Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring og effektiv ressursbruk i spesialist-helsetjenesten

Dokument 3:5 (2026–2027)

ISBN 978-82-8229-669-4

Riksrevisjonen

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:5 (2026–2027) Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring og effektiv ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten.

Revisjonen er gjennomført som en forvaltningsrevisjon i samsvar med

- lov om Riksrevisjonen § 5-1
- INTOSAI-standarden for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)
- de faglige retningslinjene for forvaltningsrevisjon fra Riksrevisjonen

Dokumentet er delt inn slik:

Del 1: Riksrevisjonens vurderinger
Del 2: Riksrevisjonens faktagrunnlag
Del 3: Revisjonskriterier og metodisk tilnærming

Riksrevisjonen kan gi kritikk etter disse tre alvorlighetsgradene:

Ikke tilfredsstillende



Når vi finner svakheter, feil og mangler som i mindre grad får direkte konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.

Kritikkverdig



Når vi finner betydelige svakheter, feil og mangler som ofte vil kunne få moderate til store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.

Sterkt kritikkverdig



Når vi finner alvorlige svakheter, feil og mangler. Ofte vil disse kunne få svært store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.

Riksrevisjonen, 24. november 2026

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Riksrevisjonen

Om undersøkelsen

Kort oppsummert

Bakgrunn

Spesialisthelsetjenesten står overfor store utfordringer i årene som kommer. Befolkningen blir eldre, og behovet for helse- og omsorgstjenester vil derfor øke kraftig. Samtidig vil ikke antallet personer i yrkesaktiv alder vokse tilsvarende. Spesialisthelse-tjenesten vil derfor måtte omstille seg. En grunnleggende forutsetning for best mulig ressursutnyttelse, er god økonomistyring.

Formål

Målet med undersøkelsen er å belyse hvordan helseforetakene og de regionale helseforetakenes økonomistyring bidrar til effektiv ressursbruk og økonomisk bærekraftig utvikling, og hvordan Helse- og omsorgsdepartementet følger opp området.

Konklusjoner

- Helseforetakenes kostnads- og arbeidseffektivitet ble redusert i perioden 2017–2025, og det er effektivitetsforskjeller mellom foretak.
- Den økonomiske bærekraften i spesialisthelsetjenesten er under press, med svekkede resultater i foretakene og et økende behov for omstilling i driften.
- Det er svakheter i foretakenes økonomiske planlegging på kort og lang sikt, og det er forskjeller i hvordan RHF-ene følger opp økonomien i sine helseforetak.
- Det foregår mye omstillingsarbeid som kan gi bedre ressursutnyttelse, men det er også begrensninger i muligheten til å gjennomføre endringer.
- Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp foretakenes økonomi og ressursbruk tettere de siste årene, men det er uløste utfordringer med å sikre bærekraft over tid.

Overordnet vurdering: Ikke tilfredsstillende



Anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at departementet sørger for at de regionale helseforetakene

- følger opp at arbeidet med effektiv ressursutnyttelse og omstilling i foretaksgruppen styrkes
- sikrer at økonomiske langtidsplaner og budsjetter i foretaksgruppen er realistiske og bygger på gjennomførbare tiltak
- følge opp at helseforetakene i større grad benytter analyser av sammenhengen mellom aktivitet, bemanning og ressursbruk som grunnlag for planlegging, prioritering og omstilling
- sikrer en tilstrekkelig oppfølging av foretak med vedvarende økonomiske utfordringer

Riksrevisjonen anbefaler at departementet

- sørger for at det er tydelig hvordan økonomisk bærekraft i spesialisthelsetjenesten skal forstås og følges opp
- synliggjør hvilke prioriteringer og endringer som vil være nødvendige for å sikre en bærekraftig spesialisthelsetjeneste, og følger opp med hensiktsmessige tiltak

Innhold

Del 1: Riksrevisjonens vurderinger 5

1 Bakgrunn 5

2 Mål og problemstillinger 7

3 Konklusjoner 10

4 Overordnet vurdering: Ikke tilfredsstillende 10

5 Utdyping av konklusjoner 11

6 Anbefalinger 30

7 Statsrådens svar 30

8 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådens svar 30

Del 2: Riksrevisjonens faktagrunnlag 31

9 Innledning 31

10 Effektivitet i helseregioner og helseforetak innenfor somatiske helsetjenester 31

11 Økonomisk utvikling og budsjettoppnåelse i helseregionene og helseforetakene 49

12 Helseforetakenes økonomistyring 81

13 RHF-enes tilrettelegging for god økonomistyring, effektiv ressursbruk og en bærekraftig økonomisk utvikling over tid 107

14 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av økonomien 124

Del 3: Revisjonskriterier og metodisk tilnærming 137

15 Revisjonskriterier 137

16 Metodisk tilnærming og gjennomføring 142

Referanseliste 154

Tabell-, figur- og faktaboksoversikt 166

Ordliste og forkortelser 170

Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet 172

Vedlegg 2: Statsrådens svar 174

Vedlegg 3: Dataomhyllingsanalyse – utdyping av metodisk tilnærming og detaljerte resultater 178

Vedlegg 4: Analyser av data om kostnad per pasient – utdyping av metodisk tilnærming og detaljerte resultater 195

Vedlegg 5: Økonomisk utvikling i helseregionene og helseforetakene – utdyping, figurer og tabeller 219

Vedlegg 6: Utvikling i tilstand på bygningsmasse og medisinsk teknisk utstyr 229

Vedlegg 7: RHF-enes arbeid med å redusere unødvendig aktivitet 235

Del 1: Riksrevisjonens vurderinger

1 Bakgrunn

Spesialisthelsetjenesten står overfor store utfordringer i årene som kommer. Befolkningen blir eldre, og behovet for helse- og omsorgstjenester vil derfor øke kraftig. Samtidig vil ikke antallet personer i yrkesaktiv alder vokse tilsvarende. Over tid vil denne demografiske utviklingen føre til både mangel på personell og en presset økonomi for helsetjenestene.[1] *Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024–2027* (Meld. St. 9 (2023–2024), jf. Innst. 387 S (2023–2024)) slår fast at mangel på personell er én av tre hovedutfordringer i helse- og omsorgstjenestene framover, og at sektoren står foran et viktig omstillingsarbeid for å dempe veksten i behovet for arbeidskraft. Spesialisthelsetjenesten vil derfor måtte omstille seg og bli mer produktive.

Bevilgningene til spesialisthelsetjenesten var på 228,6 milliarder kroner i 2025, noe som utgjorde om lag 11 prosent av utgiftene på statsbudsjettet. Stortinget har gjennom helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven stilt tydelige krav om at ressursene i spesialisthelsetjenesten skal utnyttes best mulig, samtidig som befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Flere av Riksrevisjonens undersøkelser de senere årene har vist potensial for effektivisering på ulike områder i sykehusene, og gitt tydelige indikasjoner på at det er mulig å bruke ressursene i sykehusene mer effektivt.[2]

En grunnleggende forutsetning for å oppnå best mulig utnyttelse av ressursene, er god økonomistyring. I Meld. St. 9 (2023–2024), jf. Innst. 387 S (2023–2024), peker Helse- og omsorgsdepartementet på at god kontroll med økonomien i foretakene er en forutsetning for riktige prioriteringer og for en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten. Mange helseforetak har fått en mer anstrengt økonomi de senere årene. I årene etter pandemien har det over flere år vært gitt tilleggsbevilgninger, noe som har påvirket resultatene. Helseministeren har varslet at det ikke vil komme økninger i bevilgningene til helsesektoren framover, utover det som trengs for å dekke prisvekst og aktivitetsøkning som følger av demografiske endringer.[3]

1.1 Kort om aktørene og deres ansvar, foretaksmodellen og finansieringen av sykehusene

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for sykehusene i Norge. Ansvaret innebærer å sette **de regionale helseforetakene (RHF)** i stand til å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionene. RHF-ene eier til sammen 20 helseforetak som leverer spesialisthelsetjenester til befolkningen. Helseforetakenes formål

[1] Meld. St. 31 (2023–2024), jf. Innst. 180 S (2024–2025).
[2] Del av Dokument 3:2 (2017–2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus (sak 3)*, Del av Dokument 3:2 (2018–2019). *Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressurser (sak 3)*, Dokument 3:6 (2023–2024). *Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av IT-systemer på sykehus*. Dokument 3:3 (2025–2026) *Riksrevisjonen si undersøking av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten.*
[3] Haugan, B. og Mikalsen, H. (2026, 20. april). [Internett].

er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, og å legge til rette for forskning og undervisning.

Med dagens finansieringsmodell gis det en samlet ramme til drift av sykehusene og til investeringer i bygg, medisinsk-teknisk utstyr, IT-løsninger og så videre. Hvert av RHF-ene mottar en samlet ramme og har det overordnede ansvaret for å prioritere mellom drift og investeringer i sin region. RHF-ene tildeler mesteparten av midlene til underliggende helseforetak, og fastsetter blant annet konkrete økonomiske resultatkrav for dem.

Foretakene er underlagt regnskapslovens bestemmelser, noe som blant annet innebærer at investeringer i bygg, utstyr og teknologi kostnadsføres over levetiden gjennom avskrivninger (se ordliste og forkortelser bakerst i rapporten), og at rentekostnader belastes resultatregnskapet løpende. Dette gjør at kapitalkostnadene (avskrivninger og renter) synliggjøres i resultatregnskapet.

Det er ikke noe krav om at foretakene oppnår et resultat i balanse det enkelte år, men krav til en økonomisk bærekraftig utvikling over tid.[4] I praksis forutsetter modellen at foretakene over tid går med overskudd. Driftsbevilgningene til foretakene skal dekke kostnader til avskrivninger, noe som gir likviditet som kan brukes til framtidige reinvesteringer i bygg, utstyr og teknologi. Samtidig er avskrivningene basert på historiske anskaffelseskostnader, mens nye investeringer som regel er dyrere som følge av prisvekst, høyere krav og behov for økt behandlingskapasitet. Positive resultater over tid er derfor en sentral forutsetning for å opprettholde investeringsevnen. I tillegg til overskudd kan investeringer finansieres gjennom salg av eiendom eller lån.[5]

Helseforetakene kan også søke RHF-ene om lån for å finansiere større investeringer. RHF-ene kan ta opp lån på vegne av foretakene gjennom den statlige låneordningen for prosjekter over 500 millioner kroner. Egenkapitalkravet ved store sykehusinvesteringer ble redusert i 2024, og foretakene kan nå låne inntil 90 prosent av kostnaden for sykehusbygg. Der investeringer finansieres med lån, vil et høyere rentenivå gi økte kapitalkostnader. Hvis foretakene vedvarende oppnår svake resultater, får de mindre kapasitet til å bygge opp egenkapital og økonomisk buffer, og dermed mindre kapasitet til å håndtere kostnadsøkninger og uforutsette utgifter og til å finansiere investeringer.

[4] Jf. krav i foretaksmøter, se kapittel om revisjonskriterier.
[5] Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, 10. desember). *Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi: TBU-spesialisthelsetjenesten – 10. desember 2025 (TBU-S)*, side 45-46.

2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å belyse hvordan helseforetakene og de regionale helseforetakenes økonomistyring bidrar til effektiv ressursbruk og økonomisk bærekraftig utvikling, og hvordan Helse- og omsorgsdepartementet følger opp dette området.

Dette belyses gjennom følgende problemstillinger:

1. Hvordan har helseforetakenes og helseregionenes effektivitet og økonomi utviklet seg over tid, og i hvilken grad er det forskjeller mellom helseforetak og mellom helseregioner?
2. I hvilken grad bidrar helseforetakenes økonomistyring til effektiv ressursbruk og en økonomisk bærekraftig utvikling?
3. I hvilken grad har de regionale helseforetakene lagt til rette for en god økonomistyring og effektiv ressursbruk i helseforetakene, og en bærekraftig økonomisk utvikling over tid i sin helseregion?
4. I hvilken grad legger Helse- og omsorgsdepartementet gjennom sin styring og oppfølging til rette for god økonomistyring, effektiv ressursbruk og en økonomisk bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten?

Begrepene **helseregion** og **foretaksgruppe** brukes som synonymer i denne undersøkelsen. Foretaksgruppene består av RHF-et, underliggende helseforetak som driver pasientbehandling, og andre virksomheter som er eid av RHF-et.

Økonomistyring kan defineres som arbeidet i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruk og aktivitet for å nå overordnede mål. Det handler om å gjøre bevisste tiltak for å forvalte de begrensede ressursene man har til rådighet slik at man når målene sine.

Begrepet **effektivitet** er nært beslektet med begrepet **produktivitet**, men innebærer noe mer. Mens produktivitet er hvor mye man produserer i forhold til ressursene som brukes, er effektivitet hvor god denne ressursutnyttelsen er ut fra en relevant målestokk, for eksempel beste praksis.

I denne rapporten skiller vi mellom *indre* effektivitet, det vil si hvor høy tjenesteproduksjon som kan oppnås med tilgjengelige ressurser, og *ytre* effektivitet, det vil si i hvilken grad ressursene brukes på aktiviteter som gir høy måloppnåelse eller størst mulig nytte, for eksempel gjennom økt behandlingskvalitet eller kortere ventetider. Undersøkelsen ser i hovedsak på indre effektivitet. I problemstilling 1 undersøker vi hvor mye helsetjenester som produseres i forhold til innsatsfaktorene penger og årsverk, og hvordan ressursutnyttelsen varierer mellom foretak og over tid. Utnyttelsen av penger og årsverk omtales som henholdsvis **kostnadseffektivitet** og **arbeidseffektivitet**. Ved å analysere hvordan foretakene arbeider for å redusere aktivitet med liten eller ingen nytte for pasientene, belyser vi også enkelte sider ved ytre effektivitet. Vi ser i liten grad på kvaliteten på behandlingen.

Med **økonomisk bærekraftig utvikling**, mener vi en økonomisk utvikling som gjør det mulig å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester innenfor de tilgjengelige ressursrammene også i framtiden. I perioden vi ser på har det vært stilt krav til RHF-ene om å innrette virksomheten i deres region innenfor de økonomiske rammene og å legge til rette for en bærekraftig utvikling over tid. For å kunne vurdere den økonomiske utviklingen i helseregionene og helseforetakene over tid, ser vi på de økonomiske resultatene blant annet i form av **årsresultat** og **driftsresultat før avskrivninger (EBITDA)**.

- **Årsresultat** er det regnskapsmessige resultatet for året etter at alle inntekter, kostnader, finansposter og øvrige regnskapsmessige poster er tatt med. Det viser om virksomheten samlet sett gikk med overskudd eller underskudd i løpet av året.
- **Driftsresultat før avskrivninger (EBITDA)** er årsresultatet før renter, skatt og av- og nedskrivninger, og er et mål på hvor god den underliggende driften er økonomisk sett, og hva den frigjør av likviditet for å betjene kapitalkostnader og finansiere kommende investeringer.

2.1 Kort om revisjonskriterier og metodisk tilnærming

Kriteriene vi har lagt til grunn for undersøkelsen, og det metodiske opplegget og datagrunnlaget, er nærmere omtalt i del 3 av rapporten.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i flere av Stortingets vedtak og forutsetninger, som stiller krav om effektiv ressursbruk og prioritering i spesialisthelsetjenesten, samt krav til Helse- og omsorgsdepartementets, de regionale helseforetakenes og de underliggende helseforetakenes styring og oppfølging av økonomien:

- spesialisthelsetjenesteloven
- helseforetaksloven og forarbeidene til loven, Ot.prp. nr. 66 (2000–2001)
- Innst. 190 S (2022–2023) jf. Meld. St. 6 (2022–2023) Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap
- Reglement for økonomistyring i staten § 10. Oppfølging av statens eierinteresse m.m.

Undersøkelsen omfatter de 20 helseforetakene som driver pasientbehandling, de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet. Vi har brukt en rekke metoder og datakilder for å belyse problemstillingene, både kvantitative og kvalitative. Vi har gjennomført:

- analyser av kostnadseffektiviteten og arbeidseffektiviteten i helseforetakene som driver pasientbehandling for perioden 2017–2024.
- analyser av kostnadsforskjeller mellom helseforetak innenfor utvalgte grupper av pasientbehandling, hvor vi har bedt helseforetakene forklare forskjellene.
- analyser av den økonomiske utviklingen i perioden 2015–2025 i de fire helseregionene, og i de underliggende 20 helseforetakene som driver pasientbehandling.

- dybdeundersøkelser av økonomistyringen i ett helseforetak for hver helseregion: Sørlandet sykehus, St. Olavs hospital, Helse Fonna og Nordlandssykehuset.
- en breddeundersøkelse av økonomistyringen i de 16 andre helseforetakene.
- analyser av RHF-enes og Helse- og omsorgsdepartementets tilrettelegging og oppfølging.

Undersøkelsesperioden varierer mellom undersøkelsens ulike problemstillinger. For effektivitetsanalysene bruker vi data for perioden 2017–2025. For analyser av økonomisk utvikling bruker vi i hovedsak data for perioden 2015–2025. I undersøkelser av helseforetakenes økonomistyring, RHF-enes tilrettelegging og Helse- og omsorgsdepartementets styring og oppfølging bruker vi i hovedsak data fra perioden 2022–2025.

2.2 Avgrensning av undersøkelsen

Som vist ovenfor, legger vi til grunn en bred definisjon av økonomistyring. Vi har imidlertid gjort noen avgrensninger:

- Vi ser hovedsakelig på driften, og har særlig oppmerksomhet om de største kostnadspostene, hvorav den største er bemanning. Lønn og andre personalkostnader utgjorde 147,3 milliarder kroner inkludert pensjon i 2025, om lag 63,6 prosent av foretaksgruppenes driftskostnader.
- Vi omtaler inntektsutviklingen på nasjonalt og regionalt nivå, og omtaler inntektsfordelingsmodellene som ligger til grunn for fordelingen av inntekter. Vi har imidlertid ikke gjort noen vurdering av om disse modellene gir en riktig eller hensiktsmessig fordeling mellom helseforetak.
- Undersøkelsen går ikke dypt inn på investeringer, som ble undersøkt i *Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr*.[6] Vi ser imidlertid på den overordnede utviklingen, og har hentet inn oppdatert informasjon om tilstandsgrad på bygg og alder på medisinsk-teknisk utstyr.
- Vi går ikke inn på samhandling mellom spesialisthelsetjenestene og kommunene, som ble belyst i *Riksrevisjonen si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre*.[7]
- Vi har ikke gått i dybden på digitalisering og helseteknologi, som også er virkemidler som blant annet skal bidra til mer effektiv ressursbruk. Dette har tidligere blitt undersøkt i henholdsvis *Riksrevisjonens undersøkelse av IT-systemer på sykehus*[8] og *Riksrevisjonen si undersøking av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten*[9].
- Undersøkelsen går heller ikke i dybden på innkjøpsområdet.

[6] Del av Dokument 3:2 (2021–2022).
[7] Dokument 3:10 (2025–2026).
[8] Dokument 3:6 (2023–2024).
[9] Dokument 3:3 (2025–2026).

3 Konklusjoner

- Det har vært en nedgang i helseforetakenes kostnads- og arbeidseffektivitet i perioden 2017–2025, og det er effektivitetsforskjeller mellom foretak.
- Den økonomiske bærekraften i spesialisthelsetjenesten er under press, med svekkede resultater i foretakene og et økende behov for omstilling i driften.
- Det er svakheter i foretakenes økonomiske planlegging på kort og lang sikt, og det er forskjeller i hvordan RHF-ene følger opp økonomien i sine helseforetak.
- Det foregår mye omstillingsarbeid i foretakene som kan gi bedre ressursutnyttelse, men det er også begrensninger i muligheten til å gjennomføre endringer.
- Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp foretakenes økonomi og ressursbruk tettere de siste årene, men det er uløste utfordringer med å sikre bærekraft over tid.

4 Overordnet vurdering: Ikke tilfredsstillende



Spesialisthelsetjenesten opererer innenfor et komplekst område med krevende målkonflikter og begrensninger i handlingsrommet for økonomistyring og omstilling. Undersøkelsen viser at Helse- og omsorgsdepartementet har vært opptatt av økonomisk bærekraft og effektiv ressursbruk i styringen og fulgt opp helseregionenes økonomi tettere de siste årene. Samtidig viser undersøkelsen at effektiviteten har falt, den økonomiske bærekraften er under press, og kjente utfordringer i flere regioner har vedvart over tid. Departementet og særlig tre av de fire regionale helseforetakene har over tid ikke i tilstrekkelig grad sikret realistisk økonomisk planlegging, god nok oppfølging av økonomiske resultater og tilstrekkelig framdrift i nødvendig omstilling. Riksrevisjonen vurderer dette samlet sett som ikke tilfredsstillende.

5 Utdyping av konklusjoner

I dette kapittelet utdyper vi konklusjonene fra kapittel 3. Utdypingen bygger på framstillingen av fakta i del 2 og de kildene det er referert til der.

5.1 Det har vært en nedgang i helseforetakenes kostnads- og arbeidseffektivitet i perioden 2017–2025, og det er effektivitetsforskjeller mellom foretak

Statens mål som eier i de regionale helseforetakene, er å sikre bærekraftig og mest mulig effektiv oppnåelse av sektorpolitiske mål. Det følger av spesialisthelsetjenesteloven at ressursene skal utnyttes best mulig, samtidig som befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Loven stiller krav til at de regionale helseforetakene vurderer blant annet ressursbruk når de innretter tjenestetilbudet.

Vi har gjennomført analyser av kostnadseffektiviteten og arbeidseffektiviteten i helseforetakene som driver pasientbehandling. Vi har sammenlignet helseforetakenes effektivitet i 2025, og sett på utviklingen i effektivitet i perioden 2017–2025. Analysene er avgrenset til den somatiske virksomheten, som utgjør om lag 70 prosent av de samlede kostnadene i spesialisthelsetjenesten. Analysene tar utgangspunkt i foretakenes indeksjusterte kostnader og årsverk innenfor somatikken, og produksjonen av helsetjenester målt ved DRG-poeng[10] fra Norsk pasientregister (NPR) for somatisk dagbehandling, døgnopphold og poliklinisk konsultasjon.

Kostnadsgrunnlaget er avgrenset til å gjelde behandlingsrelaterte driftskostnader som kan knyttes til pasientaktiviteten. Disse kostnadene utgjorde om lag 105 milliarder kroner i 2025 for foretakene som inngår i analysen.[11] Når det gjelder årsverk, har vi kun inkludert helsepersonell som jobber med pasientbehandling ved sykehusene. Dette utgjorde 70 695 årsverk i 2025 for foretakene i analysen.[12]

Vi har beregnet hvor effektivt hvert helseforetak omsatte kostnader og arbeidskraft til helsetjenester i 2025, sammenlignet med andre foretak. I analysen har vi tatt hensyn til at helseforetakene varierer i størrelse, når det gjelder både kostnader og produksjon, og at størrelsen kan gi fordeler eller ulemper i driften. Foretakene sammenlignes derfor med helseforetak med lignende produksjon av helsetjenester.

I denne analysen finner vi betydelige forskjeller i effektivitet mellom helseforetak. Dersom mindre effektive helseforetak hadde produsert helsetjenestene de leverer i dag like effektivt som de mest effektive, kunne det ifølge våre anslag samlet ha redusert dagens

[10] DRG er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner klassifiseres i grupper. Se ordliste og forkortelser bakerst i rapporten.
[11] De totale kostnadene i somatikken i 2025 var på 163,6 milliarder kroner. I kostnadsgrunnlaget som brukes i analysen er kostnader til kjøp av pasientbehandling, forskning, H-reseptlegemidler, annen ekstern virksomhet, poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet som ikke gir DRG-poeng, samt noen andre kostnadskomponenter holdt utenfor. Pensjonskostnader er også ekskludert.
[12] Totalt var det omtrent 109 000 avtalte årsverk i somatikken i 2025. I grunnlaget for våre analyser inkluderes ikke administrativt personell som jobber i tilknytning til den somatiske pasientbehandlingen, eller ambulansepersonell.

kostnader til somatisk pasientbehandling med 4,7 prosent, eller redusert dagens bruk av arbeidskraft til somatisk pasientbehandling med 3,6 prosent. Det er helseforetakene i Helse Nord og dernest Helse Midt-Norge som har lavest kostnadseffektivitet og arbeidseffektivitet.

Undersøkelsen tyder imidlertid på at en del av variasjonen i effektivitet mellom foretak kan forklares av forhold som helt eller delvis ligger utenfor helseforetakenes kontroll. Analysen indikerer at *gjennomsnittlig produksjon av helsetjenester per lokasjon* (som fanger opp skala-ulemper som følger av at produksjonen i helseforetaket fordeles på flere lokasjoner), *årsverk ved foretaket knyttet til forskning* (som fanger opp om helseforetaket har særskilte forskningsoppgaver), *og kjøretid til nærmeste akuttmottak* (som fanger opp ulike geografiske kostnadsulemper), samlet forklarer omtrent halvparten av variasjonen i effektivitet i perioden 2017–2025. Dette er i stor grad de samme faktorene som ble identifisert gjennom *NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak* (Magnussen-utvalget), og som ligger til grunn for dagens nasjonale inntektsfordelingsmodell.

