Kostnader i spesialisthelsetjenesten

Nr. 17/2017

Helsedirektoratet

Analysenotat 17/17
SAMDATA Spesialisthelsetjenesten

Publikasjonens tittel: Kostnader i spesialisthelsetjenesten

Nr: 17 /2017

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Økonomi og Analyse

Kontaktperson: Inger Johanne Gjøen-Øien

Ansvarlig: Beate Margrethe Huseby

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, Trondheim

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Forfatter: Inger Johanne Gjøen-Øien

Illustrasjon: Bente Restad

SAMMENDRAG

Kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten

I 2016 var kostnadene til spesialisthelsetjenesten på 139 mrd kroner. Fra 2006 til 2016 var realveksten (korrigert for prisutviklingen) på 18 prosent, og det meste av veksten kom de siste tre årene i perioden. Målt i kroner var realveksten størst for somatisk spesialisthelsetjeneste, som økte med 14,3 mrd kroner fra 2006 til 2016. I prosent var realveksten til somatisk spesialisthelsetjeneste omtrent på samme nivå som for psykisk helsevern og rus totalt.

Fra 2006 til 2016 var veksten til både psykisk helsevern og rusbehandling størst i starten av perioden, mens somatisk spesialisthelsetjeneste hadde større vekst i slutten av perioden.

Befolkningsveksten var på 12 prosent fra 2006 til 2016. Målt i kroner per innbygger økte kostnadene med 4,9 prosent i tiårsperioden. Befolknings- og kostnadsveksten hadde omtrent samme nivå frem til 2014, hvor kostnadene deretter økte mer enn befolkningen. Realvekst målt per innbygger var tydeligst siste år, med en økning på 3 prosent. Veksten siste år gjaldt spesielt somatisk spesialisthelsetjeneste, rusbehandling, samt RHF-administrasjon. For somatiske tjenester var realvekst per innbygger på 3,3 prosent siste år, men korrigert for kostnader til nye legemidler og en eldre befolkning var veksten på 1,4 prosent. Veksten i kostnader til RHF-administrasjon kan knyttes til nye prosjekter i RHF-ene.

Det er regionale forskjeller både i kostnad per innbygger og i kostnadsutviklingen. Helse Vest har et lavt kostnadsnivå per innbygger, mens Helse Nord har et høyt kostnadsnivå per innbygger. For spesialisthelsetjenesten totalt hadde alle regionene kostnadsvekst fra 2012 til 2016, også når det korrigeres for befolkningsvekst. Veksten gjelder både somatiske tjenester og TSB, mens det var realnedgang i kostnader til psykisk helsevern. Nedgangen i kostnader til psykisk helsevern gjelder tjenester for voksne, og gjelder hovedsakelig for sykehusfunksjonen (ikke DPS). Helse Vest var eneste region som også hadde nedgang i kostnad per innbygger til psykisk helsevern for barn og unge fra 2012 til 2016.

«Den gylne regel» om sterkere kostnadsvekst til både psykisk helsevern og TSB enn i somatisk sektor ble ikke innfridd fra 2015 til 2016. Med unntak av Helse Vest hadde alle regionale helseforetak større vekst til TSB enn til somatisk spesialisthelsetjeneste, men ingen regioner hadde større vekst til psykisk helsevern enn til somatikken.

KOSTNADER I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Innledning

I dette kapitlet presenteres kostnadstall for spesialisthelsetjenesten fra 2006 til 2016. Analysene fokuserer på kostnadsutvikling på nasjonalt og regionalt nivå, og belyser vekst for ulike tjenesteområder og regionale forskjeller i kostnad per innbygger. Et større utvalg tabeller, figurer samt grunnlagstall som ligger til grunn for dette notatet er tilgjengelig på helsedirektoratet.no[1].

Regionale kostnadstall er korrigert for gjestepasientoppgjør og kjøp fra private, og omfatter med det alle kostnader knyttet til behandling av innbyggere i regionens opptaksområde. Dette i henhold til regionenes *«sørge-for-ansvar»*.

Fra 2014 ble kravet om sterkere vekst for psykisk helsevern og TSB enn for somatiske spesialisthelsetjenester gjeninnført for RHF-ene. Innen psykisk helsevern skal utbygging av distriktspsykiatriske senter (DPS) og tjenester for barn og unge prioriteres spesielt. Veksten skal blant annet måles ved å se på kostnadsutviklingen for de nevnte tjenesteområdene, og kostnadsveksten skal i denne sammenhengen måles eksklusive pensjon, avskrivninger og legemidler. Regionale utviklingstall for 2015 og 2016 vil være tilrettelagt for å kunne vurdere regionenes måloppnåelse i forhold til dette styringskavet som ofte omtales som *«den gylne regel»*. I øvrige analyser vil alle driftskostnader i resultatregnskapene inngå i kostnadsdefinisjonen som legges til grunn, med mindre noe annet er spesifisert.

Endringstall som presenteres i kapitlet vil i all hovedsak være korrigert for prisvekst, og korreksjonen er gjort i henhold til SSB sin vektede prisindeks for arbeid- og produktinnsats i statlige helsetjenester. Indeksen er en sammenvekting av vekst i lønnskostnad per timeverk og beregnet vekst i varekostnader, hvor pensjon- og kapitalkostnader inngår. Indeksen har en akkumulert vekst fra 2006 til 2016 på 47 prosent, hvor det var en negativ prisutvikling på 3,1 prosent siste år. Negativ deflator siste år henger sammen med en nedgang i pensjonskostnader på 4,5 mrd kroner fra 2015 til 2016 (løpende priser). Alle tall som omtales videre i dette notatet er justert for prisvekst med mindre annet er spesifisert.

Tabell 1: Vektet prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester i perioden 2006 – 2016 (SSB).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Årlig prisvekst	1,080	1,060	1,027	1,025	1,055	1,040	1,040	1,037	1,062	0,969	1,000
Akkumulert prisvekst	1,466	1,357	1,281	1,247	1,217	1,154	1,110	1,067	1,030	0,969	1,000

[1] https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/41ca4f11-9619-4c83-a349-c10587775596?e=false&vo=viewonly

Nasjonale kostnader - kostnadsutviklingen 2006 – 2016

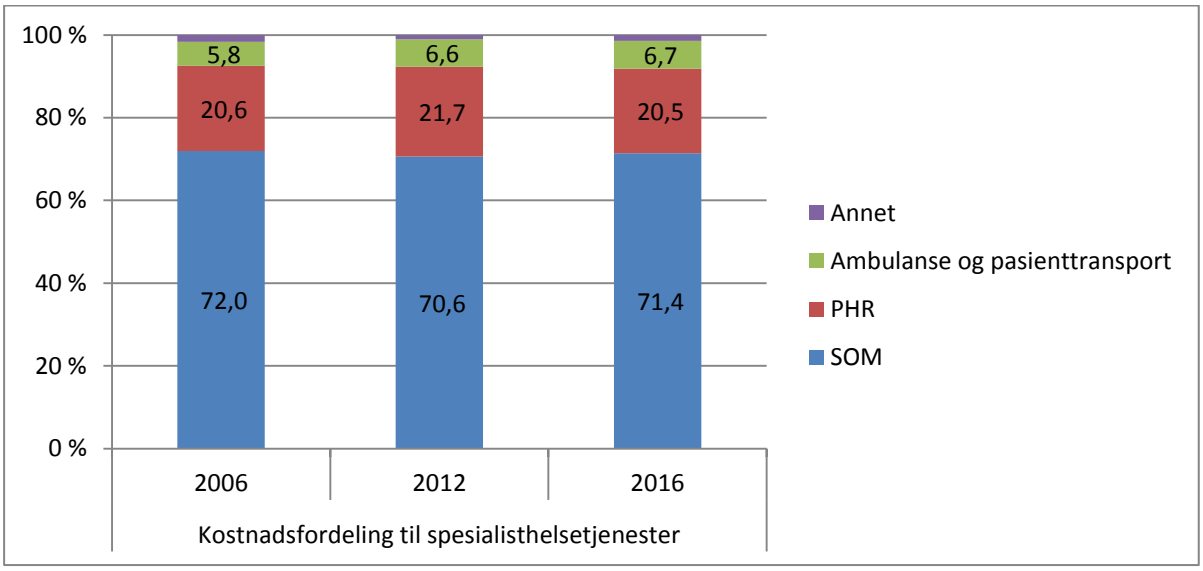
I 2016 var de totale kostnadene til spesialisthelsetjenesten på 139 mrd kroner, en realvekst på 17,8 prosent fra 2006 til 2016. Siste år utgjorde kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste hele 71 prosent av de totale kostnadene, dette tilsvarer 99 mrd kroner. Samme år var kostnadene til psykisk helsevern på 23,1 mrd kroner, mens TSB hadde en kostnad på 5,3 mrd kroner. Samlet for psykisk helsevern og TSB (PHR) utgjør dette 21 prosent av kostnadene i spesialisthelsetjenesten, hvor den relative kostnadsandelen har gått ned. Kostnader til ambulanse og pasienttransport var samme år på 9,3 mrd kroner, noe som tilsvarer 7 prosent av de samlede kostnadene.

Tabell 2: Totale driftskostnader til spesialisthelsetjenesten i 2016, angitt i millioner kroner og fordelt etter formål.

