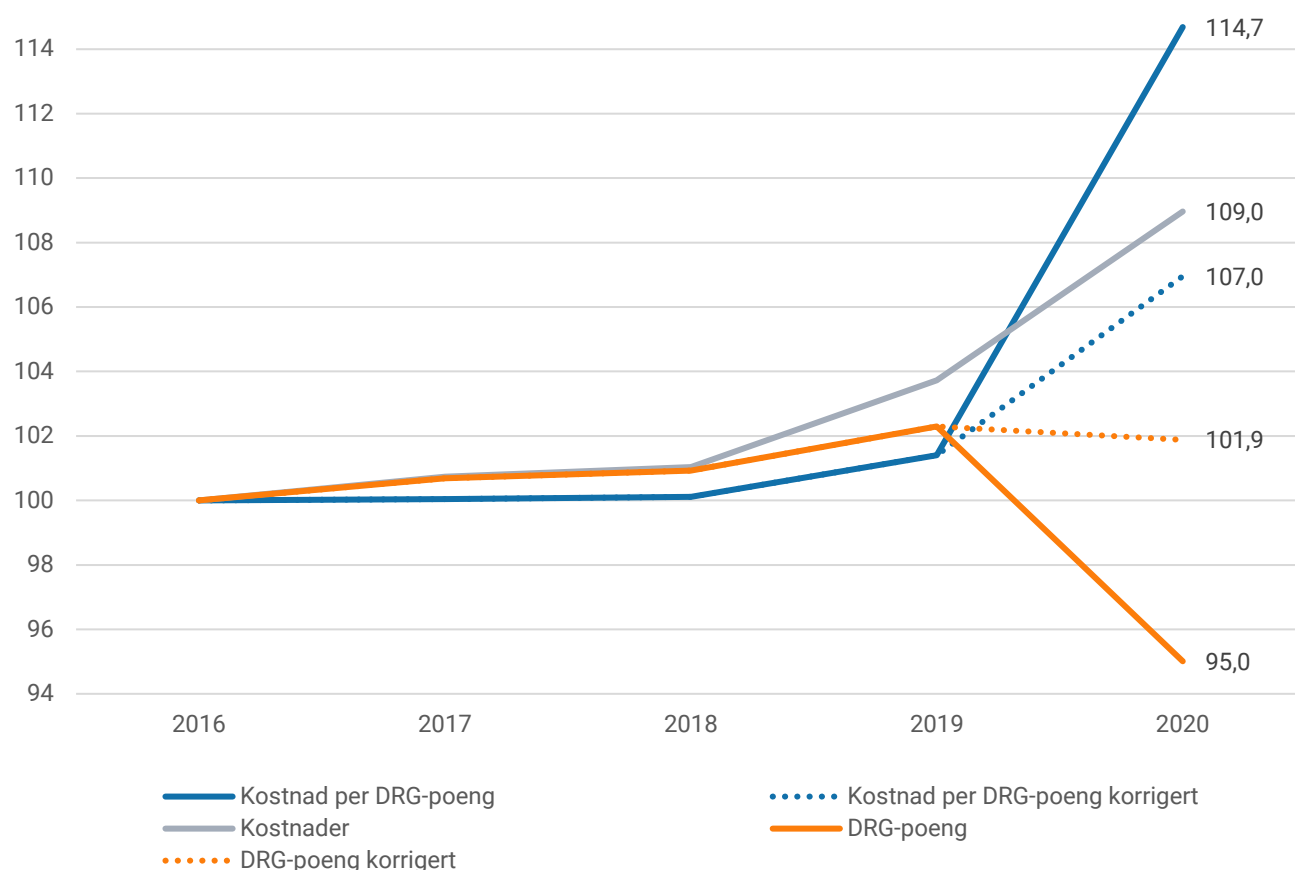
# Nasjonal utvikling

## Utvikling i kostnadsnivå 2016–2020

Kostnaden per DRG-poeng utgjorde 56 908 kroner i 2020. Figur 4.1 viser at det fra 2016 til 2020 var en økning i kostnaden per DRG-poeng på 14,7 prosent. 13,1 prosent av denne økningen fant sted siste år, og kan i stor grad forklares av aktivitetsbortfallet som følge av koronapandemien. Når aktivitetsbortfallet blir hensyntatt, ved bruk av korrigerte DRG-poeng, utgjorde kostnaden per DRG-poeng 53 072 kroner i 2020. Økning fra 2016 til 2020 var da på 7,0 prosent, hvorav 5,5 prosent det siste året.

Videre viser figur 4.1 en vekst i kostnadene til pasientbehandling på 9,0 prosent fra 2016 til 2020. Det har vært kostnadsvekst hele femårsperioden, men veksten har vært størst de siste årene.

Figur 4.1: Utvikling i kostnad per DRG-poeng, kostnader og DRG-poeng. DRG-poeng registrert og DRG-poeng korrigeret for bortfall av aktivitet 2020. Indeks 2016 = 100.

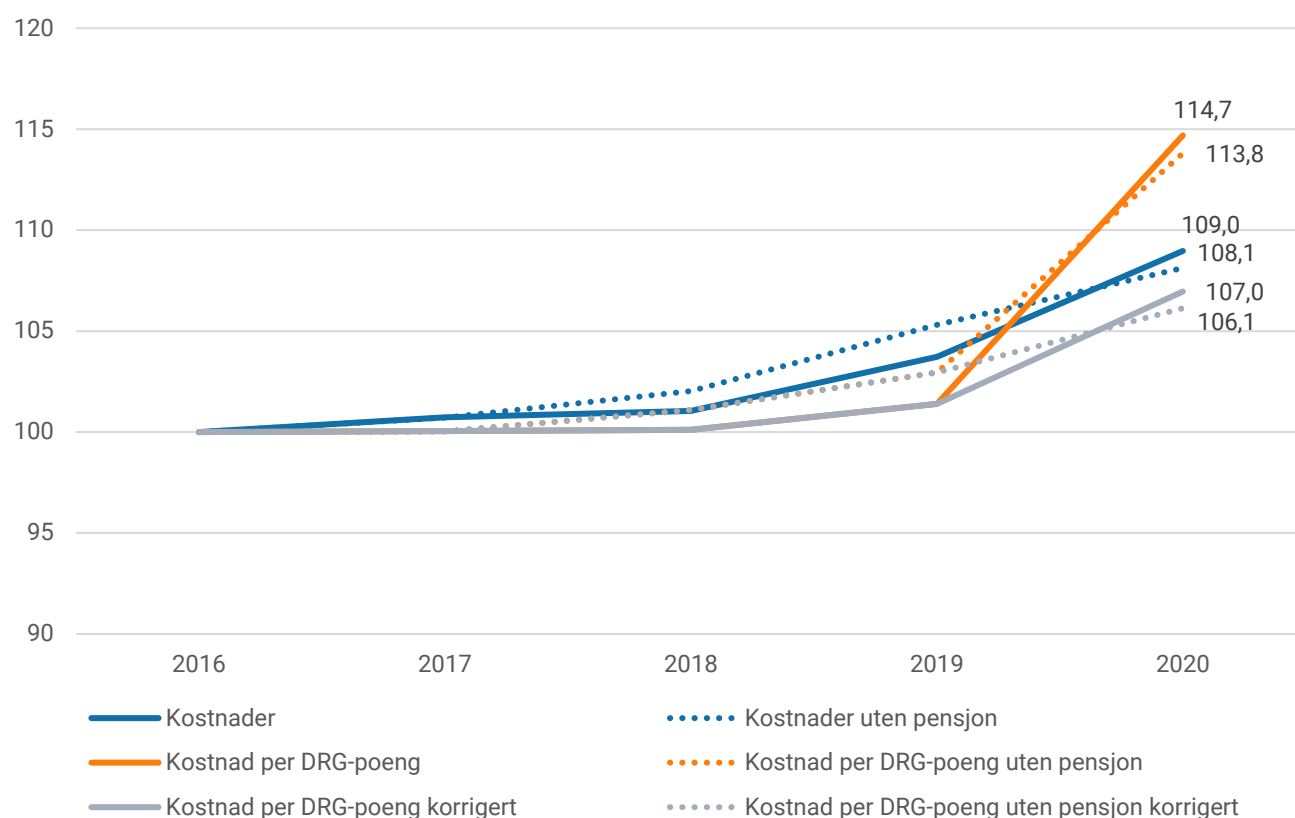


## Økt vekst i kostnader og nedgang i aktivitet siste år

Det har vært en vekst i kostnadsnivået siste år. Kostnader til pasientbehandling har økt med 5 prosent, samtidig som korrigerte DRG-poengene ble redusert med 0,4 prosent. Kostnaden per korrigerte DRG-poeng har økt med 5,5 prosent fra 2019 til 2020, og det var i hovedsak den relativt sterke kostnadsveksten som bidro til dette.

Figur 4.2 viser utviklingen fra 2016 til 2020 i kostnader til pasientbehandling og kostnad per DRG-poeng, både med og uten pensjon, og med faktisk registrerte og korrigerte DRG-poeng. Det siste året har kostnaden per korrigert DRG-poeng økt med 3,1 prosent når vi ser på kostnader uten pensjon. Økningen i kostnadsnivå blir dermed redusert når det alternative kostnadsgrunnlaget uten pensjon benyttes. Hvis perioden fra 2016 til 2020 betraktes, får vi en økning i kostnad per korrigeret DRG-poeng på 6,1 prosent når pensjon holdes ute. Det samme bildet observeres når faktiske DRG-poeng legges til grunn. Veksten i kostnadsnivå blir 13,8 prosent uten pensjon og 14,7 prosent med pensjon.