Hvor stor del av forskjellene i kostnadseffektivitet som faktisk kan forklares av de tre forholdene i 2025, er usikkert. Våre analyser tilsier at den delen av forskjellene som potensielt kan knyttes til helseforetakenes egen drift, var høyere enn 1,6 prosent av kostnadene, men vesentlig lavere enn 4,7 prosent. Omregnet til kroner tilsvarer dette mellom 1,7 og 4,9 milliarder kroner av de om lag 105 milliardene som helseforetakene brukte på somatisk pasientbehandling i 2025. Dersom man legger til grunn at om lag halvparten av forskjellene i kostnadseffektivitet dette året skyldtes forhold utenfor helseforetakenes kontroll, vil de resterende forskjellene tilsvare om lag 2,4 prosent av kostnadene, eller 2,5 milliarder kroner.

Vi har også beregnet hvordan helseforetakenes effektivitet har utviklet seg over tid. Effektivitetsanalysene viser at det samlet sett har vært en nedgang i helseforetakenes kostnadseffektivitet og arbeidseffektivitet i perioden 2017–2025. Effektiviteten falt markant i alle foretakene under koronapandemien. Selv om alle foretakene har hentet seg noe inn de påfølgende årene, er verken kostnadseffektiviteten eller arbeidseffektiviteten tilbake på samme nivå som før pandemien. Den samlede kostnadseffektiviteten nasjonalt falt både i 2024 og 2025, mens arbeidseffektiviteten økte i 2024, og flatet ut i 2025.

Regjeringen forutsetter en betydelig *vekst* i effektivitet i årene som kommer; i Meld. St. 11 (2025–2026) Helsepersonellplan 2040 legges det til grunn en *årlig produktivitetsvekst* på 0,7 prosent for hele helse- og omsorgstjenesten samlet, for å redusere behovet for arbeidskraft. Dersom helseforetakene skulle produsert samme mengde somatiske helsetjenester i 2025 med 0,7 prosent lavere kostnad, ville det innebære et kutt på 735 millioner kroner. Tilsvarende innebærer en reduksjon i helsepersonell i somatikken på 0,7 prosent en reduksjon på i underkant av 500 årsverk. Departementet legger til grunn produktivitetsvekst i denne størrelsesordenen hvert år fram mot 2040.

Det er forskjeller i utviklingen mellom de fire helseregionene:

- Analysen av **kostnadseffektivitet** viser at helseforetakene i Helse Sør-Øst samlet sett har hatt minst nedgang i perioden 2017–2025, etterfulgt av foretakene i Helse Vest og Helse Nord. Helseforetakene i Helse Midt-Norge har hatt den største nedgangen i perioden. I Helse Midt-Norge er det to tydelige nedganger i kostnadseffektivitet etter 2020 som har sammenheng med innføringen av Helseplattformen ved foretakene i regionen.[13] I 2025 har kostnadseffektiviteten økt i Helse Midt-Norge og Helse Nord, mens den har falt i Helse Sør-Øst og flatet ut i Helse Vest.
- Analysen av **arbeidseffektivitet** viser at helseforetakene i Helse Nord samlet sett har hatt en oppgang i perioden 2017–2025, mens de tre andre regionene alle har hatt en nedgang i perioden. Både i Helse Nord og Helse Midt-Norge økte arbeidseffektiviteten vesentlig i 2025.

Det er også store forskjeller mellom helseforetakene innad i hver region: Seks helseforetak har økt både kostnadseffektiviteten og arbeidseffektiviteten i 2025 i forhold til 2017, mens ytterligere fire har økt arbeidseffektiviteten.[14] Ingen av de største helseforetakene (St. Olav, Universitetssykehuset Nord-Norge, Oslo universitetssykehus eller Helse Bergen) har økt effektiviteten i perioden. De store helseforetakene trekker dermed ned den samlede effektivitetsutviklingen i alle regioner.

Vi har også gjennomført analyser av kostnadsforskjeller innenfor utvalgte grupper av pasientbehandlinger, hvor vi har bedt helseforetakene forklare forskjellene. Vi har sett på behandlingsgrupper med stort volum og store kostnader, som gjennomføres ved alle helseforetak – behandling av lungebetennelse og pleuritt, innsetting av primærhofteleddsprotese, innsetting av protese i kne og behandling av infeksjoner i nyrer og urinveier. Analysene viser at det er store kostnadsforskjeller mellom helseforetakene innenfor alle disse behandlingsgruppene. Det er forskjeller både på tvers av helseregioner, og mellom sammenlignbare helseforetak.

For hver av behandlingsgruppene har vi valgt ut par av helseforetak med lignende forventet kostnadsnivå. De utvalgte helseforetakenes kostnadsforskjeller for disse behandlingene spenner fra 13.000 til 53.000 kroner:

- Ved lungebetennelse og pleuritt er kostnaden til behandling av en gjennomsnittspasient uten andre tilstander 13.000 kroner høyere ved St. Olavs enn ved Ahus.
- Ved innsetting av primærhofteleddsprotese er kostnaden til behandling av en gjennomsnittspasient uten andre tilstander 53.000 kroner høyere ved Ahus enn ved St. Olav.

[13] Riksrevisjonens undersøkelse om innføringen av Helseplattformen fra 2024 (Dokument 3:3 (2024–2025)) har tidligere vist at implementeringen av Helseplattformen reduserte effektiviteten i pasientbehandlingen. Kostnadene i foretakene økte av flere årsaker: Foretakene måtte styrke bemanningen med ekstra innleie, overtid og stimuleringstiltak. I tillegg kom kostnader blant annet til opplæring av ansatte og superbrukere, og lokale innføringsprosjekter.

[14] De som har økt både kostnadseffektivitet og arbeidseffektivitet er Lovisenberg Diakonale sykehus, Helse Førde, Sykehuset i Vestfold, Finnmarkssykehuset, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. De som har økt arbeidseffektiviteten er Sykehuset Østfold, Sørlandet sykehus, Helse Møre og Romsdal og Diakonhjemmet.

Intervjuer med de utvalgte foretakene om kostnadsforskjellene viser at forskjellene til dels kan forklares av forhold helseforetakene i liten eller ingen grad kan påvirke, som pasientsammensetning eller arbeidsgiveravgiftssone. Samtidig kan en del av variasjonen forklares av forhold som helseforetakene kan gjøre noe med på kort eller lang sikt. Analysen viser at liggetid og sengepostkostnader og organisering og driftsform er viktige forklaringsfaktorer. At to av helseforetakene i analysen som har kortest liggetid, oppgir å ha arbeidet systematisk med å redusere liggetiden, viser at dette er forhold som helseforetakene i noen grad har mulighet til å påvirke. Det samme gjelder forhold som gjelder organisering og driftsform.

Når undersøkelsen viser at det har vært en nedgang i effektiviteten i somatikken, og det er effektivitetsforskjeller mellom helseforetakene, betyr dette etter Riksrevisjonens vurdering at det er mulig å øke effektiviteten i helseforetakene. Noe av dette har helseforetakene mulighet til å påvirke selv, mens andre forhold ligger utenfor helseforetakenes kontroll.

Våre effektivitetsanalyser er avgrenset til somatikken, men det er ikke grunn til å tro at potensialet for effektivisering er større i somatikken enn andre deler av spesialisthelsetjenesten. Veksten i kostnader og bemanning har vært større i somatikken enn i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i perioden 2017–2025, men det er også i somatikken det har vært størst økning i aktivitet som følger av endringer i demografi. Relativt til veksten i demografidrevet behov har det vært høyere vekst i årsverk innenfor psykisk helsevern og TSB.

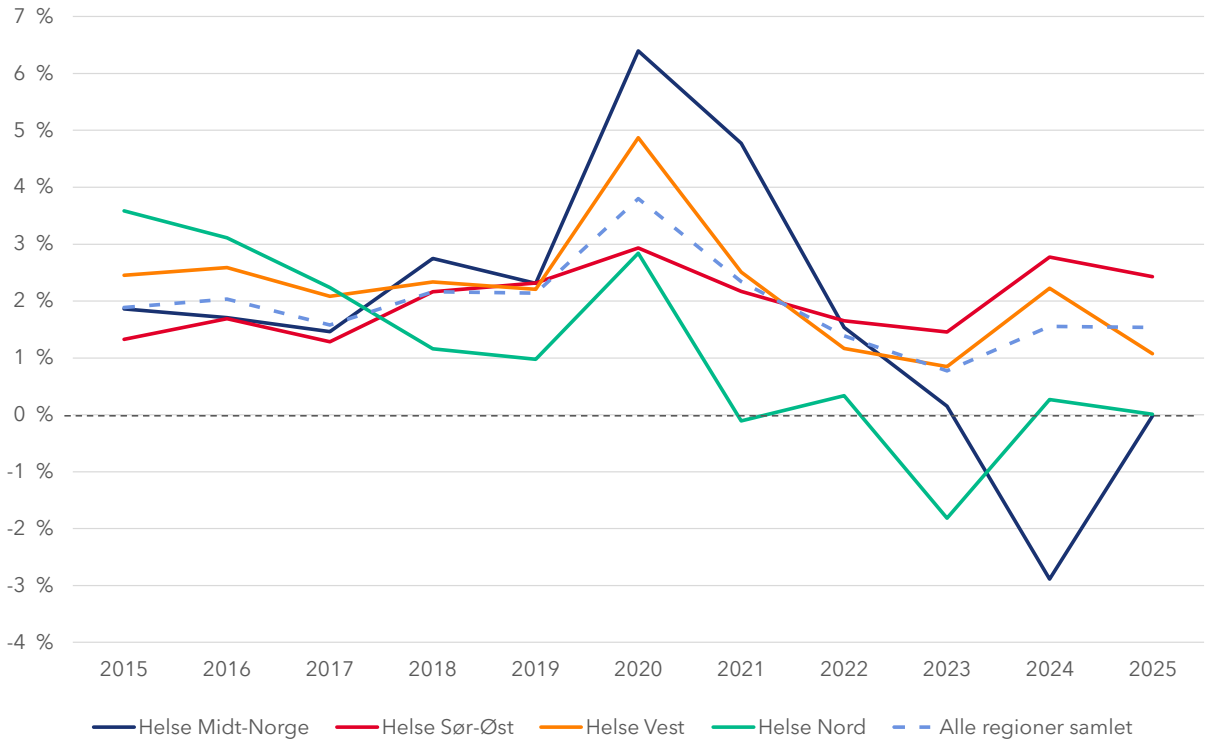
5.2 Den økonomiske bærekraften i spesialisthelsetjenesten er under press, med svekkede resultater i foretakene og et økende behov for omstilling i driften

En av hensiktene med å organisere sykehusene som foretak var å gi sykehusene et mer helhetlig ansvar for økonomien, som igjen skulle gi bedre helsetjenester. Modellen innebærer at foretakene over tid må sikre at de har nok likviditet, ikke bare til å utvikle tjenestene, men også til investeringer og dekning av framtidige avskrivnings- og rentekostnader. I undersøkelsesperioden (2015–2025) har det vært stilt krav til de regionale helseforetakene om at de innretter virksomheten innenfor tilgjengelige økonomiske rammer og legger til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Foretaksgruppene i de fire helseregionene har samlet sett levert positive årsresultater i hele perioden 2015–2025, men resultatene har svekket seg de siste årene i perioden.

Figuren nedenfor viser utviklingen i resultatgrad per helseregion og nasjonalt i perioden 2015–2025. Resultatgraden er årsresultatet som andel av driftsinntektene og er et forholdstall som er sammenlignbart mellom foretak og mellom helseregioner.

Figur 1 Resultatgrad (årsresultat som andel av driftsinntekter) per helseregion og samlet i perioden 2015–2025



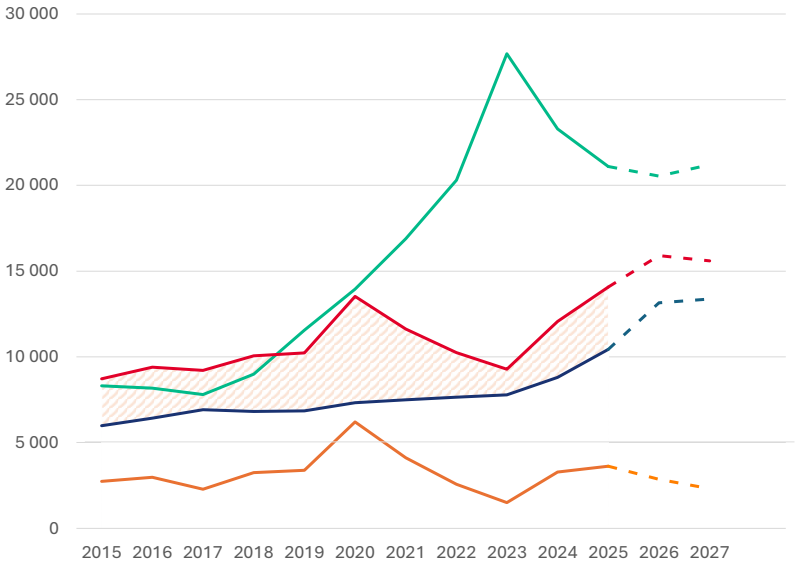
Kilde: Konsernregnskap for foretaksgruppene.

I 2020 økte alle helseregionene resultatgraden markant, hovedsakelig grunnet tilleggsbevilgninger i forbindelse med pandemien. Etter dette har resultatene vært mer sprikende, og nedadgående i tre av regionene. I Helse Midt-Norge og Helse Nord har årsresultat og resultatgrad vært negativ i flere år i perioden 2021–2025. Den negative utviklingen i Helse Midt-Norge henger sammen med innføring av Helseplattformen og med bygging av nytt sykehus i Møre og Romsdal. Helse Sør-Øst har hatt en mer positiv økonomisk utvikling enn de andre regionene.

Også årene 2021-2024 har vært preget av betydelige tilleggsbevilgninger, både midlertidige og varige, og dette har påvirket de økonomiske resultatene. Helse Nord har i større grad enn de andre regionene mottatt varige, øremerkede tilskudd. Om man holder midlertidige engangsbevilgninger utenfor, har det i hele perioden 2015–2025 kun vært en liten realvekst i helseforetakenes driftsbevilgninger, korrigert for prisvekst og så videre, og demografidrevne merkostnader.

Det har vært et høyt investeringsnivå i de fire helseregionene de siste årene, og investeringene har i stor grad vært finansiert gjennom lån. Samtidig har rentenivået blitt høyere. Samlet sett gir dette økende kapitalkostnader (rentekostnader og avskrivninger) i alle regioner, noe som igjen stiller større krav til overskudd fra driften (driftsresultat før avskrivninger). Rentekostnadene har i tillegg økt som følger av en økning i kortsiktige lån for å dekke likviditetsbehov knyttet til pensjonspremier (driftskreditt). Utviklingen kan illustreres av figuren nedenfor.

Figur 2 Helseregionenes samlede årsresultat, kapitalkostnader, investeringer og driftsresultat før avskrivninger, 2015–2025, med anslag for 2026–2027. Millioner kroner.



Investeringsnivået har økt kraftig fra 2020, med en foreløpig topp på 27,7 milliarder kroner i 2023, og de nye investeringene er i stor grad lånefinansierte. Stiplet linje viser de regionale helseforetakenes anslag på investeringer de neste to årene (i 2025-kroner).

Investeringene og låneopptaket bidrar til at **kapitalkostnadene** (kostnader til avskrivninger og renter) begynner å øke markant i 2024 og 2025. Stiplet linje viser de regionale helseforetakenes anslag på kapitalkostnader de to neste årene.

Høyere kapitalkostnader gjør at **resultatene fra driften** (driftsresultat før avskrivninger) må økes. Hvis ikke svekkes **årsresultatet**, noe som kan redusere det økonomiske handlingsrommet og evnen til å finansiere nye investeringer. Stiplede linjer viser de regionale helseforetakenes samlede mål for årsresultat og driftsresultat før avskrivninger de neste to årene.

Kilde: Utvikling fra 2015 til 2025 er hentet fra konsernregnskap for foretaksgruppene. Anslagene for 2026 og 2027 er det de regionale helseforetakene har rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med økonomiske langtidsplaner for perioden 2027–2030. Tall for 2015–2025 er oppgitt i løpende priser. Anslag for 2026–2027 er oppgitt i 2026-kroner.

De regionale helseforetakenes anslag viser at kapitalkostnadene vil fortsette å øke til nærmere 13,4 milliarder kroner i 2027. Hvis foretakene ikke øker resultatene fra driften ytterligere, kan de få mindre økonomisk handlingsrom og mindre evne til å finansiere nye investeringer. Fram mot 2027 vil kapitalkostnadene øke mest i Helse Vest, og nest mest i Helse Sør-Øst, og helseregionene legger opp til et noe lavere resultatnivå.

En vesentlig forskjell mellom Helse Sør-Øst og de andre regionene er at Helse Sør-Øst legger opp til et svært høyt investeringsnivå de neste årene. Bare i perioden 2026–2029 er det lagt opp til investeringer på hele 72 milliarder kroner. Kapitalkostnadene vil øke betydelig når nye Oslo universitetssykehus og det nye Mjøssykehuset i Innlandet er ferdig i henholdsvis 2031 og 2032/2033. Helse Sør-Øst RHF peker selv på at dette vil stille krav til økte resultater. Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt-Norge, som har gjennomført store investeringer de siste årene, vil i henhold til de økonomiske langtidsplanene redusere investeringsnivået de neste årene. RHF-ene i disse tre regionene peker i sine siste langtidsplaner på at det nå er utfordrende å finansiere investeringene helseforetakene ønsker eller har behov for.

Anslagene i de økonomiske langtidsplanene er usikre, noe som også understrekes av våre analyser av planene for perioden 2015–2025. I disse planene setter RHF-ene krav til årsresultat for det første året i planperioden, og mål for det økonomiske resultatet i de påfølgende årene. Disse kravene og målene settes både for helseregionen som helhet, og for det enkelte helseforetak. Planene oppdateres hvert år.

Når det gjelder kravene til resultat i disse planene på regionnivå, ser vi

- at Helse Sør-Østs årsresultater i hovedsak var høyere enn planlagt
- at Helse Vest i flere år hadde bedre resultater enn planlagt. Dette endret seg fra 2021, og RHF-et har etter dette justert ned forventningene i planene
- at Helse Nords resultater jevnt over ligger lavere enn det som de økonomiske langtidsplanene la til grunn (etter 2016 er det kun i korona-året 2020 at foretaksgruppen oppnådde høyere årsresultat enn det som har ligget i planene)
- at Helse Midt-Norge har vært for optimistiske de fleste år, med unntak av årene 2020 og 2021, som var preget av store tilleggsbevilgninger. Helse Midt-Norge RHF har i store deler av perioden ikke satt noe krav til økonomisk resultat for foretaksgruppen som helhet i langtidsplanene, kun for de underliggende helseforetakene

Konsekvensen av at foretakene ikke oppnår målene sine, er gjerne at planlagte investeringer må reduseres eller utsettes.

En stor del av overskuddet i helseregionene ligger hos RHF-ene. RHF-ene har behov for økonomiske buffere sentralt, som kan brukes som egenkapital i nye byggeprosjekter og til å håndtere økonomisk risiko i pågående prosjekter. Bygging av store sykehusbygg er komplekse og langvarige prosjekter, hvor det må tas høyde for betydelig kostnadsusikkerhet som kan utgjøre svært store beløp. Samtidig har det enkelte helseforetak et behov for overskudd og økonomisk buffer for å finansiere sine investeringer, og for å kunne håndtere kostnadsøkninger og uforutsette utgifter.

Ser man på de 20 helseforetakene som driver pasientbehandling, hadde de negative årsresultater i en tredjedel av årsregnskapene i perioden 2015–2025. I perioden 2022–2025 har resultatene på helseforetaksnivå vært spesielt svake, og i ett av årene, 2023, gikk helseforetakene samlet sett i minus med over en milliard kroner.

Mange helseforetak har utfordringer med å nå de planlagte resultatene sine på både kort og lang sikt. De siste årene har vært spesielt utfordrende for helseforetakene. En gjennomgang viser at i årene 2022–2025 var om lag en tredjedel av årsresultatene (27 av 80) lavere enn budsjettert. Foretakene i Helse Nord og Helse Vest har flest negative resultatavvik disse årene, mens det i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst er større variasjon. Vedvarende svake resultater i de underliggende helseforetakene kan svekke disse foretakenes evne til å bygge egenkapital og økonomiske buffere og redusere muligheten til å finansiere mindre investeringer og håndtere kostnadsøkninger og uforutsette utgifter.

Vi har gjort en analyse av utvikling i foretakenes driftskostnader uten pensjon i perioden 2017–2025.[15] Lønn uten pensjon er den kostnadstypen som har økt mest, og andelen lønnskostnaden utgjorde av driftskostnadene har økt fra 57,3 prosent i 2017 til 59 prosent

[15] I de øvrige regnskapsanalysene ser vi på perioden 2015–2025. I kostnadsanalysene har vi avgrenset til perioden fra 2017, fordi innføring av ordningen med nøytral merverdiavgift fra og med dette året påvirket nivået på helseforetakenes inntekter og kostnader.

i 2025, altså med 1,7 prosentpoeng. I 2025 utgjorde lønn uten pensjonskostnader 116 milliarder kroner. Økningen kommer av både lønnsvekst, vekst i antall årsverk og en økning i overtidsarbeid. Helse Sør-Øst har hatt lavere vekst i driftskostnader enn de andre regionene, noe som delvis kan forklares med lavere vekst i lønnskostnader og lavere bemanningsvekst.

Innleiekostnadene (del av kostnadsposten kjøp av helsetjenester) økte betraktelig under pandemien, med et toppår i 2022. Innleiekostnadene har blitt redusert mye siden da, men er fortsatt store i Helse Nord og noen helseforetak i de andre regionene. Mange helseforetak har undervurdert kostnader til lønn og til kjøp av helsetjenester (herunder innleie) i budsjettene de siste årene.

Finanskostnadene (i all hovedsak renter) har økt vesentlig i 2024 og 2025 og påvirket resultatene. Utviklingen skyldes for en stor del økt gjeld som følge av store investeringsprosjekter og et høyere rentenivå. Rentekostnadene på investeringslånene var i overkant av 1 milliard kroner i 2025, og er forventet å dobles i 2026. I tillegg har foretakene hatt betydelige rentekostnader på driftskreditt, som er kortsiktige, statlige lån for å dekke differansen mellom bevilgninger og foretakenes pensjonsutbetalinger. Dette skyldes store avvik mellom bevilgningene og de faktiske pensjonspremiene de siste årene, som har økt behovet for driftskreditt samtidig som rentene har steget. Våre anslag viser at dette utgjorde over en milliard kroner i rentebelastning i både 2024 og 2025. Dette er en økning fra om lag 70 millioner kroner i 2020.

Foretakene har også finansinntekter, i form av renteinntekter på oppsparte midler. Foretaksgruppene som helhet hadde samlet netto finansinntekter i perioden 2018–2023, men dette snudde til netto finanskostnader i 2024, og kostnadene økte betydelig i 2025. De fire foretaksgruppene hadde netto finanskostnader på om lag 750 millioner kroner dette året. Det er viktig å merke seg at de underliggende helseforetakene som gjennomfører investeringene, i liten grad har egne finansinntekter, mens de i stor grad må bære rentekostnadene ved lånene. De 20 helseforetakene som driver pasientbehandling, hadde netto finanskostnader på 1,85 milliarder kroner i 2025, noe som utgjør 0,9 prosent av driftsinntektene deres.

Det høye investeringsnivået i helseregionene i perioden 2020–2025 skyldes i stor grad investeringer i nye bygg i enkelte helseforetak, i tillegg til Helseplattformen i Helse Midt-Norge. Samtidig viser undersøkelsen at investeringsnivået samlet sett ikke har vært tilstrekkelig til å opprettholde tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr i en del helseforetak.

Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr fra 2021 kartla tilstandsgrad på bygningsmassen til helseforetakene, samt alder på medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene i perioden 2015-2020. Oppdatert informasjon viser:

- Den samlede tilstanden på bygningsmassen har blitt noe dårligere siden 2020, og det er færre foretak som når målet for tilfredsstillende tilstand. Samtidig er flere større

byggeprosjekter planlagt eller nylig gjennomført, særlig i Helse Sør-Øst, noe som vil forbedre tilstanden på bygningsmassen i de foretakene som bygger nytt i årene framover.

- Gjennomsnittsalderen på medisinsk-teknisk utstyr (MTU) har fra 2020 til 2025 økt i 10 av de 18 helseforetakene vi har informasjon om, mens den har gått ned i 8. Helseforetakene investerer ofte i mye nytt MTU i forbindelse med nye bygg, og det er særlig i helseforetakene hvor det nettopp er bygget nytt, at alderen på utstyret har gått ned de siste fem årene. Eldre utstyr gir økt risiko for havarier, og i noen helseforetak går en betydelig del av investeringene til å erstatte utstyr som bryter sammen, istedenfor på planlagt fornyelse.