Formål	Mill kr 2016	Prosent realendring 2006 - 2016	Prosent realendring 2012 - 2016	Prosent realendring 2015 - 2016
Somatiske spesialisthelsetjenester	99 276	16,9	10,7	4,2
Psykisk helsevern og TSB (PHR)	28 450	17,1	3,2	2,0
herav Psykisk helsevern for voksne	18 752	7,8	-0,7	0,8
herav Psykisk helsevern for barn og unge	4 358	21,5	3,1	2,1
herav Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5 340	61,6	19,5	6,2
Ambulansetjenester og pasienttransport	9 319	36,6	10,8	3,8
Personalpolitiske tiltak	294	-69,9	5,1	0,6
RHF-administrasjon	1 715	75,1	58,4	18,9
Totale driftskostnader	139 054	17,8	9,5	3,8
Herav av- og nedskrivningskostnader (A)	5 311	*ikke relevant deflator*[1]		
Herav pensjonskostnader (P)	14 165			
Herav legemiddelkostnader (L)	7 662			

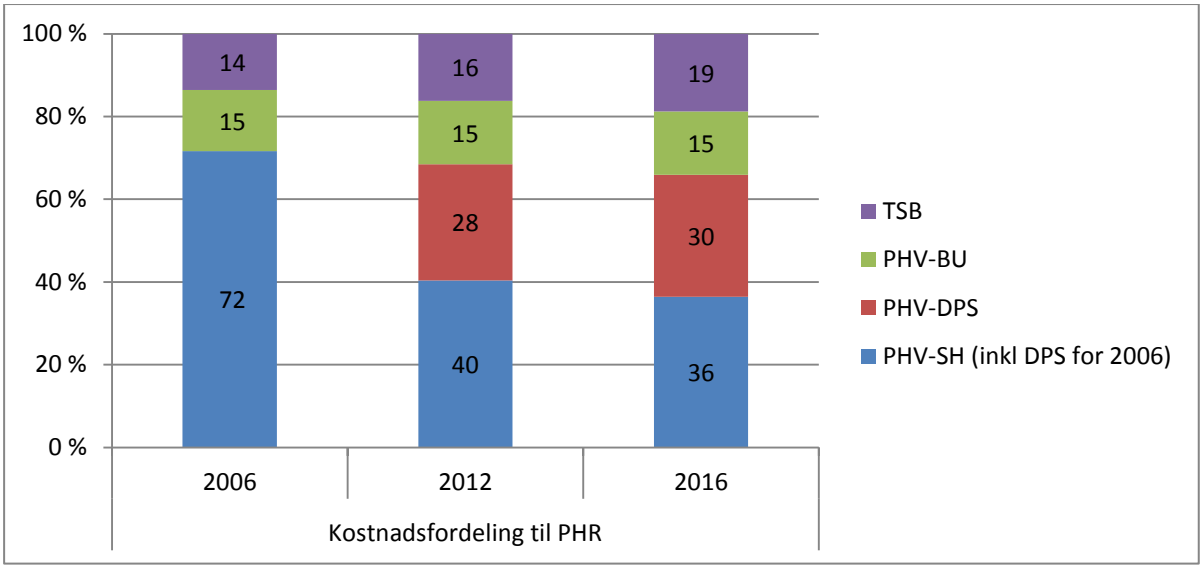
[1] Prisindeksen for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester er inklusive kostnader til legemidler, pensjon og av- og nedskrivninger. Prisjustering av enkelte kostnadskomponenter er ikke hensiktsmessig nettopp fordi prisveksten vil kunne variere for ulike kostnadsgrupper.

Figur 1: Relativ kostnadsfordeling mellom ulike spesialisthelsetjenesteoppgaver i 2006, 2012 og 2016.



Som nevnt har den samlede kostnadsandelen til psykisk helsevern og rus gått ned sammenlignet med utviklingen i de øvrige tjenesteområdene fra 2006 til 2016. Figur 2 viser hvordan den relative kostnadsfordelingen har vært mellom tjenesteområdene innen psykisk helsevern og TSB. Kostnadsandelen til TSB og DPS-er har økt, andelen til psykisk helsevern for barn og unge har vært stabil, og andelen til psykisk helsevern for voksne på sykehus har gått ned.

Figur 2: Relativ kostnadsfordeling mellom ulike tjenestetilbud innen psykisk helsevern og TSB i 2006, 2012 og 2016.



For å kunne vurdere utviklingen i kostnader er det flere faktorer det kan være relevant å korrigere for, se figur 3. Fra 2006 til 2016 var det en prisvekst på 47 prosent, og en befolkningsvekst på 12 prosent.

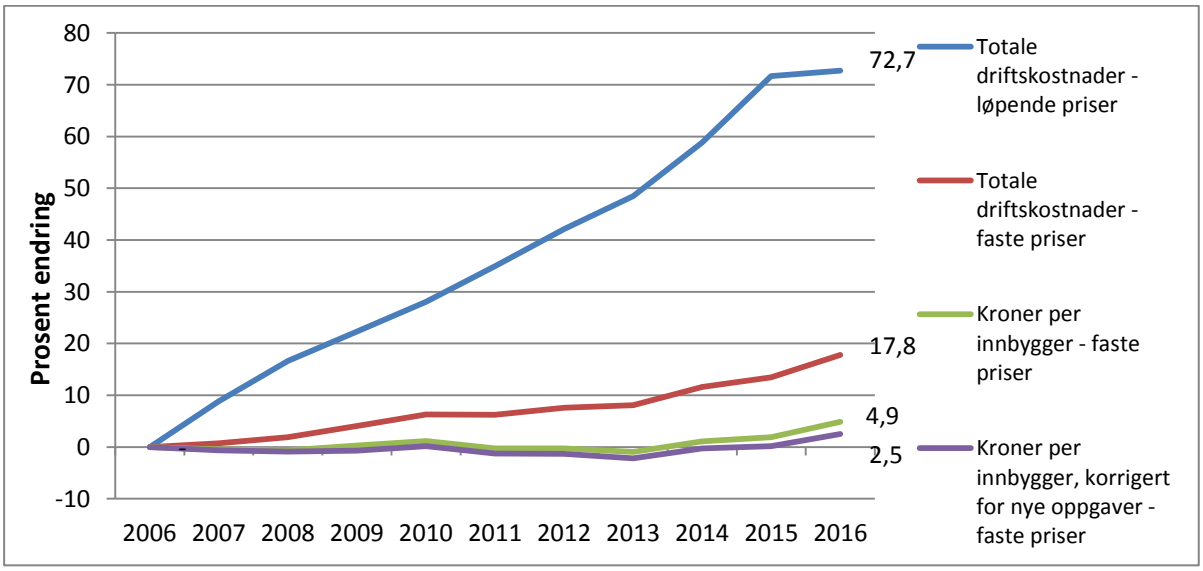
Nominell kostnadsutvikling for spesialisthelsetjenesten totalt var på 73 prosent fra 2006 til 2016. Siste år i perioden var det tilnærmet nullvekst, og dette skyldes hovedsakelig nedgangen i pensjonskostnader på 4,5 mrd kroner (løpende priser). Prisindeksen som ligger til grunn for å beregne realvekst i spesialisthelsetjenesten korrigerer for fallet i pensjonskostnader siste år.

Realveksten i spesialisthelsetjenesten totalt var på 17,8 prosent i tiårsperioden, og målt per innbygger var veksten på 4,9 prosent. Frem til 2014 var kostnadsveksten og befolkningsveksten omtrent på samme nivå, men kostnadene har økt mer enn befolkningen de siste tre årene.

Spesialisthelsetjenesten har blitt tilført nye oppgaver i perioden, som finansieringsansvar for nye legemidler. Nye oppgaver i spesialisthelsetjenesten fører til kostnadsvekst, men reflekterer ikke nødvendigvis økt prioritering av tjenesteområder. Kostnadsveksten til spesialisthelsetjenesten, korrigert for både pris- og befolkningsvekst samt nye oppgaver, var på 2,5 prosent fra 2006 til 2016. Det er kun de to siste årene at kostnad per innbygger i spesialisthelsetjenesten totalt, målt i faste priser og korrigert for nye oppgaver, var høyere enn i 2006.

I figurer videre i notatet vil endringstall være korrigert for prisvekst, og det spesifiseres dersom tall er befolkningskorrigert. Korreksjoner for nye oppgaver gjelder kun for figur 3 og 7.

Figur 3: Akkumulert kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten fra 2006 til 2016, henholdsvis nominelt og korrigert for prisvekst, befolkningsvekst og med og uten nye oppgaver.