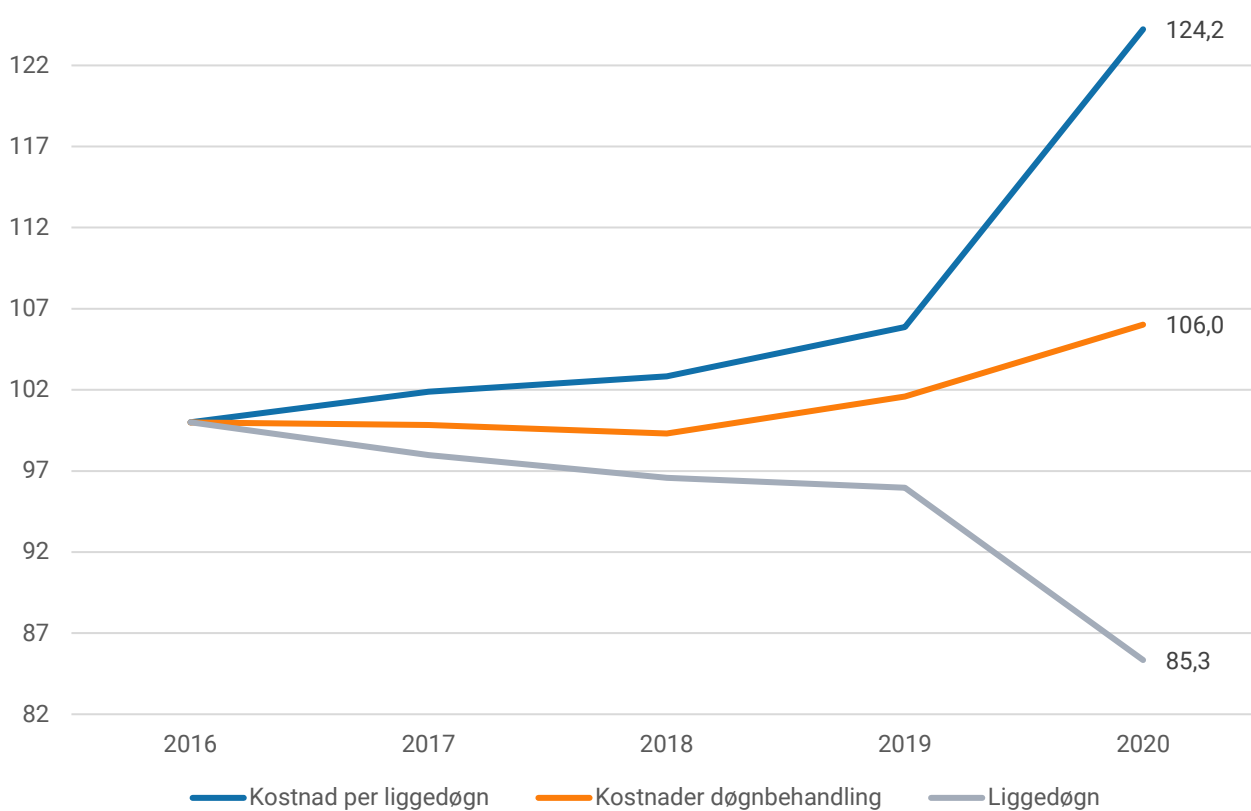
Figur 4.2: Utvikling i kostnad per DRG-poeng, kostnader med og uten pensjon, samt DRG-poeng. DRG-poeng registrert og DRG-poeng korrigert for bortfall av aktivitet 2020. Indeks 2016 = 100.



## Nedgang i antall liggedøgn

Kostnaden per liggedøgn utgjorde 20 806 kroner i 2020, og har økt med 24,2 prosent fra 2016 til 2020. I løpet av femårsperioden har kostnadene til døgnbehandling økt med 6 prosent, samtidig som antall liggedøgn har gått ned med 14,7 prosent. Kostnaden per liggedøgn har hatt sterkere vekst det siste året i perioden, se figur 4.3. Antall liggedøgn har gått ned hvert år siden 2016, men nedgangen har vært størst det siste året. Nedgangen i antall liggedøgn kan forklares av mer intensivt døgnbehandling med til dels kortere liggetid, og en dreining mot mer poliklinisk aktivitet, som trekker i retning av færre liggedøgn. Den sterke nedgang i antall liggedøgn det siste året skyldes i stor grad koronapandemien.

Figur 4.3: Utvikling i kostnader per liggedøgn, herunder kostnader til døgnbehandling og liggedøgn. Indeks 2016 = 100.

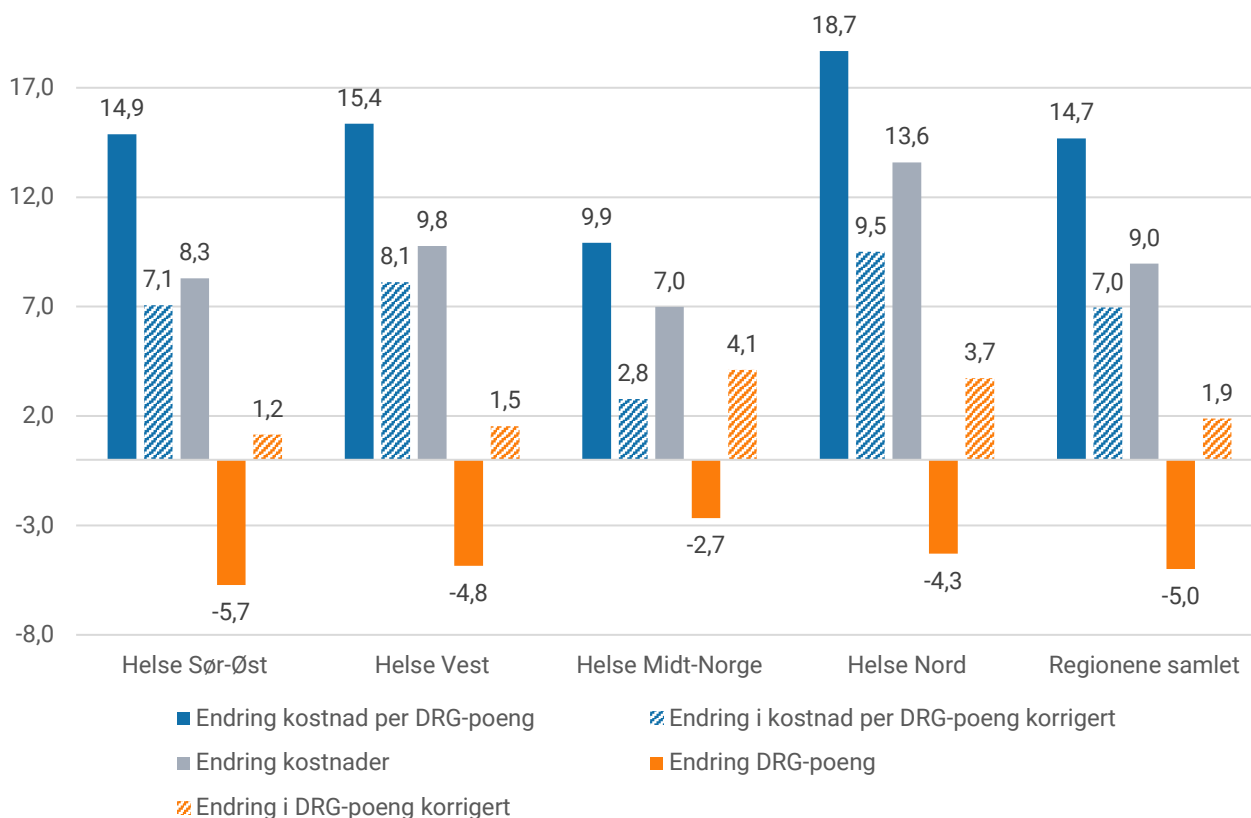


# Regional utvikling

## Utvikling i kostnadsnivå siste fem år

Når korrigeret DRG-poeng legges til grunn var det fra 2016 til 2020 en økning i kostnad per DRG-poeng for regionene samlet på 7 prosent, altså en økning i kostnadsnivå. Figur 4.4 viser at det var forskjeller i kostnads- og aktivitetsutviklingen mellom regionene.

Figur 4.4: Utvikling i kostnad per DRG-poeng, dekomponert i prosentvis endring i kostnader og DRG-poeng. 2016–2020.

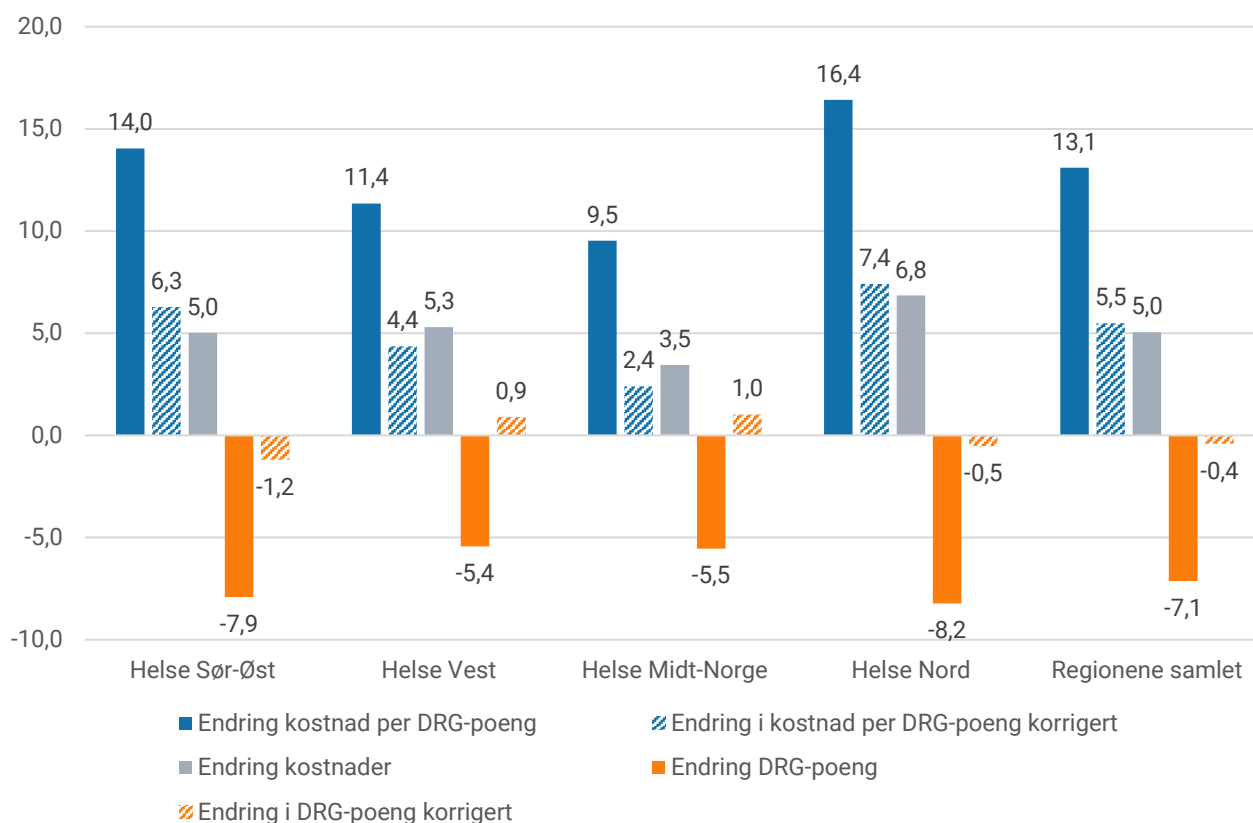


Alle regioner har hatt en vekst i kostnadsnivå i perioden fra 2016 til 2020. Vi observerer en økning i kostnadsnivå både når faktiske og korrigerete DRG-poeng legges til grunn, men økningen var mindre ved bruk av korrigerete DRG-poeng, sammenlignet med faktiske DRG-poeng.

