

Høy vekst i utgifter til helseinstitusjoner – men fylkesvise variasjoner

Helse er et område som er blitt prioritert de siste årene. I tillegg er det et uttalt mål at tilgangen til helsetjenesten skal være uavhengig av bosted og økonomi. Allikevel er det store variasjoner i fylkenes utgifter per innbygger. I 2001 brukte Oslo og Finnmark mest per innbygger både til somatiske og psykiatriske institusjoner. Akershus har lavest utgifter per innbygger til somatiske institusjoner, mens det er Vestfold og Sør-Trøndelag som bruker minst per innbygger til psykiatriske institusjoner. Det er vanskelig å trekke endelige konklusjoner om årsakene til forskjellene.

Helse et prioritert område

Løpende utgifter til helseformål i Norge har økt fra om lag 56 milliarder kroner i 1990 til nærmere 121 milliarder i 2001 (Brathaug 2002). Målt i faste priser tilsvarer dette en økning på 49 prosent for hele perioden, eller i gjennomsnitt en volumøkning på 3,7 prosent per år. Helseutgiftene utgjør om lag 8 prosent av bruttonasjonalprodukt (BNP) og har hatt en noe sterkere vekst enn økonomien ellers på slutten av 1990-tallet. Denne økningen må ses i sammenheng med flere satsinger på eldre og helse, jevnfør blant annet Handlingsplan for eldreomsorgen 1998-2001 (St.meld. nr. 50 1996-97), opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 (St.prp. nr. 63 1997-98), nasjonal kreftplan 1999-2003 (St.prp. nr. 61 1997-98) og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus (St.prp. nr. 61 1997-98). De offentlige helseutgiftene som andel av totale offentlige utgifter har økt fra rundt 13 prosent i 1980-årene til nesten 17 prosent i 2001. Dette viser at politikerne har prioritert helse på bekostning av andre områder.

Spesialisthelsetjenesten – sterk vekst i utgiftene

Om lag halvparten av de offentlige utgiftene til helseformål går til spesialisthelsetjenestene. Dette betyr at i 2001 ble det brukt nesten 47 milliarder kroner til løpende drift av somatiske og psykiatriske institusjoner.

Figurene 1 og 2 illustrerer utviklingen i brutto driftsutgifter ved somatiske og psykiatriske institusjoner i perioden 1990-2001. I løpende priser steg de totale utgiftene fra 21,5 milliarder kroner i 1990 til 46,9 milliarder i 2001. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig endring på 7 prosent. Fra 2000 til 2001 var økningen nesten 15 prosent.

Utgifter til somatiske institusjoner, som utgjør nesten 80 prosent av de totale utgiftene til helseinstitusjoner, har hatt en noe kraftigere vekst enn utgiftene til psykiatriske institusjoner. I faste priser økte kostnadene med nesten 4 prosent i året i gjennomsnitt. Fra 2000 til 2001 var økningen i faste priser 7 prosent. I 2001 gikk en mindre andel av totale utgifter til drift av lokalsykehusene enn i 1990, og resultatet er dermed en noe større sentralisering av driften av sykehusene. Bakgrunnen for denne utviklingen er sammensatt og vil ikke bli nærmere analysert her, men mulige faktorer er endringer i organiseringen av sykehusene, endringer i sykdomsbildet og endringer i produktivitet og effektivitet for de ulike sykehustypene.

Elisabeth Nørgaard

Helse- og omsorgstjenester, Sosialt utsyn

Det vises til publikasjonen Helse- og omsorgstjenester, Sosialt utsyn, SA nr. 56 (Statistisk sentralbyrå 2002) dersom en er interessert i mer detaljert informasjon om helse- og omsorgstjenestene. Publikasjonen er en samling av artikler om aktivitet og ressursbruk innenfor spesialisthelsetjenesten og deler av kommunehelsetjenesten. Se <http://www.ssb.no/emner/03/02/sa56/>

Elisabeth Nørgaard er rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (elisabeth.norgaard@ssb.no).