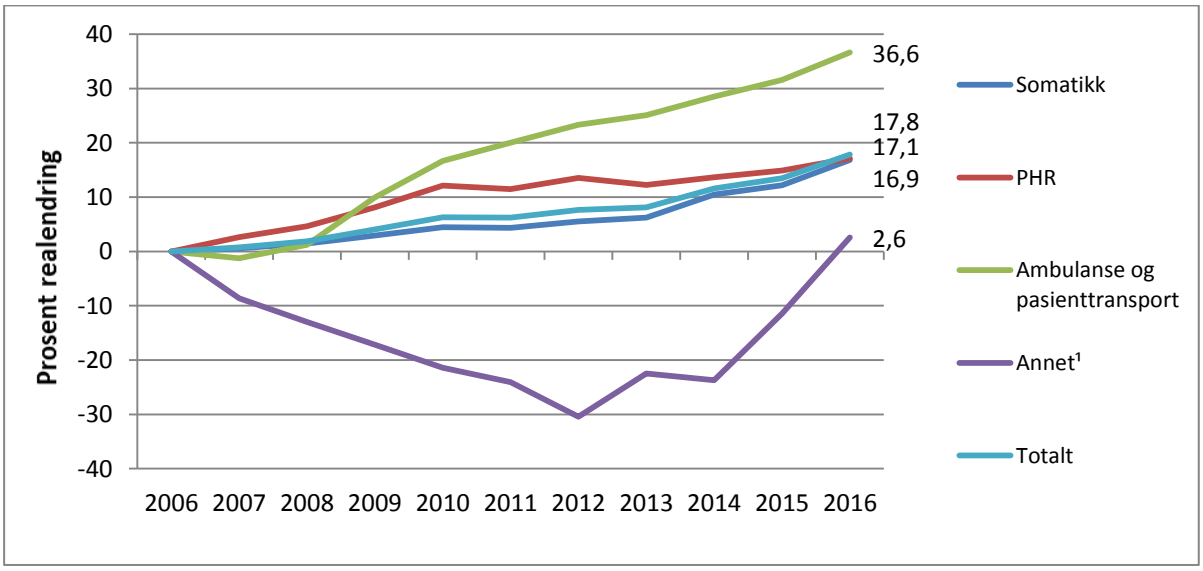
For spesialisthelsetjenesten totalt var realveksten i kostnader fra 2006 til 2016 på 18 prosent. Nesten 10 prosent av veksten kom i perioden 2012 til 2016, hvorav 4 prosent gjaldt siste år. Somatikken utgjør den største andelen av kostnadene i spesialisthelsetjenesten, og totaltall speiler derfor i stor grad utviklingen i somatisk sektor. Kostnadsveksten til somatisk spesialisthelsetjeneste var et prosentpoeng lavere enn den samlede kostnadsveksten, altså på 17 prosent. En større andel av veksten i somatikken gjelder perioden 2012-2016, og spesielt siste år. Kostnader til nye oppgaver (hovedsakelig legemidler) forklarer deler av veksten i somatikken de siste to årene.

KOSTNADER I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Kostnader til psykisk helsevern og rus (PHR) økte med 17,1 prosent fra 2006 til 2016, omtrent like mye som somatisk sektor. Men som det fremkommer i figur 4 kom veksten i ulike perioder for tjenesteområdene. Kostnadsveksten for psykisk helsevern og rus var størst frem til 2012, mens veksten til somatiske tjenester var større de siste årene i perioden.

I 2016 var kostnader til RHF-administrasjonen på 1,7 mrd kroner, en økning på 75 prosent fra 2006. Veksten i kostnader er i stor grad knyttet til utviklingsprosjekter, IKT, innkjøp og logistikk. Det var også en økning i lønnskostnader i perioden, men andelen lønnskostnader har gått ned, og utgjorde i 2016 tilnærmet 26 prosent. Personalpolitiske tiltak hadde en kostnadsreduksjon på 70 prosent fra 2006 til 2016.

Figur 4: Akkumulert kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten fra 2006 til 2016 etter tjenesteområde, målt i faste kroner (2006 = 0).

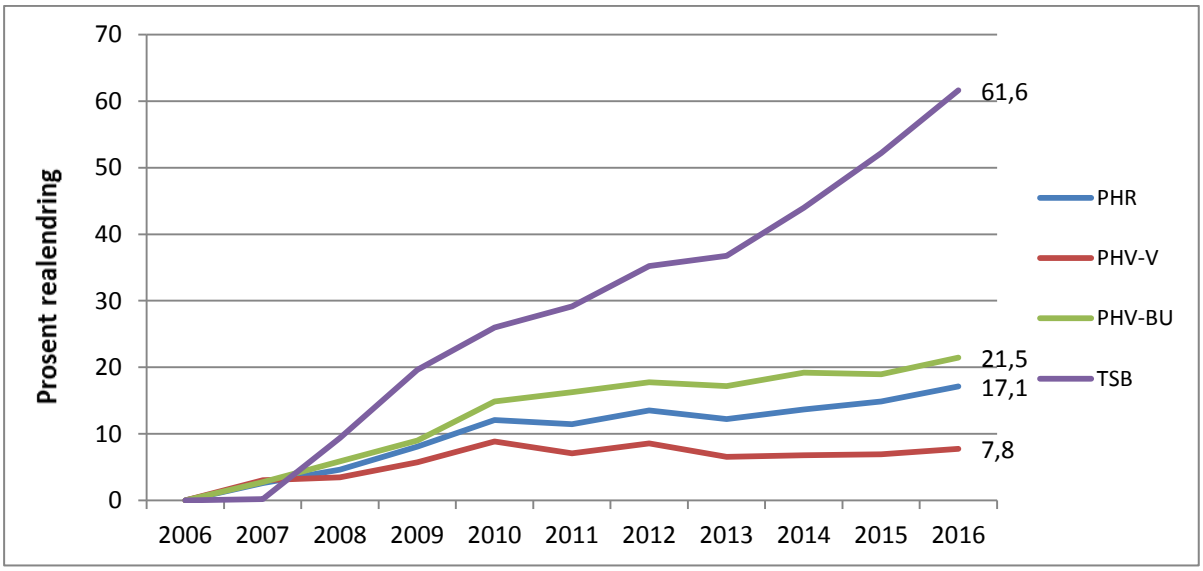


[1] Annet består av RHF-administrasjon og personalpolitiske tiltak.

Kostnader til psykisk helsevern og rusbehandling omfatter flere tjenesteområder, og figur 5 viser kostnadsutviklingen til disse tjenestene. Kostnader til psykisk helsevern for voksne hadde fra 2006 til 2016 en vekst på 8 prosent; 10 prosentpoeng lavere enn den samlede kostnadsutviklingen. Kostnadsveksten til psykisk helsevern for voksne gjelder i stor grad distriktspsykiatriske sentra (DPS), og gjaldt de første årene i perioden. Fra 2012 til 2016 var det en kostnadsnedgang på 0,7 prosent for psykisk helsevern til voksne. Kostnader til psykisk helsevern for barn og unge hadde en realvekst på 21 prosent fra 2006 til 2016, også her var veksten størst i starten av perioden og frem til 2010. Fra 2006 til 2016 hadde kostnader til TSB en betydelig økning på 62 prosent, hvor veksten siste år var på 6 prosent. Deler av kostnadsveksten i TSB kommer av at sektoren i oppdragsbrevet for 2014 fikk måltall for vekst i antall døgnplasser i alle helseregioner[2].

[2] Døgnplasser i rusbehandlingstilbudet - se analysenotat 06/17 fra Samdata.

Figur 5: Akkumulert kostnadsvekst til psykisk helsevern og TSB fra 2006 til 2016 etter tjenesteområde, målt i faste kroner (2006 = 0).



Figur 6 viser kostnadsutviklingen til ulike tjenesteområder fra 2006 til 2016 korrigert for både pris- og befolkningsvekst. For spesialisthelsetjenesten totalt var kostnad per innbygger på 25 213 kroner i 2006, nivået holdt seg relativt stabilt frem til 2013 hvor det falt litt, men har siden økt til 26 455 kroner per innbygger i 2016. Dette betyr at realveksten i kostnader var større enn befolkningsveksten fra 2006 til 2016, og at kostnadsveksten kom i siste del av perioden.

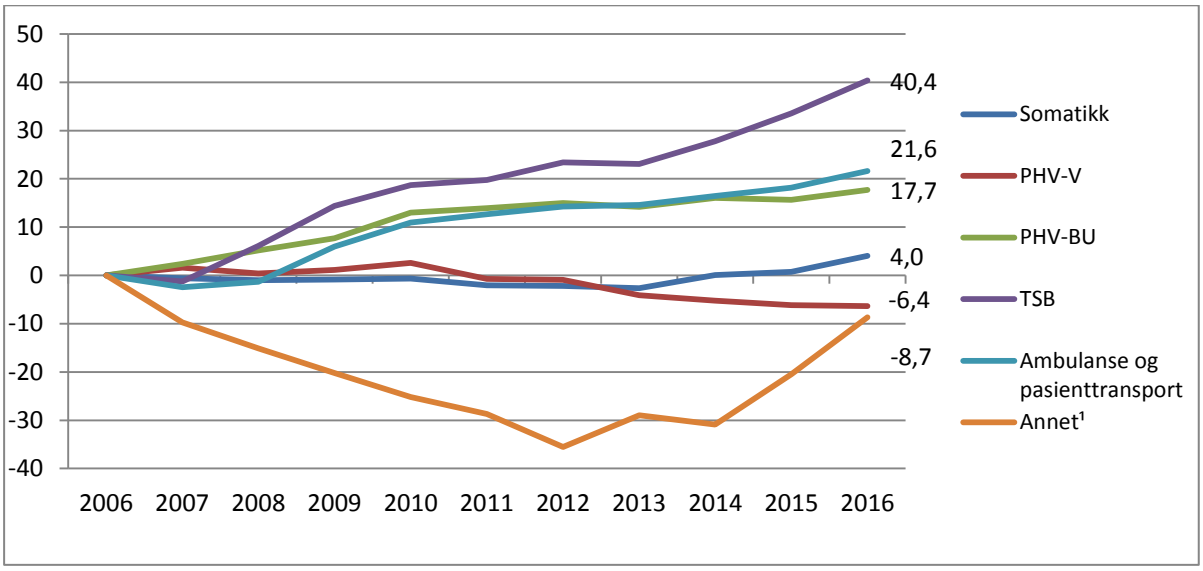
TSB hadde kraftigst realveksten per innbygger[3] med 40 prosent fra 2006 til 2016. Utviklingen var også betydelig for psykisk helsevern for barn og unge, som hadde en realvekst per innbygger[4] på 17,7 prosent. Dette skiller seg fra kostnadsutviklingen til psykisk helsevern for voksne[5] som gikk ned med 6 prosent i perioden. Befolkningsutviklingen fra 2006 til 2016 er ulik for barn og unge (3 prosent vekst) og for voksne (15 prosent vekst), og endringstall per innbygger påvirkes derfor ulikt for disse tjenesteområdene når det korrigeres for dette.