## Utvikling i kostnadsnivå siste år

Figur 4.5 viser utviklingen i kostnad per DRG-poeng siste år. Fra 2019 til 2020 har det vært en vekst i kostnad per DRG-poeng for regionene samlet på 5,5 prosent når korrigerete DRG-poeng benyttes.

Figur 4.5: Utvikling i kostnad per DRG-poeng, dekomponert i endring i kostnader og DRG-poeng. 2019–2020.



Som det framkommer av figur 4.5 var det variasjoner mellom regionene, både når det gjaldt aktivitets- og kostnadsutvikling siste år. Alle regionene hadde en relativt stor nedgang i faktiske DRG-poeng, og for landet samlet var reduksjonen på 7,1 prosent siste år. Nedgangen varierte fra 5,4 prosent i Helse Vest til 8,2 prosent i Helse Nord.

Variasjonen i kostnadsutviklingen siste år mellom regionene, var fra 3,5 prosent i Helse Midt-Norge til 6,8 prosent i Helse Nord. For regionene samlet ser vi en kostnadsvekst på 5 prosent fra 2019 til 2020. Kostnadsvekst og aktivitetsnedgang ga en relativt stor vekst i kostnadsnivå det siste året.

Når vi korrigerer for aktivitetsbortfallet ser vi for regionene samlet en nedgang i DRG-poeng på 0,4 prosent det siste året. Også her er det variasjoner mellom regionene, men forskjellene er mindre sammenlignet med når faktiske registrerte DRG-poeng legges til grunn. Variasjonen gikk fra en reduksjon på 1,2 prosent i Helse Sør-Øst til en økning på 1 prosent i Helse Midt-Norge.

Det var en økning i kostnadsnivå for alle regioner også når korrigerede DRG-poeng legges til grunn. Økningen i kostnadsnivå varierte fra 7,4 prosent i Helse Nord til 2,4 prosent i Helse Midt-Norge.

## Regionale variasjoner i relativt kostnadsnivå

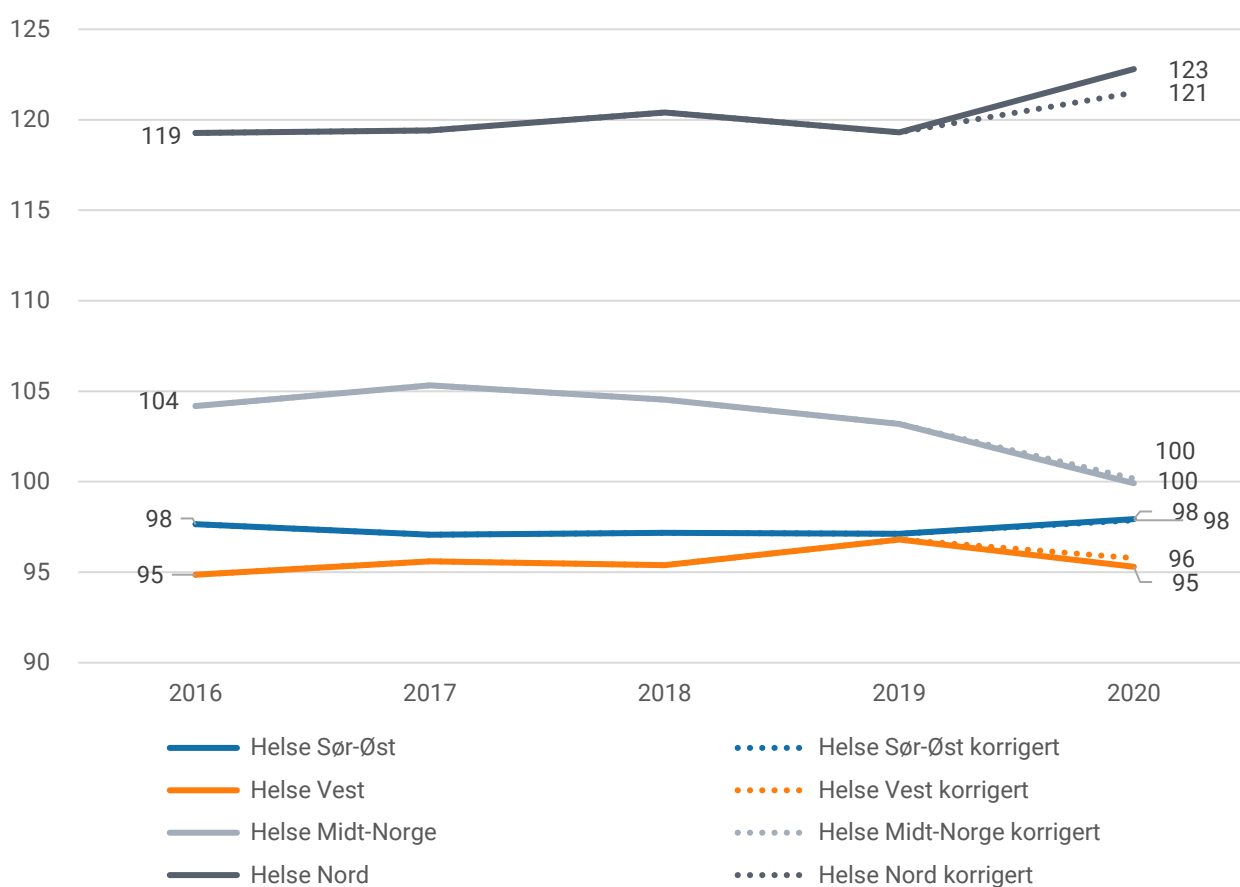
### Kostnad per DRG-poeng

Figur 4.6 nedenfor viser de ulike regionenes relative kostnadsnivå per DRG-poeng i perioden fra 2016 til 2020. Relativt kostnadsnivå for både faktiske og korrigerte DRG-poeng vises for det siste året. De regionale forskjellene har ikke endret seg vesentlig fra 2016 til 2019, men vi ser større endringer i relativt kostnadsnivå siste år, også når det korrigeres for bortfall av aktivitet. Den store endringen i relativt kostnadsnivå siste år er nærliggende å knytte opp mot pandemien.

Regionale forskjeller i kostnadsnivå vil også påvirkes av ulikheter i strukturelle forhold mellom regionene. Basisbevilgningene til de regionale helseforetakene justeres med en strukturindeks som skal korrigere for strukturelle forskjeller. Strukturelle kostnader er ikke spesifisert på foretaksnivå og det er derfor ikke korrigert for dette ved beregning av kostnad per DRG-poeng.

Kostnad per faktisk registrert DRG-poeng og kostnad per korrigert DRG-poeng på foretaksnivå for 2020 er framstilt på side 33 og 34.

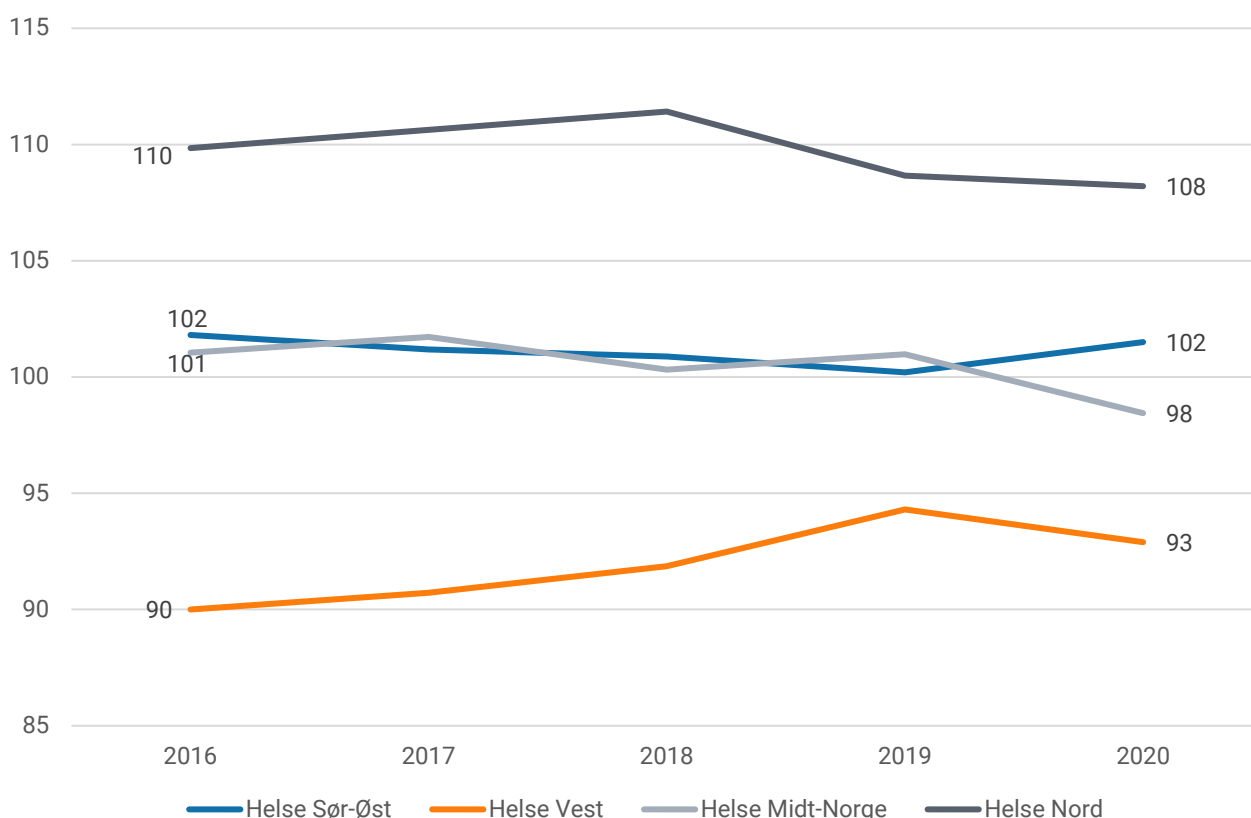
Figur 4.6: Utvikling i relativt nivå på kostnader per DRG-poeng 2016–2020. Landsgjennomsnitt = 100.



## Kostnad per liggedøgn

Figur 4.7 viser utviklingen i regionenes relative kostnadsnivå per liggedøgn i perioden fra 2016 til 2020. Vi ser også her regionale variasjoner. Helse Nord har i hele femårsperioden hatt et kostnadsnivå over gjennomsnittet, mens Helse Vest har hatt et kostnadsnivå under gjennomsnittet i hele perioden. Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har lagt seg omtrent på landsgjennomsnittet.

