

Spørsmål fra Stortingets finanskomite til Statsbudsjettet 2015

Parti:

Arbeiderpartiet

Spørsmålsnummer:

67

Dato på spørsmålet:

09. okt 2014

Kategori:

Bevilgningsspørsmål

Tittel:

Svar på spm. 67 fra Finanskomiteen/Arbeiderpartiets fraksjon av 09. okt 2014

Undertittel:

Vedr. bevilgningsøkning til spesialisthelsetjenesten 2005-15

Spørsmål:

Hva har vært den prosentvise reelle økningen i bevilgningene til spesialisthelsetjenesten - totalt og brutt ned på somatikk og rus/psykiatri - for de enkelte år for årene 2005-2015, og hva har vært gjennomsnittlig årlig realvekst i bevilgningene til spesialisthelsetjenesten i perioden 2005-2013 og perioden 2014-2015?

Finansdepartementets svar

Spørsmålet har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, som har svart følgende:

«Tabellen nedenfor viser årlig vekst i mill. kroner og i pst. i driftsbevilgningene til regionale helseforetak fom. 2006 tom. 2015, i tråd med framstillingen i de årlige budsjettframlegg.

I tabellen framkommer også beregnet reell endring i driftsbevilgninger til helseforetakene i mill. 2015-kroner og i prosent, hovedsakelig basert på regnskapstall for kap. 732, postene 70-79, fom. 2006 tom. 2015. Det lages ikke beregninger dekomponert for områdene somatikk, rus og psykisk helsevern.

Beregningsopplegget er tilsvarende det som benyttes for kommunesektoren. Bevilgninger knyttet til pris- og kostnadsvekst, herunder endrede pensjonskostnader, holdes utenfor ved beregning av realveksten. Videre holder en utenfor bevilgninger knyttet til endrede oppgaver/ansvarsforhold. Eksempel på sistnevnte er tidligere overføring av ansvar for finansiering av legemidler fra folketrygden til regionale helseforetak, for eksempel TNF-hemmere og enkelte kreftlegemidler mv. For 2015 holdes 5,67 mrd. kroner knyttet til forslaget om å avvikle kommunal medfinansiering og innlemme midlene i innsatsstyrt finansiering utenfor ved beregning av realveksten.

Det er flere forhold som gjør at forutsatt økning i driftsbevilgninger i de årlige budsjettframlegg vil avvike fra det som følger av beregningsopplegget. Nedenfor nevnes noen generelle forhold, deretter vil det under tabellen gis noe mer spesifikke forklaringer for det enkelte år.

I omtalen av det økonomiske opplegget for sykehusene har det i de fleste budsjettframlegg blitt inkludert økte bevilgninger til å videreføre et høyere bevilgningsnivå fra året før sammenliknet med saldert budsjett for foregående år. Slike bevilgninger vil ikke gi rom for økt vekst i pasientbehandling i budsjettåret, og vil derfor heller ikke framkomme som prosentvis vekst i pasientbehandling i de årlige budsjettframlegg eller i beregningsopplegget. I tabellen er det derfor også oppgitt tall fra de årlige budsjettframlegg, der bevilgninger for å videreføre økt bevilgningsnivå sammenliknet med saldert budsjett fra året før er trukket fra. Denne kolonnen gir bedre uttrykk for hvor stor vekst det ble lagt opp til i bevilgninger til økt pasientbehandling i det angjeldende budsjettår, og er også mer sammenliknbar med den årlige realveksten som følger av beregningsopplegget.

Flere år er det gitt tilleggsbevilgninger gjennom året, som innebærer at regnskap avviker fra det opprinnelige budsjettforslaget. Enkelte år bidrar dette til å forklare en vesentlig del av forskjellen mellom den forutsatte veksten i budsjettframleggene og veksten som framkommer av beregningsopplegget.

Endelig pris- og lønnsvekst kan avvike fra det som er forutsatt i de årlige budsjettframlegg. I beregningsopplegget inngår oppdaterte tall for pris- og lønnsvekst for årene 2006 til og med 2014, og dette kan enkelte år bidra til å forklare avvik fra forutsatt realvekst i de årlige budsjettframlegg.