[3] Kostnad per innbygger til rusbehandling (TSB) er beregnet med innbyggertall for personer 18 år og eldre.

[4] Kostnad per innbygger til psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) er beregnet med innbyggertall for personer under 18 år.

[5] Kostnad per innbygger til psykisk helsevern for voksne (PHV-V) er beregnet med innbyggertall for personer 18 år og eldre.

Figur 6: Akkumulert kostnadsvekst per innbygger til spesialisthelsetjenesten fra 2006 til 2016 etter tjenesteområde, målt i faste kroner (2006 = 0).



[1] Annet består av RHF-administrasjon og personalpolitiske tiltak.

Figur 7 viser kostnadsutviklingen fra 2012 til 2016 for somatisk spesialisthelsetjeneste når det korrigeres for befolkningsvekst, nye oppgaver knyttet til legemidler og demografisk utvikling. Befolkningskorrigert kostnadsutvikling til psykisk helsevern og TSB (PHR) er også med i samme figur. Formålet er å se på kostnadsutviklingen i somatisk sektor når kostnader til nye oppgaver (legemidler) holdes utenfor grunnlaget, og endret alderssammensetning i befolkningen holdes konstant.

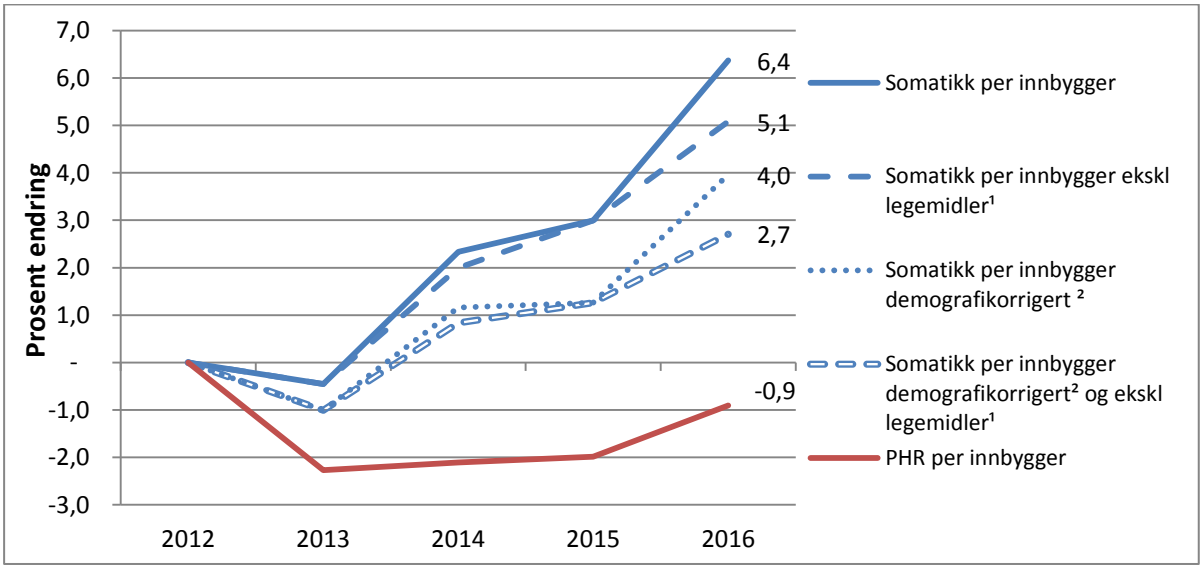
Nye oppgaver til legemidler i somatisk spesialisthelsetjeneste ble finansiert gjennom tilleggsbevilgninger i statsbudsjettet, og utgjorde 300 mill kroner i 2014 og 1,2 mrd kroner i 2016. Endringer i befolkningens alderssammensetning fra 2012 til 2016 påvirker behovet for somatiske spesialisthelsetjenester. Andelen eldre øker, mens andelen yngre går ned; det vil si at en ren korreksjon for befolkningsvekst ikke fult ut tar høyde for et større behov for somatiske tjenester i 2016 sammenlignet med 2012[6]. For å korrigere for dette er alderssammensetningen i 2016 holdt konstant for alle år i perioden; se datagrunnlag for mer informasjon.

Fra 2012 til 2016 økte kostnad per innbygger til somatiske tjenester betydelig mer enn kostnad per innbygger til psykisk helsevern og TSB (PHR). Kostnad per innbygger til somatikken økte med 6,4 prosent, mens kostnader til psykisk helsevern og rus gikk ned med 0,9 prosent. Dersom kostnader knyttet til nye oppgaver (legemidler) i somatikken holdes utenfor beregningene, reduseres kostnadsveksten per innbygger til 5,1 prosent.

[6] Det er ikke gjort en tilsvarende analyse for psykisk helsevern og TSB da disse tjenesteområdene har en annen pasientsammensetning hvor langt færre eldre pasienter bruker tjenestene.

Kostnadsutviklingen, målt per innbygger og med alderskorrigering, gir en kostnadsvekst på 4 prosent. Dersom kostnader til nye legemidler holdes utenfor, i tillegg til alderskorrigeringen, så er kostnadsveksten per innbygger til somatikken på 2,7 prosent.

Figur 7: Akkumulert kostnadsvekst til somatisk spesialisthelsetjeneste fra 2012 til 2016, med og uten befolkningskorreksjon, nye oppgaver til legemidler og demografikorrigering. Alle tall i faste priser.



[1] Ekstrabevilgninger til legemidler er holdt utenfor; 300 mill kroner i 2014 og 1,2 mrd kroner i 2016.

[2] Kostnadsutviklingen er beregnet gitt konstant alderssammensetning i perioden, det vil si at alderssammensetningen i 2016 gjelder alle år i perioden 2012 til 2016.

Regionale forskjeller - kostnadsutviklingen 2012 - 2016

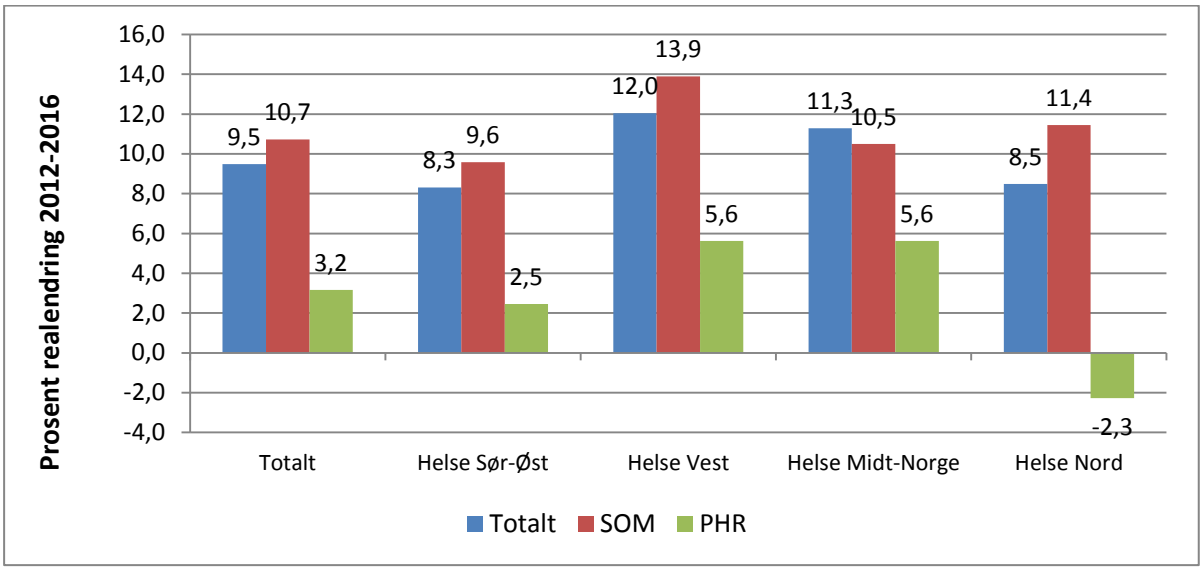
Realveksten i spesialisthelsetjenesten var for alle tjenesteområdene totalt på 9,5 prosent fra 2012 til 2016. Helse Sør-Øst og Helse Nord hadde lavere kostnadsvekst enn dette, og Helse Vest og Helse Midt-Norge hadde noe høyere kostnadsvekst. Helse Vest hadde den største kostnadsveksten for alle tjenesteområdene samlet, og det er spesielt kostnader til somatiske tjenester som øker i denne regionen. Dette betyr at Helse Vest, som er regionen med lavest kostnad per innbygger, nærmer seg kostnadsnivået til de øvrige regionene.

I alle regionene var veksten større til somatiske tjenester enn til psykisk helsevern og TSB (PHR). Veksten i kostnader til somatiske tjenester varierte fra 9,6 prosent i Helse Sør- Øst til 13,9 prosent i Helse Vest. Både Helse Vest og Helse Midt-Norge hadde en kostnadsvekst til psykisk helsevern og TSB totalt på 5,6 prosent, Helse Sør-Øst hadde en kostnadsvekst på 2,5 prosent, og Helse Nord hadde en nedgang på 2,3 prosent.

KOSTNADER I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Helse Midt-Norge hadde en større vekst til spesialisthelsetjenesten totalt enn til tjenesteområdene somatikk og psykisk helsevern og rus (PHR), se figur 8. Dette skyldes stor vekst i kostnader til ambulansetjenester og RHF-administrasjon.