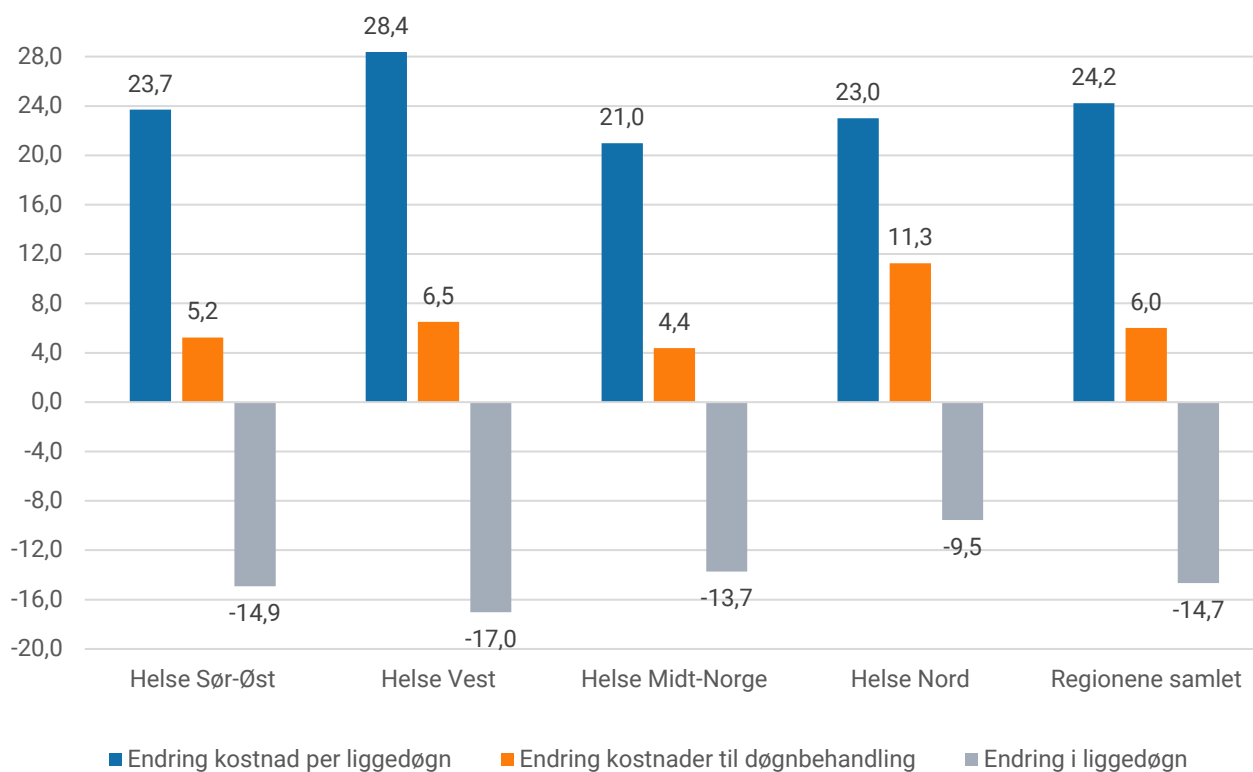
Figur 4.7: Utvikling i relativt nivå på kostnad per liggedøgn 2016–2020. Landsgjennomsnitt = 100.



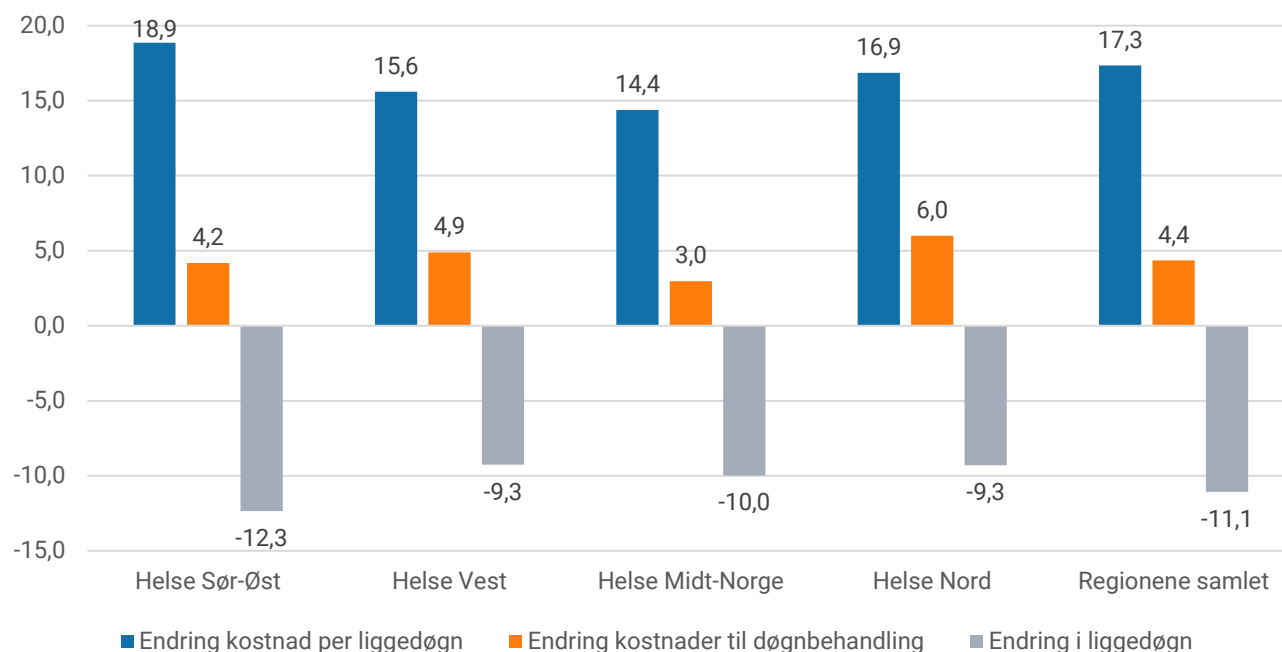
Utvikling i kostnad per liggedøgn bestemmes både av endring i kostnader og endring i antall liggedøgn. Forholdet mellom endring i kostnader til døgntilretteliggelse og endring i antall liggedøgn, forklarer forskjellene mellom regionene når det gjelder endring i kostnad per liggedøgn. Regionale variasjoner av endring i liggedøgn kan skyldes både ulik endring i liggetid for døgnopphold, og ulik grad av dreining mot poliklinisk aktivitet.

Kostnad per liggedøgn økte med 24,2 prosent for regionene samlet i perioden 2016 til 2020. Det framgår av figur 4.8 at veksten i kostnad per liggedøgn varierte fra 21 prosent for Helse Midt-Norge til 28,4 prosent for Helse Vest. Den store økning i kostnad per liggedøgn det siste året, både nasjonalt og per region, må ses i lys av pandemien, med en stor nedgang i antall liggedøgn samtidig som kostnadene ikke har blitt redusert tilsvarende.

Figur 4.8: Utvikling i kostnad per liggedøgn, dekomponert i prosentvis endring i kostnader og liggedøgn. 2016–2020.



Figur 4.9: Utvikling i kostnad per liggedøgn, dekomponert i prosentvis endring i kostnader til døgnsbehandling og liggedøgn. 2019–2020.



Figur 4.9 viser utviklingen i kostnad per liggedøgn fra 2019 til 2020, både for de ulike regionene og for landet samlet. Det siste året gikk antall liggedøgn for regionene samlet ned med 11,1 prosent, mens kostnader til døgnsbehandling økte med 4,4 prosent. Som figur 4.9 viser har alle regionene hatt en relativt



lik utvikling det siste året, i form av stor nedgang i antall liggedøgn kombinert med økte kostnader. Dette har medført at alle regionene har hatt en økning i kostnad per liggedøgn fra 2019 til 2020.

## Kostnad per DRG-poeng for helseforetakene

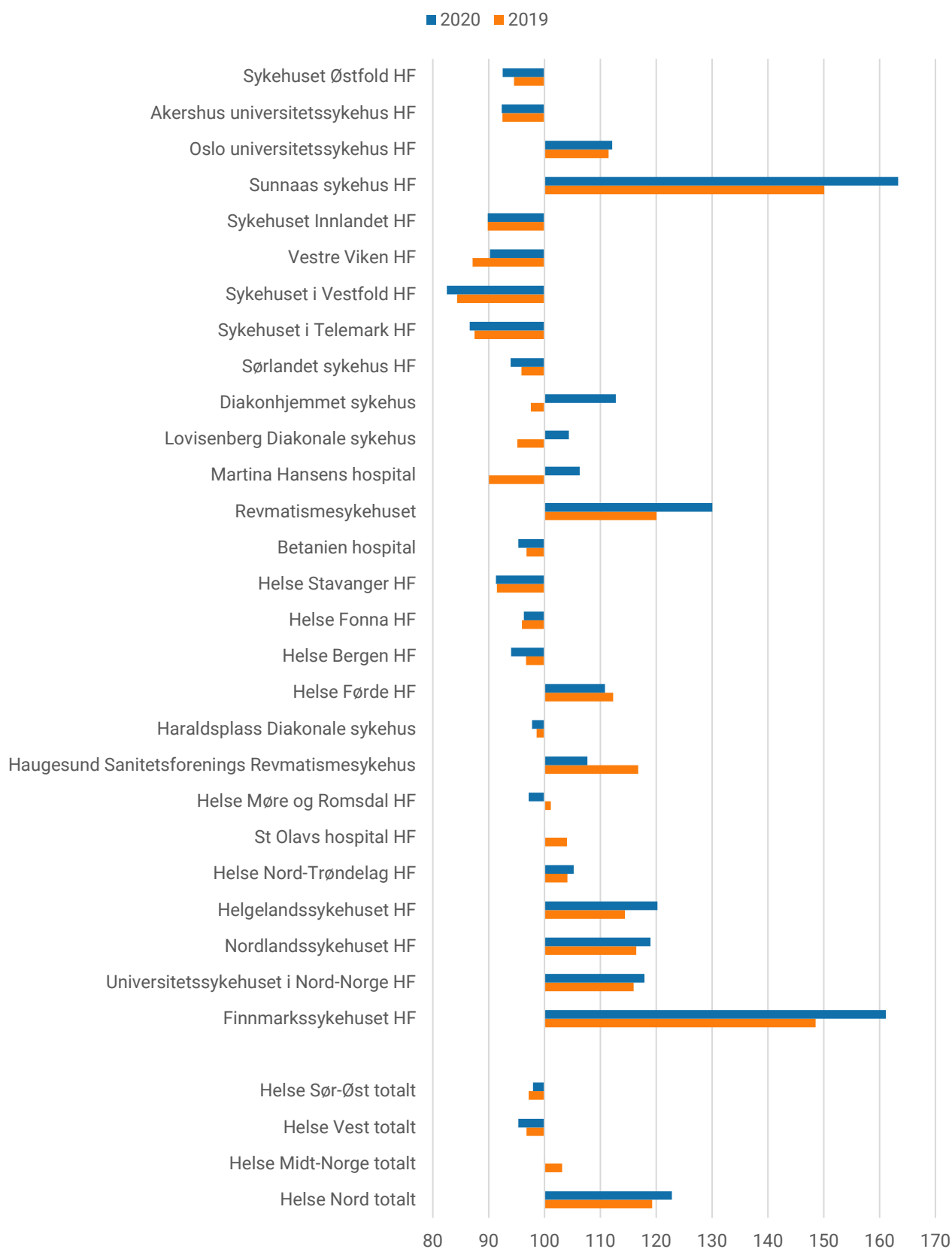
Tabell 1: Kostnad per DRG-poeng 2020. Prosentvis endring fra 2019 dekomponert i kostnadsendring og endring i DRG-poeng.