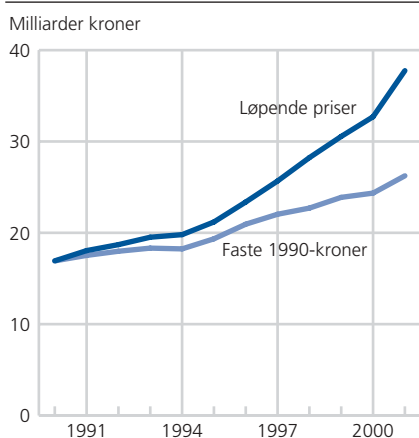
Brutto driftsutgifter

Opplysninger om brutto driftsutgifter ved somatiske og psykiatriske institusjoner er basert på regnskap rapportert fra den enkelte institusjon til Statistisk sentralbyrå. Alle institusjoner, både statlige, fylkeskommunale og private, rapporterer tall. Totale brutto driftsutgifter for disse institusjonene vil ikke være lik totale brutto driftsutgifter for spesialisthelsetjenesten etter fylkeskommunens regnskap. Det er flere årsaker til dette; blant annet inkluderer fylkesregnskapene en del utgifter som faller utenfor institusjonene (for eksempel ambulansetjenesten). Samtidig vil institusjonsregnskapene fange opp private institusjoner som ikke er med i de offentlige regnskapene.

Somatiske institusjoner omfatter sykehus, sykestuer, fødestuer, somatiske opptreningsinstitusjoner mv. Fra 1994 er sykehusenes utgifter til personalboliger og barnehager tatt ut av brutto driftsutgifter, og fellesutgifter for sykehus med både somatiske og psykiatriske avdelinger er ført på henholdsvis somatikk og psykiatri.

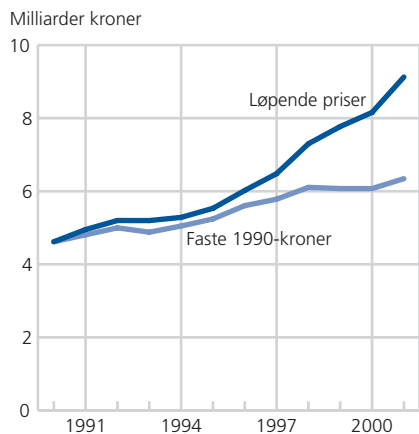
Overgangen til statlige eierskap av sykehusene fra 1. januar 2002 medførte overgang fra offentlige regnskapsregler til regnskapsloven. Det kan ha ført til at en del institusjoner har gått over fra kontantprinsippet til påløptprinsippet i føringen av utgifter mot slutten av 2001. Dette kan derfor til en viss grad påvirke sammenligningen mellom 2000 og 2001.

Figur 1. Brutto driftsutgifter ved somatiske institusjoner. 1990-2001. Milliarder kroner



Kilde: Spesialisthelsetjenesten.

Figur 2. Brutto driftsutgifter ved psykiatriske institusjoner. Løpende og faste priser. 1990-2000. Milliarder kroner



Kilde: Spesialisthelsetjenesten.

Utgiftene har steget noe sterkere innenfor barne- og ungdomspsykiatri enn for voksenpsykiatri. Utgiftene ved barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner økte i gjennomsnitt med rundt 9 prosent per år fra 1990 til 2001, mens utgiftene for de voksenpsykiatriske institusjonene økte med rundt 6 prosent i året. Målt i faste priser hadde utgiftene for barne- og ungdomspsykiatri en volumvekst på 5,5 prosent i snitt per år, mens utgiftene for voksenpsykiatri steg med 2,5 prosent i perioden 1990-2001.

Lønnsutgiftene dominerer

Flere ulike faktorer kan ligge bak den kostnadsveksten som har skjedd på 1990-tallet. Forklaringen kan være økte priser på viktige innsatsfaktorer, bruk av ny teknologi, flere og mer behandlingstrengende pasienter, forhold ved ledelse og organisering, samt nye ressurskrevende oppgaver i tillegg til pasientbehandling (St.prp. nr. 47 1999-2000).