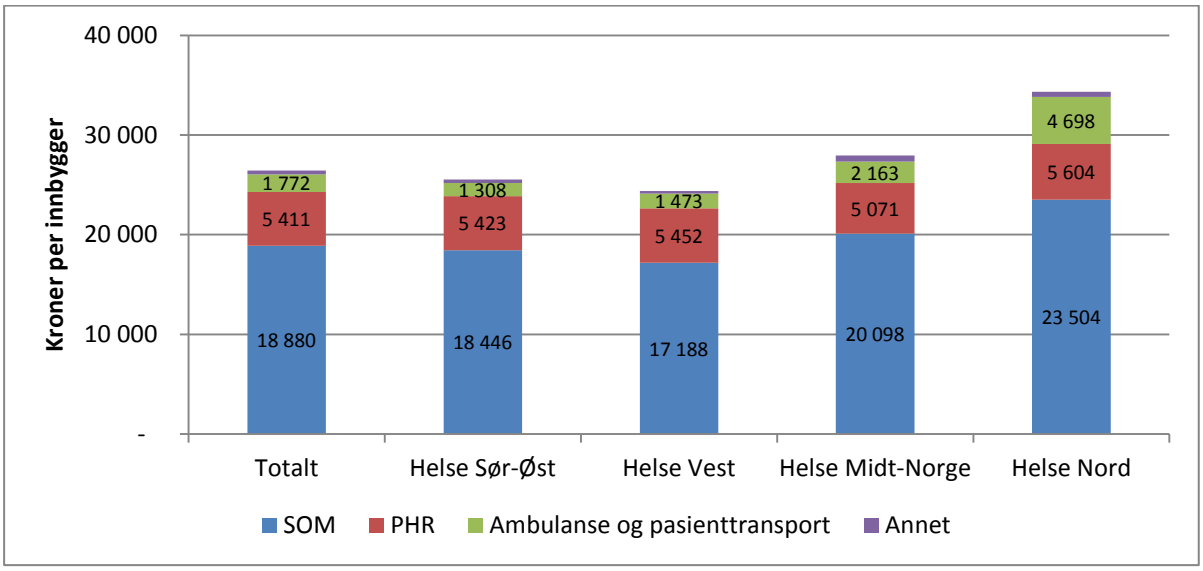
Figur 8: Akkumulert kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten for perioden 2012 til 2016, angitt ved prosent endring og fordelt etter region og tjenesteområde.



Det er store nivåforskjeller mellom helseregionene i kostnad per innbygger til spesialisthelsetjenesten; fra 24 368 kroner i Helse Vest til 34 333 kroner i Helse Nord. Helse Sør-Øst disponerte 54 prosent av kostnadene i spesialisthelsetjenesten i 2016, og regionen definerer derfor langt på vei det nasjonale gjennomsnittet for alle tjenesteområdene.

Kostnadsandelene til ulike tjenester varierer, hvor blant annet demografi og geografi kan forklare ulike behov. Helse Nord har eksempelvis et langt høyere kostnadsnivå til ambulanse og pasienttransport enn de øvrige regionene på grunn av bosettingsmønster og lavere grad av sentralisering.

Figur 9: Gjestepasientkorrigerte regionale kostnader til spesialisthelsetjenesten i 2016, angitt ved kroner per innbygger og fordelt etter tjenesteområde.



Tabell 3: Gjestepasientkorrigerte regionale kostnader til spesialisthelsetjenesten i 2016, angitt ved kroner per innbygger.

	Formål	Kroner per innbygger 2016	Prosent realendring 2012 - 2016	Prosent av landsgjennomsnittet 2016
Helse Sør-Øst	Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)	18 446	4,8	98
	Psykisk helsevern og TSB (PHR)	5 423	-2,0	100
	Psykisk helsevern samlet (PHV-TOT)	4 378	-4,8	100
	• Psykisk helsevern for voksne (PHV-V)	4 492	-6,5	99
	• Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)	3 954	2,6	103
	TSB	1 325	10,6	102
	Totalt	25 525	3,6	97
Helse Vest	Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)	17 188	9,4	91
	Psykisk helsevern og TSB (PHR)	5 452	1,5	101
	Psykisk helsevern samlet (PHV-TOT)	4 394	-2,5	100
	• Psykisk helsevern for voksne (PHV-V)	4 700	-3,0	103
	• Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)	3 365	-1,2	87
	TSB	1 373	20,8	106
	Totalt	24 368	7,6	92
Helse Midt-Norge	Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)	20 098	6,8	106
	Psykisk helsevern og TSB (PHR)	5 071	2,1	94
	Psykisk helsevern samlet (PHV-TOT)	4 243	-0,1	97
	• Psykisk helsevern for voksne (PHV-V)	4 456	-1,0	98
	• Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)	3 459	2,9	90
	TSB	1 055	13,7	82
	Totalt	27 953	7,5	106
Helse Nord	Somatiske spesialisthelsetjenester (SOM)	23 504	9,1	124
	Psykisk helsevern og TSB (PHR)	5 604	-4,3	104
	Psykisk helsevern samlet (PHV-TOT)	4 716	-7,1	107
	• Psykisk helsevern for voksne (PHV-V)	4 624	-10,8	102
	• Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU)	5 071	8,2	132
	TSB	1 117	11,9	86
	Totalt	34 333	6,2	130

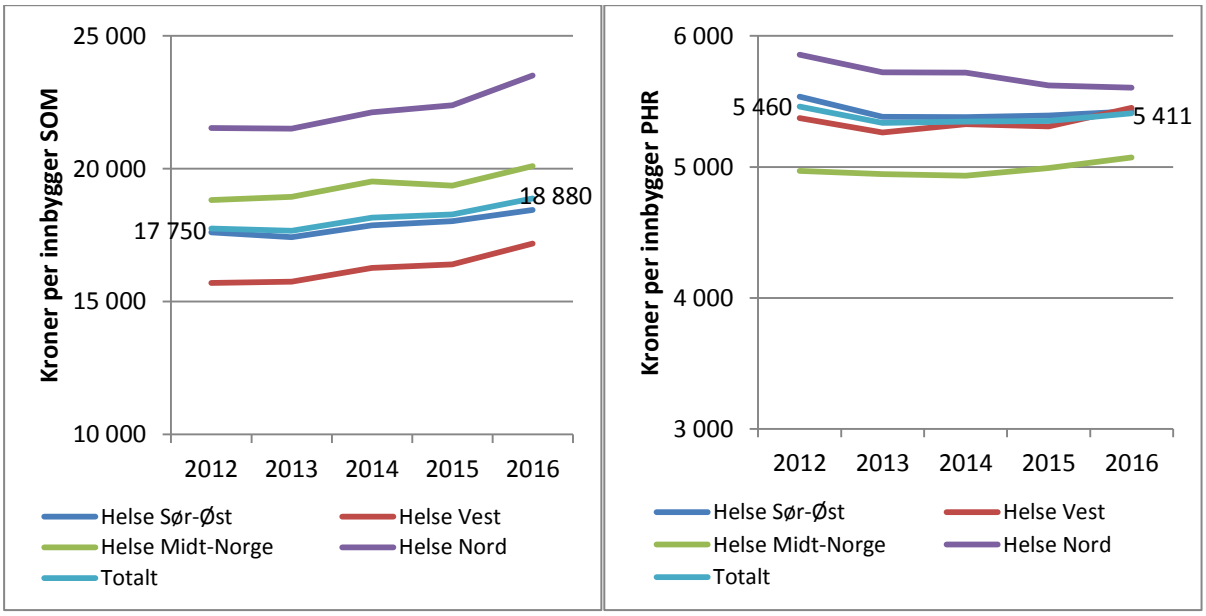
Det var store forskjeller mellom regionene i kostnad per innbygger til somatiske tjenester i 2016. Helse Vest hadde lavest kostnad per innbygger med 17 188 kroner, og Helse Nord lå betydelig høyere enn de andre regionene med 23 504 kroner per innbygger. Variasjonen er ikke like stor for befolkningsjusterte kostnader til TSB og psykisk helsevern (PHR), hvor nivået varierte fra 5 071 kroner i Helse Midt-Norge til 5 604 kroner i Helse Nord.

Korrigert for befolkningsvekst hadde Helse Sør-Øst en kostnadsvekst fra 2012 til 2016 for spesialisthelsetjenesten totalt på 3,6 prosent, dette er lavere enn for de øvrige regionene. Til somatiske tjenester hadde regionen en kostnadsvekst på 4,8 prosent per innbygger, også dette var

lavere enn i de øvrige helseregionene. Både Helse Vest og Helse Nord hadde en økning i kostnad per innbygger på i overkant av 9 prosent til somatikken. For Helse Vest innebærer dette at regionen nærmer seg landsgjennomsnittet noe, mens Helse Nord øker avstanden til landsgjennomsnittet ytterligere, se figur 10.

Helse Sør-Øst reduserte kostnadene sine til psykisk helsevern og TSB med 2 prosent fra 2012 til 2016, og kun Helse Nord hadde en større nedgang med 4,3 prosent. Helse Midt-Norge og Helse Vest hadde begge en kostnadsvekst på omtrent 7,5 prosent til psykisk helsevern og TSB. Forskjellene mellom regionene i kostnad per innbygger til psykisk helsevern og TSB (PHR) reduseres fra 2012 til 2016.