	Kostnad per DRG-poeng 2020		Prosent endring fra 2019		
	Relativt	Absolutt	Kostnad per DRG	Kostnader	DRG-poeng
<i>Helse Sør-Øst totalt</i>	97,9	55 732	14,0	5,0	-7,9
Sykehuset Østfold HF	92,5	52 657	10,7	6,0	-4,3
Akershus universitetssykehus HF	92,3	52 551	12,9	7,8	-4,6
Oslo universitetssykehus HF	112,1	63 809	13,7	5,0	-7,7
Sunnaas sykehus HF	163,3	92 953	23,0	2,4	-16,7
Sykehuset Innlandet HF	89,9	51 133	13,1	0,7	-11,0
Vestre Viken HF	90,2	51 350	17,1	6,6	-8,9
Sykehuset i Vestfold HF	82,5	46 958	10,6	3,4	-6,5
Sykehuset i Telemark HF	86,6	49 278	11,9	2,1	-8,8
Sørlandet sykehus HF	93,9	53 450	10,8	2,8	-7,2
Diakonhjemmet sykehus	112,8	64 183	30,7	13,6	-13,1
Lovisenberg Diakonale sykehus	104,4	59 398	24,1	8,4	-12,6
Martina Hansens hospital	106,3	60 500	33,5	10,2	-17,4
Revmatismesykehuset	130,1	74 016	22,5	-19,3	-34,1
Betanien hospital	82,5	46 922	2,8	-4,7	-7,3
<i>Helse Vest totalt</i>	95,3	54 235	11,4	5,3	-5,4
Helse Stavanger HF	91,3	51 965	12,9	6,5	-5,6
Helse Fonna HF	96,3	54 796	13,5	5,5	-7,0
Helse Bergen HF	94,0	53 502	10,0	4,5	-5,0
Helse Førde HF	110,8	63 064	11,6	4,9	-6,0
Haraldsplass Diakonale sykehus	97,8	55 634	12,1	8,3	-3,4
Haugesund San. Rev.sykehus	107,7	61 269	4,3	-3,0	-7,0
<i>Helse Midt-Norge totalt</i>	99,9	56 860	9,5	3,5	-5,5
Helse Møre og Romsdal HF	97,2	55 295	8,6	3,7	-4,5
St Olavs hospital HF	99,9	56 868	8,6	2,6	-5,5
Helse Nord-Trøndelag HF	105,2	59 885	14,3	5,6	-7,6
<i>Helse Nord totalt</i>	122,8	69 884	16,4	6,8	-8,2
Helgelandssykehuset HF	120,2	68 416	18,8	6,8	-10,1
Nordlandssykehuset HF	119,0	67 707	15,6	10,3	-4,6
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	117,9	67 097	15,0	4,7	-8,9
Finnmarkssykehuset HF	161,1	91 694	22,6	8,0	-11,9
Alle foretak	100,0	56 908	13,1	5,0	-7,1

Tabell 2: Kostnad per korrigerede DRG-poeng 2020. Prosentvis endring fra 2019 dekomponert i kostnadsendring og endring i DRG-poeng.

	Kostnad per DRG-poeng 2020 korrigert		Prosent endring fra 2019		
	Relativt	Absolutt	Kostnad per DRG	Kostnader	DRG-poeng
<i>Helse Sør-Øst totalt</i>	97,9	51 942	6,2	5,0	-1,2
Sykehuset Østfold HF	94,3	50 021	5,2	6,0	0,8
Akershus universitetssykehus HF	92,6	49 154	5,6	7,8	2,0
Oslo universitetssykehus HF	113,3	60 115	7,1	5,0	-2,0
Sunnaas sykehus HF	152,7	81 040	7,3	2,4	-4,5
Sykehuset Innlandet HF	89,6	47 532	5,1	0,7	-4,3
Vestre Viken HF	89,0	47 210	7,6	6,6	-0,9
Sykehuset i Vestfold HF	83,0	44 071	3,8	3,4	-0,3
Sykehuset i Telemark HF	86,8	46 059	4,6	2,1	-2,4
Sørlandet sykehus HF	94,1	49 957	3,6	2,8	-0,7
Diakonhjemmet sykehus	107,9	57 266	16,6	13,6	-2,6
Lovisenberg Diakonale sykehus	97,3	51 655	7,9	8,4	0,5
Martina Hansens hospital	96,4	51 182	12,9	10,2	-2,4
Revmatismesykehuset	119,7	63 540	5,2	-19,3	-23,3
Betanien hospital	80,2	42 563	-6,7	-4,7	2,2
<i>Helse Vest totalt</i>	95,8	50 830	4,4	5,3	0,9
Helse Stavanger HF	91,6	48 598	5,6	6,5	0,9
Helse Fonna HF	96,4	51 138	5,9	5,5	-0,4
Helse Bergen HF	94,9	50 360	3,5	4,5	0,9
Helse Førde HF	109,5	58 123	2,8	4,9	2,0
Haraldsplass Diakonale sykehus	100,2	53 160	7,1	8,3	1,1
Haugesund San. Rev.sykehus	102,1	54 187	-7,8	-3,0	5,2
<i>Helse Midt-Norge totalt</i>	100,2	53 164	2,4	3,5	1,0
Helse Møre og Romsdal HF	97,1	51 558	1,3	3,7	2,4
St Olavs hospital HF	100,7	53 426	2,0	2,6	0,6
Helse Nord-Trøndelag HF	104,4	55 420	5,8	5,6	-0,1
<i>Helse Nord totalt</i>	121,5	64 481	7,4	6,8	-0,5
Helgelandssykehuset HF	119,2	63 266	9,9	6,8	-2,8
Nordlandssykehuset HF	117,4	62 301	6,3	10,3	3,7
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	116,9	62 034	6,3	4,7	-1,5
Finnmarkssykehuset HF	158,6	84 179	12,6	8,0	-4,0
Alle foretak	100,0	53 072	5,5	5,0	-0,4

Figur 9: Relativ kostnad per DRG-poeng 2019 og 2020, Helseforetak. Landsgjennomsnitt = 100.



## Nasjonale og regionale grunnlagsdata

Tabell 3: Kostnader til pasientbehandling DRG. Mill. kroner, faste priser 2020 = 1.

	2016	2017 m/mva.	2017 u/mva.	2018	2019	2020
Helse Sør-Øst	43 810	43 883	41 916	42 064	43 149	45 316
Helse Vest	15 050	15 233	14 515	14 494	14 949	15 741
Helse Midt-Norge	11 503	11 710	11 177	11 135	11 356	11 748
Helse Nord	8 704	8 821	8 372	8 519	8 782	9 384
Regionene samlet	79 067	79 646	75 980	76 211	78 237	82 188

Tabell 4: Kostnader til pasientbehandling DRG, avgrenset til døgnbehandling. Mill. kroner, faste priser 2020 = 1.

	2016	2017 m/mva.	2017 u/mva.	2018	2019	2020	2020 korrigert
Helse Sør-Øst	35 120	34 876	33 314	33 176	33 886	35 306	34 577
Helse Vest	12 056	12 087	11 519	11 359	11 666	12 236	11 994
Helse Midt-Norge	9 077	9 127	8 712	8 636	8 781	9 043	8 853
Helse Nord	6 943	7 002	6 645	6 701	6 917	7 332	7 159
Regionene samlet	63 196	63 092	60 190	59 872	61 250	63 917	62 584

Tabell 5: DRG-poeng

	2016	2017 m/mva.	2017 u/mva.	2018	2019	2020	2020 korrigert
Helse Sør-Øst	862 499	868 727	868 727	871 442	882 966	813 094	872 429
Helse Vest	305 018	306 212	306 212	305 880	306 931	290 246	309 684
Helse Midt-Norge	212 256	213 641	213 641	214 409	218 733	206 610	220 974
Helse Nord	140 293	141 949	141 949	142 419	146 305	134 273	145 523
Regionene samlet	1 520 072	1 530 526	1 530 526	1 534 170	1 554 962	1 444 223	1 548 610

Tabell 6: Liggedøgn

	2016	2017 m/mva.	2017 u/mva.	2018	2019	2020
Helse Sør-Øst	1 964 976	1 926 953	1 926 953	1 909 268	1 907 362	1 671 853
Helse Vest	763 034	744 839	744 839	717 969	697 681	633 076
Helse Midt-Norge	511 695	501 633	501 633	499 801	490 430	441 493
Helse Nord	360 063	353 817	353 817	349 185	359 047	325 686
Regionene samlet	3 599 768	3 527 241	3 527 241	3 476 222	3 454 519	3 072 107

Tabell 7: Kostnad per DRG-poeng. Kroner, målt i faste priser, 2020 = 1

	2016	2017 m/mva.	2017 u/mva.	2018	2019	2020	2020 korrigert
Helse Sør-Øst	50 794	50 514	48 250	48 269	48 869	55 732	51 942
Helse Vest	49 342	49 746	47 402	47 384	48 706	54 235	50 830
Helse Midt-Norge	54 192	54 810	52 318	51 932	51 917	56 860	53 164
Helse Nord	62 039	62 140	58 979	59 815	60 029	69 884	64 481
Regionene samlet	52 015	52 038	49 643	49 676	50 315	56 908	53 072

Tabell 8: Kostnad per liggedøgn. Kroner, målt i faste priser, 2020 = 1.

	2016	2017 m/mva.	2017 u/mva.	2018	2019	2020
Helse Sør-Øst	17 873	18 099	17 289	17 376	17 766	21 118
Helse Vest	15 800	16 228	15 464	15 821	16 720	19 328
Helse Midt-Norge	17 738	18 195	17 367	17 279	17 905	20 482
Helse Nord	19 284	19 789	18 782	19 190	19 265	22 513
Regionene samlet	17 556	17 887	17 064	17 223	17 730	20 806

Tabell 9: Estimering av DRG-poeng som kompensasjon for bortfall av aktivitetsbasert inntekt 2020.