Selv om foretakene har hatt positive resultater samlet sett i perioden 2015–2025, har utviklingen de siste årene gått i en negativ retning. Særlig i Helse Nord og Helse Midt-Norge er resultatene svake samlet sett, og mange helseforetak i alle regioner går med underskudd. Sykehusøkonomien presses av både økende kapitalkostnader og økende driftskostnader, og det er i perioden særlig lønnskostnadene som har økt.

Økende kapitalkostnader er ikke et problem i seg selv. Investeringer er nødvendig for å legge til rette for mer effektiv sykehusdrift. Når lønnskostnader utgjør en større del av det samlede kostnadsbildet, tyder det etter Riksrevisjonens vurdering på at investeringene foreløpig ikke har redusert behovet for nye årsverk i tjenestene. Til tross for at det har vært gjort betydelige investeringer i nye sykehusbygg de siste årene, viser undersøkelsen dessuten at det fortsatt er et etterslep når det gjelder vedlikehold av bygningsmasse og utskiftning av medisinsk-teknisk utstyr i mange helseforetak.

Undersøkelsen viser etter Riksrevisjonens vurdering at den økonomiske bærekraften i spesialisthelsetjenesten er under press, og at situasjonen stiller store krav til økonomistyring og omstilling i driften.

5.3 Det er svakheter i foretakenes økonomiske planlegging på kort og lang sikt, og det er forskjeller i hvordan RHF-ene følger opp økonomien i sine helseforetak

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal planlegge, gjennomføre, evaluere og ved behov korrigere virksomhetens aktiviteter for å sikre at helselovgivningen etterleves. Dette gjelder både krav til kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og krav om at ressursene skal utnyttes best mulig. I henhold til helseforetaksloven skal styret i foretakene fastsette budsjett og planer for foretakets virksomhet. Den økonomiske langtidsplanen, som utarbeides av RHF-et etter innspill fra helseforetakene, er det sentrale plandokumentet for økonomistyringen. RHF-ene har det overordnede ansvaret for å sikre realistisk budsjettering i foretaksgruppen.

5.3.1 Foretakenes økonomiske langtidsplaner og budsjetter er til dels urealistiske, og budsjettene bygger i begrenset grad på analyser av aktivitet og bemanning

De regionale økonomiske langtidsplanene inneholder resultatkrav til hvert enkelt helseforetak, og i tre av regionene, til foretaksgruppen som helhet, på kort sikt (neste år) og lengre sikt (de neste fire til seks årene). Planen oppdateres årlig, og det første året i planperioden legger premisser for utarbeidelsen av kommende års budsjett.

Realisme i økonomiske langtidsplaner og budsjetter

Undersøkelsen viser manglende realisme både i helseforetakenes budsjetter og i de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner:

- Som vist i kapittel 5.2 har særlig de økonomiske langtidsplanene i Helse Nord og Helse Midt-Norge gjennomgående vært for optimistiske. I disse regionene ligger resultatene på foretaksgruppenivå stort sett under resultatmålene som er satt på kort og lang sikt.
- På helseforetaksnivå nådde bare seks av helseforetakene resultatmålene i planene på kort sikt i mer enn halvparten av planperiodene, mens fem helseforetak oppnådde målene på lang sikt i mer enn halvparten av planperiodene.
- I perioden 2022–2025 var to tredjedeler av årsresultatene til helseforetakene dårligere enn budsjettert.
- Selv om resultatmålene nås på helseforetaksnivå, viser undersøkelsen at helseforetakene kan ha klinikker med kostnader som langt overskrider den tildelte rammen over mange år, og andre som går i pluss over mange år.

De regionale helseforetakene fastsetter de overordnede resultatkravene for sine helseforetak på ulike måter, og graden av medvirkning fra helseforetakene varierer. Undersøkelsen viser at resultatkravene i enkelte tilfeller i større grad er styrt av behovet for økonomiske overskudd enn av hva helseforetakene realistisk kan forventes å oppnå. Samtidig viser undersøkelsen at ambisiøse resultatkrav i noen tilfeller settes bevisst for å motivere underliggende enheter til å forbedre resultatene sine.

Som ledd i helseforetakenes budsjettprosess får klinikkene og andre enheter på samme nivå tildelt en økonomisk ramme som de må holde seg innenfor det kommende budsjettåret. I mange tilfeller er imidlertid behovet større enn rammen. Da må enhetene identifisere tiltak som enten reduserer kostnader eller øker aktivitet, slik at resultatkravet oppfylles. Undersøkelsen viser at enhetene i praksis ofte ikke lykkes med dette, og at det oppstår et avvik mellom resultatkravet for året og tiltakene de har klart å identifisere før budsjettet skal vedtas.

Mange helseforetak opererer derfor med såkalte «uløste utfordringer», «restutfordringer» eller lignende i budsjettet, det vil si beløp som skal spares inn uten at det er identifisert konkrete tiltak for få til dette. I praksis vedtar en del helseforetak da budsjetter med urealistisk lave kostnader. Det er ulike eksempler på hvordan helseforetakene håndterer dette:

- Restutfordringene er spredt på diverse lønnsposter, fordi det er på dette området kostnadsreduksjoner er nødvendig.
- Restutfordringene spres på forskjellige kostnadsposter (som en uspesifisert kostnadsreduksjon).
- Det budsjetteres med ingen eller veldig lav innleie, selv om det ikke finnes en plan for hvordan man skal få til dette.
- Man reduserer budsjettert kostnad på «andre driftskostnader» for å få et budsjettert resultat i tråd med resultatkravet.
- Det legges inn «tiltak» uten innhold eller en plan for implementering.

Det kan være snakk om forholdsvis store beløp. For eksempel hadde Nordlandssykehuset en uløst utfordring på 17 millioner kroner i det vedtatte budsjettet for 2025. De uløste utfordringene var i realiteten høyere, fordi det i budsjettet også var listet opp en rekke «tiltak» uten spesifisert innhold. Det største av alle hovedtiltakene, «vurdere tjenestetilbud», hadde en planlagt effekt på 58 mill. kroner, men uten at det var konkretisert noen tiltak/aktiviteter for å nå målet.

Dybdeundersøkelsen viser imidlertid flere eksempler på at helseforetak og klinikker har arbeidet for mer realistiske og gjennomførbare tiltak. De har blant annet sørget for at ansatte har tro på gjennomføringen av endringer og definert tydelig hvem som har ansvar for gjennomføringen. I ett tilfelle har det vært urealistisk å snu den negative økonomiske situasjonen til en klinikk på ett enkelt år, og klinikken har derfor jobbet etter en treårsplan for å komme i balanse. Andre grep som er tatt, er å framskynde budsjettprosessen slik at klinikkene får bedre tid til å identifisere tiltak, involvere fagdirektør i budsjettprosessen for å sikre sammenheng mellom aktivitet og årsverk, og å vurdere det medisinske når det meldes inn behov for nye årsverk.

Bruk av styringsinformasjon om bemanning og aktivitet i planleggingen

Lønn og andre personalkostnader er den største kostnadsposten i helseforetakene. Det gjør bemanning til et sentralt område i økonomistyringen og budsjettprosessen. For høy bemanning i forhold til aktiviteten innebærer ineffektivitet, mens for lav bemanning kan medføre blant annet økt slitasje og sykefravær og økt behov for innleie. Å tilpasse bemanningen til aktivitetsnivået er viktig både for god ressursutnyttelse og for å sikre realistiske budsjetter.

Helseforetakene som bemannet opp under koronapandemien, har vært oppmerksomme på behovet for å redusere bemanningsveksten i årene etter pandemien. Undersøkelsen viser at noen helseforetak kobler styringsinformasjon om bemanning og aktivitet og bruker dette aktivt i planleggingen. Dette gjelder for eksempel:

- **St. Olavs hospital**, som i 2025 brukte analyser av produktivitet som grunnlag for bemanningsreduksjon slik at produktivitetsnivået ved de ulike klinikkene skulle komme tilbake til samme nivå som før pandemien.

- **Sørlandet sykehus**, som fra 2023 har utarbeidet og innført en metodikk for å planlegge ressursene ved sengepostene i tråd med analyser og bekreftet historisk aktivitet (se faktaboks 1 nedenfor).

Utover disse to eksemplene er det imidlertid få helseforetak som kan dokumentere at de gjør systematiske analyser av bemanningsbehov opp mot aktivitet som en del av budsjettprosessen. Det er dermed risiko for at bemanningen ikke tilpasses det faktiske behovet, at ressursene ikke går dit behovet er størst, og at skjevheter i finansieringen av underliggende enheter videreføres fra ett år til det neste.

Samtidig viser undersøkelsen at alle de regionale helseforetakene har bygget opp datavarehus med styringsdata fra helseforetakenes drift, som er tilgjengeliggjort for helseforetakene.[16] Med unntak av i Helse Nord er det i alle regionene per andre kvartal 2026 eksempler på at helseforetakene har tilgang til dashbord som sammenstiller informasjon om faktisk antall pasienter og antall ansatte på sengepost. Et annet verktøy som kan bidra til bedre ressursplanlegging og ressursutnyttelse, er integrasjon mellom IT-systemene for personellplanlegging og pasientadministrasjon. Det varierer hvor langt helseregionene har kommet i å få på plass denne løsningen.

Undersøkelsen viser imidlertid at det ikke er tilstrekkelig å utvikle tekniske løsninger og dashbord. At informasjonen er tilgjengelig, betyr ikke nødvendigvis at den brukes aktivt i planlegging og styring. Dybdeundersøkelsen viser at aktiv ledelsesoppfølging og støtte til gjennomføring av endringer er viktige forutsetninger for å lykkes med å ta løsningene i bruk.

Etter Riksrevisjonens vurdering viser undersøkelsen svakheter i foretakenes økonomiske planlegging. De regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner, og en del av helseforetakenes budsjetter, preges av manglende realisme. I tillegg bygger budsjettene i begrenset grad på systematiske analyser av sammenhengen mellom aktivitet og bemanning. Dette øker risikoen for at bemanningen ikke tilpasses aktivitetsnivået, og at budsjettene baseres på forutsetninger som er vanskelige å realisere. Etter Riksrevisjonens vurdering svekker dette budsjettets funksjon som styringsverktøy, og gjør det vanskeligere å få et godt bilde av om omstillingsarbeid gjennomføres og lykkes.

5.3.2 Helse Sør-Øst har en tettere oppfølging av økonomistyringen i helseforetakene enn de øvrige RHF-ene

Undersøkelsen viser tydelige forskjeller mellom RHF-enes oppfølging av økonomien i helseforetakene. Alle RHF-ene gir helseforetakene sine føringer for hvordan de skal utarbeide årsbudsjettene sine og bidra i utarbeidelsen av regionenes økonomiske langtidsplaner. Helseforetakene styrebehandler sine innspill til økonomisk langtidsplan før det oversendes RHF-et. Resultatmålet i økonomisk langtidsplan er førende for kommende års budsjett. Alle RHF-ene mottar også jevnlig rapportering fra helseforetakene, og gjennomfører regelmessige oppfølgingsmøter.

[16] Datavarehusene samler data fra en rekke fagsystemer, og RHF-ene har blant annet utarbeidet en rekke rapporter og dashbords. I tillegg er det mulig for helseforetakene å utarbeide egne rapporter.

Ut over dette viser undersøkelsen at Helse Sør-Øst bruker et bredere utvalg virkemidler enn de andre RHF-ene, og at RHF-et også har en annen tilnærming enn de andre til hvordan de arbeider med kvalitetssikringen av helseforetakenes budsjetter og oppfølging av økonomistyringen.

Mens de andre RHF-ene har pleid å kvalitetssikre helseforetakenes budsjetter etter at helseforetakene har vedtatt dem mot slutten av året eller i forbindelse med RHF-ets utarbeidelse av konsolidert budsjett, starter Helse Sør-Øst RHF sin kvalitetssikring i forbindelse med helseforetakenes forenklede leveranse av neste års budsjett for aktivitet, bemanning og resultat, som skjer i oktober. Deretter er neste års budsjett tema på oppfølgingsmøter, og i november redegjør helseforetakene for hvilke utfordringer de står overfor, og hvilke muligheter de har for å oppfylle resultatkravet. Sammen med det siste budsjettskrivet i november får helseforetakene også i oppdrag å svare skriftlig på en rekke konkrete spørsmål om budsjettet og realismen i dette.

Videre viser undersøkelsen at Helse Sør-Øst RHF går mer inn i situasjonen til helseforetakene og i større grad følger opp med konkret bistand. For eksempel legger RHF-et, blant annet gjennom innsatsteam/analyseteam, til rette for erfaringsutveksling mellom helseforetakene på områder der de har felles utfordringer, som den pågående innføringen av integrasjonene mellom systemene for personellplanlegging og pasientadministrasjon eller arbeidet med å redusere innleie av personell.

I tillegg viser undersøkelsen at det er forskjeller mellom RHF-ene i hvilke analyser de gjennomfører i sine økonomiske langtidsplaner. Helse Sør-Øst RHF belyser i større grad enn de andre RHF-ene, sammenhengene mellom økonomiske resultater, investeringsevne og de langsiktige målene med investeringene. For eksempel inneholder planene grundigere analyser av bæreevne, likviditet og risiko. De inneholder også mer detaljerte analyser av utvikling i alder på medisinsk-teknisk utstyr (MTU) og vedlikeholdsbehov.

Helse Sør-Øst RHF har også i planene definert et langsiktig mål om en resultatgrad på 2,5 prosent for foretaksgruppen, som de på grunnlag av historiske analyser vurderer som nødvendig for å kunne reinvestere i bygg, teknologi og utstyr over tid. De øvrige regionale helseforetakene har ikke gjort en tilsvarende analyse.

Undersøkelsen viser at Helse Sør-Øst oppnår bedre resultater og at RHF-et har tettere økonomioppfølging enn de øvrige RHF-ene. Etter Riksrevisjonen vurdering tyder dette på at Helse Sør-Østs styringspraksis har fungert bedre enn de andre RHF-enes, og at lignende virkemidler kunne ha styrket de andre RHF-enes kontroll med økonomien.

5.4 Det foregår mye omstillingsarbeid i foretakene som kan gi bedre ressursutnyttelse, men det er også begrensninger i muligheten til å gjennomføre endringer

Foretakene skal evaluere ressursbruken og iverksette eventuelle tiltak som vil kunne gi bedre ressursutnyttelse.

Undersøkelsen viser at det foregår mye omstillings- og endringsarbeid i helseforetakene, både i form av tiltak identifisert som ledd i budsjettprosessen og i form av egne omstillings- eller forbedringsprosjekter. Noen helseforetak har også gjennomført større omorganiseringer som har hatt som formål å bidra til omstilling av driften.

Mange av tiltakene som helseforetakene arbeidet med i 2025 er rettet mot personellkostnader, som utgjør den største kostnadsposten. Andre tiltak går ut på å øke aktivitet, omstille og optimalisere driften og redusere unødvendig aktivitet. Selv om det som vist i kapittel 5.3 finnes mange eksempler på at det defineres omstillingstiltak i budsjettprosessen som ikke er realistiske, viser undersøkelsen også konkrete eksempler på tiltak som har lyktes.

For to eksempler på omstillingsarbeid som er rettet mot bedre personellforvaltning, se faktaboksen nedenfor.

Faktaboks 1 Eksempler på omstillingsarbeid rettet mot personellforvaltning

Sørlandet sykehus har innført en metodikk som de kaller aktivitetsstyrt ressursplanlegging, og som går ut på at man planlegger ressursene på sengepostene i tråd med analyser og bekreftet historisk aktivitet. Målet er ha riktig bemanning ut ifra aktivitet, og dermed sikre arbeidsplaner med jevnere belastning for medarbeidere. Riktig bemanning kan gi et bedret arbeidsmiljø, med redusert sykefravær, redusert overtidsbruk, redusert merarbeid og redusert bruk av forskyvning av vakter. Et sentralt verktøy i metodikken, er et dashbord basert på styringsdata om bemanning og aktivitet.

Kirurgisk klinikk ved Nordlandssykehuset har arbeidet systematisk med arbeidstidsplanlegging, og viste i dybdeundersøkelsen til at flere sengeposter som følge av dette klarte seg uten innleie av sykepleiere.

Kilde: Dybdeundersøkelse i fire helseforetak.

For å sikre at ressursene styres dit det er mest bruk for dem, og for å hindre at ressurser brukes på unødvendig aktivitet, har både de regionale helseforetakene og flere av helseforetakene over flere år arbeidet med å redusere unødvendig aktivitet. Blant annet har RHF-ene fulgt opp oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å kartlegge variasjon i forbruk av laboratorie-, bilde- og radiologitjenester og iverksette tiltak for å redusere overforbruk av disse tjenestene.

RHF-ene har også arbeidet med å implementere ordninger for systematisk revurdering og utfasing av behandlingsmetoder med antatt lav nytteverdi. I tillegg har RHF-ene videreformidlet mål og krav om reduksjon av unødvendig aktivitet til helseforetakene og utarbeidet et «klinisk dashbord» som gir oppdatert styringsinformasjon om utvalgte helsetjenester, inkludert forbruksrater og pasientstrømmer for ulike helsetjenester, som helseforetakene og RHF-ene blant annet kan bruke til å følge med på utviklingen i helsetjenester hvor det forekommer et overforbruk.

To av de mest sentrale tiltakene for forbedring i Sørlandet sykehus handler begge om å redusere unødvendig aktivitet. Det ene handler om å identifisere aktivitet som har lite eller ingen helsegevinst, og jobbe for å unngå slik aktivitet. Det andre handler om å redusere unødvendige kliniske kontroller (se faktaboksen nedenfor).

Faktaboks 2 Arbeid med å redusere unødvendig aktivitet ved Sørlandet sykehus

Ta tiden tilbake er en arbeidsmetode for å identifisere aktivitet ved sykehuset som har lite eller ingen helsegevinst for pasientene, og arbeide for å redusere omfanget av slik aktivitet, enten det dreier seg om utredning, behandling eller kontroller. Prosjektet startet i 2023 med å ta for seg unødvendig bruk av gastroskopi. Arbeidet har hatt dokumentert effekt i form av redusert omfang unødvendige undersøkelser.

Behovsstyrt poliklinikk innebærer at pasienter (eksempelvis kronikere) svarer på standardiserte spørsmål om tilstanden sin, og at de pasientene som har behov for det, blir kalt inn til kontroll. Pasientene slipper å møte opp til unødvendige rutinemessige kontroller, og behandlerne kan bruke tiden sin på andre ting. Statistikk om behovsstyrt poliklinikk tilgjengeliggjøres i dashbord, som også synliggjør hvor mye tid som er frigjort til andre oppgaver som følge av reduksjon av kontroller.

Kilde: Dybdeundersøkelse ved Sørlandet sykehus.

Reduksjon av unødvendig aktivitet er også et tiltak som er identifisert i budsjettarbeidet hos enkelte av klinikkene i undersøkelsen, og i de fleste tilfeller dreier det seg da om reduksjon av unødvendige kontroller eller innføring av skjemabasert oppfølging. Andre oppgir at de jobber med slik reduksjon, uten at det er identifisert som tiltak i budsjettet.

I tillegg viser undersøkelsen andre eksempler på forbedringsarbeid som skjer i klinikkene. Som det framgår i kapittel 5.2, er blant annet liggetid en viktig forklaring på kostnadsforskjeller mellom helseforetak. To av helseforetakene med lavest kostnader i disse analysene, kunne begge vise til å ha arbeidet systematisk med å redusere liggetiden for de aktuelle pasientgruppene.

Dybdeundersøkelsen viser at det særlig er tre forhold som skal til for at man lykkes med omstillingsarbeidet:

- For å lykkes med omstilling, må man vite hva som kan forbedres, og da trengs det innsikt i driften. Styringsdata fra egen drift gir helseforetakene innsikt i egen virksomhet og et grunnlag for å ta kunnskapsbaserte beslutninger i økonomistyringen generelt, og i forbedringsarbeid spesielt. Det er viktig at dataene sammenstilles og tilgjengeliggjøres på en brukervennlig måte, dersom de faktisk skal bli tatt i bruk i forbedringsarbeid i klinikkene og avdelingene.
- Sjansene for å lykkes øker dersom omstillingsarbeidet følges av konkret støtte fra dedikerte ressurser til gjennomføring av endringer, for eksempel ressurser med særskilt kompetanse innen analyse, personellplanlegging eller forbedringsarbeid.
- For å gjennomføre endringer trengs også ledere som tar aktivt ansvar for ledelse og omstilling, som har tid til å lede, og som tør å gjennomføre endringer.

Riksrevisjonen har i tidligere undersøkelser pekt på at samhandlingen med kommunene kan bli bedre, og at utnyttelsen av teknologi kan bli bedre; foretakene har for eksempel kommet kort med å ta i bruk ulike former for digital hjemmeoppfølging.[17] I tillegg viser rapporten *Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus* at det er mulig å frigjøre tid for alle personellgrupper i spesialisthelsetjenesten.[18] Samtidig viser vår undersøkelse flere eksempler på forbedringsarbeid blant annet innen personellforvaltning og reduksjon av unødvendig aktivitet. Som følge av det store omstillingsbehovet i årene som kommer, er det etter Riksrevisjonens vurdering viktig at foretakene lærer av hverandre, og at de fortsetter og intensiverer arbeidet med å utnytte ressursene bedre og redusere unødvendig aktivitet.

Undersøkelsen viser også flere forhold som kan begrense handlingsrommet for økonomistyring og omstilling. Slike hindringer kan finnes både internt i helseforetaket, i styringen ovenfra og utenfor helseforetakene.

Dybdeundersøkelsen viser at stram økonomi kan bidra til at tiltak med gevinster på lengre sikt blir nedprioritert til fordel for kortsiktige innsparinger. Helseforetak i dybdeundersøkelsen viser også til at de må håndtere mange og til dels motstridende krav, inkludert forventninger om økt aktivitet, kortere ventetider og økonomisk balanse. Videre viser undersøkelsen at tilleggsbevilgninger og øremerkede tilskudd kan gjøre det mer krevende å skape forståelse for behovet for omstilling, og gjøre langsiktig planlegging mer krevende.

Undersøkelsen viser også flere eksempler på at Stortinget eller departementet har endret eller stanset større omstillingstiltak eller strukturendringer som de regionale helseforetakene og helseforetakene har vurdert som nødvendige. Det betyr at det regionale helseforetaket og underliggende helseforetak ikke alltid har mulighet til å

[17] Dokument 3:6 (2023–2024). *Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av IT-systemer på sykehus*. Dokument 3:3 (2025–2026) *Riksrevisjonen si undersøking av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten.* Dokument 3:10 (2025–2026). *Riksrevisjonen si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre.*
[18] Oslo Economics (2025, april) på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. *Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus.*

gjennomføre de omstillingstiltakene de selv mener er nødvendige for å sikre økonomisk bærekraft over tid. RHF-ene peker også på at endringer i politiske føringer og vedtak som kommer etter at planer er lagt, skaper usikkerhet om hvilke tiltak som faktisk kan gjennomføres.

Undersøkelsen viser også at RHF-ene får en stor mengde oppdrag og krav fra departementet. Omfanget nådde en klar topp i 2024, da de fire RHF-ene gjennom oppdragsdokumenter og foretaksmøter fikk mellom 99 og 107 krav å rapportere på. Departementet vedgår at det kan være krevende for de regionale helseforetakene å få mange, til dels motstridende krav.

Etter Riksrevisjonens vurdering kan usikkerheten om hvilke tiltak som faktisk kan gjennomføres, det store innslaget av tilleggsbevilgninger og det store omfanget av krav og oppdrag foretakene må forholde seg til, gjøre det mer krevende å gjennomføre nødvendig omstilling.

5.5 Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp foretakenes økonomi og ressursbruk tettere de siste årene, men det er uløste utfordringer med å sikre bærekraft over tid

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for sykehusene i Norge. Departementet har flere roller og styringsvirkemidler overfor de regionale helseforetakene, og er både eier og oppdragsgiver. Som oppdragsgiver, tildeler departementet midler sammen med oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Som eier skal departementet fastsette økonomiske og organisatoriske krav og rammer for RHF-ene gjennom foretaksmøtet. Andre styringsvirkemidler inkluderer finansieringsmodellen for foretakene og forvaltning av regelverk.

Departementet skal aktivt følge opp RHF-ene, også utenfor foretaksmøtet, gjennom oppfølgingsmøter og eierdialog. Gjennom oppfølgingen må departementet forvisse seg om at ressursene som RHF-ene forvalter utnyttes best mulig. Departementet bør dokumentere oppfølgingen slik at den er sporbar og etterprøvbar.