Det presiseres også at vekst i bevilgninger ikke må forveksles med vekst i aktivitet. I de årlige budsjettframleggene er det siden 2008 forutsatt en marginalkostnad på 80 pst. En bevilgningsøkning på 0,8 pst. legger med denne forutsetningen til rette for en aktivitsvekst på 1 pst. I realvekstberegningene som er presentert her er det utviklingen i bevilgningene som er presentert. Beregningene er ikke påvirket av verken forutsetninger om aktivitetsvekst eller faktisk utvikling i aktiviteten.

Beregningsopplegget inkluderer bevilgninger på kap. 732, postene 70 -79. Tiltak som inngår i vekstrammen presentert i de årlige budsjettene, og som bevilges på annet kapittel, vil derfor som hovedregel ikke bli medregnet i tallet for realvekst som framkommer av beregningsopplegget. Eventuelle effektiviseringskrav i årlige budsjettframlegg som forutsettes håndtert uten at dette skal gå ut over pasienttilbudet, vil i beregningsopplegget som hovedregel framkomme som redusert bevilgning og dermed lavere realvekst.

Det har etter 2006 vært en betydelig økning i pensjonskostnader for de regionale helseforetakene. Som omtalt i flere budsjettproposisjoner, første gang i St.prp. nr. 1 (2008-2009) Helse- og omsorgsdepartementet, behandles pensjoner i de regionale helseforetakene på en særskilt måte. I beregningsopplegget, der formålet er å se isolert på bevilgninger til økt pasientbehandling, gjøres det bl.a. fratrukk for bevilgninger som direkte kan knyttes til reell endring i pensjonskostnader for de regionale helseforetakene. Eventuelle egenkapitaltilskudd for å sikre tilfredsstillende soliditet for pensjonskassene vil ikke komme til fratrukk i realveksten slik den her er beregnet, selv om slike tilskudd vil redusere handlingsrommet for økt pasientbehandling. Ved fastsettelse av inntektsrammen for sykehusene i de årlige budsjettframlegg legges som hovedregel pensjonskostnadene til grunn. Måten dette har vært gjort på har enkelte år medført noe sterkere beregnet reell vekst i driftsbevilgningene enn framstilt i de årlige budsjettframlegg.

Beregningsmetoden viser reell endring i driftsbevilgninger i 2015-kroner. Pris- og kostnadsveksten har vært over 40 pst. fra 2005 til 2015. Realvekst regnet i priser for det enkelte år, slik det gjøres i de årlige budsjettframlegg, vil i beregningsopplegget bli oppskalert til 2015-priser. Det innebærer at dersom det hadde vært foreslått en reell vekst i statsbudsjettet for 2006 på 100 mill. 2006-kroner ville, alt annet likt, beregningsopplegget ha vist en reell vekst på vel 140 mill. kroner i 2015-kroner. Denne effekten er størst for reelle endringer tidlig i perioden en her ser på.

Tabellen viser at det for årene 2006 tom. 2013 ble foreslått en økning i bevilgninger til regionale helseforetak med i gjennomsnitt 1780 mill. kroner per år, hvor av i gjennomsnitt om lag 390 mill. kroner var forutsatt å skulle gå til å videreføre et høyere bevilgningsnivå året før enn forutsatt i saldert budsjett for dette året. Dette er delvis et resultat av høyere aktivitetsvekst enn forutsatt. Det innebærer at det i gjennomsnitt for årene 2006 tom. 2013 ble lagt opp til å styrke pasientbehandlingen med 1393 mill. kroner i budsjettåret. For årene 2014 og 2015 er det foreslått en styrking på gjennomsnittlig vel 2360 mill. kroner, hvor av 30 mill. kroner er forutsatt å gå til å videreføre et høyere aktivitetsnivå året før sammenliknet med saldert budsjett. I gjennomsnitt for disse to årene er det således lagt opp til å styrke pasientbehandlingen med 2335 mill. kroner. Dette er 942 mill. kroner mer per år sammenliknet med gjennomsnittet i de to foregående regjeringsperiodene.