	A: Beløp kompensasjon	B: DRG-poeng kompensasjon = (A/enhetspris 2020)*2	C: Faktiske DRG-poeng 2020	D: Korrigerte DRG-poeng = C+B
Sykehuset Østfold HF	87	3 798	72 068	75 867
Akershus universitetssykehus HF	165	7 204	104 229	111 433
Oslo universitetssykehus HF	324	14 146	230 205	244 351
Sunnaas sykehus HF	18	786	5 347	6 133
Sykehuset Innlandet HF	145	6 331	83 582	89 913
Vestre Viken HF	212	9 256	105 541	114 797
Sykehuset i Vestfold HF	83	3 624	55 321	58 945
Sykehuset i Telemark HF	64	2 794	39 977	42 771
Sørlandet sykehus HF	112	4 890	69 941	74 831
Diakonhjemmet sykehus	54	2 358	19 523	21 881
Lovisenberg Diakonale sykehus	58	2 532	16 891	19 424
Martina Hansens hospital	25	1 092	5 998	7 090
Revmatismesykehuset	4	175	1 061	1 236
Betanien hospital	8	349	3 407	3 757
Helse Stavanger HF	124	5 414	78 131	83 545
Helse Fonna HF	59	2 576	36 012	38 588
Helse Bergen HF	191	8 339	133 666	142 005
Helse Førde HF	48	2 096	24 654	26 750
Haraldsplass Diakonale sykehus	17	725	15 579	16 303
Haugesund San. Rev.sykehus	7	288	2 204	2 492
Helse Møre og Romsdal HF	107	4 672	64 455	69 127
St Olavs hospital HF	161	7 029	109 099	116 129
Helse Nord-Trøndelag HF	61	2 663	33 056	35 719
Helgelandssykehuset HF	31	1 353	16 621	17 975
Nordlandssykehuset HF	74	3 235	37 279	40 514
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	125	5 466	66 977	72 443
Finnmarkssykehuset HF	27	1 196	13 397	14 593

## **5. Helseforetakenes økonomiske situasjon**



## Økonomisk resultat

Foretaksgruppen<sup>2</sup> i hver av de regionale helseforetakene, hadde et positivt økonomisk resultat i 2020. Det samlede overskuddet var 6,2 mrd. kroner, en økning på 83 prosent fra 2019, og betydelig høyere enn det budsjetterte overskuddet på 2,0 mrd. kroner. Korrigert for eiers styringskrav<sup>3</sup>, var årets resultat det beste, både i løpende priser og som prosentandel av inntekter, siden foretaksreformen i 2002. Etter reformen har man et positivt akkumulert avvik fra eiers styringskrav på 19,5 mrd. kroner, hvor 18,1 mrd. kroner er akkumulert de siste fem årene. I de første årene etter reformen var det akkumulerte avviket negativt, og på sitt laveste i 2008 med -10,1 mrd. kroner. Dette var som følge av negative årsresultater mellom 2002–2008, men fra 2009 har det vært positive resultat hvert år.

Tabell 5.1: Regnskapsmessig resultat og eiers styringskrav for foretaksgruppen samlet i perioden 2016–2020, samt samlet for 2002–2020. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap RHF

	2016	2017	2018	2019	2020	Akk. 2016–2020	Akk. 2002–2020
Eiers styringskrav	0	0	0	0	0	0	-298
Regnskapsført resultat	2 973	2 282	3 242	3 382	6 202	18 081	19 164
Avvik ift. eiers styringskrav	2 973	2 282	3 242	3 382	6 202	18 081	19 463
Avvik i prosent av inntekt	2,0 %	1,6 %	2,2 %	2,1 %	3,8 %	2,4 %	0,9 %

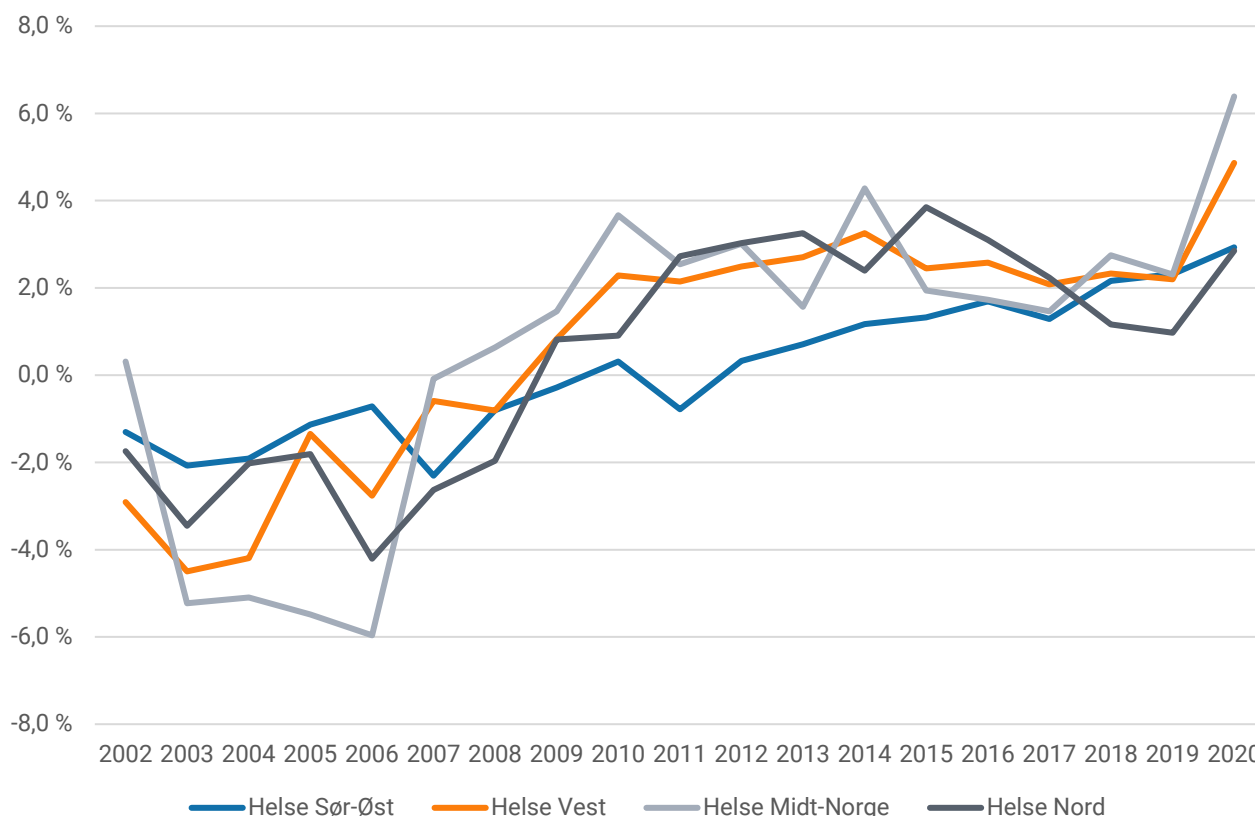
Figur 5.1 viser økonomisk resultat for foretaksgruppene, korrigert for eiers styringskrav, som andel av driftsinntekter. Figuren illustrerer at Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord, hadde en større relativ økning i sine overskudd enn Helse Sør-Øst siste år. Helse Sør-Øst har utsatt resultatføringen av ubrukte koronamidler tilsvarende 1,5 mrd. kroner, og bokført midlene som "Annen kortsiktig gjeld" i balansen. Dersom Helse Sør-Øst hadde inntektsført hele kompensasjonen i basisrammen, slik de andre regionene, ville det samlede overskuddet for foretaksgruppene vært på 7,7 mrd. kroner i 2020.

I revidert nasjonalbudsjett ble basisbevilgningene til sykehusene økt med 5,5 mrd. kroner, for å sikre tilstrekkelige ressurser til å håndtere korona-pandemien. Arbeidsgiveravgiften ble også midlertidig nedsatt, noe som gav en ytterligere besparelse på omkring 500 mill. kroner. RHF-ene skriver i sine årsrapporter at de økonomiske effektene av pandemien i 2020 ble mindre enn tilleggsbevilgningene, og peker på dette som hovedforklaringen bak resultatbedringen.

<sup>2</sup> Foretaksgruppen omfatter alle helseforetak i de regionale helseforetakene, inkludert morselskapet (RHF-et).

<sup>3</sup> Som hovedregel er styringsmålet fra Helse- og omsorgsdepartementet at de regionale helseforetakene skal gå i økonomisk balanse. Underfinansiering av avskrivninger (2002–2006) og store endringer i pensjonskostnader (2006–2008, 2010, 2014) er omstendigheter som tidligere har ført til justering av resultatkravet.

Figur 5.1: Avvik i forhold til eiers styringskrav, som andel av driftsinntekter, i perioden 2002–2020. Kilde: Årsregnskap RHF.