Helseforetaksloven slår fast at saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller for løsningen av fastsatte mål eller oppgaver, samt saker som antas å ha prinsipiell betydning eller antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger, besluttes av statsråden i foretaksmøte. Loven nevner som eksempler blant annet vedtak om nedleggelse av sykehus, omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen og omfattende endringer i tjenestetilbudet. Foretaksmøtet kan også fatte vedtak, instruere styret og omgjøre beslutninger i alle andre saker.

Helt overordnet viser undersøkelsen at departementet har vært mer opptatt av god økonomistyring og effektiv ressursbruk de siste årene og fulgt opp den økonomiske situasjonen til RHF-ene og helseforetakene mer aktivt.

Departementet har hvert år i undersøkelsesperioden, gjennom foretaksmøtene i januar, stilt krav til RHF-ene om at de må innrette virksomheten innenfor gjeldende krav og rammer, det vil si de som følger av Stortingets behandling av Prop. 1 S, foretaksmøtet og oppdragsdokumentet, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid. I 2025 og 2026 har departementet gitt nye føringer om effektiv ressursutnyttelse og god økonomistyring til alle RHF-ene:

- I 2025 la departementet til en eksplisitt formulering i foretaksmøteprotokollen om at RHF-ene må sørge for effektiv ressursutnyttelse og god økonomistyring.
- I 2026 la departementet til et nytt «hovedmål» nummer 6 for spesialisthelsetjenesten i oppdragsdokumentene til RHF-ene: «En bærekraftig drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten og god personellbruk».

I tillegg har departementet ved én anledning avholdt et særskilt foretaksmøte om økonomien i en region, med Helse Nord RHF i november 2022. Departementet vurderte den økonomiske situasjonen som svært bekymringsfull og ga RHF-et særskilte oppdrag som å vurdere behov for endringer i funksjons- og oppgavedeling. Departementet ga i 2024 et justert oppdrag, med konkrete føringer om hvilke endringer som kunne vurderes. Det justerte oppdraget skjermet det akuttkirurgiske tilbudet i Narvik og Lofoten, samt plasseringen av fødetilbudene i regionen.

Departementet har siden 2007 mottatt månedlig rapportering fra RHF-ene som blant annet viser utviklingen innen økonomi, bemanning og aktivitet, og gjennomført jevnlige oppfølgingsmøter/eierdialogmøter med RHF-ene. Fram til våren 2023 ble møtene i hovedsak kun dokumentert gjennom innkallinger med dagsorden, og RHF-enes presentasjoner til møtene. Etter dette har departementet som fast praksis laget skriftlige notater fra oppfølgingsmøtene, hvor innholdet i møtene og departementets vurderinger i økende grad framkommer. Etter Riksrevisjonens vurdering er slik dokumentasjon viktig for å sikre at den samlede dialogen mellom departementet og RHF-ene er sporbar og etterprøvbar.

I 2025 evaluerte departementet selv oppfølgingen, og så behov for å videreutvikle denne for kunne følge opp eierstyringen og de vilkår som er satt for bevilgningene på en bedre måte. Fra 2025 har departementets oppfølging av RHF-ene blitt også blitt mer risikobasert ved at departementet har hatt hyppigere oppfølgingsmøter med Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF, hvor den økonomiske situasjonen har vært mest utfordrende.

Når undersøkelsen viser at Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF i nesten hele perioden 2015–2025 har hatt lite realistiske økonomiske langtidsplaner, kan det etter Riksrevisjonens vurdering tilsi at departementet burde ha fulgt opp økonomistyringen i disse regionene tettere på et tidligere tidspunkt. Helse Midt-Norge RHF har dessuten i store deler av perioden ikke satt noe krav til økonomisk resultat for foretaksgruppen som helhet i langtidsplanene, kun for de underliggende helseforetakene, noe som også gjør det vanskelig å vurdere om planleggingen samlet er realistisk og om utviklingen er bærekraftig.

Departementet oppgir at de har pleid å be RHF-ene om å vurdere realismen i budsjettene i oppfølgingsmøter på starten av året (februar/mars). De har imidlertid ikke gått systematisk inn i – eller gjort noen evaluering av – hvilken kvalitetssikring RHF-ene gjør av budsjettene eller budsjettprosessen i helseregionene.

Departementet har heller ikke operasjonalisert hva økonomisk bærekraft over tid innebærer, eller definert indikatorer for å følge med på dette, selv om det over flere år har vært stilt krav om at RHF-ene skal legge til rette for dette.

Departementet har også brukt en rekke andre virkemidler til styring på økonomiområdet. De har blant annet endret finansieringsmodellen, brukt styrevalg aktivt til å øke økonomikompetansen i flere av RHF-styrene, nedsatt ulike utvalg, som et teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten, og bestilt rapporter for å få et bedre informasjonsgrunnlag.

Undersøkelsen viser at rentekostnader til driftskreditt som følge av håndtering av pensjon har økt betraktelig og har påvirket de økonomiske resultatene. Det ble vedtatt en ny modell for regnskapsføring av pensjonsforhold i helseforetakene i forbindelse med Prop. 96 S (2025–2026) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2026. Regjeringen forventer at de nye reglene på sikt vil bidra til å stabilisere og redusere den samlede driftskreditten, og modellen skal evalueres innen fem år.

Departementet har også gitt konkrete oppdrag til RHF-ene om å arbeide for å redusere unødvendig aktivitet. I 2025 opprettet departementet også et nasjonalt råd for prioritering og bærekraft, som blant annet skal drøfte prinsipielle og strukturelle prioriteringsspørsmål i helse- og omsorgstjenesten, og identifisere og belyse utfordringer knyttet til langsiktig bærekraft. De har også nedsatt et helsereformutvalg som arbeider med forslag til modeller som kan sikre en sammenhengende bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Departementet er opptatt av økonomisk bærekraft og effektiv ressursbruk i sin styring, men samtidig gjenstår det store utfordringer med å sikre en bærekraftig spesialisthelsetjeneste over tid. Helsepersonellplanen (Meld. St. 11 (2025–2026)) forutsetter en betydelig økning i produktivitet (0,7 prosent årlig for hele helse- og omsorgstjenesten samlet) fram mot 2040 for å redusere det store behovet for nye årsverk i tjenestene. Etter Riksrevisjonens vurdering viser undersøkelsen at utviklingen i effektivitet i perioden 2017–2025 er langt unna det regjeringen anser som nødvendig i tiden framover. Det enkelte helseforetak har et handlingsrom til å gjøre endringer som effektiviserer tjenesten, og undersøkelsen viser at det foregår mye omstillingsarbeid i foretakene. Samtidig synes det etter Riksrevisjonens vurdering ikke å være realistisk å få til den effektiviseringen framover som regjeringen mener er nødvendig, uten at det også gjennomføres endringer som ligger utenfor helseforetakenes handlingsrom.

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som sitter med ansvaret for den samlede utviklingen. Etter Riksrevisjonens vurdering er det derfor departementets ansvar å lede an i den videre diskusjonen om hvilke prioriteringer som kan være nødvendige for å sikre en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten, og å iverksette nødvendige tiltak.

6 Anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet sørger for at de regionale helseforetakene

- følger opp at arbeidet med effektiv ressursutnyttelse og omstilling i foretaksgruppen styrkes
- sikrer at økonomiske langtidsplaner og budsjetter i foretaksgruppen er realistiske og bygger på gjennomførbare tiltak
- følge opp at helseforetakene i større grad benytter analyser av sammenhengen mellom aktivitet, bemanning og ressursbruk som grunnlag for planlegging, prioritering og omstilling
- sikrer en tilstrekkelig oppfølging av foretak med vedvarende økonomiske utfordringer

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet

- sørger for at det er tydelig hvordan økonomisk bærekraft i spesialisthelsetjenesten skal forstås og følges opp
- synliggjør hvilke prioriteringer og endringer som vil være nødvendige for å sikre en bærekraftig spesialisthelsetjeneste, og følger opp med hensiktsmessige tiltak

7 Statsrådens svar

Dokument 3:5 (2026–2027) *Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i spesialisthelsetjenesten* ble sendt til Helse- og omsorgsdepartementet. Riksrevisjonens brev til statsråden følger i vedlegg 1. Svaret fra statsråden følger i vedlegg 2.

8 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådens svar

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 17. november 2026

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Solveig Horne

Harald Tom Nesvik

Tom-Christer Nilsen

Jens A. Gunvaldsen

Riksrevisor Rigmor Aasrud har vært inhabil i saken og har derfor ikke deltatt ved kollegiets behandling, jf. riksrevisjonsloven § 3-2 første og andre ledd.

Del 2: Riksrevisjonens faktagrunnlag

9 Innledning

I denne delen legger vi fram faktagrunnlaget i revisjonen, som konklusjonene bygger på:

- I kapittel 10 belyser vi **effektiviteten** i helseregionene og helseforetakene innenfor somatiske helsetjenester.
- I kapittel 11 undersøker vi den **økonomiske utviklingen og budsjettoppnåelsen** i helseregionene og helseforetakene.
- I kapittel 12 viser vi resultatene av dybde- og breddeundersøkelser av **økonomistyringen i de 20 helseforetakene** som driver pasientbehandling.
- I kapittel 13 og 14 undersøker vi hhv. de **regionale helseforetakenes** og **departementets styring og tilrettelegging** for god økonomistyring, effektiv ressursbruk og en økonomisk bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten.

10 Effektivitet i helseregioner og helseforetak innenfor somatiske helsetjenester

Vurdering av effektivitet er et viktig element i økonomistyring. God økonomistyring skal legge grunnlaget for effektiv utnyttelse av personell, bygg og utstyr, og dermed bidra til lavere kostnader per behandlet pasient.

I dette kapittelet ser vi i hovedsak på helseforetakenes indre effektivitet, som handler om hvor høy produksjon som kan oppnås med tilgjengelige ressurser (se definisjon i kapittel 2). Vi ser på hvor mye helsetjenester helseforetakene produserer ved bruk av innsatsfaktorene penger og årsverk, og hvordan dette varierer mellom foretak og over tid. Vi omtaler dette som henholdsvis **kostnadseffektivitet** og **arbeidseffektivitet**. For å belyse dette, har vi gjennomført to typer analyser:

- En dataomhyllingsanalyse (DEA), for å undersøke forskjeller i helseforetakenes kostnads- og arbeidseffektivitet. Vi har analysert kostnads- og arbeidseffektiviteten både for 2025 og for perioden 2017–2025. I tillegg har vi gjort regresjonsanalyser for å undersøke mulige forklaringer på effektivitetsforskjeller mellom helseforetakene.
- Analyser av data om kostnad per pasient (KPP) i 2024, hvor vi har gjort et dypdykk i helseforetakenes kostnader for noen utvalgte pasientgrupper.

Analysene er avgrenset til helseforetakenes somatiske pasientbehandling,[19] som utgjør om lag 70 prosent av de samlede kostnadene i helseregionene,[20] og 77 prosent av de avtalte årsverkene.[21] Veksten i kostnader og bemanning har vært større i somatikken enn i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), men det er også i somatikken det har vært størst økning i aktivitet som følger av endringer i demografi. Relativt til veksten i demografidrevet behov, har det vært høyere vekst i årsverk innenfor psykisk helsevern og TSB.[22]

Kostnadsgrunnlaget i analysene er avgrenset til å gjelde behandlingsrelaterte driftskostnader, og dataene er tilrettelagt for å kunne kobles mot aktivitetsrapporteringen til Norsk pasientregister (NPR). Disse kostnadene utgjorde om lag 105 milliarder kroner i 2025 for foretakene som inngår i analysen, mens de totale kostnadene i somatikken samme år var på 163,6 milliarder kroner.[23]

Når det gjelder årsverk, er grunnlaget i DEA-analysen avgrenset til helsepersonell som jobber med pasientbehandling ved sykehusene, mens administrativt personell og ambulansepersonell ikke er med. Disse summerer seg til litt over 70 695 avtalte årsverk for foretakene som inngår i analysen, mens det totalt er om lag 109 00 årsverk innenfor somatikken. Hverken overtid eller merarbeid (arbeid som en deltidsansatt utfører utover sin avtalte stillingsprosent, innenfor det som tilsvarer full stilling) er inkludert i statistikken. Det har vært en økning i bruken av overtid i helseforetakene i perioden, og det er systematiske forskjeller i bruken av overtid mellom helseregionene,[24] men dette gir altså ikke utslag i våre beregninger av arbeidseffektivitet.

Mens helseregionene hadde overtidskostnader på i overkant av 3 prosent i de samlede lønns- og personalkostnadene (ekskludert pensjon) i 2017-2019, økte de vesentlig i 2020 og har ligget på rundt 4 prosent av kostnadene fra 2021-2024. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, 10. desember) Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten sin rapport av 10. desember 2025, side 41-42.

En annen viktig avgrensing for effektivitetsanalysene, er at vi ikke har gjort analyser av kvalitet i pasientbehandlingen. Analysene tar heller ikke hensyn til oppgaveoverføringer

[19] Den viktigste årsaken til at vi ikke har inkludert psykisk helsevern og TSB i analysene, er at DRG-systemet der kun brukes innenfor poliklinisk behandling, og ikke for pasienter som er innlagt på sykehus. Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, 10. desember) *Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi: TBU-spesialisthelsetjenesten – 10. desember 2025*.

[20] Basert på tall fra 2025. Dette året var de totale kostnadene til spesialisthelsetjenesten 225,8 milliarder kroner i henhold til regnskapstall innhentet av SSB, hvorav somatikk sto for 163,6 milliarder kroner, mens psykisk helsevern og TSB utgjorde 45,2 milliarder kroner. I tillegg kommer kostnader til pasienttransport og ambulansetjenester, og kostnader til RHF-administrasjon og fellesfunksjoner. Se Helsedirektoratet (2023): *Kostnader til spesialisthelsetjenesten* (siste faglige endring 2. juli 2026). [Internett].

[21] Det er totalt om lag 109 000 årsverk i somatikken. Dette tallet inkluderer ambulansetjeneste og rehabilitering ved private institusjoner, samt årsverk til administrasjon og service. I psykisk helsevern og TSB var det henholdsvis 27 000 og 5 000 årsverk, 19 prosent og 4 prosent av de totale årsverkene. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet. (2026, 26. juni) Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten sin rapport av 26. juni 2026, side 38.

[22] Helse- og omsorgsdepartementet. (2026, 26. juni) Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten sin rapport av 26. juni 2026, omtale på side 8 og figur på side 40.

[23] Det som ikke er inkludert i tallene er pensjonskostnader, avskrivinger og nedskrivninger, kjøp av pasientbehandling, salg og utleie, utskrivningsklare pasienter, forskning, medikamentkostnader til H-resepter, annen ekstern virksomhet, og poliklinisk lab/røntgen.

[24] Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, 10. desember) Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten sin rapport av 10. desember 2025, side 41-42.

mellom helseforetakene og den sentrale helseforvaltningen som har funnet sted i analyseperioden.[25] Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at disse i noen tilfeller har påvirket helseforetakenes kostnader uten at aktiviteten har gått opp.

10.1 Helseforetakenes kostnads- og arbeidseffektivitet

I dette delkapittelet presenterer vi våre analyser av helseforetakenes kostnads- og arbeidseffektivitet, basert på DEA-metodikk. DEA er en metode for å sammenligne effektiviteten til ulike enheter. Analysen bruker data om innsatsfaktorer og produksjonsfaktorer for å identifisere de mest effektive enhetene, som representerer beste observerte praksis. Utdypende forklaring på metoden og vår framgangsmåte framgår av metodekapitlet samt vedlegg 3.

I våre analyser tar vi utgangspunkt i helseforetakenes innsatsfaktorer og produserte helsetjenester. **Produserte helsetjenester** som inngår i analysen, er helseforetakenes oppholdsdata målt ved DRG-poeng fra Norsk pasientregister (NPR) for somatisk dagbehandling, døgnopphold og poliklinisk konsultasjon.[26] Som **innsatsfaktorene** bruker vi henholdsvis helseforetakenes indeksjusterte kostnader til somatisk pasientbehandling (ekskludert pensjonskostnader) fra Helsedirektoratet, og data om årsverk i somatikken fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Det første gir et mål på kostnadseffektivitet, det andre et mål på arbeidseffektivitet.

Faktaboks 3 Forklaring av effektivitetsscore og Malmquist-indeks i DEA-analysen

I analysen bruker vi helseforetakenes innsatsfaktorer og produksjon av helsetjenester til å estimere et «produksjonsmulighetsområde». Dette området viser hva det er mulig å produsere av helsetjenester, gitt helseforetakenes kostnader til pasientbehandling. Grensen for mulighetsområdet kalles «produksjonsfronten». Denne fronten defineres av de helseforetakene som er mest effektive når de sammenlignes med andre helseforetak med lignende størrelse/ressursbruk og lignende miks av helsetjenester (antall DRG-poeng produsert i hver av de tre dimensjonene) som dem selv.

Basert på avstanden til fronten beregner vi en **effektivitetsscore** for hvert foretak per år. En score på 1 betyr at foretaket ligger på fronten og dermed er blant de mest effektive i datasettet, mens en score under 1 indikerer at foretaket har et effektiviseringspotensial. For eksempel betyr en score på 0,95 at foretaket, gitt dagens produksjon, kunne levert de samme helsetjenestene med 95 prosent av ressursbruken dersom det var like effektivt som foretakene på produksjonsfronten. DEA måler kun effektivitet relativt til andre helseforetak i analysen. Også helseforetak med en effektivitetsscore på 1 kan derfor ha et effektiviseringspotensial.

[25] F.eks. virksomhets-overdragelsen av de rettsmedisinske fagene fra FHI til OUS i 2017. Motsatt ble Kreftregisteret overført fra OUS til FHI i 2024. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementets tilbakemelding til rapportutkast 1. oktober 2026.

[26] De tre produksjonsdimensjonene i modellen er basert på omsorgsnivå (poliklinisk- dag- eller døgnbehandling). Disse tre produksjonsdimensjonene tar hensyn til at helseforetakene er organisert ulikt med tanke på hvordan behandling blir gitt innenfor de tre omsorgsnivåene.

Der vi ser på utvikling i helseforetakenes kostnads- og arbeidseffektivitet over tid, gjør vi dette ved hjelp av en **Malmquist-indeks**. Indeksen er et mål på endringer i foretakenes effektivitetsscore fra et tidspunkt til et annet, og består av to komponenter: effektivitetsendring, som måler endringen i foretakets avstand til produksjonsgrensen, og teknisk endring, som måler endringen i produksjonsgrensen (definert av de mest effektive foretakene). Vi har beregnet Malmquist-indeksene med utgangspunkt i et bestemt startår (som i vårt tilfelle er 2017), og hvert påfølgende år vurderes i forhold til startåret. En indeks over 1 betyr at effektiviteten har økt siden startåret, mens en indeks under 1 viser en reduksjon.

Både i analysene av effektivitet i 2025 og i analysene av utviklingen i effektivitet i perioden 2017–2025 presenterer vi samlet effektivitet for hver helseregion og for landet som helhet. De regionale og nasjonale resultatene er beregnet som et vektet gjennomsnitt av helseforetakenes effektivitetsscorer, der vektene er foretakenes relative størrelse målt ved kostnader til pasientbehandling.

Kilde: Riksrevisjonen

10.1.1 Rangering av kostnadseffektivitet i 2025

I tabellen under har vi rangert helseforetakenes kostnadseffektivitet i 2025 basert på DEA-metodikk. I tillegg har vi inkludert en kolonne som viser kostnad per DRG-poeng for hvert av helseforetakene.

Kostnad per DRG-poeng er et enkelt mål på kostnadseffektivitet, som kan brukes som et alternativ til DEA-metodikk. Dette målet er inkludert for å vurdere om et alternativt mål gir store forskjeller i forhold til DEA-modellen vi har brukt.[27]

Tabell 1 Rangering av helseforetakenes kostnadseffektivitet i 2025 med ulike mål

Helseforetak	Kostnadseffektivitet beregnet med DEA-metodikk	Kostnad per DRG-poeng
Nasjonalt	0,95	62,08
Sør-Øst	0,99	60,02
Vestfold	1,00	53,22
Telemark	1,00	54,11
Vestre Viken	1,00	55,71
Østfold	1,00	55,84
Sørlandet	1,00	58,32
Diakonhjemmet	1,00	62,66
Lovisenberg	1,00	63,12
OUS	1,00	68,13
Innlandet	0,97	55,68
Ahus	0,95	59,79

[27] Dette kan gi en mer finmasket forståelse av utviklingen i kostnadseffektivitet enn utvikling i kostnader per DRG-poeng alene (og tilsvarende for arbeidseffektivitet og årsverk per DRG-poeng). Vi har undersøkt sammenhengen mellom effektivitetsscorene fra analysen med DEA-metodikk og kostnad per DRG-poeng/årsverk per DRG-poeng ved hjelp av Spearmans rangkorrelasjon, noe som er kommentert forløpende i kapittelets fotnoter.

Vest	0,99	59,06
Haraldsplass	1,00	57,89
Bergen	1,00	58,36
Stavanger	0,98	57,11
Førde	0,98	67,96
Fonna	0,96	60,47
Midt-Norge	0,89	65,59
Møre og Romsdal	0,95	63,27
St. Olav	0,87	66,27
Nord-Trøndelag	0,85	67,71
Nord	0,80	75,82
Helgeland	0,92	75,35
Finnmark	0,83	93,15
Nordland	0,79	73,45
UNN	0,76	73,62

Kilde: Riksrevisjonen

I modellen sammenlignes helseforetakene med de foretakene som er relativt like dem selv når det gjelder miks i produksjon av helsetjenester og størrelse, og på grunnlag av dette får hver av dem en effektivitetsscore. Helseforetak med effektivitetsscore under 1 kan ha et potensiale til å effektivisere driften. Eksempelvis vil Helse Fonna kunne produsere samme mengde helsetjenester til 95 prosent av dagens kostnader, altså med 5 prosent lavere kostnader, dersom de var like effektive som de mest effektive sammenlignbare helseforetakene. Helseforetakene med effektivitetsscore lik 1 har ikke nødvendigvis optimalisert driften sin og er fullstendig kostnadseffektive, men de er effektive i forhold til andre sammenlignbare helseforetak. Effektivitetsscoren på regionalt og nasjonalt nivå er beregnet som et vektet gjennomsnitt av helseforetakenes effektivitetsscorer, hvor vektene er basert på helseforetakenes kostnader til pasientbehandling.

Tabellen viser at over halvparten av helseforetakene har en effektivitetsscore under 1. Dersom de produserte like kostnadseffektivt som de mest effektive foretakene med lignende størrelse/ressursbruk og miks av helsetjenester som dem selv, kunne de redusert ressursbruken for helsetjenestene de produserte. Samtlige av helseforetakene i Helse Nord og Helse Midt-Norge er blant de minst effektive helseforetakene. Modellen anslår at disse helseforetakene kunne redusert ressursbruken for tjenestene de produserte med minst 5 prosent (Møre og Romsdal) til 24 prosent (UNN) på det meste.

På regionsnivå kan vi si at helseforetakene i Helse Nord og Helse Midt-Norge kunne ha produsert dagens mengde helsetjenester til henholdsvis 20 og 11 prosent lavere kostnader, dersom helseforetakene i disse regionene var like effektive som sammenlignbare helseforetak.

Den nasjonale effektivitetsscoren kan leses som at dagens kostnader til somatisk pasientbehandling kunne vært redusert med 5 prosent (rundet opp fra 4,7 prosent), dersom alle helseforetakene produserte helsetjenester like effektivt som de mest effektive

sammenlignbare helseforetakene. Omregnet til kroner tilsvarer dette 4,9 milliarder kroner av de om lag 105 milliardene foretakene brukte på somatisk pasientbehandling i 2025.

Noe av variasjonen i effektivitetsscore kan forklares av forhold som helt eller delvis ligger utenfor helseforetakenes kontroll. Vi har gjennomført en regresjonsanalyse, som utdypes i kapittel 10.1.5, hvor vi har sett på hvor mye av variasjonen i effektivitetsscore som skyldes at noen helseforetak har produksjon på flere lokasjoner enn andre, at noen har særskilte forskningsoppgaver, og at noen har større geografiske kostnadsulemper. Vi finner at dette forklarer omtrent halvparten av variasjonen i effektivitet mellom helseforetak i perioden 2017–2025 (49 prosent).

Hvor stor del av forskjellene i kostnadseffektivitet som faktisk kan forklares av de tre forholdene i 2025, er usikkert. Som vi kommer tilbake til i kapittel 10.1.5, kan vi ut ifra våre beregninger anta at minst 1,6 prosent av kostnadene skyldes forhold knyttet til helseforetakenes egen drift. Omregnet til kroner tilsvarer dette 1,7 milliarder kroner i 2025. Dersom man legger til grunn at om lag halvparten av forskjellene i kostnadseffektivitet dette året skyldtes forhold utenfor helseforetakenes kontroll, vil de resterende forskjellene tilsvare om lag 2,4 prosent av kostnadene, eller 2,5 milliarder kroner.