Beregningsmetoden viser en gjennomsnittlig årlig realvekst i bevilgningene til spesialisthelsetjenesten i perioden 2005-2013 på om lag 1860 mill. 2015-kroner. I perioden 2014-2015 var den tilsvarende gjennomsnittlige realveksten om lag 2610 mill. 2015-kroner, eller i 750 mill. kroner mer hvert år sammenliknet med gjennomsnittet for årene 2005-2013. Anslagene er beheftet med usikkerhet.

Kolonnen som viser den reelle regnskapsmessige veksten i 2015-kroner vil uttrykke endringer i flere forhold som ikke var kjent på det tidspunktet budsjettet ble lagt fram. Dette kan være forhold som ikke direkte styres politisk, slik som lønns- og prisutvikling og tilleggsbevilgninger knyttet til spesielle hendelser og forhold. Det er derfor kolonnene som viser den foreslåtte veksten i de årlige statsbudsjettene som gir best uttrykk for prioritering av vekst i sykehusbudsjettene mellom de ulike årene.

År	Årlig budsjettframlegg			Beregningsopplegg inkl. regnskapstall for bevilgninger	
	Endring i mill. kroner inkl. bevilgning til å videreføre økt bevilgningsnivå året før etter saldert budsjett	Endring i mill. kr til økt pasientbehandling i angjeldende budsjettår	Forutsatt økning i pasientbehandling i pst.	Endring i mill. 2015-kroner	Endring i prosent
2006	1050	350	0	-90	-0,1
2007	956	310	0	1 980	2,0
2008	3898	3008	1,5	3 200	3,2
2009	2574	2274	1,5	3 700	3,4
2010	1452	1326	1,3	570	0,5

2011	970	970	1,4	1 400	1,3
2012	1367	1161	1,4	2 100	1,9
2013	1950	1744	2,0	2 030	1,8
Årlig snitt 2006-2013	1780	1393	1,1	1860	1,8
2014	2 703	2627	2,6	3 300	2,9
2015	2 022	2042	2,15	1 923	1,5 ¹⁾
Årlig snitt 2014-2015	2363	2335	2,4	2610	2,2

- 1) Når tallet avviker fra forutsatt vekst i pasientbehandling i Prop. 1 S (2014-2015) på 2,15 pst., skyldes det i all hovedsak følgende forhold: i) I budsjettframleggene har det siden 2008 vært budsjettert med 80 pst. marginalkostnad. En bevilgningsøkning på 0,8 pst. legger med denne forutsetningen til rette for en aktivitsvekst på 1 pst. I realvekstberegningene som er presentert her er det utviklingen i bevilgningene som er presentert. Beregningene er ikke påvirket av verken forutsetninger om aktivitsvekst eller faktisk utvikling i aktiviteten. ii) Bevilgninger som inngår i styrkingen av sykehusenes økonomi med 2022 mill. kroner, men som bevilges på andre kapitler enn kap. 732, postene 70-79, medregnes ikke i dette beregningsopplegget. Forutsatt effektiviseringskrav på til sammen 79 mill. kroner (nominelt uendrede laboratorietakster og differansen mellom og uttrekk knyttet til avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (625 mill. kroner) og tilbakeført beløp (vel 590 mill. kroner), kommer til fratrukk i beregnet realvekst i beregningsopplegget, mens det i budsjettframlegget forutsettes ikke å påvirke pasienttilbudet og kommer derfor heller ikke til fratrukk i foreslått beløp til økt drift.

Ut over ovennevnte forhold som kan forklare hvorfor presentasjonen av sykehusopplegget i de årlige statsbudsjett avviker fra beregningsopplegget som her er brukt, knyttes det følgende kommentarer til tallene i tabellen for de enkelte år som bidrag til å forklare forskjellene:

2006

I St.prp. 1 (2005-2006) ble det kun foreslått 700 mill. kroner hovedsakelig til å videreføre et høyere bevilgningsnivå i 2005 sammenliknet med saldert budsjett for 2005. Det ble således ikke budsjettert med økt pasientbehandling i 2006 knyttet til denne bevilgningen. Det ble i tillegg foreslått bevilget 350 mill. kroner mer gjennom opptrappingsplan for psykisk helse, men uten å kvantifisere effekt på pasientbehandling. Lønnsveksten i regionale helseforetak ble noe høyere enn lagt til grunn i Statsbudsjettet for 2006.