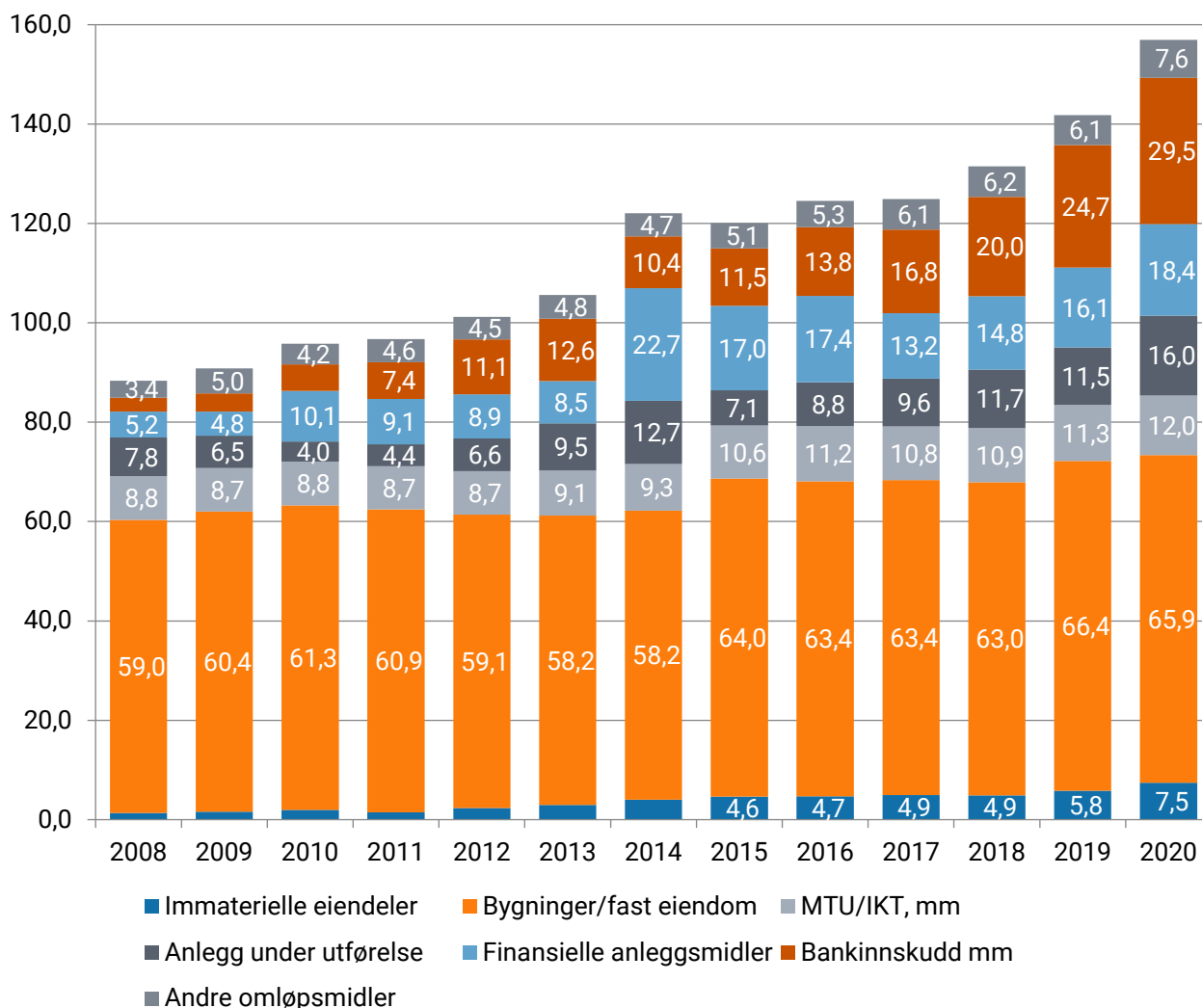
## Eiendeler

Med foretaksreformen fikk de regionale helseforetakene ansvar for og eierskap til bygninger, medisinsk-teknisk utstyr (MTU), IKT og andre nødvendige driftsmidler i spesialisthelsetjenesten. Vi finner oversikt over omfanget av disse innsatsfaktorene, samt andre eiendeler i den regnskapsførte balansen.

Den samlede verdien av foretaksgruppens bokførte eiendeler var 157 mrd. kroner i 2020, en økning på 15,1 mrd. kroner fra året før. Den årlige nominelle veksten var på 10,7 prosent fra 2019 til 2020, som er nest høyest i perioden 2008–2020. Et sterkt økonomisk resultat i 2020 har bidratt til en samlet økning på 8,7 mrd. kroner i finansielle anleggsmidler, bankinnskudd, kontanter og andre omløpsmidler. Det var en svak nedgang i verdien av bygninger og fast eiendom, mens verdien av anlegg under utførelse steg 4,5 mrd. kroner. Verdien av medisinsk-teknisk utstyr, IKT- og annet utstyr økte 0,7 mrd. kroner. Verdien av immaterielle eiendeler, som programvare og lisenser, har relativt sett økt mye siden 2008. Størrelsen på disse eiendelene steg 1,7 mrd. kroner fra 2019 til 2020, en økning på 29 prosent.

En trend siden 2008, er at varige driftsmidler i form av bygninger og utstyr, utgjør en stadig lavere andel av foretaksgruppens eiendeler. Dette reflekterer delvis de positive regnskapsmessige resultatene siden 2009, og den tilhørende økningen i omløpsmidler og finansielle anleggsmidler. Disse postene utgjorde 55,5 mrd. kroner i 2020, mot 11,5 mrd. kroner i 2008, og tydeliggjør en vesentlig forbedring i tilgangen på likvide midler for RHF-ene.

Figur 5.2: Utvikling i RHF-enes eiendeler. 2008–2020. Mrd. kroner. Kilde: Årsregnskap RHF.



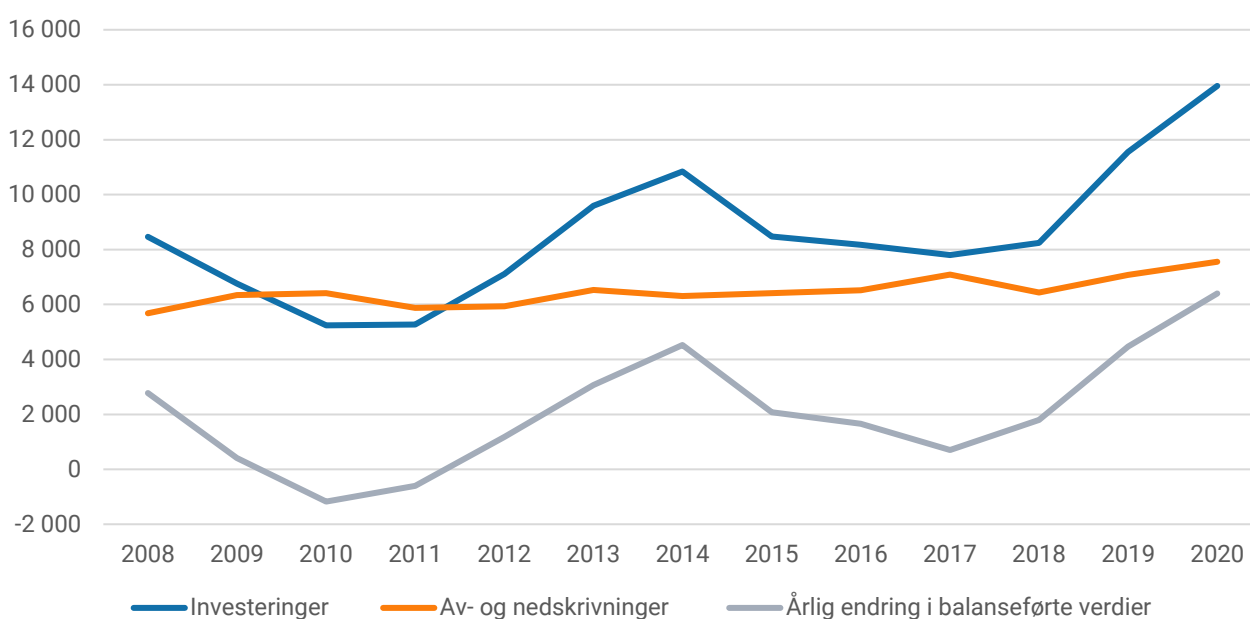
## Investeringer

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for både drift og investeringer innenfor egen region. Investeringsmidler er tilgjengeliggjort ved at årlige avskrivningskostnader dekkes av helseforetakenes basisbevilgninger. Nye investeringsprosjekter mottar ikke øremerkede tilskudd, og kostnadene må dekkes innenfor eksisterende basisrammer. Ved større prosjekter kan imidlertid Helse- og

omsorgsdepartementet gi lån inntil 70 prosent av prosjektkostnaden. Lånebevilgningene for 2020 beløp seg på 5,8 mrd. kroner.

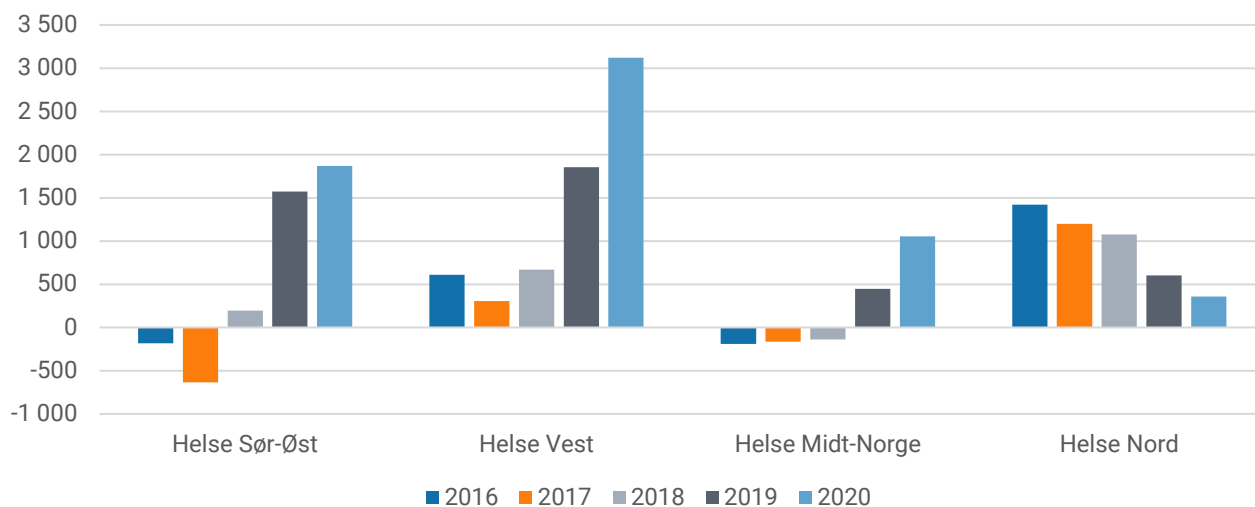
Figur 5.3 nedenfor viser nivået på investeringer og av- og nedskrivninger i perioden 2008–2020, hvor differansen kan forstås som netto investeringer. Av- og nedskrivningene var nokså stabile og svakt økende over tid. Til sammenligning ser vi at investeringene går i bølger, i takt med større utbygginger. I 2020 lå brutto investeringer på 14,0 mrd. kroner, 85 prosent høyere enn nivået på av- og nedskrivninger. Nettoinvesteringene på 6,4 mrd. kroner representerer det høyeste absolutte og relative nivået i perioden.

Figur 5.3: Investeringer (brutto) og endringer i bokførte verdier (netto) 2008–2020. Millioner kroner. Kilde: Årsregnskap RHF.



Når vi studerer netto investeringer innenfor de fire regionale helseforetakene, framkommer det betydelige regionale variasjoner i investeringsmønstre. Størst var investeringene i Helse Vest, og de vil også forbli store i årene fremover, med byggingen av nytt sykehus i Stavanger. Nettoinvesteringene i Helse Sør-Øst har variert, men vært betydelig de to siste årene, og lå på 1,9 mrd. kroner i 2020. I Helse Midt-Norge har nivået på investeringene økt med utbygging av nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. Investeringsnedgangen i Helse Nord er midlertidig, og utbygging av nye sykehus i Narvik og Hammerfest, vil gi en betydelig økning allerede i 2021. Totalt planlegger helseforetakene investeringer for omkring 86 mrd. kroner i perioden 2021–2024.