Regnskapstallene viser at lønnsutgiftene dominerer utgiftssiden for både de somatiske og de psykiatriske institusjonene. Mellom 70 og 80 prosent av driftsutgiftene har gått med til å dekke lønnsutgiftene i helseinstitusjonene. Sterk vekst i brutto driftsutgifter reflekterer dermed også en sterk vekst i lønnsutgiftene. Veksten i lønnsutgiftene fra 2000 til 2001 er påvirket av en ekstraordinær premieøkning til Kommunal Landspensjonskasse høsten 2001.

Lønnsutgiftene påvirkes både av sentrale forhandlinger og av den lokale ordningen for arbeidstid. Konkurransen om nøkkelpersonell er en underliggende drivkraft for lønnsveksten. Vaktordninger og arbeidstidsmodeller påvirker også utviklingen i lønnsutgiftene (St.prp. nr. 47 1999-2000). I tillegg blir lønnsveksten påvirket av endringer i sammensetningen av årsverk. Både innenfor somatikk og psykiatri har fagkompetansen økt i løpet av 1990-tallet. Andelen leger, psykologer og sykepleiere har økt, samtidig som andelen hjelpepleiere og annet pleiepersonell uten høgskoleutdannelse har blitt redusert. Antall legeårsverk ved somatiske sykehus økte med om lag 55 prosent i perioden 1990-2000. Den sterke veksten har ført til flere legeårsverk ved alle typer sykehus, men veksten har vært sterkest ved sentral- og regionsykehusene med henholdsvis 74 og 70 prosent. Andelen legeårsverk har også økt i forhold til annet hjelpepersonell. I 1990 var det 5,8 sykepleier- og hjelpepleierårsverk per legeårsverk mot 4,9 i 2000, en reduksjon på 16 prosent. Andelen leger i forhold til helsepersonell er størst ved regionsykehusene, hvor 21 prosent av helsepersonellet var leger ved utgangen av 2000 (Mundal 2002).

Store fylkesvise variasjoner

Det er et helsepolitisk mål at hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, skal ha god tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor (Ot.prp. nr. 66 2000-2001). Det blir ofte pekt på at denne målsettingen ikke blir oppfylt. Det er for eksempel store forskjeller i ventetid for samme lidelse over fylkesgrensene, medisinsk praksis varierer innenfor enkelte områder, og det er variasjoner innenfor psykisk helsevern. Fylkesvise variasjoner kan ha flere årsaker. Det er naturlig å anta at en høy aktivitet vil føre til høyere kostnader. Aktiviteten innenfor et fylke kan igjen reflektere ulikheter innenfor sykkelighet, kjønns- og alderssammensetning, sosiale faktorer og kapasiteten til sykehusene. Prisen på innsatsfaktorer og produktivitetnivået kan også variere mellom fylkene.

Ved den nye pasientrettighetsloven som trådte i kraft 1. januar 2001 ble pasientens rett til å velge sykehus på samme behandlingsnivå innført på generell basis. I løpet av dette første året viser tall fra Norsk Pasientregister (NPR) at de aller fleste, over 85 prosent, blir behandlet innenfor den regionen som de bor i (NPR 2002).

For å få frem de fylkesvise variasjonene er brutto driftsutgifter i faste 1990 priser korrigert for utgifter og inntekter i forbindelse med gjestepasienter. Utgiftene reflekterer dermed fylkenes utgifter til egne innbyggere.