2007

I St.prp. 1 (2006-2007) ble det foreslått 646 mill. kroner hovedsakelig til å videreføre et høyere bevilgningsnivå i 2006 sammenliknet med saldert budsjett for 2006. Det ble således ikke budsjettert med økt pasientbehandling i 2007 knyttet til denne bevilgningen. Det ble i tillegg foreslått bevilget 310 mill. kroner gjennom opptrappingsplan for psykisk helse, men uten å kvantifisere effekt på pasientbehandling.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 44 (2006-2007) ble det tilleggsbevilget 800 mill. kroner til å lette sykehusenes omstillingsutfordringer. Videre ble ordningen Raskere tilbake innført ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 69 (2006-2007) med en bevilgning på 439 mill. kroner, samt at det i forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 10 (2007-2008) ble vedtatt å tilleggsbevilge om lag 260 mill. kroner knyttet til høyere poliklinisk aktivitet og pasientbehandling omfattet av innsatsstyrt finansiering. Videre ble lønnsveksten i regionale helseforetak noe høyere enn lagt til grunn i Statsbudsjettet for 2007.

2008

I St.prp. nr. 1 (2007-2008) Det ble foreslått 1790 mill. kroner til pasientbehandling og 1670 mill. kroner i økt basisbevilgning til å gjenanskaffe bygg og utstyr, til sammen 3460 mill. kroner. 890 mill. kroner av veksten var forutsatt å skulle gå til å videreføre et høyere bevilgningsnivå i 2007 sammenliknet med saldert budsjett 2007. Det ble lagt til grunn en økning i pasientbehandlingen med 1,5 pst. Det ble i tillegg foreslått bevilget 392 mill. kroner gjennom opptrappingsplan for psykisk helse og 46 mill. kroner gjennom opptrappingsplan rus, men uten å kvantifisere effekt på pasientbehandling av disse bevilgningene. Ved Stortinget behandling av St.prp. nr. 13 (2008-2009) ble det tilleggsbevilget om lag 600 mill. kroner bl.a. for å lette omstillingsutfordringene i helseforetakene og til økt poliklinisk virksomhet. Lønnsveksten i de regionale helseforetakene ble høyere enn lagt til grunn i Statsbudsjettet for 2008.

2009

I St.prp. nr. 1 (2008-2009) ble det foreslått å øke driftsbevilgningene med 2574 mill. kroner. 300 mill. kroner var forutsatt å skulle gå til å videreføre økt pasientbehandling i 2008 sammenliknet med saldert budsjett 2008. Det ble lagt til grunn en økning i pasientbehandlingen med 1,5 pst. I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 37 (2008-2009) Om endringer i statsbudsjettet for 2009 med tiltak for arbeid, ble det tilleggsbevilget 1 mrd. kroner til de regionale helseforetakene. Videre ble det tilleggsbevilget 235 mill. kroner i forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 2 S (2009-2010) for å dekke ekstraordinære utgifter som følge av ny influensa A (H1N1).

2010

Det ble i Prop. 1 S (2009-2010) foreslått 1452 mill. kroner til drift, hvor av 126 mill. kroner til å videreføre økt pasientbehandling i 2009 sammenliknet med saldert budsjett 2009. Det ble lagt til grunn en økning i pasientbehandlingen med 1,3 pst. De ekstraordinære tilleggsbevilgningene knyttet til influensapandemien og tiltak for arbeid omtalt ovenfor på til sammen 1235 mill. kroner, ble ikke videreført. Måten pensjonskostnader er håndtert på har gitt et positivt bidrag til vekst i beregningsopplegget.