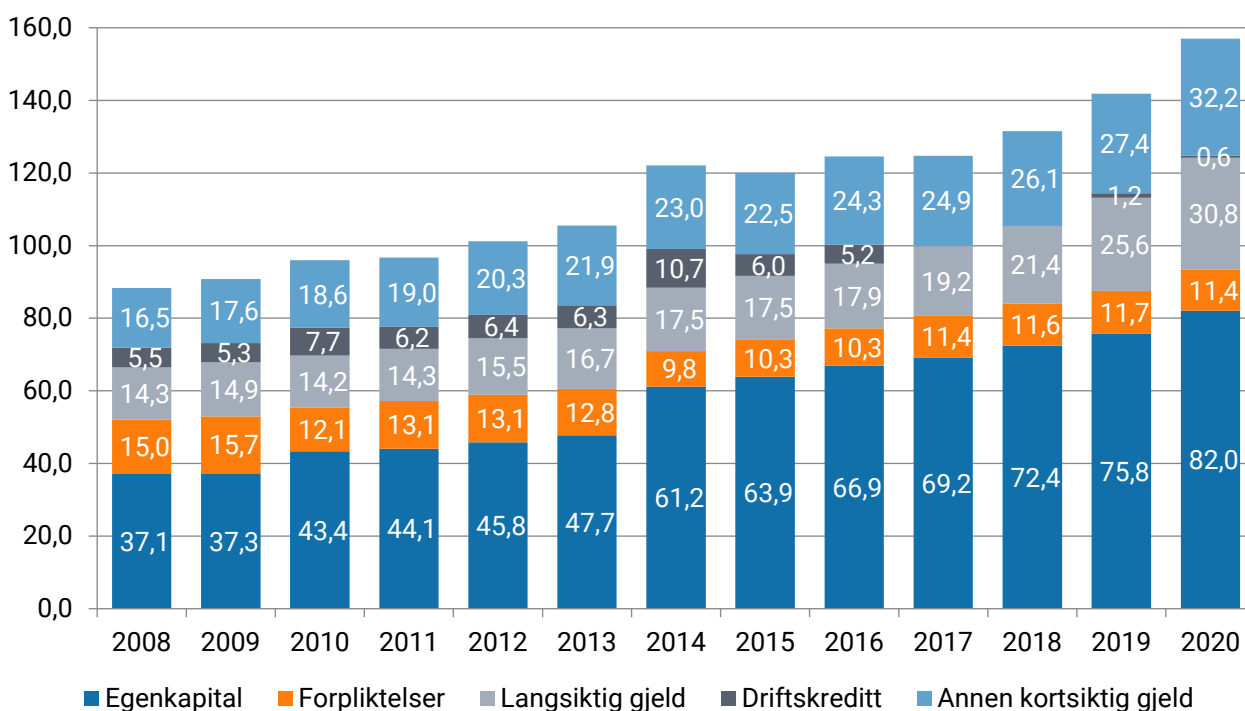
Figur 5.4 Årlig endring i balanseførte verdier for varige driftsmidler og immaterielle eiendeler for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene 2008–2020. Kilde: Årsregnskap RHF.



## Egenkapital og gjeld

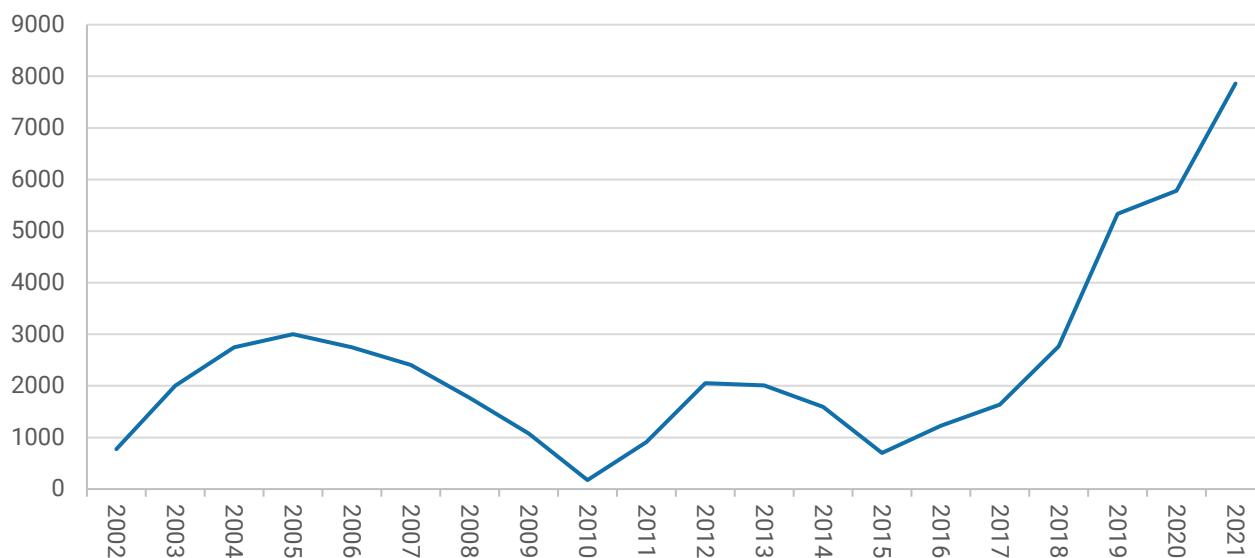
Figur 5.5 illustrerer finansieringen av helseforetakenes eiendeler, fordelt på egenkapital og gjeld, i perioden 2008–2020. Over tid observerer vi økende egenkapital, som et resultat av år med regnskapsmessige overskudd. Gjeldsveksten i perioden har vært lavere enn veksten i egenkapital, men den var nokså høy i 2020. Egenkapitalandelen gikk dermed svakt ned, til tross for høyt overskudd, fra 53,5 prosent til 52,3 prosent. Finansieringsandelen for langsiktig gjeld har økt fra 14,4 prosent i 2016 til 19,6 prosent i 2020.

Figur 5.5 Finansiering av eiendeler. 2008–2020. Mrd. kroner. Kilde: Årsregnskap RHF.



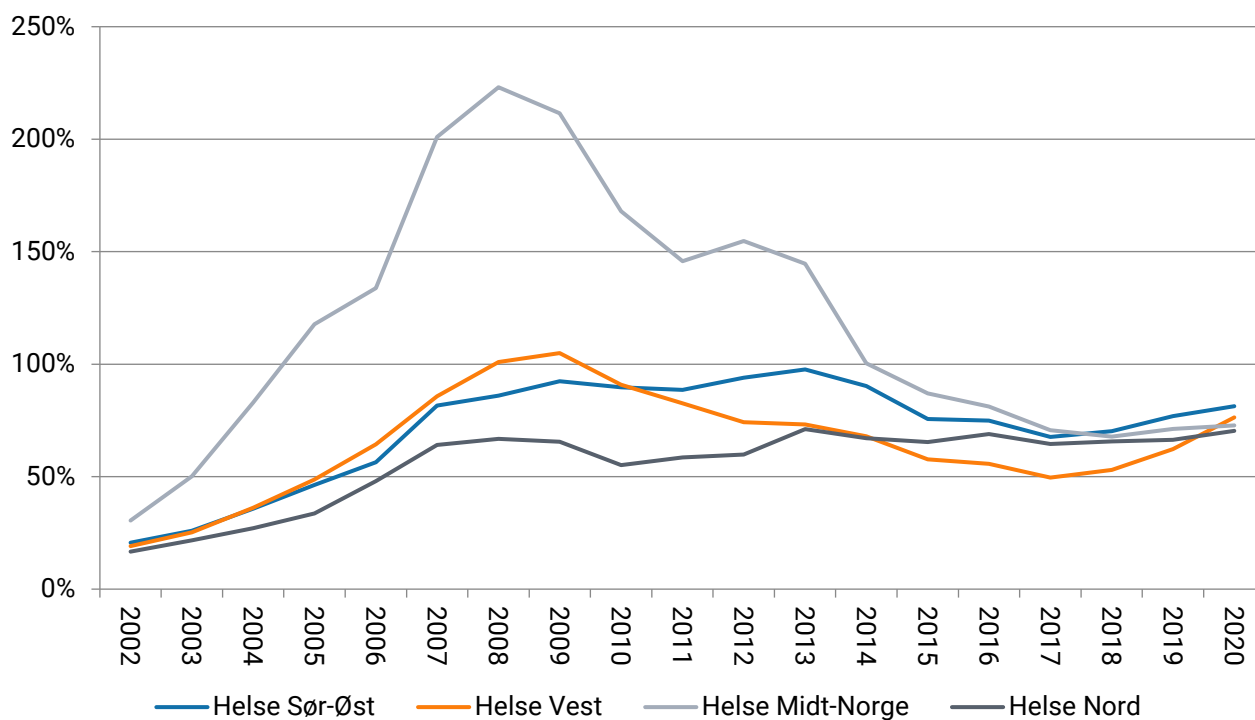
I overkant 90 prosent av langsiktig gjeld er gjennom den statlige låneordningen, administrert av Helse- og omsorgsdepartementet. Figur 5.6 viser størrelsen på disse investeringslånene siden foretaksreformen. Låneopptakene for hvert prosjekt er oppgitt i faste priser fra første utbetalingsår, slik at tallene vil være noe høyere i løpende priser. De samlede låneopptakene har variert mye, men økt sterkt siden 2015, hvor låneopptaket var 700 mill. kroner. I 2020 var lånebevilgningen 5,8 mrd. kroner. Budsjettforslaget for 2021 fortsetter den økende trenden og ligger på 7,9 mrd. kroner.

Figur 5.6 Investeringslån fra staten. Mill. kroner. Kilde: Prop. 1 S for budsjettårene 2005–2021



Ved utgangen av 2020, var gjeldsgraden til foretaksgruppen i alle de regionale helseforetakene på et noenlunde likt nivå, mellom 70 og 81 prosent. Utviklingen siden foretaksreformen i 2002 kan sees i figur 5.7 nedenfor. Trenden var underskudd og økt gjeldsgrad mellom 2002–2008, men positive resultat siden, har gitt fallende eller flat utvikling i gjeldsgraden fram mot 2020. Situasjonen de siste fem årene har i hovedsak vært preget av stabilitet. Helse Vest har inntil nylig hatt en lavere gjeldsgrad, men med større investeringer, er den nå på nivå med de andre RHF-ene.

Figur 5.7 Gjeldsgrad for foretaksgruppen i de regionale helseforetakene. 2002–2020. Kilde: Årsregnskap RHF.



## Kostnader, produktivitet og økonomisk status i spesialisthelsetjenesten

### Utgitt

Oktober 2021

### Bestillingsnummer

IS-3011

### Forfattere

Håvard André Dalheim

Frode Grøtheim

Sara Solberg Vågseter

### Utgitt av

Helsedirektoratet

### Postadresse

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130

Oslo

### Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

**Telefon** 810 20 050

**Faks** 24 16 30 01

### Forsidefoto

© GSTOCKSTUDIO /Mostphotos  
(illustrasjonsbilde)

### Illustrasjonsfoto side 4

© BRYAN MULLENNIX  
/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

### Design

Itera as

### Heftet kan bestilles hos

Helsedirektoratet

v/ Trykksaksekspedisjonen

**e-post** trykksak@helsedir.no

**Telefon** 24 16 33 68

**Faks** 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer:

IS-3011

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)