Somatiske institusjoner

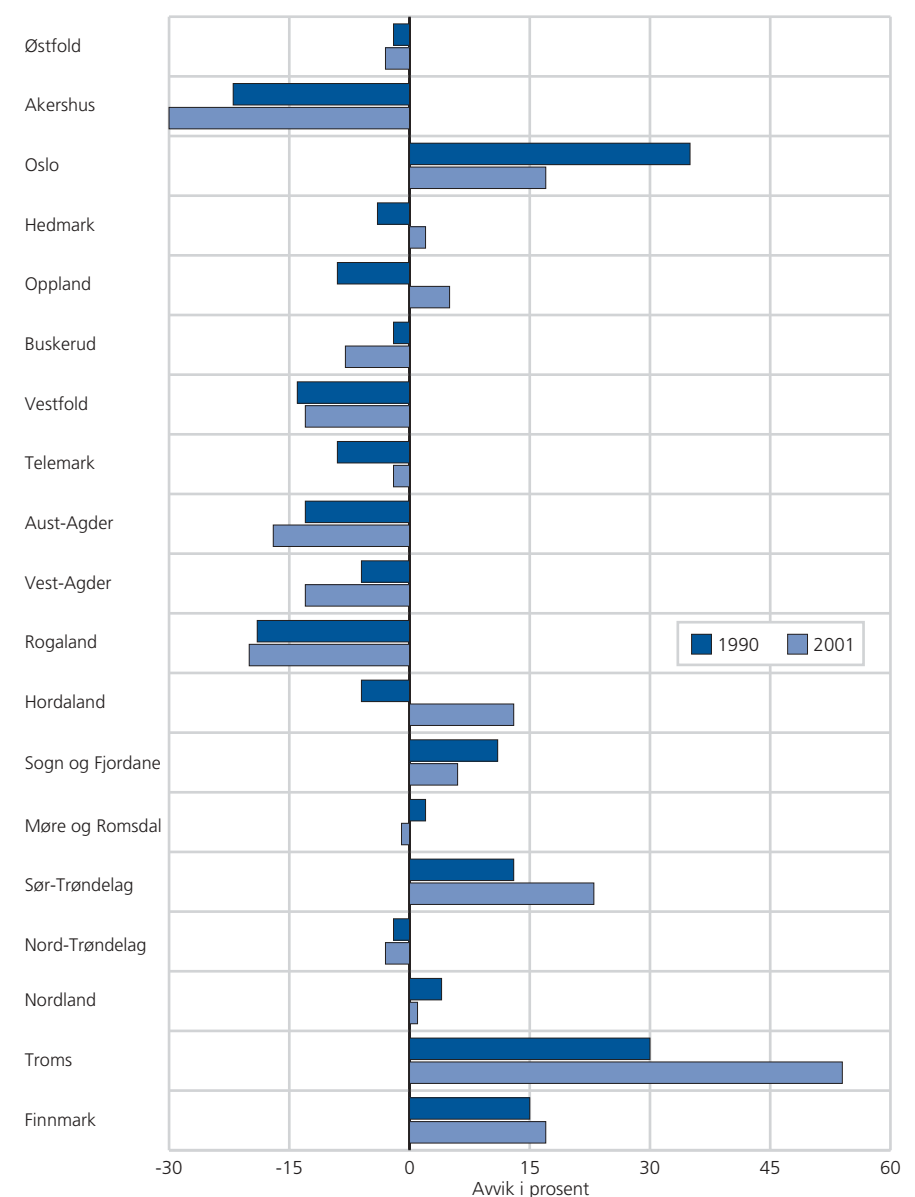
I 1990 var fylkenes utgifter til egne innbyggere i gjennomsnitt under 4 000 kroner per innbygger. Målt i faste 1990-priser hadde utgiftene økt til noe over 5 000 kroner i 2001 – en økning på nesten 40 prosent. Figur 3 viser hvordan fylkenes brutto driftsutgifter ved somatiske institusjoner korrigert for inntekter og utgifter knyttet til gjestepasienter avviker i forhold til landsgjennomsnittet.

Regionsykehusene, sammen med Rikshospitalet og Radiumhospitalet, behandler ofte pasienter som er mer ressurskrevende enn pasienter som blir behandlet på andre sykehus. Disse sykehusene driver også en utstrakt forskningsvirksomhet. Figuren

Faste priser

Utviklingen i driftsutgiftene i faste priser er et uttrykk for endringene i utgiftene renset for pris- og lønnsstigning. En får dermed frem volumutviklingen. Prisindeksen for offentlig konsum av helsetjenester for årene 1990-1999 er brukt for å deflatere de løpende utgiftene. For årene 2000 og 2001 er prisindeksen for totalt offentlig konsum brukt.