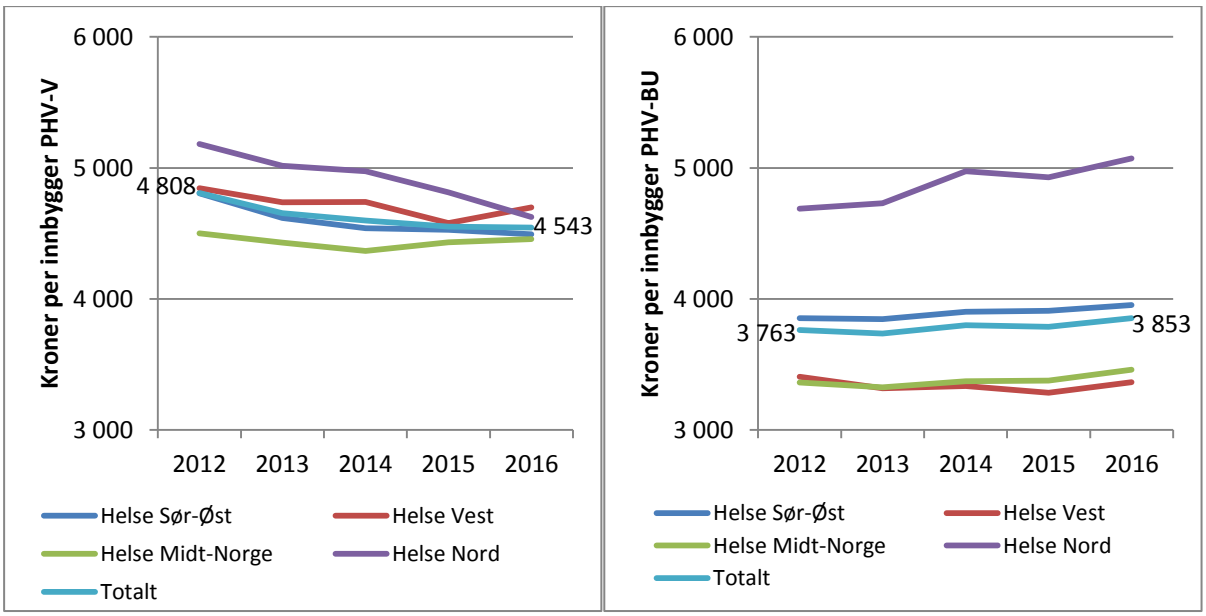
Figur 10: Utvikling i gjestepasientkorrigerte kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester (SOM) og psykisk helsevern og TSB (PHR) i perioden 2012 - 2016. Angitt per region ved faste kroner per innbygger.



Alle regionene hadde en nedgang i kostnad per innbygger fra 2012 til 2016 til sykehustjenester i psykisk helsevern for voksne; fra -8,5 prosent i Helse Sør-Øst til -20,5 prosent i Helse Nord. Utviklingen i kostnad per innbygger til DPS-tjenester i psykisk helsevern hadde stor variasjon mellom regionene; fra 3 prosent nedgang i Helse Sør-Øst til 31 prosent vekst i Helse Midt-Norge. Spesielt for Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge er prioriteringen av DPS-er til fordel for sykehus tydelig. Variasjonen i kostnad per innbygger til psykisk helsevern for voksne er vesentlig redusert mellom regionene fra 2012 sammenlignet med 2016.

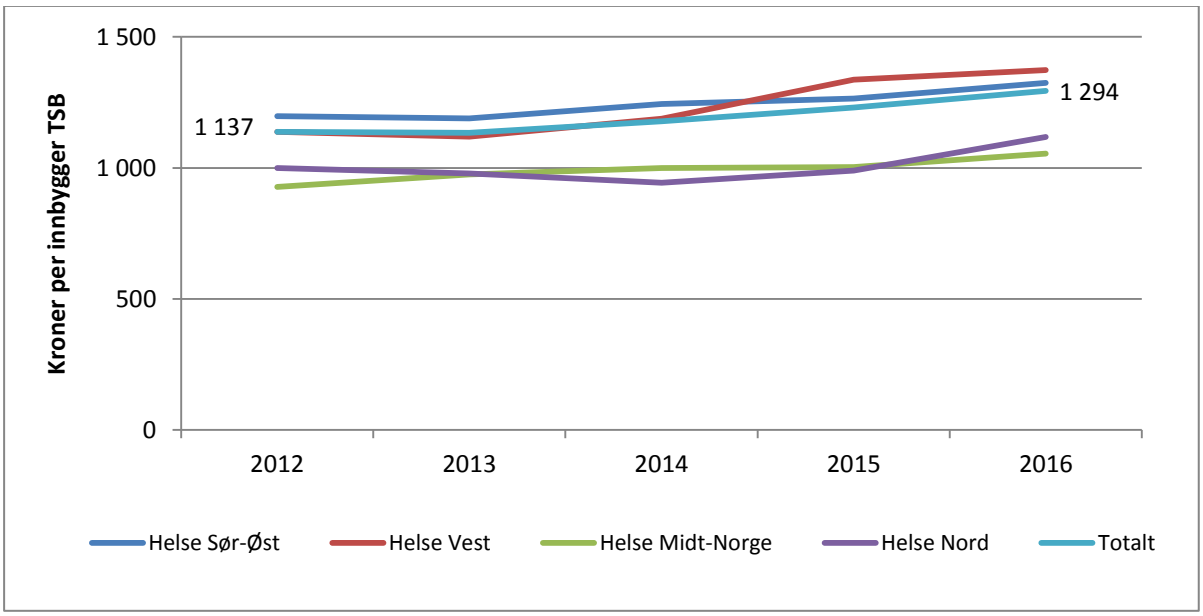
Forskjeller i kostnad per innbygger til psykisk helsevern for barn og unge har, i motsetning til psykisk helsevern for voksne, økt fra 2012 til 2016. Helse Nord hadde en kostnadsvekst per innbygger på 8 prosent i perioden, og lå 32 prosent over landsgjennomsnittet i 2016. I samme periode hadde Helse Vest en nedgang i kostnader til psykisk helsevern for barn og unge med 1 prosent, og regionen har lavest kostnadsnivå i 2016.

Figur 11: Utvikling i gjestepasientkorrigerte kostnader til psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) i perioden 2012 - 2016. Angitt per region ved faste kroner per innbygger.



Kostnad per innbygger til rusbehandling økte i alle regionene fra 2012 til 2016. Veksten varierte fra 11 prosent i Helse Sør-Øst til 21 prosent i Helse Midt-Norge. Helse Midt-Norge har en lav kostnad per innbygger til rusbehandling, og regionen reduserer avviket fra landsgjennomsnittet noe i perioden, men er fortsatt 18 prosent under landsgjennomsnittet i 2016. Helse Vest er regionen med høyest kostnad per innbygger til rusbehandling, og dette skiller seg ut fra regionens kostnader til de øvrige tjenesteområdene.

Figur 12: Utvikling i gjestepasientkorrigerte kostnader til spesialisert rusbehandling i perioden 2012 - 2016. Angitt per region ved faste kroner per innbygger.



Den gylne regel

«Den gylne regel» om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHR) enn for somatiske spesialisthelsetjenester ble gjeninnført som styringskrav for de regionale helseforetakene fra 2014. I oppdraget til de regionale helseforetakene er det også presisert at det er de distriktspsykiatriske tjenestene og tjenester for barn og unge som skal prioriteres innenfor psykisk helsevern.

Tallene i dette notatet har frem til nå vist at realveksten til somatisk spesialisthelsetjeneste har vært sterkere enn for psykisk helsevern og rus totalt, dette gjelder både fra 2012 til 2016 og siste år. Denne utviklingen gjelder for landet totalt og for den enkelte helseregion. Lavere vekst for psykisk helsevern og rus gjelder hovedsakelig nedgang i kostnader til psykisk helsevern for voksne, spesielt ved sykehus. Det var derfor kun kostnader til TSB som økte mer enn kostnader til somatisk spesialisthelsetjeneste, når alle kostnader inkluderes, som frem til nå i notatet.

I oppdragsdokumentet for 2016 presiseres det at kostnader til pensjon (P), legemidler (L) og avskrivninger (A) skal ekskluderes fra grunnlaget ved vurdering av mål om mervekst for psykisk helsevern og TSB. Gjestepasientkorrigerte regionale kostnader for 2015 og 2016 er derfor tilrettelagt i henhold til denne kostnadsdefinisjonen og endringstall presenteres i figurene 13 til 15. Når kostnadskomponenter ekskluderes fra grunnlaget, vil ikke lenger prisindeksen som er benyttet i øvrige analyser i notatet være relevant. Vekst i kostnader eksklusive pensjon, legemidler og pensjon vurderes derfor uten priskorrigeringer.

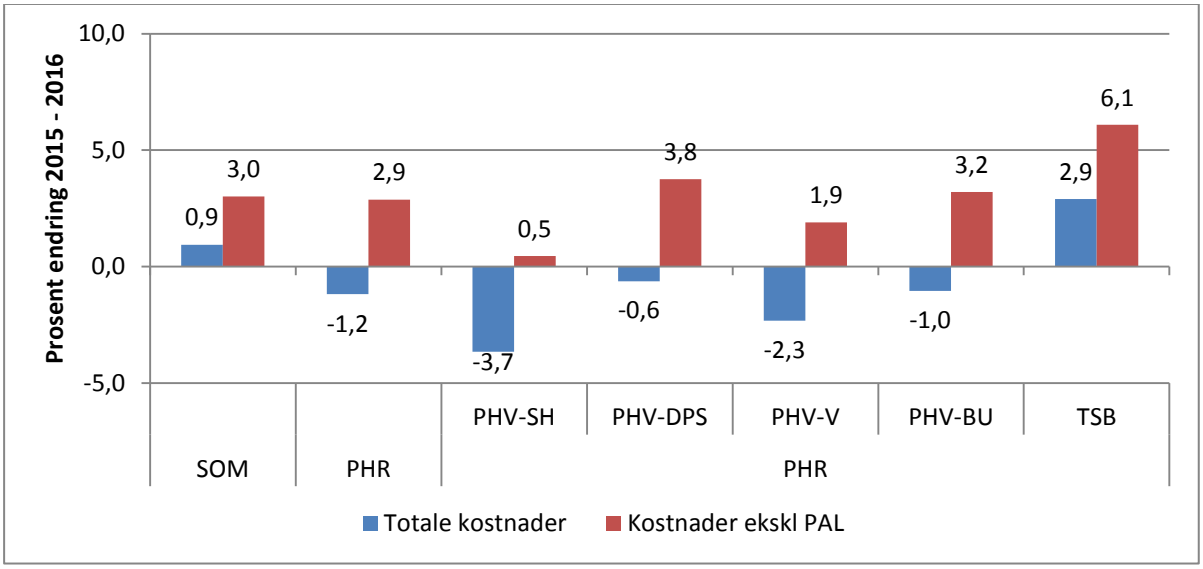
Det er ikke uproblematisk å vurdere regional kostnadsutvikling eksklusive pensjon, avskrivninger og legemidler. Kostnadsstørrelsene vil være synliggjort og trukket ut fra kostnadsgrunnlaget hos den som selger varen eller tjenesten. Kostnader som gjelder kjøp fra, eller tilskudd til private, vil ikke være nedjustert med kostnader til pensjon, legemidler og avskrivninger. Dette kan gi utilsiktede skjevheter i regionale sammenligninger, og beregnede endringstall vil være påvirket av eventuelle endringer i innslag av kjøp og salg av varer og tjenester.