I tabellen over kan vi tolke en lavere kostnad per DRG-poeng som mer kostnadseffektivt, sammenlignet med en høyere kostnad per DRG-poeng (som altså indikerer dyrere produksjon av helsetjenester). Selv om rangeringen av helseforetakene er noe annerledes med kostnad per DRG-poeng som mål på kostnadseffektivitet, ser vi likevel at de dyreste helseforetakene stort sett er de samme med lavest effektivitetsscore i DEA-modellen. Flere av helseforetakene med effektivitetsscore lik 1 i DEA-modellene er også blant helseforetakene med lavest kostnad per DRG-poeng.[28] Det samme ser vi på regionsnivå. Forskjellene vi ser i rangeringen med kostnad per DRG-poeng, kan trolig skyldes forskjeller i omsorgsnivå[29] som vi kan ta hensyn til i DEA-modellen.

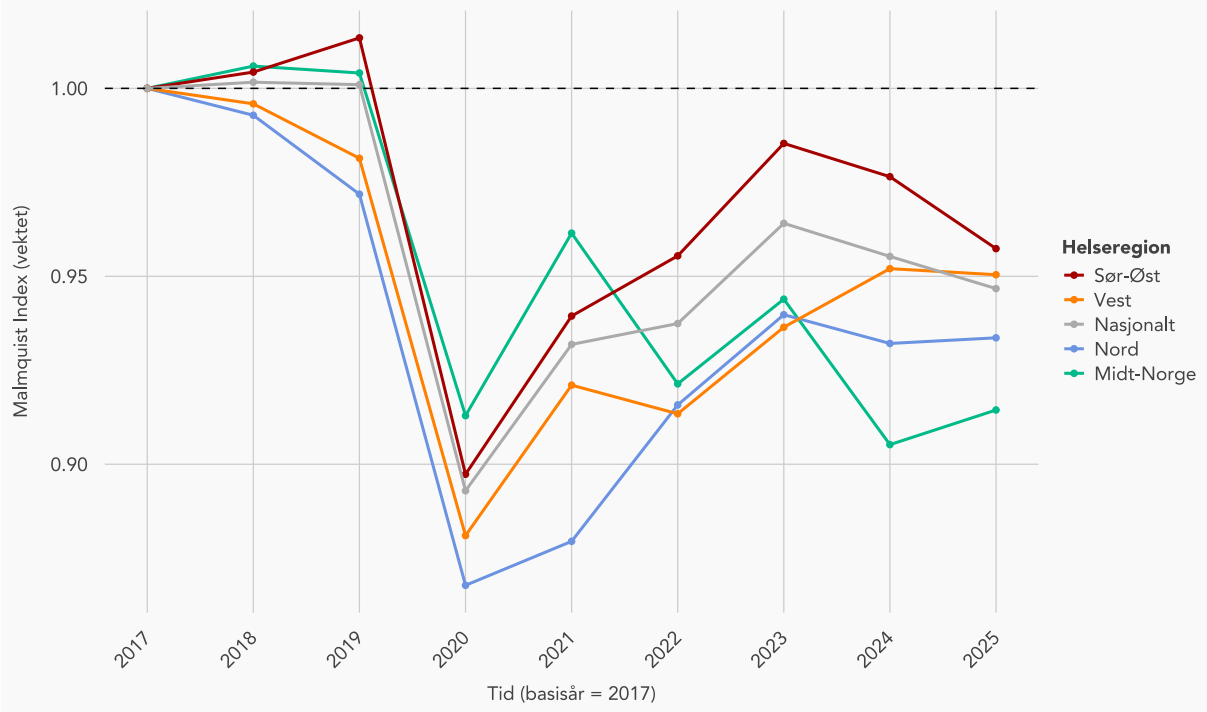
OUS er et særtilfelle i DEA-modellen, ettersom de langt større enn alle de andre foretakene og dermed ikke sammenlignes med andre enn seg selv i denne modellen. Det gjør at dette resultat må tolkes med en viss varsomhet. Ser man også hen til kostnader per DRG-poeng, har OUS høyere kostnader per DRG-poeng enn alle andre foretak i Helse Sør-Øst og Helse Vest. De har imidlertid lavere kostnader per DRG-poeng enn alle helseforetak i Helse Nord.

10.1.2 Utvikling i kostnadseffektivitet over tid

Vi belyser kostnadseffektivitet over tid ved hjelp av en Malmquist-indeks.[30] De to figurene under viser endringen i kostnadseffektivitet over analyseperioden 2017–2025, og viser hvert enkelt år i forhold til basisåret 2017.

[28] Vi har undersøkt sammenhengen mellom effektivitetsscorene fra DEA-modellen med kostnaden per DRG-poeng for helseforetakene ved hjelp av Spearmans rangkorrelasjon. Resultatet viste at det var en negativ sammenheng mellom effektivitetsscorene og kostnad per DRG-poeng (Spearmans rho (ρ) = -0,67 hvor $p < 0,001$). Den negative sammenhengen indikerer at en høyere effektivitetsscore er assosiert med en lavere kostnad per DRG-poeng, slik som vi ser fra tabellen.
[29] Med omsorgsnivå her menes poliklinisk-, dag eller døgnbehandling.
[30] Malmquist-indeksen er forklart i Del 3, kapittel 16.1.1.

Figur 3 Endring i kostnadseffektivitet (vektet Malmquist-indeks aggregert) for hver helseregion 2017–2025



Kilde: Riksrevisjonen

Figuren viser en nedgang i kostnadseffektivitet for alle helseregionene i 2020. Nedgangen dette året henger sammen med koronapandemien. Da ble driften ved sykehusene betydelig endret, blant annet ble intensiv- og beredskapskapasiteten økt, og mange planlagte undersøkelser og behandling ble utsatt. Samtidig økte sykefraværet blant de ansatte, og mange helseforetak oppbemannet eller måtte leie inn ekstra helsepersonell for å opprettholde den økte beredskapen. I etterkant har kostnadseffektiviteten økt, men samtlige av helseregionene har lavere kostnadseffektivitet i 2025 i forhold til i 2017. Det har vært et fall i kostnadseffektiviteten nasjonalt de siste to årene.

Samtidig er det forskjeller mellom utviklingen i de fire regionene. Helseforetakene i Helse Sør-Øst har samlet sett hatt den mest positive utviklingen i perioden 2017 til 2020, etterfulgt av foretakene i Helse Vest og Helse Nord. Foretakene i Helse Sør-Øst har imidlertid hatt nedgang i effektivitet de siste to årene.

Foretakene i Helse Midt-Norge har samlet sett hatt den svakeste utviklingen, med to tydelige nedganger i kostnadseffektivitet etter 2020. Fra figuren ser vi at disse nedgangene inntraff i 2022 og i 2024, noe som har sammenheng med innføringen av Helseplattformen ved St. Olav i 2022, og i Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag i 2024.[31] Helse Midt-Norge har imidlertid hatt en økning i kostnadseffektiviteten i 2025.

[31] Riksrevisjonens rapport om innføringen av Helseplattformen fra 2024 (Dokument 3:3 (2024–2025)) konkluderte blant annet med at implementeringen av Helseplattformen ved St. Olav reduserte effektiviteten i pasientbehandlingen. Undersøkelsen viste at innføringen av plattformen økte kostnadene i helseforetakene i regionen på flere måter: St. Olav og Møre og Romsdal måtte styrke bemanningen med ekstra innleie, overtid og stimuleringstiltak. Det var også kostnader blant annet til opplæring av egne ansatte og superbrukere, og lokale innføringsprosjekter. Et stort flertall av både leger og sykepleiere oppga at de opplevde at Helseplattformen ga mindre tid til pasienten.

Figur 4 Utvikling i helseforetakenes kostnadseffektivitet i perioden 2017–2025



Kilde: Riksrevisjonen

Figuren viser at samtlige helseforetak hadde en nedgang i kostnadseffektivitet som følge av koronapandemien i 2020. Utviklingen siden har vært varierende. Malmquist-indeksen for helseforetakene i 2025 viser at 16 av helseforetakene har hatt en negativ utvikling i kostnadseffektiviteten i forhold til i 2017, altså en Malmquist-indeks lavere enn 1. Det vil si at sammenlignet med andre og/eller egen utvikling, har disse helseforetakene hatt en avtakende kostnadseffektivitet. Seks helseforetak har derimot hatt en positiv utvikling i kostnadseffektivitet.[32] Ingen av de største helseforetakene (UNN, St. Olav, OUS, Ahus eller Helse Bergen) har økt effektiviteten i perioden. De store helseforetakene trekker ned den samlede effektivitetsutviklingen både nasjonalt og i den enkelte region. Per region ser bildet slik ut:

- I Helse Nord har særlig Finnmarkssykehuset, men også Nordlandssykehuset hatt en økning i kostnadseffektivitet fra 2017 til 2025, mens Helgelandssykehuset er omtrent tilbake på samme nivå som i 2017. UNN har imidlertid hatt en negativ utvikling (Malmquist-indeks lik 0,85), og dette gir en effektivitetsnedgang for regionen som helhet.
- I Helse Midt-Norge har alle foretakene hatt en negativ utvikling fra 2017 til 2025. Nedgangen sammenfaller med innføringen av Helseplattformen ved St. Olav i 2022 og i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag i 2024. I Helse Møre og Romsdal falt effektiviteten markant i 2024, samtidig som foretaket innførte Helseplattformen og forberedte flyttingen til Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR). Helse Nord-Trøndelag hadde også en nedgang, men mindre uttalt, trolig fordi løsningen først ble tatt i bruk mot slutten av året. Nedgangen fortsatte i 2025. Ved St. Olav har effektiviteten økt siden 2022, og Helse Møre og Romsdal hadde også en økning i 2025.
- I Helse Sør-Øst er det stor spredning mellom foretakene i regionen, der Lovisenberg diakonale sykehus har hatt en særlig stor effektivitetsvekst mens Vestre Viken og Sykehuset Innlandet har hatt en særlig stor nedgang. Ahus faller markant i 2024 og 2025. Ahus forklarer nedgangen fra 2024 til 2025 med at lønnskostnadene økte betydelig mer enn aktiviteten, blant annet ekstraordinære tiltak for å redusere ventetider, økt bruk av variabel lønn og vekst i faste årsverk. Foretaket fremhever også at kapasitetsutfordringer innen senge- og poliklinisk virksomhet har gjort det nødvendig å benytte kostbare bemanningsløsninger. Samtidig peker Ahus på at overføringen av bydel Alna til OUS fra 2026 vil redusere kapasitetspresset.[33]
- I Helse Vest har Førde hatt en markant økning i effektivitet i perioden, mens de øvrige har hatt en nedgang.

10.1.3 Rangering av arbeidseffektivitet i 2025

I tabellen under har vi rangert helseforetakenes effektivitetsscore for arbeidseffektivitet i 2025. Her bruker vi årsverk i somatikken som innsatsfaktor. I den andre kolonnen har vi også inkludert antall årsverk per DRG-poeng, for å sammenligne resultatet fra DEA-

[32] De som har økt effektiviteten er Lovisenberg (Malmquist-score på 1,22), Helse Førde (1,14), Finnmark (1,04), Sykehuset i Vestfold (1,01), Nordlandssykehuset (1,00) og Helgelandssykehuset (1,00). OUS har Malmquist-score lik 1 ved opprunding.
[33] Skriftlig svar fra Ahus 11. oktober 2026.

modellen med et enklere mål på arbeidseffektivitet. Som nevnt er datagrunnlaget avgrenset til helsepersonell som jobber med pasientbehandling ved sykehusene, administrativt personell er ikke med i disse analysene.

Tabell 2 Effektivitetsscore for arbeidseffektivitet, og årsverk per DRG-poeng i helseforetakene i 2025

Helseforetak	Arbeidskrafts-effektivitet beregnet med DEA-metodikk	Årsverk per DRG-poeng
Nasjonalt	0,96	0,043
Sør-Øst	1,00	0,041
Vestre Viken	1,00	0,037
Innlandet	1,00	0,037
Østfold	1,00	0,038
Vestfold	1,00	0,039
Ahus	1,00	0,040
Sørlandet	1,00	0,040
Diakonhjemmet	1,00	0,041
Lovisenberg	1,00	0,042
OUS	1,00	0,046
Telemark	0,97	0,038
Vest	0,97	0,044
Haraldsplass	1,00	0,038
Bergen	1,00	0,045
Førde	0,96	0,044
Stavanger	0,94	0,042
Fonna	0,89	0,042
Midt-Norge	0,94	0,043
Møre og Romsdal	1,00	0,042
St. Olav	0,93	0,044
Nord-Trøndelag	0,89	0,043
Nord	0,82	0,051
Helgeland	0,95	0,049
Finnmark	0,93	0,057
Nordland	0,80	0,049
UNN	0,76	0,051

Kilde: Riksrevisjonen

Tabellen viser at over halvparten av helseforetakene har en effektivitetsscore under 1. Det betyr at disse helseforetakene kan ha et potensial til økt arbeidseffektivitet, ettersom det er andre sammenlignbare helseforetak som produserer samme mengde helsetjenester som dem med færre årsverk. Videre viser tabellen at alle helseforetakene i Helse Nord, og nesten alle helseforetakene i Helse Midt-Norge og Helse Vest har en effektivitetsscore under 1. Kun ett helseforetak i Helse Sør-Øst har en effektivitetsscore under 1.

Sammenligning av effektivitetsscorene fra de to DEA-modellene i henholdsvis tabell 1 og tabell 2, viser at de fleste foretakene som har en **kostnadseffektivitet** lik 1 også har en

arbeidseffektivitet lik 1. For noen av helseforetakene er imidlertid effektivitetsscorene forskjellige.

For eksempel hadde Sykehuset Innlandet en effektivitetsscore lik 0,97 i målingen av kostnadseffektivitet, og en score for arbeidseffektivitet lik 1. I de tilfellene hvor kostnadseffektiviteten er høyere enn arbeidseffektiviteten, kan det indikere at helseforetakene har relativt lave kostnader til pasientbehandlingen – men fortsatt har et effektiviseringspotensial når det kommer til bruken av helsepersonellet. Motsatt, vil en høyere arbeidseffektivitet enn kostnadseffektivitet tyde på at helseforetakene bruker helsepersonellet på en forholdsvis effektiv måte, og at det er andre grunner til lavere kostnadseffektivitet.

På regionsnivå kan vi si at helseforetakene i Helse Nord og Helse Midt-Norge kunne ha produsert dagens mengde helsetjenester med henholdsvis 18 og 6 prosent mindre arbeidskraft, dersom helseforetakene i disse regionene var like effektive som sammenlignbare helseforetak. Tilsvarende er det beregnede potensialet 3 prosent i Helse Vest og 0 prosent i Helse Sør-Øst.

På nasjonalt nivå indikerer analysen at dagens mengde helsetjenester kunne vært produsert med om lag 4 prosent mindre helsepersonell (rundet opp fra 3,6 prosent), dersom alle helseforetak var like effektive som de mest effektive sammenlignbare foretakene.[34]

Som for analysene av kostnadseffektivitet, kan noe av variasjonen i arbeidseffektivitet forklares av forhold som helt eller delvis ligger utenfor helseforetakenes kontroll. Vi har gjennomført en regresjonsanalyse, som utdypes i kapittel 10.1.5, som viser at om lag halvparten av variasjonen i effektivitet skyldes slike forhold.

Stort sett ser vi at det er de samme helseforetakene som har lav arbeidseffektivitet, som også har relativt mange årsverk per DRG-poeng, og motsatt.[35] Det samme ser vi på regionsnivå. Vi ser imidlertid noen forskjeller i rangeringen med årsverk per DRG-poeng, som trolig skyldes forskjeller i omsorgsnivå som vi kan ta hensyn til i DEA-modellen.

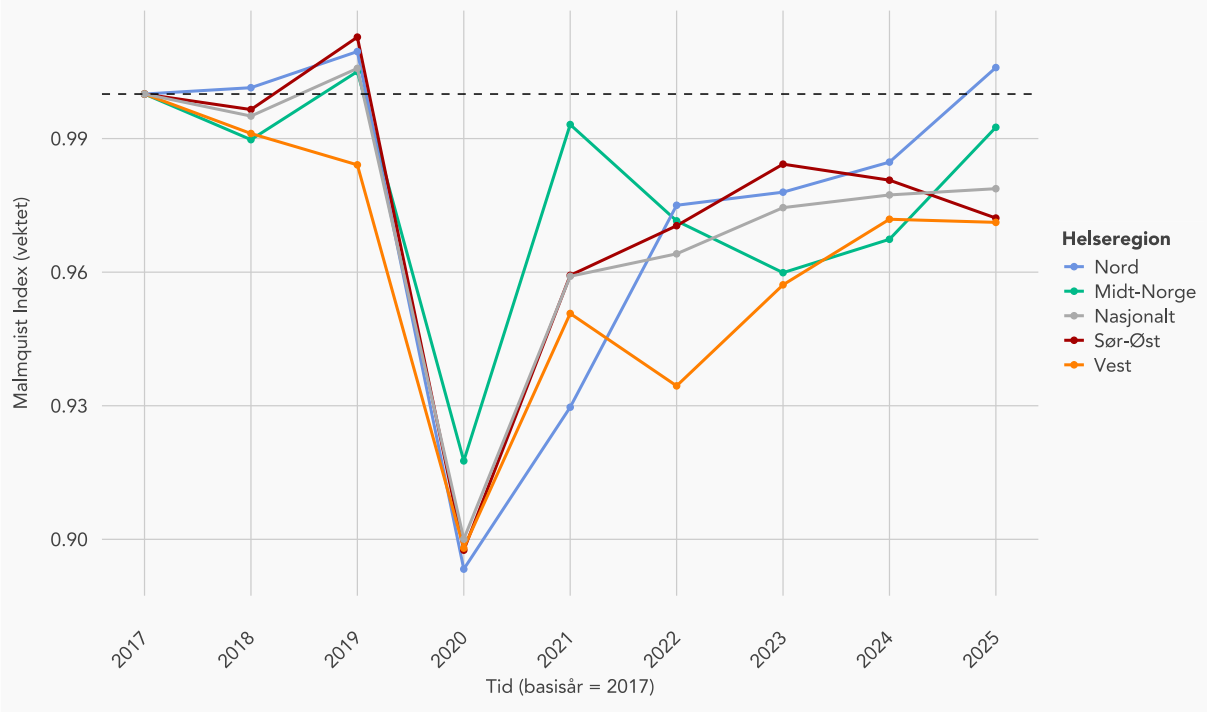
10.1.4 Utvikling i arbeidseffektivitet

Utviklingen i arbeidseffektivitet (vektet Malmquist-indeks) i perioden 2017–2025 for hver helseregion er illustrert i figuren under.

[34] For å beregne regionale og nasjonale effektivitetsscorer har vi brukt kostnadsvektede aritmetiske gjennomsnitt. Den regionale scoren ble beregnet ved å vekte hvert helseforetaks effektivitetsscore med foretakets totale kostnader til pasientbehandling (ekskludert pensjonskostnader). Nasjonal score ble tilsvarende beregnet over alle helseforetak. Den nasjonale kostnadsbesparelsen er beregnet som forskjellen mellom det som faktisk brukes av ressurser i dag, og det som ville vært nødvendig dersom alle foretakene var fullt effektive.

[35] Vi har undersøkt sammenhengen mellom effektivitetsscorene fra DEA-modellen med årsverk per DRG-poeng for helseforetakene ved hjelp av Spearmans rangkorrelasjon. Resultatet viste at det var en negativ sammenheng mellom effektivitetsscorene og kostnad per DRG-poeng (Spearmans rho (ρ) = -0,68 hvor $p < 0,001$). Den negative sammenhengen indikerer at en høyere effektivitetsscore er assosiert med et lavere antall årsverk per DRG-poeng, slik som vi ser fra tabellen.

Figur 5 Utvikling i arbeidseffektivitet (vektet Malmquist-indeks aggregert) for hver helseregion i 2017–2025



Kilde: Riksrevisjonen

Figuren viser at utviklingen i arbeidseffektivitet overordnet har hatt en lignende utvikling som kostnadseffektiviteten i helseforetakene.[36] Vi ser at pandemien førte til en nedgang i arbeidseffektiviteten for samtlige helseregioner i 2020. I etterkant steg arbeidseffektiviteten frem til 2021, og deretter har utviklingen vært varierende.

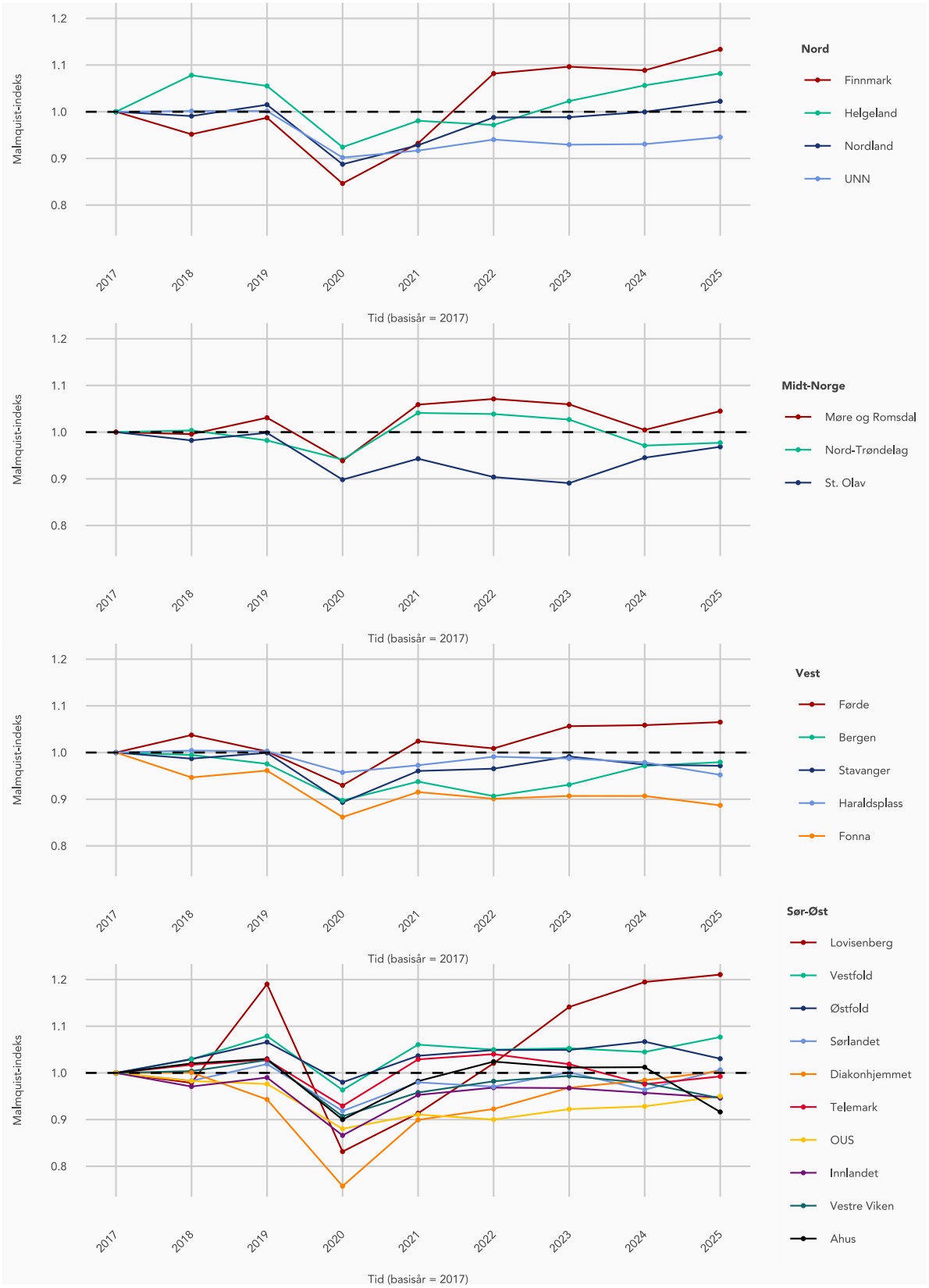
For landet samlet har det vært en nedgang fra 2017 til 2025, men Helse Nord har i motsetning til de andre tre regionene hatt en liten økning i arbeidseffektivitet.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge har hatt en tydelig nedgang i arbeidseffektiviteten etter 2021 og frem til 2023, som også her kan forbindes med innføringen av Helseplattformen ved St. Olav i 2022. Særlig i 2025 har foretakene i Helse Midt-Norge imidlertid hentet seg inn igjen. Det kan tyde på at bruken av helsepersonell kun økte midlertidig med Helseplattformen. Den store oppgangen i 2025 kan, i tillegg til dette, skyldes arbeid med nedtak av stillinger i de tre helseforetakene i 2025 (se kapittel 12).

Figuren nedenfor viser utviklingen i hvert enkelt helseforetak.