Figur 3. Brutto driftsutgifter ved somatiske institusjoner korrigert for gjestepasient-utgift/-inntekt. Avvik i forhold til landsgjennomsnittet



Kilde: Spesialisthelsetjenesten.

Aktivitetsdata

Antall liggedager, antall utskrivinger og antall polikliniske konsultasjoner valgt som indikatorer for aktivitet.

Liggedager og antall utskrivinger er korrigert for gjestepasienter, mens polikliniske konsultasjoner viser fylket hvor konsultasjonene har foregått.

Det antas at polikliniske konsultasjoner i hovedsak blir gitt til fylkets egne innbyggere. Tallene er ikke korrigert for forskjeller i kjønns- og alderssammensetning, eller vektet for hvor ressurskrevende pasientene er. Tall for aktivitet kan finnes på internettsidene: <http://www.ssb.no/emner/03/02/>.

illustrerer at i fylker som har regionsykehus er kostnadene per innbygger høyere enn i fylker uten slike sykehus. I 1990 brukte Troms 5 000 kroner per innbygger. Dette er 30 prosent mer enn gjennomsnittet. I 2001 brukte Troms 54 prosent mer enn landsgjennomsnittet. Akershus har hatt lavest utgift per innbygger i perioden 1990-2001. I 1990 brukte Akershus vel 3 000 kroner per innbygger. Dette er om lag 20 prosent lavere enn landsgjennomsnittet. I 2001 var Akershus sine utgifter til egne innbyggere 30 prosent lavere enn gjennomsnittet for landet.

Som tidligere nevnt, er det naturlig å anta at kostnadene vil variere med bruken av sykehus og hvor ressurskrevende pasientene er. Fylkene med regionsykehus kjennetegnes generelt med noen flere liggedager enn gjennomsnittet for landet, og de har færre utskrivinger enn gjennomsnittet. Dette samsvarer med at disse sykehusene har mer ressurskrevende pasienter. Unntaket er Troms som har nærmere 4 prosent færre liggedager enn landsgjennomsnittet. Troms har imidlertid en mye høyere andel polikliniske konsultasjoner enn gjennomsnittet. I 1990 hadde Troms 30 prosent flere polikliniske konsultasjoner enn gjennomsnittet og i 2001 70 prosent flere slike konsultasjoner. Også Oslo og Sør-Trøndelag har et høyt antall polikliniske konsultasjoner sammenlignet med andre fylker (Statistisk sentralbyrå 2002).

Det er vanskeligere å forklare de høye kostnadene per innbygger i Finnmark. I 2001 hadde Finnmark utgifter som var 17 prosent over gjennomsnittet, en liten økning siden 1990. Antall liggedager i Finnmark er omtrent som landsgjennomsnittet, fylket har flere utskrivinger enn landsgjennomsnittet og også færre polikliniske konsultasjoner enn de andre fylkene. Finnmark har heller ikke flere årsverk per innbygger enn landsgjennomsnittet, eller høyere andel leger. Lønnskostnaden per årsverk er heller ikke spesielt høy for Finnmark. Imidlertid så sender Finnmark mange pasienter til behandling utenfor fylket og har høyest utgift per innbygger forbundet med dette.

Telemark er et annet fylke hvor det er vanskelig å forklare kostnadstallene på bakgrunn av aktivitetstall. Telemark har relativt lave utgifter per innbygger, men er et av fylkene med flest liggedager per 1 000 innbyggere, samtidig som antall utskrivinger er høye. Telemark har imidlertid en lavere andel av legeårsverk enn gjennomsnittet, men også en høyere lønnskostnad per årsverk enn gjennomsnittet.