Kostnadsutviklingen til tjenesteområdene endrer seg betydelig når kostnader til pensjon, avskrivninger og legemidler trekkes ut fra grunnlaget. Kostnadsveksten øker når disse komponenetene holdes utenfor, da nedgang i avskrivningskostnader og pensjonskostnader gjør at endringstall totalt holdes på et lavere nivå. Spesielt nedgang i pensjonskostnader påvirker endringstall, da disse var 4,5 mrd kroner lavere i 2016 sammenlignet med 2015. Alt annet likt vil pensjonsandelen i kostnadsgrunnlaget være høyere for personellintensive tjenesteområder, og pensjonsandelen er derfor også, som forventet, høyere for psykisk helsevern og TSB enn for somatiske spesialisthelsetjenester. Effekten av å holde kostnader til pensjon utenfor kostnadsgrunnlaget er derfor større for psykisk helsevern og rus enn for somatisk spesialisthelsetjeneste.

Figur 13 viser kostnadsveksten fra 2015 til 2016 for de aktuelle tjenesteområdene for den gylne regel, med nominell utvikling for kostnader totalt og for kostnader eksklusive pensjon, avskrivninger

og legemidler (PAL). Både for totale kostnader og for kostnader eksklusive PAL så var det ikke måloppnåelse om høyere kostnadsvekst til psykisk helsevern og rusbehadnlig totalt enn for somatisk spesialisthelsetjeneste. Veksten var 0,1 prosentpoeng lavere for psykisk helsevern og TSB (PHR) enn i somatisk sektor for kostnader eksklusive PAL. Det var lavere vekst til psykisk helsevern for voksne i sykehus, noe som gir lavere vekst til psykisk helsevern og TSB totalt enn i somatikken, dette gjelder kostnader både med eller uten PAL.

Figur 13: Endring i kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester (SOM) og psykisk helsevern og TSB (PHR) fra 2015 - 2016. Alle tall i nominelle størrelser, med og uten pensjon (P), avskrivninger (A) og legemidler (L).

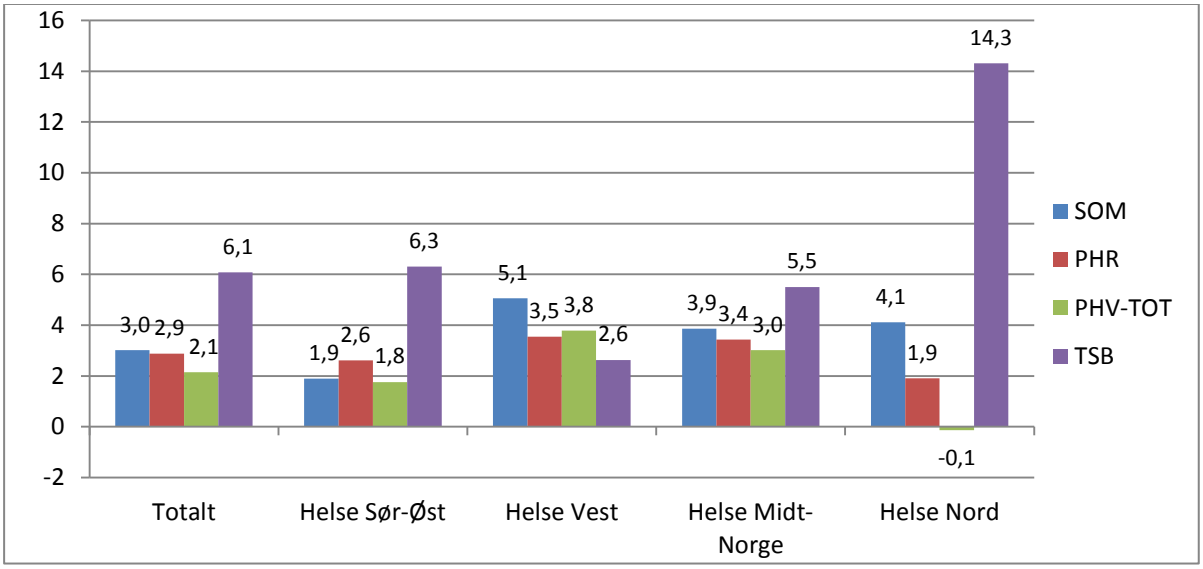


Figur 14 viser at ingen av de regionale helseforetakene hadde en sterkere kostnadsvekst til både psykisk helsevern og TSB enn for somatisk sektor fra 2015 til 2016. Helse Sør-Øst var eneste helseregion som hadde en sterkere vekst til psykisk helsevern og TSB totalt enn i somatisk sektor, men veksten til psykisk helsevern var lavere enn for somatikken.

Alle regionene, med unntak av Helse Vest, hadde en sterkere kostnadsvekst til rusbehandling sammenlignet med somatisk sektor. Spesielt Helse Nord hadde en stor vekst i kostnader til TSB, med i overkant av 14 prosent.

Kostnadsutviklingen til psykisk helsevern totalt var for alle regionene lavere enn utviklingen i kostnader til somatikken. Helse Nord var eneste region med tilnærmet nullvekt i kostnader til psykisk helsevern, og hadde størst avvik i kostnadsutvikling mellom psyksik helsevern og somatisk sektor.

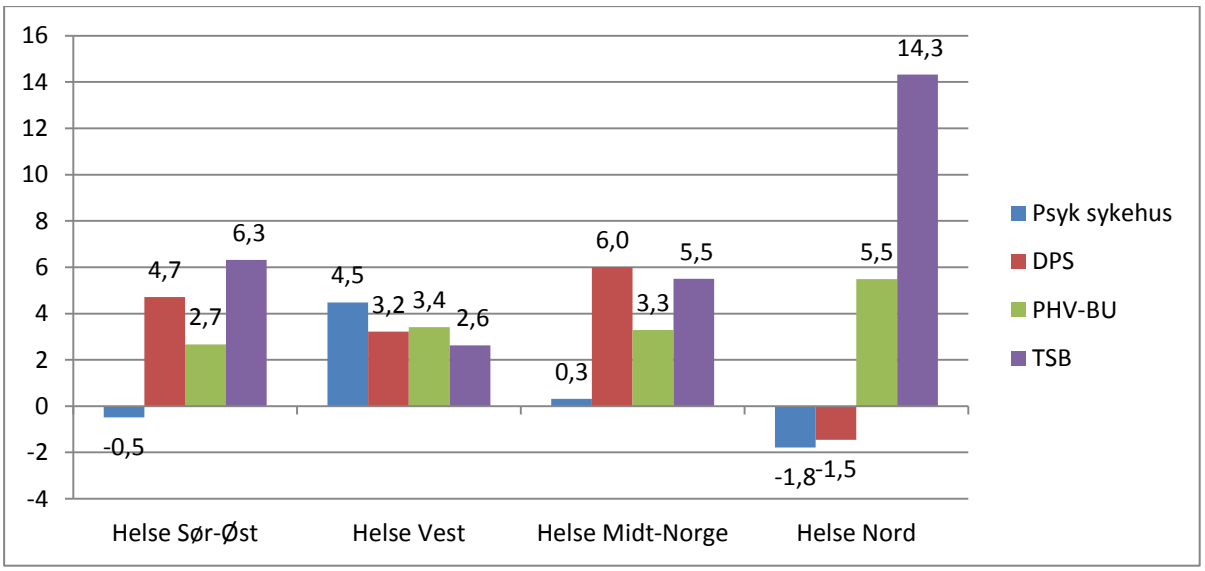
Figur 14: Prosent endring i gjestepasientkorrigerte kostnader til somatiske spesialisthelsetjenester (SOM) og psykisk helsevern og TSB samlet (PHR) fra 2015 – 2016. Angitt ved realvekst og eksklusive pensjon (P), avskrivninger (A) og legemiddelkostnader (L) og fordelt etter region.



Til tross for at kostnadsutviklingen til psykisk helsevern ikke er i tråd med den gyldne regel, så er prioriteringen mellom tjenesteområder i det psykisk helsevernet i tråd med styringskravet for landet toalt. Dette innebærer at det i psykisk helsevern skal prioriteres tjenester i distriktspsykiatriske senter og til barn og unge. For helseregionene er det store variasjoner i hvorvidt denne delen av oppdraget reflekteres i kostndsutviklingen, se figur 15.