[36] For å undersøke sammenhengen mellom kostnadseffektivitet og arbeidseffektivitet i helseforetakene, har vi beregnet korrelasjonen mellom effektivitetsscorene for hvert helseforetak i de to analysene. Spearmans rangkorrelasjon viste en sterk positiv sammenheng mellom arbeidseffektivitet og kostnadseffektivitet (Spearmans rho (ρ) = 0,77 hvor p < 0,00). Det vil si at korrelasjonsanalysen indikerer at helseforetak med høy arbeidseffektivitet også har en tendens til å ha høy kostnadseffektivitet.

Figur 6 Utvikling i arbeidseffektivitet per helseforetak for 2017–2025



Kilde: Riksrevisjonen

Fra figuren ser vi igjen at de fleste helseforetakene hadde en oppgang i arbeidseffektiviteten etter pandemien i 2021, men utviklingen deretter er nokså varierende. I 2025 hadde halvparten av helseforetakene lavere arbeidseffektiviteten i forhold til i 2017. Blant de 10 helseforetakene som økte arbeidseffektiviteten fra 2017 til 2025, finner vi de samme seks foretakene som har økt kostnadseffektiviteten i perioden,[37] i tillegg til Sykehuset Østfold, Sørlandet sykehus, Helse Møre og Romsdal og Diakonhjemmet. Per region ser bildet slik ut:

- I Helse Nord har tre av helseforetakene økt arbeidseffektiviteten i 2025 sammenlignet med 2017, hvor Finnmarkssykehuset har den største økningen. Alle helseforetakene har økt arbeidseffektiviteten fra 2024 til 2025.
- I Helse Midt-Norge er det kun Helse Møre- og Romsdal som har økt arbeidseffektiviteten i perioden 2017–2025. Alle de tre foretakene i regionen har imidlertid økt arbeidseffektiviteten fra 2024 til 2025.
- I Helse Vest har kun Helse Førde økt arbeidseffektiviteten i perioden 2017–2025. For de andre fire har en nedgang i perioden, og en flat eller nedgående utvikling fra 2024 til 2025.
- I Helse Sør-Øst har halvparten av helseforetakene økt arbeidseffektiviteten i perioden. Ahus har en markant nedgang fra 2024 til 2025, slik de også hadde for kostnadseffektivitet.

10.1.5 Mulige forklaringer på forskjeller i effektivitet

Vi har gjennomført regresjonsanalyser for å utforske faktorer som kan bidra til å forklare forskjeller i effektivitetsscorene vi fant med DEA. Vi fokuserer spesielt på om det er forhold som helt eller delvis ligger utenfor helseforetakenes egen kontroll, som kan forklare effektivitetsforskjellene vi har funnet. Regresjonsanalysene gir indikasjoner på hvilke faktorer som er viktige, hvor mye av variasjonen i effektivitetsscoren som totalt kan forklares av de utvalgte faktorene, og om disse faktorene kan bidra til å forklare hvert enkelt helseforetaks effektivitetsscore.

Utfallsvariabelen er helseforetakenes effektivitetsscore fra analysen av kostnadseffektivitet med DEA-metodikk.[38] Analysen er gjennomført for perioden 2017–2025, med helseforetak per år som analyseenhet.[39]

Forklaringsvariablene som inngår i regresjonsmodellen, er beskrevet i tabellen under:[40]

[37] Helseforetakene med Malmquist-indeks over 1 i 2025 er som følger: Lovisenberg (1,21), Finnmarkssykehuset (1,13), Sykehuset i Vestfold (1,08), Helgelandssykehuset (1,08), Helse Førde (1,07), Helse Møre og Romsdal (1,05), Sykehuset Østfold (1,03), Nordlandssykehuset (1,02), Sørlandet sykehus(1,01) og Diakonhjemmet (1,00).

[38] Effektivitetsscoren er beregnet med variabelt skalautbytte og per år, slik at helseforetakene sammenliknes i samme år. Vår avhengige variabel skiller seg fra kostnadsanalysen i NOU 2019: 24, der avhengig variabel er kostnader per DRG-poeng produsert. I motsetning til deres analyse, forteller ikke resultatene våre hvordan strukturelle variabler henger sammen med kostnadsnivået generelt; de forteller hvordan de henger sammen med vår estimerte effektivitetsscore, som allerede tar høyde for noen forskjeller ved helseforetakene.

[39] Vi bruker minste kvadraters metode (OLS) med klynge-robuste standardfeil for å ta høyde for korrelasjon mellom de årlige observasjonene innen hvert helseforetak. En nærmere begrunnelse for metodevalg finnes i vedlegg 3.

[40] Vi har testet flere modellvarianter med ulike forklaringsvariabler. Nærmere beskrivelse av metodevalg for regresjonsanalysen, og resultater fra andre modellvarianter finnes rapportens vedlegg 3.

Tabell 3 Beskrivelse av forklaringsvariablene i regresjonsanalysen

Forklaringsvariabel	Beskrivelse av variabelen	Hva vi forsøker å fange opp med variabelen
Gjennomsnittlig produksjon per lokasjon ved helseforetaket[41]	DRG-poeng per lokalsykehus i helseforetaket.	Effekten av størrelse på sykehusene, som trolig er forbundet med høyere effektivitet (Hagen, 2021).[42] DEA-analysen har allerede kontrollert for variabelt skala-utbytte mellom helseforetak, ved at foretakene sammenlignes med andre helseforetak som har lignende skala på produksjon av helsetjenester. Med denne variabelen forsøker vi å fange opp eventuelle kostnadsulemper som følger av at helseforetakets produksjon er fordelt mellom lokasjoner.
Forskningsaktivitet[43]	Årsverk til forskning og utvikling i somatikken, per produserte DRG-poeng.	Forskning (som er en lovpålagt oppgave) kan medføre faktiske kostnader som ikke fullt ut fanges opp i de registrerte forskningsutgiftene, og som derfor ikke trekkes fra i DEA-modellen.
Kjøretid til akuttmottak[44]	90-persentilen for kjøretid fra adressene i helseforetakets opptaksområde til nærmeste akuttmottak. Målt i 2019. Vi forutsetter at denne er relativt stabil i analyseperioden (2017-2025).	Variabelen antas å fange opp ulike kostnadsulemper knyttet til geografi og spredt bosetting. Lang reisetid kan medføre ekstra kostnader ved å øke sannsynligheten for at pasienten må overnatte (døgnopphold). Det kan også reflektere geografiske faktorer som gjør rekruttering og bemanning vanskeligere og dermed mer kostbart.

Kilde: Riksrevisjonen

[41] Helsedirektoratet (2024, 10. mai). *Produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste* (siste faglige endring 16.09.2026). [Internett].
[42] DEA-modellen med variabelt skalautbytte fanger trolig opp skalafordeler i noen grad, men ikke fullstendig. Produksjon per lokalsykehus er derfor inkludert i modellen som et mål på helseforetakenes størrelse.
[43] Data tilsendt fra SSB, og beskrevet i Wiig & Olsen (2024). Data for variabelen finnes bare for annet hvert år og til og med 2023. For å unngå å miste observasjoner har vi imputert variabelen ved lineær interpolasjon og ekstrapolert til 2025. Vi har også testet regresjonsbasert imputasjon der vi predikerer de manglende verdiene basert på årlige tall for FOU-utgifter publisert av Helsedirektoratet (2024, 10. mai). *Produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste* (siste faglige endring 16.09.2026). [Internett]. Dette gir ingen merkbare endringer i regresjonsresultater. Resultatene er også veldig like om vi bruker FOU-utgifter i stedet for FOU-årsverk i regresjonen, men modellen får marginalt svakere forklaringskraft.
[44] SSB (2019). Tabell 12764: Beregnet avstand og kjøretid lang vei til nærmeste akuttmottak, etter region, år og persentil. [Internett].

Resultatene fra regresjonsanalysen tyder på at en betydelig del av variasjonen i effektivitet som vi har beregnet med DEA-metodikk, kan forklares av helseforetakenes produksjon per lokalsykehus, reisetid til akuttmottak, og forskningsaktivitet. Samlet forklarer disse tre variablene omtrent halvparten av variasjonen i effektivitetsscoren (justert $R^2 = 0,49$).[45]

Retningen på sammenhengene mellom effektivitetsscorene og de tre faktorene er som forventet. Høyere produksjon per lokasjon er forbundet med høyere effektivitet, mens mer forskningsaktivitet og lengre kjøretid til nærmeste akuttmottak er relatert til lavere effektivitet.[46]

Kjøretid har en statistisk signifikant sammenheng på 10 prosent-nivå. For de to andre variablene er ikke sammenhengene signifikante,[47] og vi kan dermed ikke utelukke at de skyldes tilfeldigheter. En viktig årsak til det er at vi har et relativt lite utvalg (N = 198) og at vi har brukt en konservativ metode for å ta høyde for at observasjonene ikke er uavhengige. Dette begrenser muligheten for å påvise reelle sammenhenger. Samtidig er koeffisientene relativt stabile på tvers av ulike modellvarianter.[48] Dette kan peke i retning av at sammenhengene er reelle til tross for at den statistiske sikkerheten er lav. Vi har lagt vekt på at det er et klart teoretisk grunnlag for de tre variablene, og at hver av disse har betydelig forklaringskraft i modellen. Vi har også testet en rekke andre variabler, som vi har utelukket fordi de ikke er statistisk signifikante og ikke øker modellens forklaringskraft. Hvilke som er testet framgår av vedlegg 3.

Basert på de tre faktorene i regresjonsanalysen har vi beregnet et forventet nivå på kostnadseffektiviteten for hvert helseforetak i 2025.[49] Avviket mellom den forventede og den faktiske kostnadseffektivitetsscoren, vist i figur 20 i rapportens vedlegg 3, indikerer hvordan helseforetaket presterer sammenliknet med hva vi ville forvente ut fra dets rammebetingelser. Store avvik tyder på at effektivitetsscoren kan forklares av andre forhold som ikke er med i modellen, som for eksempel ulik økonomistyring eller andre strukturelle forhold.

Blant de fem helseforetakene med lavest faktisk effektivitetsscore (under 0,90) presterer Nordland, St. Olav, Nord-Trøndelag og UNN svakere enn modellen forutsier, med Nordland som det mest avvikende.[50] Det vil si at når vi tar høyde for produksjonsstørrelse, kjøretid og forskningsaktivitet, fremstår disse foretakene fremdeles som mindre effektive enn man kan forvente. Det tyder på at deres lave effektivitetsscore også skyldes andre forhold enn de faktorene som vi har inkludert i regresjonsmodellen.

[45] Storparten av variasjonen i effektivitetsscoren i datasettet er mellom helseforetak, ikke over tid. Modellen forklarer omtrent like stor andel av variasjonen ($R^2 = 0,47$) når vi kjører den på gjennomsnittet av variablene per helseforetak for perioden, slik at man får én observasjon per helseforetak.

[46] Sammenhengen med kjøretid er sterkest: et standardavvik høyere verdi på kjøretid er forbundet med 0,05 lavere effektivitetsscore. Det kan litt forenklet tolkes som en 5 prosentpoengs reduksjon, siden effektivitetsscoren går fra 0 til 1. Koeffisienten for produksjon per lokalsykehus er 0,03, og koeffisienten for forskningsaktivitet –0,03. Koeffisientene med konfidensintervaller finnes i tabell 20 i rapportens vedlegg 3.

[47] P-verdien er 0,13 for produksjonsstørrelse og 0,14 for forskningsaktivitet.

[48] Se tabell 22 i rapportens vedlegg 3.

[49] Forventet kostnadseffektivitet er beregnet ved å kombinere foretakenes verdier for de tre faktorene i 2025, med koeffisientene fra regresjonsmodellen estimert for perioden 2017–2025.

[50] Nordland har differanse på 0,12, som litt forenklet tilsvarer 12 prosentpoeng på effektivitetsscoren.

Vi finner at dersom alle foretakene med lavere effektivitet enn forventet hadde nådd det forventede nivået, kunne kostnadene til somatisk pasientbehandling vært redusert med 1,6 prosent.[51] Omregnet til kroner tilsvarer dette 1,7 milliarder i 2025. Dette er et konservativt anslag på potensiell besparelse, fordi vi sammenligner med det typiske nivået for foretak med like forhold, og ikke med de mest effektive foretakene.

Flere helseforetak presterer noe bedre enn forventet fra modellen, med Helse Førde og Finnmarkssykehuset som de med størst positivt avvik. Om vi tar høyde for strukturelle forhold kommer disse helseforetakene med andre ord bedre ut i sammenlikningen med andre helseforetak.

Det er imidlertid viktig å understreke at prediksjonene fra regresjonsmodellen har en viss usikkerhet, som skyldes at koeffisientene har relativt store konfidensintervaller og at resultatene i noen grad avhenger av modellvalg. Tolkningen av avvikene bør derfor gjøres med forsiktighet.

10.2 Forskjeller i kostnadseffektivitet mellom helseforetak for utvalgte pasientgrupper

For å undersøke forskjeller i kostnadsnivå mellom helseforetak i behandling av pasienter, har vi analysert data om kostnad per pasient (KPP) fra 2024 for enkelte pasientgrupper. KPP-dataene gir oss informasjon om hvilken behandling en pasient har fått (beskrevet via medisinske prosedyrekoder), samt hva behandlingen har kostet. Analysen omfatter fire pasientgrupper (DRG-er[52]) med stort volum og store kostnader, som gjennomføres ved alle helseforetak. Tre av DRG-ene er «DRG-par» med og uten komorbiditet eller komplikasjoner.[53] De utvalgte DRG-ene er:

- lungebetennelse og pleuritt (DRG 89 og 90)
- innsetting av primær hofteleddsprotese (DRG 209V og 209U)
- innsetting av protese i kne (DRG 209H)
- infeksjoner i nyrer og urinveier (DRG 320 og 321)

Analysen viser store forskjeller i kostnadene som medgår i behandlingen av de utvalgte pasientene:

- For lungebetennelse og pleuritt er kostnadene ved behandling av en gjennomsnittspasient med komorbiditet 83.000 kroner høyere ved helseforetaket med høyest kostnad enn ved helseforetaket med lavest. For pasienter uten komorbiditet er forskjellen mellom foretaket med henholdsvis høyest og lavest kostnad 68.000 kroner.
- For innsetting av primærhofteleddsprotese er forskjellen 172.000 kroner for pasienter med komorbiditet, og 117.000 kroner for pasienter uten.

[51] Beregningen er basert på avviket mellom faktisk og forventet effektivitetsscore multiplisert med kostnadene for foretakene som presterer under forventet nivå.
[52] For definisjon av DRG, se ordliste og forkortelser bakerst i rapporten.
[53] For definisjon av komorbiditet, se ordliste og forkortelser bakerst i rapporten.

- For innsetting av kneprotese er det 157.000 i forskjell mellom helseforetakene med henholdsvis høyest og lavest kostnad.
- For infeksjon i nyrer og urinveier er forskjellen 96.000 kroner for pasienter med komorbiditet, og 63.000 kroner for pasienter uten.

Det er også betydelige kostnadsforskjeller mellom helseforetak med lignende forventet kostnadsnivå innenfor alle de utvalgte behandlingsgruppene. Kostnadene ved alle helseforetak for hver av disse gruppene er gjengitt i figurer i vedlegg 4.

For hver av de fire pasientgruppene har vi videre valgt ut ett helseforetak-par hvor man i utgangspunktet ikke skulle forvente store forskjeller i kostnader per pasient mellom de to foretakene, men hvor det likevel er store forskjeller.[54] Her har vi intervjuet representanter fra to utvalgte helseforetak (fra fagmiljø, analysemiljø, og økonomiavdeling) om hva de mener kan forklare den aktuelle kostnadsforskjellen. Forskjellene mellom parene av helseforetak som er valgt ut for de ulike behandlingene, er følgende:

- Lungebetennelse og pleuritt: Kostnadene er nesten 40.000 kroner høyere ved St. Olav er enn ved Ahus for pasienter med komorbiditet, og nesten 13.000 kroner høyere for pasienter uten.
- Innsetting av primærhofteleddsprotese: Kostnadene er om lag 53.000 kroner høyere ved Ahus enn ved St. Olav for pasienter uten komorbiditet, og 29.000 kroner høyere for pasienter uten.
- Infeksjon i nyrer og urinveier: Kostnadene er om lag 42.000 kroner høyere ved OUS enn ved UNN for pasienter med komorbiditet, og om lag 35.000 høyere for pasienter uten.

For innsetting av protese i kne valgte vi ut Vestfold og Vestre Viken for. Vestre Viken mener at kostnadene ved deres helseforetak og Vestfold ikke kan sammenlignes for DRG 209H, på grunn av feil i Vestre Vikens datagrunnlag og forskjeller i helseforetakenes KPP-modeller. Derfor har vi valgt å ikke sammenligne Vestre Viken og Vestfold. Siden Vestfold har lavest KPP for denne pasientgruppen, har vi likevel valgt å rapportere deres forklaringer av eget kostnadsnivå.

Siden det er grunn til å tro at liggetid kan være en sentral forklaringsfaktor til kostnadsforskjellene, har vi gjennomført regresjonsanalyser for å undersøke sammenhengen mellom liggetid og KPP. Resultatene fra regresjonene gir en indikasjon på hvor mye av KPP-forskjellen vi finner for en bestemt DRG eller DRG-par som trolig kan forklares av forskjell i liggetid. Intervjuer og resultater fra regresjonsanalysene viser at følgende faktorer bidrar til å forklare forskjellene i de konkrete tilfellene vi har undersøkt:

- **Liggetid og sengepostkostnader:** Regresjonsanalysen indikerer at liggetid er en viktig forklaring på forskjeller i kostnadene i behandling av de utvalgte pasientgruppene. At liggetid og sengepostkostnader er en viktig forklaringsfaktor kommer også fram

[54] Dette tilsvarer et «most-similar design», som er godt egnet for å utforske hvilke faktorer som kan forklare forskjeller i utfall. Gerring & Cojocaru 2016: 392–423.

gjennom intervjuene som er gjennomført, to av helseforetakene med kortest liggetid viser til at de har arbeidet systematisk med å redusere liggetiden.

- **Organisering og driftsform** framstår for to av pasientgruppene (hofteprotese og kneprotese) som viktige forklaringer på forskjellene i kostnadsnivå mellom de utvalgte helseforetakene. En vesentlig forskjell mellom helseforetakene her, er at helseforetakene med lavest kostnad per pasient har organisert pasientbehandlingen i adskilte driftsenheter som er skjermet fra helseforetakenes akuttvirksomhet. Helseforetakene med lavest kostnad for disse to pasientgruppene plasserer også de aktuelle pasientene på såkalte femdøgns lettposter med pleietyngde tilpasset at pasientene har lavt behov, og kan også vise til å ha gjort andre grep for å redusere kostnadene knyttet til pasientbehandlingen.
- **Forskjeller i pasientsammensetning:** Gjennom intervjuene framkommer forskjeller i pasientsammensetning som en viktig forklaringsfaktor særlig for å forklare kostnadsforskjellene for pasienter med infeksjon i nyrer og urinveier mellom de utvalgte helseforetakene OUS og UNN: OUS har nasjonale funksjoner og driver mer spesialisert behandling som driver kostnadsnivået opp. Eksempelvis har OUS en del nyretransplanterte pasienter på grunn av deres landsfunksjon på dette behandlingsområdet. Nyretransplantasjon inkluderer også oppfølging ved OUS en stund etter transplantasjon, noe som bidrar til å øke kostnadsnivået på disse DRG-ene. UNN har ikke denne funksjonen.

I tillegg kommer det gjennom intervjuer ved UNN og OUS (infeksjon i nyrer og urinveier) fram at ulike satser i arbeidsgiveravgift også kan være en forklaring til forskjellen i kostnadsnivå.

Analysen dette bygger på utdypes i vedlegg 4. Vedlegget viser blant annet forskjeller i kostnad for hver DRG, og oppsummering av forklaringene helseforetakene har gitt til forskjellene for hver DRG.

11 Økonomisk utvikling og budsjettoppnåelse i helseregionene og helseforetakene

Dette kapittelet viser den økonomiske utviklingen i de fire helseregionene, og i de 20 helseforetakene som driver pasientbehandling, i perioden 2015–2025.

Når vi omtaler utviklingen per helseregion, tar vi utgangspunkt i de regionale helseforetakenes regnskap for sine foretaksgrupper (konsernregnskap). Regnskapet for foretaksgruppen Helse Midt-Norge omfatter også datterselskapet Helseplattformen AS, som er eid 60 prosent av Helse Midt-Norge RHF.[55]

[55] Helseplattformen AS sine inntekter og kostnader er med i regnskapet for foretaksgruppen, og minoriteters andel av årsresultatet er oppgitt på en egen linje.

11.1 Utvikling i økonomiske resultater i helseregioner og helseforetak i perioden 2015–2025

11.1.1 Kort om ulike mål på økonomiske resultater og utvikling i helseregioner og helseforetak

For å kunne tegne et bilde av den økonomiske utviklingen i helseregionene og helseforetakene over tid, ser vi blant annet på årsresultat og driftsresultat før avskrivninger og nedskrivninger[56] (heretter kalt driftsresultat før avskrivninger). Hva resultatmålene forteller, beskrives nærmere i faktaboksen nedenfor.

Faktaboks 4 Nærmere om resultatmålene vi bruker

Årsresultatet viser resultatet etter at alle kostnader, inkludert avskrivninger og renter, er trukket fra. Det viser om foretakene håndterer kapitalkostnadene som følger av tidligere investeringer, og i hvilken grad de bygger opp egenkapital som kan gjøre dem mer økonomisk robuste og øker evnen til nye investeringer. Vi viser også **resultatgrad**, det vil si årsresultat som andel av driftsinntektene, som er sammenlignbart mellom helseforetak og regioner.

Driftsresultat før avskrivninger (EBITDA) er resultatet fra ordinær drift (driftsinntekter minus driftskostnader), før avskrivninger og nedskrivninger, og gir et bilde av den underliggende økonomiske bærekraften og evnen til å generere likviditet. Når vi presenterer driftsresultat før avskrivninger, setter vi det i sammenheng med utviklingen i **investeringer og kapitalkostnader** (avskrivinger og netto finanskostnader), som samlet gir en indikasjon på foretakenes økonomiske handlingsrom og evne til å finansiere framtidige investeringer. Vi viser også driftsresultat før avskrivninger i prosent av driftsinntektene (**EBITDA-margin**), som er sammenlignbart mellom helseforetak og mellom regioner.

Kilde: Riksrevisjonen

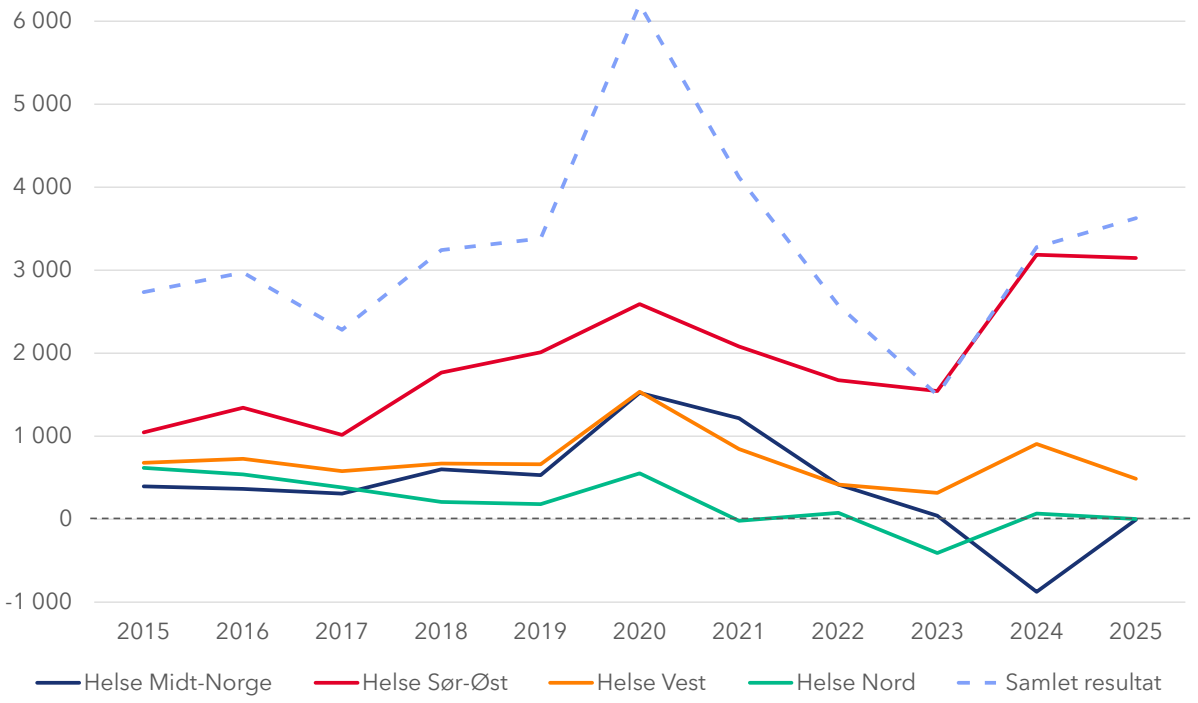
11.1.2 Resultater på nasjonalt og regionalt nivå i perioden 2015–2025

Figuren nedenfor viser årsresultat per helseregion og samlet i perioden 2015–2025 i løpende priser.[57] Merk her at Helse Sør-Øst er den klart største regionen, og det er derfor naturlig at årsresultatene deres er større enn i de øvrige regionene.