Fylkesvise variasjoner kan også forklares med variasjoner i tilgjengelighet til sykehustjenester. I SAMDATA-rapporten 1/00 (SINTEF Unimed NIS Samdata 2000) blir det påpekt at det er stor variasjon mellom fylkene når det gjelder ventetid før første planlagte sykehuskontakt for innlagte pasienter, andel pasienter som mottar ventetidsgaranti, betydningen av geografisk avstand til nærmeste sykehus og antall årsverk for annet pleiepersonell enn leger og sykepleiere. De enkelte fylkene kommer ulikt ut i forhold til disse indikatorene, og det er derfor vanskelig å trekke entydige konklusjoner. SAMDATA-rapporten påviser også fylkesvise forskjeller i medisinsk praksis og i effektivitet. Også her er det vanskelig å trekke endelige konklusjoner.

Psykiatriske institusjoner

I 1990 ble det i gjennomsnitt brukt 1 000 kroner per innbygger til psykiatriske institusjoner. Målt i faste 1990-priser hadde dette økt til nesten

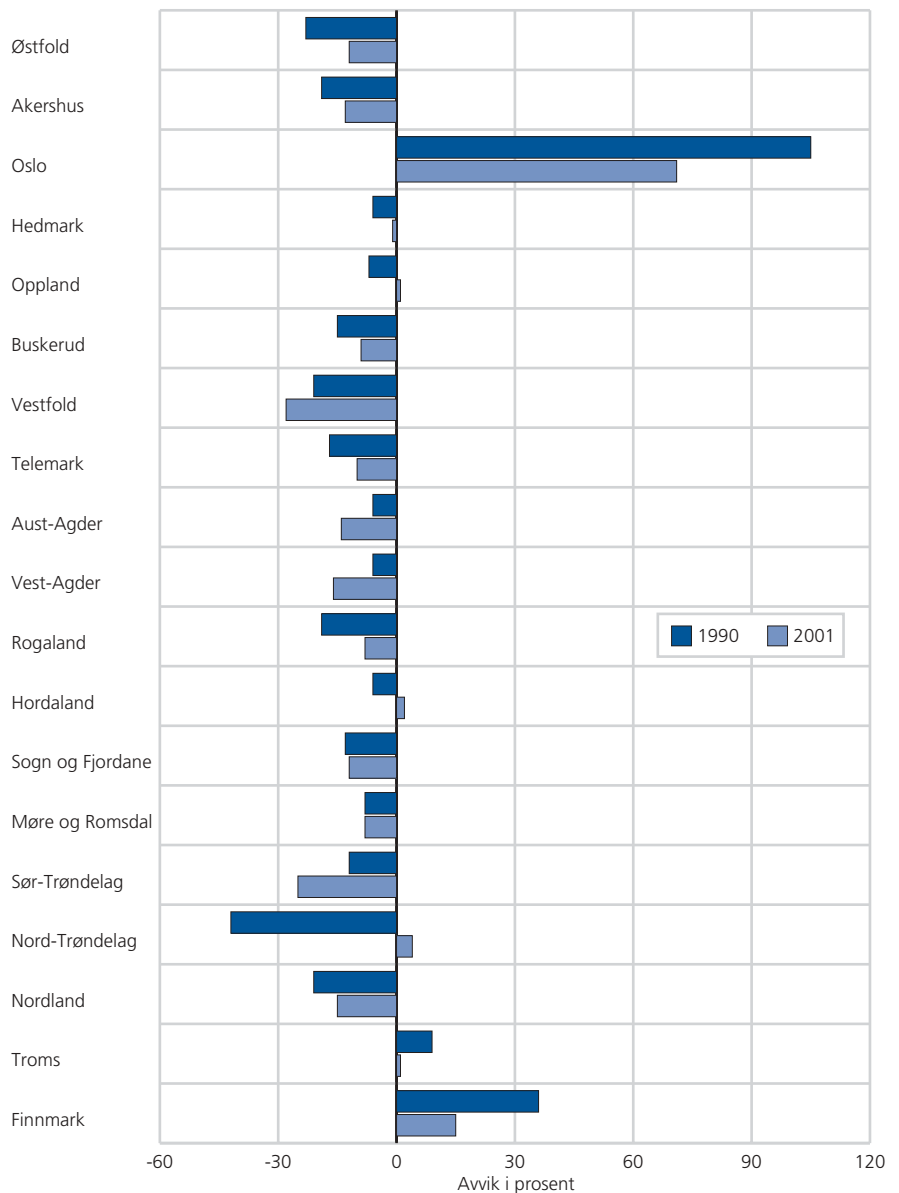
1 400 kroner i 2001, en økning på 30 prosent. Figur 4 viser hvordan fylkenes brutto driftsutgifter ved psykiatriske institusjoner korrigert for inntekter og utgifter knyttet til gjestepasienter avviker i forhold til landsgjennomsnittet.