Kostnadsutviklingen mellom tjenester til psykisk helsevern i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge er i tråd med styringskravet, hvor veksten er klart større både for distriktspsykiatriske tjenester og for barn og unge sammenlignet med psykiatriske sykehus. Helse Vest har ikke måloppnåelse, og er eneste region med større vekst i psykiatriske sykehus enn i distriktspsykiatriske sentra og for barn og unge. Helse Nord hadde en bedre utvikling for DPS-ene enn for sykehus, men utviklingen var negativ for begge. Samtidig hadde regionen den sterkeste veksten i kostnader til psykisk helsevern for barn og unge.

Figur 15: Prosent endring i gjestepasientkorrigerte kostnader til psykisk helsevern fra 2015 – 2016. Angitt ved nominell vekst for kostnader eksklusive pensjon (P), avskrivninger (A) og legemiddelkostnader (L) og fordelt etter region.



Datagrunnlag og definisjoner

Grunnlaget for analyser av kostnader og kostnadsutvikling i spesialisthelsetjenesten er driftsregnskapene som helseforetak og private institusjoner har rapportert til Statistisk Sentralbyrå (SSB) for perioden 2006 – 2016. Kostnadene er, før innrapportering til SSB, fordelt mellom de ulike tjenesteområdene i henhold til gjeldende funksjonskontoplan. Dette gjelder også felleskostnader[7]. Kontoplan og retningslinjer for innrapporteringen er nærmere beskrevet i *«Håndbok for rapportering av regnskapsdata for helseforetak og regionale helseforetak 2016»*[8]

Helsedirektoratet har stått for tilrettelegging av datagrunnlaget og har samarbeidet med SSB om kvalitetssikring av rapporterte regnskapstall for perioden 2009 – 2016. Data for perioden 2006 - 2008 er kvalitetssikret i samarbeid mellom SSB og Sintef og utlevert til Helsedirektoratet fra Sintef.

[7] Fordelingsnøklene vil variere noe mellom de ulike foretakene og har også endret seg i perioden uten at det har vært mulig å korrigere for dette fullt ut. Dette påvirker det relative kostnadsnivået mellom ulike tjenesteområder.

[8] https://www.ssb.no/innrapportering/naeringsliv/_attachment/122425?_ts=14a58a8c070

Nasjonale kostnader

Alle kostnader som inngår i resultatregnskapet under kontogrupper 4 – 7 er inkludert i grunnlaget for beregning av kostnader til spesialisthelsetjenesten. Ved tilrettelegging for nasjonale kostnadstall summeres kostnader fra RHF-ene, offentlige helseforetak og private tilbydere. Driftstilskudd til private tilbydere og kostnader som gjelder handel foretakene mellom trekkes deretter ut for å unngå dobbelttelling. For private tilbydere med anbudsutsatte kjøpsavtale med RHF-ene, inkluderes bare den delen av virksomheten som er finansiert gjennom de offentlige helseforetakene, polikliniske refusjoner og tilskudd til forskning. Aktivitet som finansieres av kommuner, fylkeskommuner, egenbetalinger eller private helseforsikringer inngår ikke i den beregnede spesialisthelsetjenestekostnaden[9]. For private tilbydere med langsiktige driftsavtaler med de regionale helseforetakene inkluderes totale kostnader på samme måte som for de offentlige helseforetakene[10].

For somatisk sektor er det i figur 7 gjort en demografikorrigering for utviklingen i driftskostnader fra 2012 til 2016. Befolkningen er delt inn i fem aldersgrupper, hvor andelene for 2016 er benyttet alle år i perioden på årenes faktiske innbyggertall (0-15 år, 16-49 år, 50-66 år og over 80 år). Faktiske kostnader per år til somatisk spesialisthelsetjeneste er fordelt på aldersgruppe med DRG-poeng som nøkkel. Formålet er å se hvordan kostnadsutviklingen ville vært med samme alderssammensetning alle år, som i 2016.

Regionale kostnader

Regionale kostnader til spesialisthelsetjenester inkluderer kjøp hos og driftstilskudd til private aktører og er korrigert for gjestepasientoppgjør. De vil dermed omfatte alle kostnader knyttet til behandling av innbyggere i regionens eget opptaksområde, uavhengig av hvor behandlingen har skjedd. Dette i henhold til regionenes *«sørge-for-ansvar».* De kostnadene som foretakene spesifiserer for kjøp av helsetjenester balanserer ikke nøyaktig på nasjonalt nivå med spesifiserte inntekter knyttet til salg av helsetjenester hos helseforetak og private tilbydere. Summen av gjestepasientkorrigerte driftskostnader i regionene vil derfor avvike noe fra totale kostnader nasjonalt. Deler av denne ubalansen skyldes at gjestepasientkostnader og gjestepasientinntekter har ulik funksjonsfordeling hos betaler og mottaker.

I analyser av regionale forskjeller beregnes kostnad per innbygger. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for voksne beregnes kostnad per innbygger i aldersgruppen 18 år

---

[9] SSB publiserer også årlige kostnadstall for spesialisthelsetjenesten i sin statistikkbank. Her legges imidlertid en annen kostnadsdefinisjon til grunn, og på nasjonalt nivå vil SSBs kostnadsberegninger derfor generelt generere høyere kostnadstall enn de som presenteres i Samdatarapporten. Dette skyldes at SSB inkluderer alle kostnader rapportert fra private tilbydere, også kostnader som gjelder aktivitet finansiert av egenbetaling, helseforsikringer mm og at lønnsrefusjoner på konto 570, 571, 579 og 583 holdes utenfor i SSBs kostnadsdefinisjon.

[10] Dette gjelder følgende enheter: Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Martina Hansens hospital, Revmatismesykehuset as, Betanien hospital, Haraldsplass Diakonale sykehus AS, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, Betanien Bergen, NKS Jæren DPS, Solli sykehus og Voss DPS. Avvik mellom kostnadsføring av tilskudd i RHF-et og faktisk bruk på institusjonen kan gi avvik mellom SSB og Samdata når det gjelder kostnader per tjenesteområde. SSB legger tjenesteområde i RHF-ets kostnadsføring til grunn, mens Samdata legger institusjonens bruk av tilskuddet til grunn.

og eldre. For psykisk helsevern for barn og unge beregnes kostnad per innbygger i aldersgruppen 0 - 18 år. For øvrig beregnes kostnad per innbygger uten alderskutt. For perioden 2012 – 2016 var befolkningsveksten på 4,1 prosent totalt, på 0,7 prosent for aldersgruppen 0 – 18 år, og på 5,1 prosent for den voksne befolkningen.

Priskorrigering og valg av deflator

Pensjon inngår i lønnskomponenten for indeksgrunnlaget, og utgjør en betydelig andel av de totale kostnadene til spesialisthelsetjenesten. Samtidig ser vi at nivået på pensjonskostnader endrer seg, dette gjelder spesielt fra 2014 til 2016. Fra 2014 til 2015 var det en sterk vekst i pensjonskostnader (fra en andel på 11 til 14 prosent av totale driftskostnader), mens det var en stor nedgang fra 2015 til 2016 (fra 14 til 10 prosent av totale driftskostnader). Det er endringer i de økonomiske forutsetningene som ligger til grunn for nedgangen i regnskapsførte pensjonskostnader siste år, hvor diskonteringsrenten og avkastningskravet er justert. Det er denne nedgangen i pensjonskostnader siste år som ligger til grunn for en negativ deflator, dette til tross for at veksten i lønnskostnader eksklusive pensjon økte med 1,7 prosent siste år. Tabell 1 viser utviklingen i prisindeksen for statlige helsetjenester (SSB) fra 2006 til 2016.

Kostnader til pensjon gjelder avsetninger som helseforetakene i liten grad kan styre selv, men utgjør er vesentlig del av lønnskostnadene. Det forventes også at pensjonskostnader er reflektert i prisene som fastsettes for kjøp og salg av varer, og mellom foretak og kjøp fra private. Ulikt innslag av egenproduksjon versus kjøp og salg av varer og tjenester vil derfor gi utilsiktede forskjeller i kostnadsnivå dersom pensjonskostnadene trekkes ut av grunnlaget. Pensjon vil derfor som hovedregel inngå i kostnadstall presentert i Samdata.

Alt annet likt vil pensjonsandelen i kostnadsgrunnlaget være høyere for personellintensive tjenesteområder og pensjonsandelen er derfor også, som forventet, høyere for psykisk helsevern og TSB (PHR) enn for somatiske spesialisthelsetjenester (SOM). Generelt vil pensjonsandelen være lavere for foretak som kjøper en større del av sine varer og tjenester. Også andre forhold, herunder personellgruppens alderssammensetning, vil påvirke det enkelte foretaks pensjonskostnader.

Faktisk prisvekst kan variere mellom regioner og tjenesteområder

Prisindeksen fra SSB baseres på gjennomsnittsbetraktninger inklusive pensjonskostnader. Fordi utviklingen i pensjonskostnader påvirker nivået på beregnet indeks betydelig, vil ikke indeksen fullt ut være egnet til bruk i sammenligning av realvekst for tjenesteområder med veldig forskjellig pensjonsandel eller ulik vekst i pensjonskostnader.

En effekt ved bruk av sammenvektet prisindeks for de ulike tjenesteområdene vil være overvurdert realvekst for personellintensive tjenesteområder som psykisk helsevern og TSB, og undervurdert realvekst for pasienttransport og andre tjenester der kostnadene i liten grad består av lønn og pensjon.

Utviklingen i pensjonskostnader kan også variere mellom de regionale helseforetakene, dette er ikke noe prisindeksen tar høyde for.

Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no