[56] I helseforetakene skal avskrivninger gjenspeile verdifallet på bygg, medisinsk-teknisk utstyr og annet utstyr etter hvert som de brukes og slites. Nedskrivninger brukes derimot når en eiendel uventet og varig taper verdi, for eksempel fordi den blir ødelagt eller teknologisk foreldet raskere enn forventet. Både avskrivninger og nedskrivninger føres som kostnader i resultatregnskapet, samtidig som de reduserer den bokførte verdien av anleggsmidlene i balansen.

[57] Årsresultatet vises kun i løpende priser fordi det er uklart om Finansdepartementets prisindeks for helsetjenester, som er basert på et vektet utvalg kostnadsarter, er egnet for prisjustering av dette.

Figur 7 Årsresultater per helseregion og samlet i løpende priser, i perioden 2015–2025



Kilde: Konsernregnskap for foretaksgruppene.

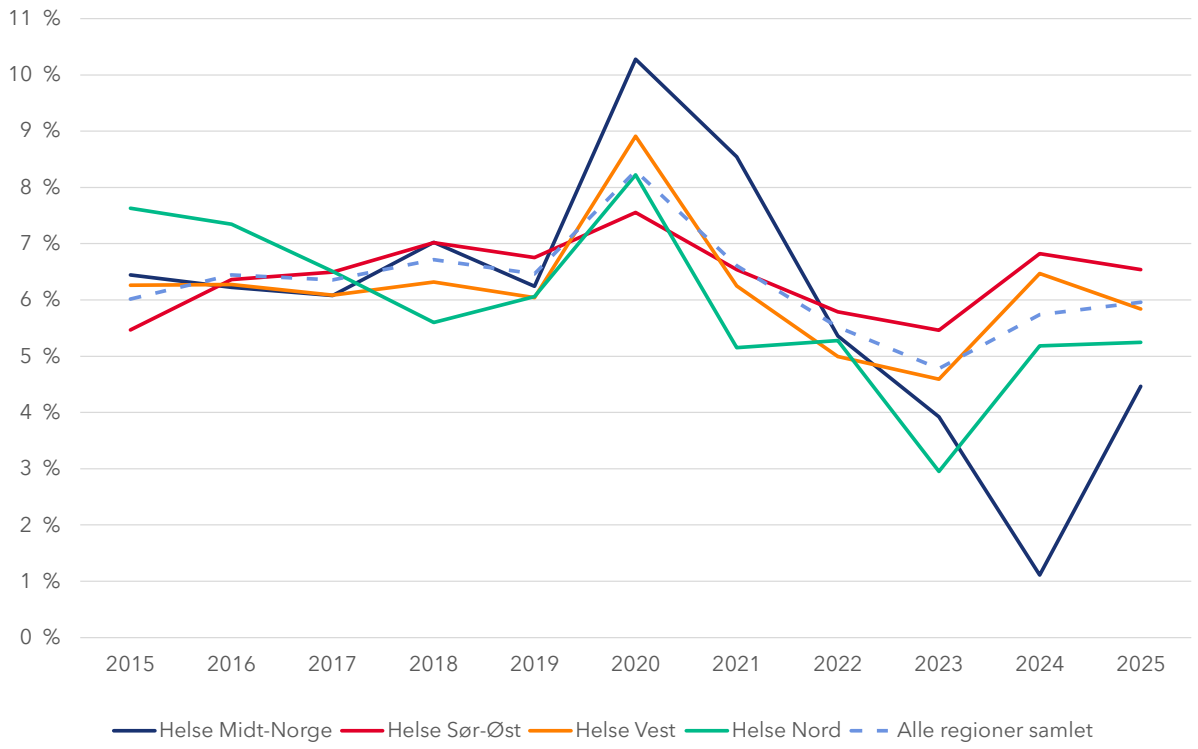
Figuren viser at helseregionene samlet sett har levert positive årsresultater hvert år i perioden 2015–2025. Det har vært store svingninger i foretaksgruppenes resultater, der enkelte år skiller seg betydelig ut. I 2020 økte det samlede årsresultatet med hele ca. 83 prosent fra året før. Dette skyldes i stor grad at det ble gitt store ekstrabevilgninger i forbindelse med koronapandemien, og at de økonomiske konsekvensene av pandemien ble lavere enn det som var forutsatt.[58] I 2023 var samlet årsresultat på sitt laveste i undersøkelsesperioden (totalt på ca. 1,5 mrd.). Oppgangen i 2024 og 2025 må ses i sammenheng med at det ble gitt tilleggsbevilgninger over statsbudsjett, se kapittel 11.3.1.

Som det også framgår av figuren, er det store forskjeller når det kommer til nivået på helseregionenes årsresultater i perioden. Helse Sør-Øst og Helse Vest har oppnådd positive årsresultater gjennom hele perioden 2015–2025. Helse Sør-Øst står for mesteparten av det samlede positive årsresultatet for foretaksgruppene i 2025. Helse Nord og Helse Midt-Norge har avlagt to negative årsresultater hver i perioden 2021–2025. Uten engangsbevilgninger ville Helse Nord hatt negative årsresultater i ytterligere to år i denne perioden,[59] mens Helse Midt-Norge hadde hatt større underskudd. Den negative utviklingen i Helse Midt-Norge henger sammen med innføring av Helseplattformen, og med bygging av nytt sykehus i Møre og Romsdal.[60]

[58] Helsedirektoratet (2021). *Kostnader, produktivitet og økonomisk status i spesialisthelsetjenesten: SAMDATA Spesialisthelsetjeneste* (rapport IS-3011), side 4.
[59] I 2024 gikk foretaksgruppen i Helse Nord med et overskudd på ca. 65,6 millioner kroner, dette var etter særskilte engangsbevilgninger på 300 millioner kroner, i tillegg til engangsbevilgningen som gjaldt alle helseregionene. I 2025 hadde foretaksgruppen et overskudd på ca. 2 millioner kroner.
[60] Helseplattformen AS, som inngår i foretaksgruppens regnskap, har gått med betydelige underskudd i perioden 2022–2024. I tillegg har helseforetakene som har innført plattformen, hatt merkostnader knyttet til innføringen. Dokument 3:3 (2024–2025).

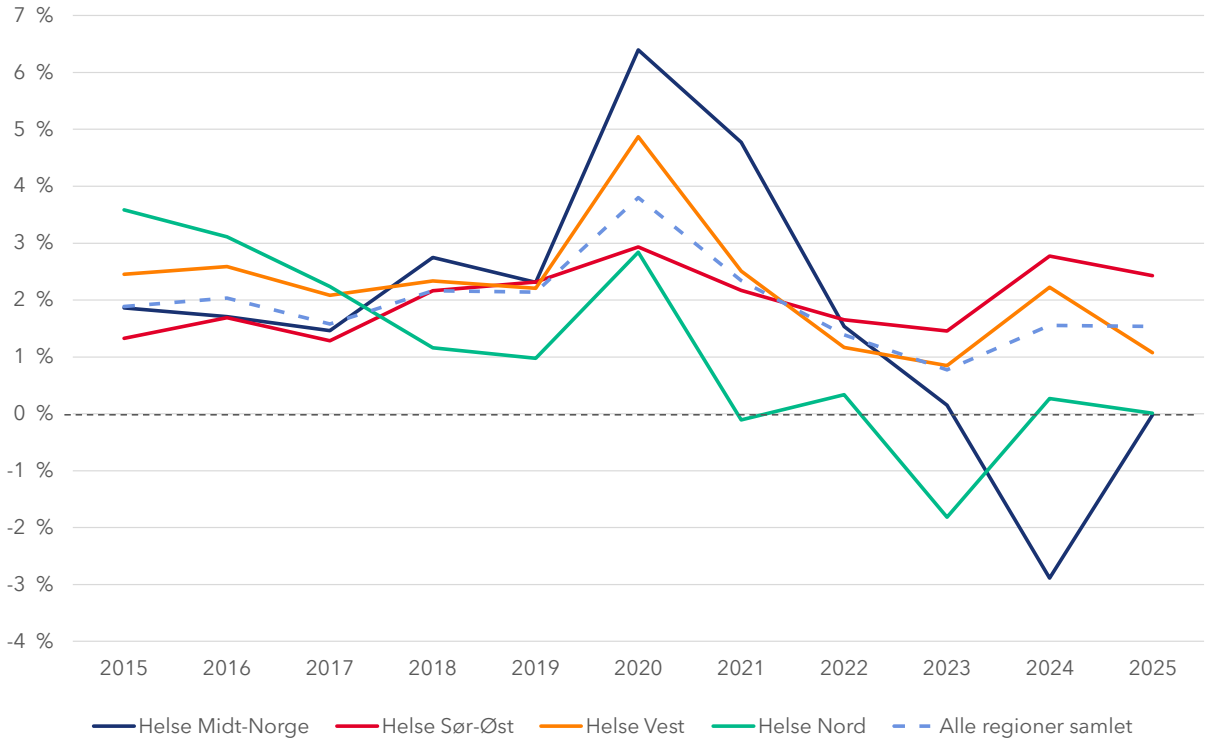
Figurene under viser henholdsvis utviklingen i driftsresultat før avskrivninger som andel av driftsinntektene (EBITDA-margin) per helseregion, og utviklingen i årsresultat som andel av de totale driftsinntektene (resultatgrad) per helseregion.

Figur 8 Driftsresultat før avskrivninger som andel av driftsinntekter (EBITDA-margin), per helseregion og samlet i perioden 2015–2025



Kilde: Konsernregnskap for foretaksgruppene.

Figur 9 Resultatgrad (årsresultat som andel av driftsinntekter) per helseregion og samlet i perioden 2015–2025



Kilde: Konsernregnskap for foretaksgruppene.

Den første av de to figurene over viser at den samlede EBITDA-marginen har vært noe lavere i perioden 2022–2025, enn tidligere. Dette betyr at overskuddet fra selve driften, før kapitalkostnadene (avskrivninger og finanskostnader), har vært lavere i siste del av perioden. Den andre figuren viser at også den samlede resultatgraden har vært noe lavere i perioden 2022–2025 enn tidligere. Det betyr at årsresultatene som andel av driftsinntekter har vært lavere de siste årene, som gir mindre overskudd til å finansiere framtidige behov. Både Helse Midt-Norge og Helse Nord har hatt år med negativ resultatgrad.

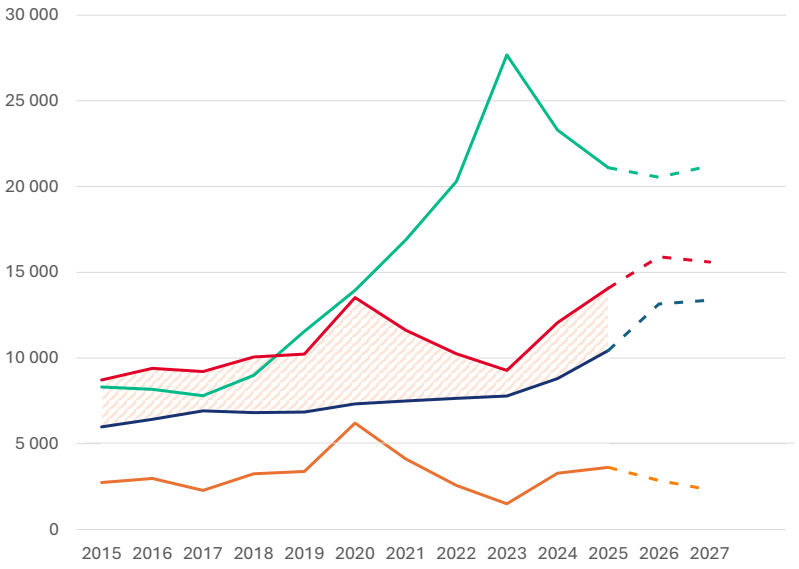
Resultatene spriker mer i andre del av perioden (2020–2025). I 2020 økte alle foretaksgruppene EBITDA-marginene og resultatgraden markant, hovedsakelig grunnet tilleggsbevilgninger i forbindelse med pandemien. Etter 2020 falt marginene gradvis fram mot 2023. Samtidig økte forskjellene mellom regionene. I årene 2023–2025 ligger Helse Nord og Helse Midt-Norge tydelig lavere enn de to andre regionene.

Finansieringsmodellen legger opp til at helseforetakene må oppnå positive økonomiske resultater over tid. Driftsbevilgningene til foretakene skal dekke kostnader til avskrivninger, noe som gir likviditet som kan brukes til framtidige reinvesteringer i bygg, utstyr og teknologi. Samtidig er avskrivningene basert på historiske anskaffelseskostnader, mens nye investeringer som regel er dyrere som følge av prisvekst, høyere krav og behov for økt behandlingskapasitet. Investeringer til økt kapasitet må også skje før midler til økt aktivitet bevilges. Positive resultater over tid er derfor en sentral forutsetning for å opprettholde investeringsevnen. Det finnes imidlertid ikke et allment anerkjent mål eller

en norm for hva som er «riktig» nivå på resultater i helseforetakene. Til sammenligning har Teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi lenge beregnet et anbefalt, årlig resultatmål for hele sektoren samlet (resultatgrad på 2 prosent), og for kommuner og fylkeskommuner.[61] Helse Sør-Øst har i sine siste økonomiske langtidsplaner definert et mål for foretaksgruppen om resultatgrad på 2,5 prosent over tid – som de, basert på historiske data, har kommet fram til at er nødvendig for å kunne reinvestere i bygg, teknologi og utstyr. Helse Sør-Øst slår også fast at EBITDA for foretaksgruppen samlet bør utgjøre 8,5 prosent over tid.[62]

Figuren nedenfor viser helseregionenes årsresultat og driftsresultat før avskrivninger i perioden 2015–2025, sett i sammenheng med kapitalkostnader og investeringer.

Figur 10 Helseregionenes samlede årsresultat, kapitalkostnader, investeringer og driftsresultat før avskrivninger 2015–2025, med anslag for 2026–2027. Millioner kroner.[63]



Investeringsnivået har økt kraftig fra 2020, med en foreløpig topp på 27,7 milliarder kroner i 2023, og de nye investeringene er i stor grad lånefinansierte. Stiplet linje viser de regionale helseforetakenes anslag på investeringer de neste to årene (i 2025-kroner).

Investeringene og låneopptaket bidrar til at **kapitalkostnadene** (kostnader til avskrivninger og renter) begynner å øke markant i 2024 og 2025. Stiplet linje viser de regionale helseforetakenes anslag på kapitalkostnader de to neste årene.

Høyere kapitalkostnader gjør at **resultatene fra driften** (driftsresultat før avskrivninger) må økes. Hvis ikke svekkes **årsresultatet**, noe som kan redusere det økonomiske handlingsrommet og evnen til å finansiere nye investeringer. Stiplede linjer viser de regionale helseforetakenes samlede mål for årsresultat og driftsresultat før avskrivninger de neste to årene.

Kilde: Utvikling fra 2015 til 2025 er hentet fra konsernregnskap for foretaksgruppene. Anslagene for 2026 og 2027 er det de regionale helseforetakene har rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med økonomiske langtidsplaner for perioden 2027–2030. Tall for 2015–2025 er oppgitt i løpende priser. Anslag for 2026–2027 er oppgitt i 2026-kroner.

Dersom kapitalkostnadene er høyere enn driftsresultatet før avskrivninger, vil foretaket gå med underskudd. Som det framgår av figuren, har helseregionenes samlede driftsresultat før avskrivinger (rød linje) svingt mye i andre del av perioden, med en oppgang i 2024 og 2025. Samtidig har kapitalkostnadene (avskrivninger, nedskrivinger og finanskostnader)

[61] Anbefalingen om resultatgrad (netto driftsresultat som andel av inntekter) på 2 prosent har ligget fast siden 2015, jf. Meld. St. 2 (2014–2015), side 53. Dette tallet gjelder hele sektoren samlet, og det differensieres på resultatmål for kommunene og fylkeskommunene.

[62] Helse Sør-Øst ØLP 2026–2029 og intervju Helse Sør-Øst RHF.

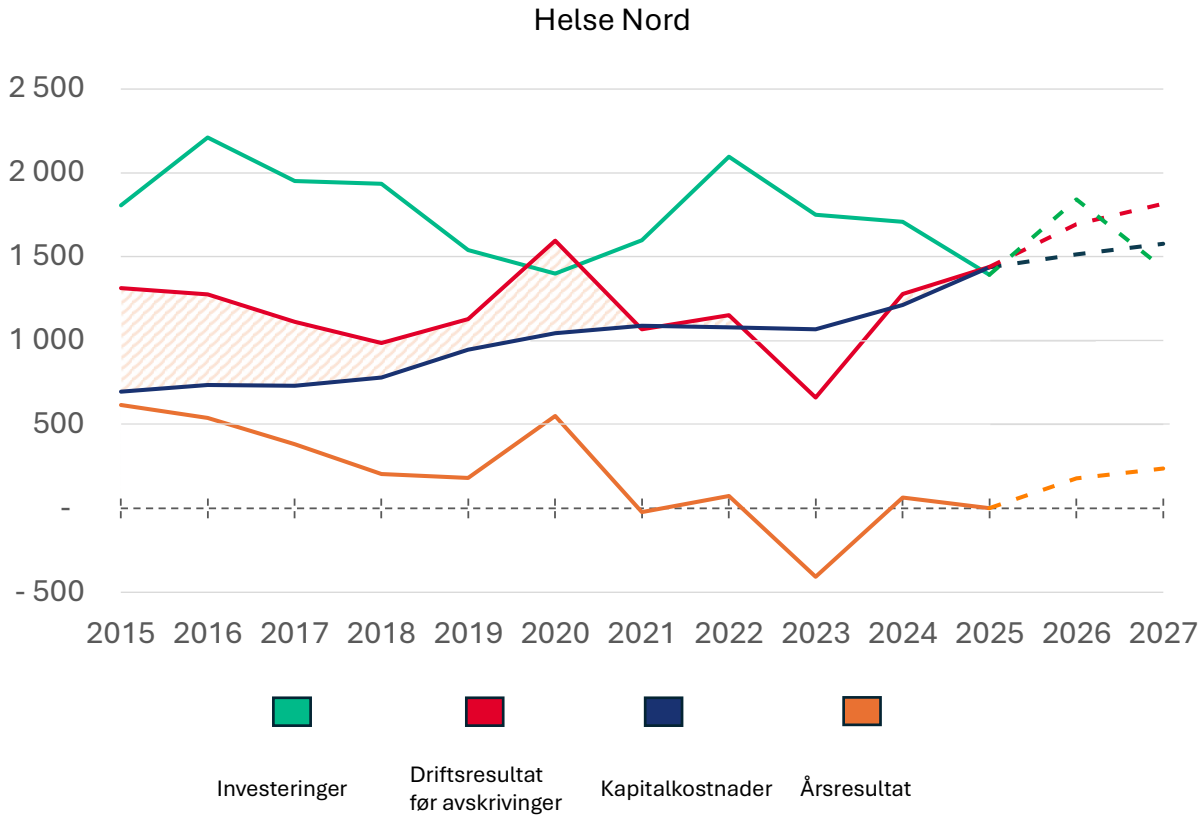
[63] Kapitalkostnader er definert som summen av foretaksgruppenes netto finanskostnader (finansresultat), avskrivinger og nedskrivninger. Investeringer inkluderer både investeringer i varige driftsmidler som bygg og utstyr, og immaterielle verdier som programvare. Målene for årsresultat i 2026 og 2027 er justert for salgseffekter, slik at forventede gevinster ved blant annet eiendomssalg ikke inngår.

økt disse to årene. De regionale helseforetakenes analyser viser at kapitalkostnadene vil fortsette å øke vesentlig til 2027, hvor de vil utgjøre anslagsvis 13,4 milliarder i 2026-kroner.[64] Om foretakene ikke øker resultatene fra driften ytterligere, kan det svekke det økonomiske handlingsrommet og redusere evnen til å finansiere nye investeringer. Som det framgår av figuren, planlegger de regionale helseforetakene å øke driftsresultatene før avskrivinger de neste to årene.

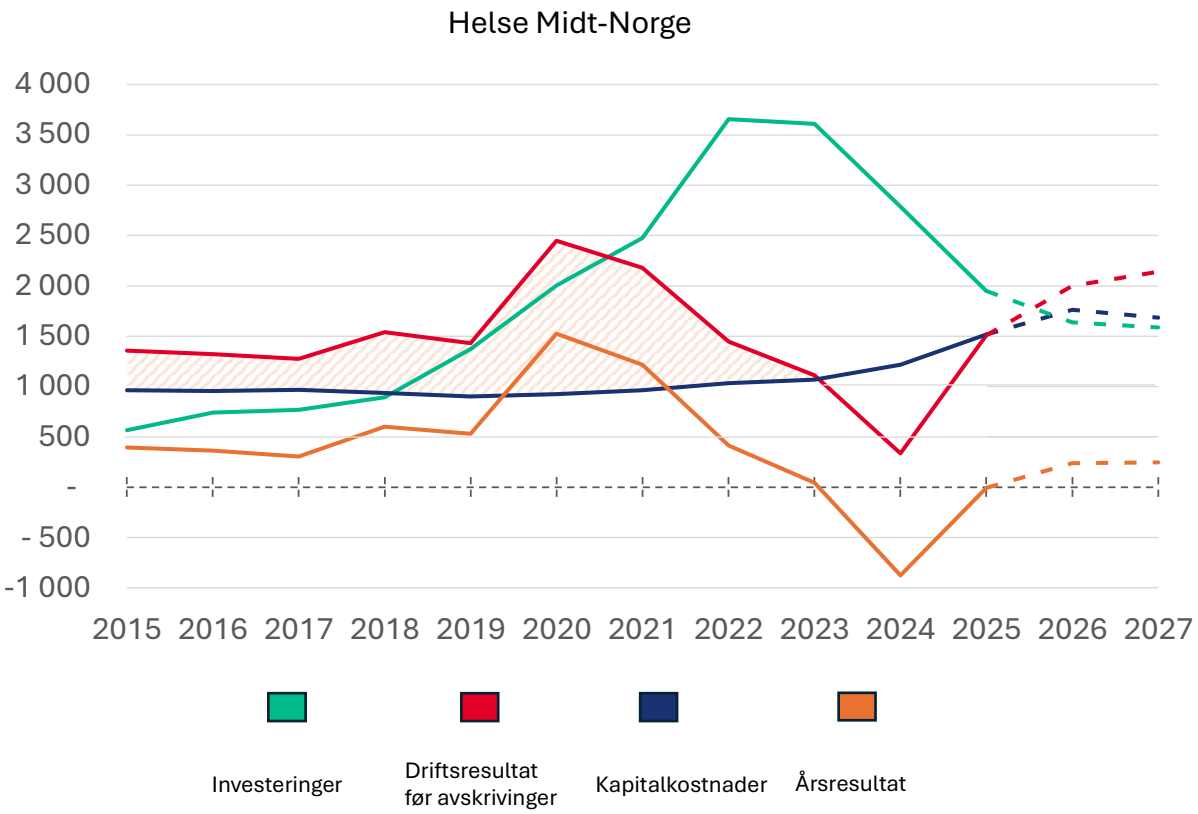
Økningen i kapitalkostnader de siste årene skyldes i stor grad investeringer i sykehusbygg i enkelte helseforetak og vekst i byggekostnader. Dette øker kostnadene til avskrivninger fra og med det året investeringen tas i bruk. Investeringene er i stor grad lånefinansiert, og den økte gjelden har sammen med renteøkningen også gitt betydelige økte rentekostnader. I tillegg har det vært en økning i kortsiktige lån for å dekke likviditetsbehov knyttet til pensjonspremier (driftskreditt), noe som også har økt rentekostnadene vesentlig. Utviklingen beskrives nærmere i kapittel 11.3.2 *Utvikling i kostnadene til helseregionene*, og i figurer i vedlegg 5.