Gjennom hele 1990-tallet er det Oslo som har de høyeste utgiftene per innbygger med nesten dobbelt så mye som landsgjennomsnittet. Oslo peker seg også ut som det fylket med høyest aktivitet. Oslo har gjennom hele 1990-tallet vært det fylket som har flest døgnplasser i voksenpsykiatriske institusjoner sett i forhold til antall innbyggere. Ved utgangen av 2000 hadde Oslo 2,7 døgnplasser per 1 000 innbyggere i aktuell alder, mens dekningsgraden for landet som helhet var 1,7. Det er vanlig å anta at storbyproblemer gjør at behovet for spesialiserte psykiatriske helsetjenester er større hos Oslos befolkning enn i befolkningen ellers i landet. Den høye dekningsgraden for Oslo kan derfor dels forklares ut fra større behov i Oslos befolkning, og dels ut fra større forekomst av lands- og regionsdekkende tilbud (Vold 2002).

I 1990 varierte dekningsgraden for døgnplasser, eksklusiv Oslo, mellom 1,4 (Nordland) og 3,0 (Aust-Agder), mens dekningsgraden i 2000 varierte fra 1,2 (Akershus, Hedmark og Nordland) til 2,0 (Aust-Agder og Rogaland). Forskjellene i døgnplassdekning mellom fylkene har altså blitt mindre i løpet av 1990-årene. Sammenligningen mellom fylkene påvirkes av at en rekke institusjoner og avdelinger har opptaksområde som ikke er lik institusjonens beliggenhetsfylke. Gjennom hele 1990-tallet har det også vært store forskjeller mellom fylkene i dekningsgraden for personell innenfor voksenpsykiatri, men Oslo har hele tiden hatt den høyeste dekningsgraden (Vold 2002).

Oslo har også flere polikliniske konsultasjoner i forhold til befolkningsgrunnlaget enn de andre fylkene. Variasjonene mellom fylkene i polikliniske konsultasjoner har, i likhet med dekningsgraden for døgnplasser, blitt mindre i løpet av 1990-tallet. Det mangler opplysninger om antall polikliniske konsultasjoner hos privatpraktiserende psykiatere og psykologer med og uten driftsavtale med fylkeskommunene, noe som kan gi et noe skjevt bilde

Figur 4. Brutto driftsutgifter ved somatiske institusjoner korrigert for gjestepasientutgift/-inntekt. Avvik i forhold til landsgjennomsnittet



Kilde: Spesialisthelsetjenesten.

Sykehusreformen

Fra 1. januar 2002 ble ansvaret for spesialisthelsetjenesten overført fra fylkeskommunen til staten, og fem regionale helseforetak med staten som eier ble opprettet. Sykehus og institusjoner er organisert som 47 selvstendige helseforetak under de regionale helseforetakene. Dette gir Statistisk sentralbyrå nye utfordringer med hensyn til å kunne produsere sammenlignbare tall for før og etter reformen. Dette gjelder spesielt for regnskapsrapporteringen fordi foretakene har skiftet fra et finansielt orientert regnskapsystem til å følge regnskapslovens bestemmelser, men reiser også nye problemstillinger knyttet til statistikk over personellressurser og aktivitet.