2011

I Prop. 1 S (2010-2011) ble det foreslått 970 mill. kroner mer til drift, med en forutsatt vekst i pasientbehandling på 1,4 pst. Ved Stortingets behandling av Prop. 16 S (2011–2012)

og Prop. 154 S (2010-2011), ble det til sammen tilleggsbevilget knapt 270 mill. kroner til de regionale helseforetakene, hvorav om lag 200 mill. kroner knyttet til ISF og poliklinisk virksomhet og knapt 70 mill. kroner knyttet til hendelsene 22. juli. Måten pensjonskostnader er håndtert på har gitt et positivt bidrag til vekst i beregningsopplegget. I motsatt retning trekker noe høyere pris- og lønnsvekst enn lagt til grunn i budsjettforslaget for 2011.

2012

I Prop. 1 S (2011-2012) ble det foreslått 1367 mill. kroner mer til pasientbehandling, hvorav 260 mill. kroner til videreføring av høyere aktivitet enn forutsatt i saldert budsjett for 2011. Det ble lagt til grunn en økning i pasientbehandlingen med 1,4 pst. Pris- og lønnsveksten ble noe lavere dette året, hvilket isolert sett innebærer om lag 300 mill. kroner i høyere reell vekst i driftsbevilgningene. I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 22 S (2012-2013), ble det vedtatt å tilleggsbevilge knapt 340 mill. kroner knyttet til ISF og poliklinisk virksomhet.

2013

I Prop. 1 S (2012-2013) ble det foreslått 1950 mill. kroner mer til drift, hvorav 206 mill. kroner til å videreføre et høyere aktivitetsnivå i 2012 enn forutsatt i saldert budsjett 2012. Det ble lagt til grunn en økning i pasientbehandlingen med 2,0 pst. I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012-2013), ble det vedtatt å tilleggsbevilge til sammen 248 mill. kroner til flere tiltak (Forskningsstudie kreftlegemiddel Ipilimumab, IKT, prostatacentre og nødnett). Måten pensjonskostnader er håndtert på har gitt et positivt bidrag til vekst i beregningsopplegget.

2014

I Prop. 1 S Tillegg 1 (2013-2014) ble det foreslått 2700 mill. kroner mer til styrket sykehusøkonomi, hvorav 76 mill. kroner til å videreføre høyere aktivitetsnivå i 2013 enn forutsatt i saldert budsjett 2013. Det ble lagt til grunn en vekst i pasientbehandling på 2,6 pst.

Når realveksten nå anslås høyere enn i Prop. 1 S Tillegg 1 (2013 - 2014) slik det framkommer av beregningsopplegget, er hovedforklaringen måten pensjonskostnader er håndtert på. Videre innebærer lønnsoppgjøret for 2014 noe lavere lønnsvekst fra 2013 til 2014 enn lagt til grunn i Statsbudsjettet for 2014.

2015

I Prop. 1 S (2014-2015) foreslås driftsbevilgningene økt med 2022 mill. kroner. Det vil være behov for midler til forvaltning og drift av ordningen med fritt behandlingsvalg. Det er i tillegg behov for midler til utvikling av nødvendig IKT- støtte. Det legges opp til at Helsedirektoratet skal forvalte ordningen med fritt behandlingsvalg og deler av bevilgningen vil gå til bedre IKT- løsninger for fritt sykehusvalg.

fristbruddordningen og ordningene for utenlandsbehandling, samt understøtte fritt behandlingsvalg. Dette vil komme pasienter som benytter disse ulike ordningene til gode. Det foreslås 20 mill. kroner til disse formålene bevilget på kap. 720, post 01 Helsedirektoratet. Beløpet inngår ikke i forutsatt vekst i pasientbehandling på 2,15 pst. Som det videre framgår av omtalen av sykehusopplegget for 2015, forutsettes det at de regionale helseforetakene gjennomfører effektiviseringstiltak innenfor laboratorievirksomhet uten at dette går ut over pasienttilbudet. For bevilgningene som inngår i beregningsopplegget utgjør dette 45 mill. kroner, og kommer til fratrukk i realveksten slik den her beregnes. Det samme er tilfellet for differansen mellom forutsatt effektivisering gjennom avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (625 mill. kroner) og beløpet som tilbakeføres de regionale helseforetakene til investeringer og anskaffelser (vel 590 mill. kroner). Samlet forklarer de tre forholdene som her er nevnt differansen mellom 2022 mill. kroner i styrket sykehusøkonomi og realveksten som framkommer av beregningsopplegget.»