Sykehusene og institusjonene utfører viktige oppgaver og det er viktig at det kan produseres statistikk som tilfredsstillende behøver til både politiske myndigheter, forskningsmiljøer og allmennheten. Statistisk sentralbyrå arbeider aktivt for å sikre at tidsserier for relevante variabler skal kunne videreføres, slik at effekten av helseforeformen skal kunne evalueres. Statistisk sentralbyrå vil publisere regnskap - og tjenestetdata (samt data fra Norsk Pasientregister) som vil bli koblet sammen til indikatorer som blant annet skal vise regionenes produktivitet (enhetskostnader) og dekningsgrad. Det vil også bli publisert tall for det enkelte helseforetak, samt aktivitets- og årsverkstall for den enkelte institusjon. Opplysningene vil finnes på websiden: www.ssb.no/helseforetak.

av forskjellene mellom fylkene. Oslo har gjennom hele 1990-tallet hatt flest privatpraktiserende psykiatere og psykologer med fylkeskommunal driftsavtale.

Finnmark har også relativt sett høye utgifter per innbygger. I 2001 brukte Finnmark 15 prosent mer enn gjennomsnittet for landet, mot 36 prosent i 1990. De høye utgiftene i Finnmark reflekteres ikke i like stor grad i aktivitetstallene som for Oslo. I 2001 hadde ikke Finnmark flere døgnplasser eller utskrivninger enn gjennomsnittet for landet, men hadde noen flere polikliniske konsultasjoner sammenlignet med landsgjennomsnittet.

I 2001 hadde Vestfold og Sør-Trøndelag utgifter som var mellom 25 og 30 prosent lavere enn snittet for landet. Gjennomsnittet for alle fylkene er 2,4 prosent årlig vekst. Lavest vekst har det vært i Finnmark, Oslo og Sør-Trøndelag med en årlig vekst på under 1 prosent.

Forskjellene omtrent som før

Det er tidligere vist til helsepolitiske målsetninger om god tilgang til helse tjenester uansett bosted. Det kan derfor forventes at den sterke veksten i utgiftene i løpet av 1990-tallet skulle ha bidratt til å redusere forskjellene mellom fylkene. Endringene i de fylkesvise forskjellene er analysert ved å benytte mål for variasjon og standardisert spredning (Solheim 2003). For utgiftene til psykiatri er tendensen at fylkene har blitt mer like, men dette er ikke signifikant på 10 prosent nivå. Satsingen på psykiatri de siste årene kan derfor ha hatt en noe utjevne effekt. For utgiftene til somatikk er tendensen derimot motsatt. Det er et signifikant resultat, dersom en holder Oslo utenfor, at forskjellene mellom fylkene har blitt større fra 1990 til 2001. Oslo er holdt utenfor fordi de har betydelig høyere utgifter per person enn resten av landet. Når det gjelder utgifter til psykiatri er Oslo svært avvikende både i 1990 og 2001. For utgifter til somatikk har Oslo blitt mer lik de andre fylkene i 2001.

Referanser

- Brathaug, A.L. (2002): Utgifter til helseformål, Helse- og omsorgstjenester, SA nr. 56, Statistisk sentralbyrå.
- Mundal, A (2002): Personell ved somatiske sykehus: Sterk vekst og økt kompetanse. Helse- og omsorgstjenester, SA 56, Statistisk sentralbyrå.
- NPR (2002): Norsk pasientregister – www.npr.no.
- Ot.prp nr. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).
- SINTEF Unimed NIS Samdata (2000): Sykehussektoren på 1990-tallet. Sterk vekst - stabile fylkesvise forskjeller, SAMDATA sykehus 1/00.
- Solheim, L. (2003): Fylkesvise forskjeller i utgifter til helse. Upublisert notat.
- Statistisk sentralbyrå (2002): Spesialisthelsetjenesten.
- Statistisk sentralbyrå (2002): Helse- og omsorgstjenester, Sosialt utsyn, SA nr. 56.
- St.meld nr 50 (1996-97): Handlingsplan for eldreomsorgen, Sosial- og helsedepartementet.
- St.prp. nr. 47 (1999-2000): Om sykehusøkonomi og budsjett 2000.
- St.prp. nr 61 (1997-98): Om nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus.
- St.prp. nr 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998,
- Vold, B. (2002): Psykiatrien på 1990-tallet: Mer aktiv behandling, SA nr. 56, Statistisk sentralbyrå.