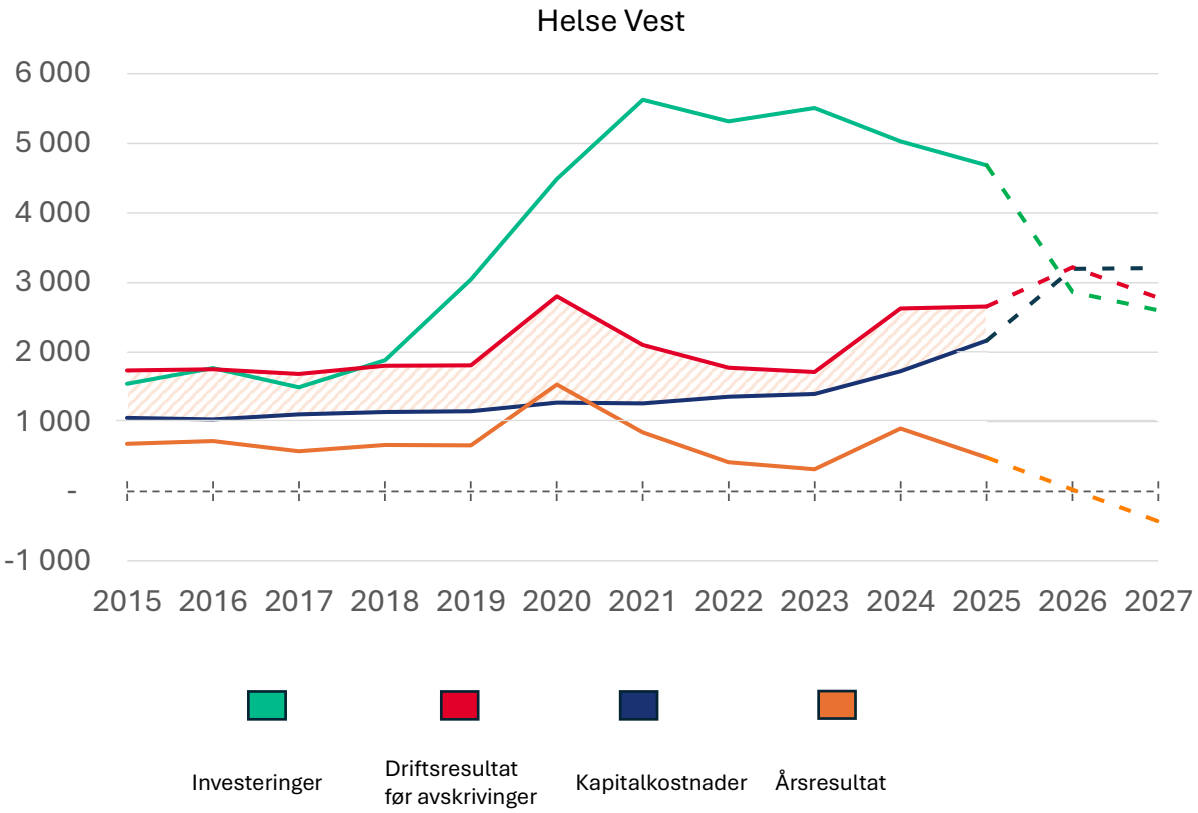
Det er imidlertid betydelige forskjeller mellom regionene. Figuren nedenfor viser utviklingen i den enkelte helseregions driftsresultat før avskrivninger og årsresultat, sett i sammenheng med kapitalkostnader og investeringer.

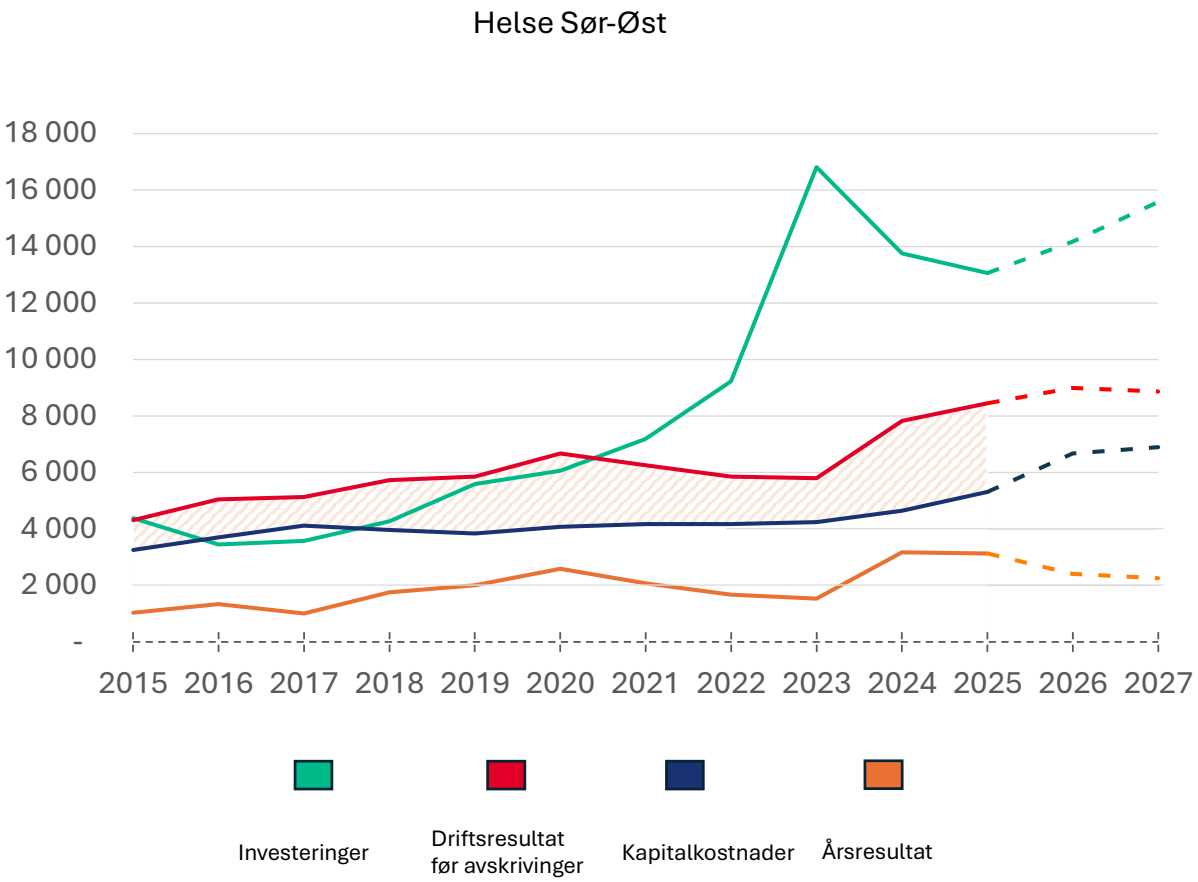
Figur 11 Årsresultat, kapitalkostnader, investeringer og driftsresultat før avskrivninger per helseregion i perioden 2015–2025, med anslag for 2026–2027. Millioner kroner.



[64] De regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner for 2026-2029, RHF-enes rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet, og TBU-S (2025,10. desember), side 53.


Helse Midt-Norge
4 000
3 500
3 000
2 500
2 000
1 500
1 000
500
-
- 500
-1 000
2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027
Investeringer
Driftsresultat før avskrivinger
Kapitalkostnader
Årsresultat


Helse Vest
6 000
5 000
4 000
3 000
2 000
1 000
-
-1 000
2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027
Investeringer
Driftsresultat før avskrivinger
Kapitalkostnader
Årsresultat



Kilde: Utvikling fra 2015 til 2025 er hentet fra konsernregnskap for foretaksgruppene. Anslagene for 2026 og 2027 er det de regionale helseforetakene har rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med økonomiske langtidsplaner for perioden 2027–2030. Tall for 2015–2025 er oppgitt i løpende priser. Anslag for 2026–2027 er oppgitt i 2026-kroner.

Helse Nord har hatt et relativt sett høyt investeringsnivå sammenlignet med de andre helseregionene i den første halvdelen av perioden, og en vesentlig økning i kapitalkostnadene fra og med 2019. Kapitalkostnadene har vært høyere enn driftsresultatene i to av årene. Helse Nord har i perioden 2019–2025 vært regionen hvor kapitalkostnader har utgjort den klart største andelen av driftskostnadene (se figur i vedlegg 5). Dette skyldes særlig investeringer i sykehusbygg i Bodø, Vesterålen, Kirkenes, Hammerfest og Narvik. Basert på anslagene i regionens økonomiske langtidsplan for 2026–2029, vil det være en mindre økning i kapitalkostnader i 2026 og 2027.

I **Helse Midt-Norge** begynte investeringene å øke vesentlig i 2019, og regionen har ikke hatt tilsvarende vekst i kapitalkostnader som Helse Nord. Kapitalkostnadene var klart høyere enn driftsresultat før avskrivinger i 2024. Mens investeringene i de andre regionene i stor grad er knyttet til store sykehusbygg, er en betydelig del av investeringene i Helse Midt-Norge også knyttet til Helseplattformen. Kapitalkostnadene har økt, men ifølge anslagene i den økonomiske langtidsplanen vil det være en mindre økning i disse kostnadene i 2026 og 2027.

Helse Vest gjennomførte store investeringer i perioden 2018 til 2021. Driftsresultat før avskrivninger har økt de siste tre årene, det samme har kapitalkostnadene. Årsresultatet til

foretaksgruppen har vært lavere siden 2022 enn i årene før. Anslagene i den økonomiske langtidsplanen viser at kapitalkostnadene vil øke drastisk i 2026 og 2027. Helse Vest RHF planlegger med at helseregionen som helhet skal gå med kun 25 millioner kroner i pluss i 2026, og et underskudd på 430 millioner kroner i 2027.

Helse Sør-Øst økte investeringstakten særlig i 2022 og 2023, og har ikke sett en like markant økning i kapitalkostnader ennå. De neste to årene vil kapitalkostnadene ifølge anslagene i den økonomiske langtidsplanen øke en god del, og regionen planlegger med noe lavere årsresultater.

En vesentlig forskjell mellom Helse Sør-Øst og de andre regionene, er at Helse Sør-Øst legger opp til et svært høyt investeringsnivå også de neste årene. Bare i perioden 2026–2029 er det lagt opp til investeringer på hele 72 milliarder kroner. Kapitalkostnadene vil øke betydelig når nye OUS og det nye Mjøssykehuset i Innlandet er ferdig i henholdsvis 2031 og 2032/2033. Det pekes i økonomisk langtidsplan på at dette vil stille krav til økte resultater.[65] Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt-Norge, som har gjennomført store investeringer de siste årene, vil i henhold til de økonomiske langtidsplanene redusere investeringsnivået de neste årene. Alle disse peker i sine siste langtidsplaner på at det er utfordrende å finansiere investeringene helseforetakene ønsker eller har behov for, og at de må øke resultatene og lykkes med omstilling for å kunne gjennomføre nødvendige investeringer og fornye bygningsmassen og utstyrsparken i årene som kommer.[66]

Det må understrekes at anslagene i de økonomiske langtidsplanene er usikre. Vi har undersøkt i hvilken grad foretaksgruppene har nådd målsetningene i planene for 2015–2025, og undersøkelsen viser at regionene i svært varierende grad har greid dette. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 11.2.

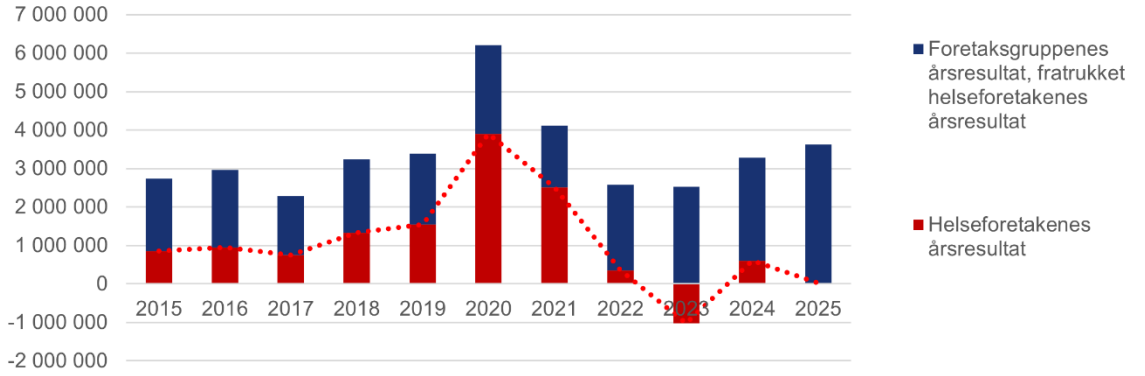
11.1.3 Resultater på helseforetaksnivå i perioden 2015–2025

Figuren nedenfor viser årsresultat i perioden 2015–2025 samlet for foretaksgruppene, og hvor stor andel av overskuddet som ligger hos de 20 helseforetakene som driver pasientbehandling, i løpende priser. Søylene viser årlig samlet årsresultat i de fire foretaksgruppene. Nedre del av søylene (rød) er samlet årsresultat for de 20 helseforetakene.

[65] Helse Sør-Østs økonomiske langtidsplan for 2026–2029, side 25 og side 36-38.

[66] I 2025 vurderte Helse Vest at det samlede investeringsnivået måtte ligge vesentlig under det innmeldte behovet, og at gjeldsbelastningen ikke måtte øke vesentlig i forhold til nivået som man allerede lå på (18-19 milliarder kroner). For å klare det innmeldte behovet, ville ha måttet øke årsresultatet vesentlig mer enn det som er lagt til grunn. **Helse Nord** reduserer planlagt investeringsnivå i perioden fram til 2032 med cirka 250 millioner kroner, jf. omtale i ØLP 2026–2030. Det er behov for flere større investeringer de kommende årene, men Helse Nord vurderer at de per i dag ikke er i en økonomisk situasjon hvor det er rom for å starte opp disse. **Helse Midt-Norge** oppgir at regionen er avhengig av at omstillingsarbeidet som var planlagt i 2025 og de senere årene blir gjennomført som planlagt.

Figur 12 Årsresultat for helseregionene fordelt på henholdsvis helseforetak som driver pasientbehandling, og RHF og andre virksomheter som inngår i foretaksgruppene (primært regionale Sykehusapotek og IT-leverandører), 2015–2025. I løpende priser.



Kilde: Helseforetakenes årsregnskaper og konsernregnskap for foretaksgruppene.

Som det kommer frem av figuren, har resultatene på helseforetaksnivå svingt mye i perioden 2015 til 2025. I perioden 2022–2025 har resultatene på helseforetaksnivå vært spesielt svake, og i 2023 gikk helseforetakene samlet sett i minus med over en milliard kroner.

I samme periode har RHF-ene derimot levert positive resultater og høyere overskudd. De regionale helseforetakene har behov for økonomiske buffere sentralt, som kan brukes som egenkapital i nye byggeprosjekter og til å håndtere økonomisk risiko i pågående prosjekter. Bygging av store sykehusbygg er komplekse og langvarige prosjekter, hvor det må tas høyde for betydelig kostnadsusikkerhet som kan utgjøre svært store beløp. Forskjellen mellom forventet kostnad (P50) og kostnadsrammen (P85) i et stort byggeprosjekt kan være på flere hundre millioner, eller på milliarder, avhengig av prosjektets størrelse.

Samtidig kan vedvarende svake resultater i helseforetakene svekker evnen deres til å bygge opp egenkapital og økonomiske buffere, og gi redusert kapasitet til å finansiere mindre investeringer, håndtere kostnadsøkninger og uforutsette utgifter (som ellers må håndteres gjennom kutt), samt gjennomføre nødvendige omstilling som krever overgangskostnader. Interne låneordninger i foretaksgruppene gir tilgang til likviditet, men styrker ikke helseforetakenes underliggende økonomiske bærekraft – og kan samtidig øke behovet for framtidige driftsoverskudd for å betjene lån.

Tabellen nedenfor oppsummerer de 20 helseforetakenes årsresultater og driftsresultat før avskrivinger (EBITDA) i perioden 2015 til 2025, i løpende priser. Resultatene er ikke helt sammenlignbare på tvers av regioner og helseforetak, fordi behovet for overskudd varierer mellom de som ikke har store investeringsplaner, de som skal gjennomføre store investeringer i nær fremtid og de som har gjennomført store investeringer og må finansiere økte kapitalkostnader.

I tillegg varierer det hvor mye RHF-ene holder igjen av de de årlige bevilgningene, som påvirker helseforetakenes behov for å skape positive resultater på helseforetaksnivå. Helse Vest RHF har i mindre grad enn de andre holdt igjen midler, og fordelt mer direkte til helseforetakene. Alle helseforetakene har likevel behov for positive driftsresultater over tid, for å kunne finansiere nødvendige investeringer.

Tabell 4 Resultatgrad, årsresultater, EBITDA-margin per helseforetak, 2015–2025

		Akkumulert årsresultat 2015–2025 (i tusen kroner)	Antall år med negativt års-resultat (2015–2025)	Gjennom-snittlig resultat-grad (2015–2025)	Resultat-grad 2025	Gjennom-snittlig EBITDA-margin (2015–2025)	EBITDA-margin 2025
Nord	Finnmark	-344 869	7	-1 %	1 %	5 %	12 %
	Helgeland	-308 614	5	-1 %	-2 %	2 %	-1 %
	UNN	124 776	5	0 %	-1 %	4 %	4 %
	Nordland	-778 024	9	-1 %	-1 %	5 %	6 %
Midt-Norge	Møre og Romsda	-832 209	7	-1 %	-6 %	2 %	1 %
	Nord-Trøndelag	-91 446	5	0 %	-3 %	3 %	-1 %
	St. Olav	3 021 493	2	2 %	1 %	6 %	4 %
Vest	Bergen	1 610 031	2	1 %	0 %	6 %	5 %
	Fonna	-257 988	5	0 %	-1 %	4 %	3 %
	Førde	172 177	3	1 %	-2 %	4 %	3 %
	Stavanger	1 033 017	1	1 %	-1 %	4 %	3 %
Sør-Øst	Ahus	1 985 556	2	1 %	2 %	6 %	5 %
	OUS	3 834 007	0	1 %	1 %	5 %	6 %
	Sunnaas	223 223	0	3 %	2 %	6 %	4 %
	Vestfold	1 091 476	1	2 %	3 %	6 %	7 %
	Innlandet	179 959	5	0 %	0 %	2 %	1 %
	Telemark	26 813	3	0 %	1 %	2 %	2 %
	Østfold	-1 551 304	9	-2 %	1 %	4 %	6 %
	Sørlandet	1 068 686	0	1 %	1 %	4 %	3 %
	Vestre Viken	1 624 461	1	2 %	-2 %	5 %	3 %

Kilde: Helseforetakenes årsregnskaper.

Ca. 33 prosent av alle helseforetakenes avlagte årsresultater i perioden 2015–2025 var negative. Andelen av negative resultater var størst i siste del av perioden, og det var aller flest negative resultater i 2023 da 13 av helseforetakene gikk med underskudd. Nær halvparten av helseforetakene (9) har negative årsresultater i fem år eller flere.

I sum har helseforetakene generert et overskudd på ca. 11,8 milliarder kroner i perioden, men for syv helseforetak var det akkumulerte årsresultatet for hele perioden negativt.

Resultatgrad viser foretakenes årsresultat som andel av totale driftsinntekter. Det er ti helseforetak som har en gjennomsnittlig resultatgrad på 0 eller lavere. I 2025 hadde 11 helseforetak negativ resultatgrad. Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag hadde de svakeste resultatgradene, med henholdsvis minus 6 og minus 3 prosent.

Sammenstilling av resultatgrad og EBITDA-margin viser samtidig at resultatgraden alene ikke nødvendigvis gir et godt bilde av den underliggende driftsøkonomien. Foretak som har gjennomført store investeringer og har høye avskrivnings- og finanskostnader, må oppnå vesentlig høyere EBITDA-marginer enn andre foretak for å oppnå samme resultatgrad.

Finnmarkssykehuset illustrerer dette godt. Til tross for en EBITDA-margin på 12 prosent i 2025 endte resultatgraden på 1 prosent som følge av høye kapitalkostnader.[67]Sykehuset Innlandet hadde på den annen side en EBITDA-margin på 1 prosent og en resultatgrad nær 0 prosent, blant annet som følge av lave kapital- og finanskostnader. Utbyggingen av Mjøssykehuset vil imidlertid innebære høyere kapitalkostnader i årene fremover, noe som isolert sett vil øke kravene til driftsresultatene.

Det er regionale forskjeller i resultatene:

- I Helse Nord hadde tre av fire helseforetak negative akkumulerte resultater i perioden.
- Helse Midt-Norge preges av store forskjeller mellom foretakene, der St. Olav har hatt sterke resultater samtidig som Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag har hatt svakere resultater.
- I Helse Vest hadde tre av fire helseforetak positive akkumulerte resultater i perioden. Samtidig ligger resultatgraden på 0 eller lavere i alle foretakene i regionen i 2025.
- Foretakene i Helse Sør-Øst har samlet sett hatt de sterkeste økonomiske resultatene i perioden. Samtidig er det noen foretak i regionen som har hatt svakere resultater; Sykehuset Østfold hadde negativt resultat i ni av elleve år, Sykehuset Innlandet i fem år.

11.2 Helseregionene og helseforetakenes resultater opp mot målene i økonomiske langtidsplaner og budsjetter

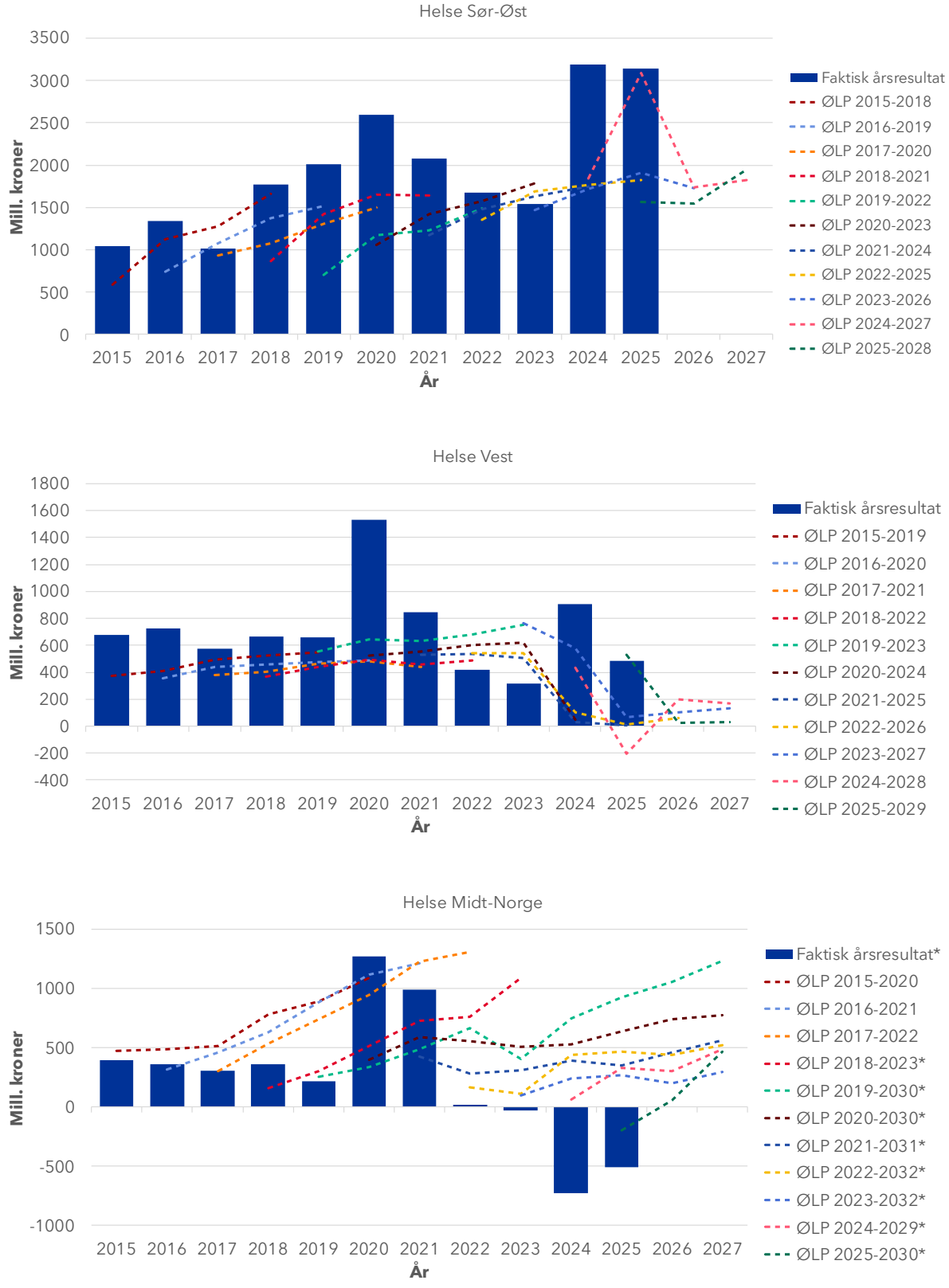
Vi har gjennomgått de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner for perioden 2015–2025; som inneholder både resultatkrav for foretaksgruppen som helhet, og resultatkrav for det enkelte helseforetak i regionen. Vi har også gjennomgått budsjettene til de 20 helseforetakene som driver pasientbehandling for perioden 2022–2025. Vi har så holdt de faktiske årsresultatene per årsregnskapene opp mot resultatmålene i årsbudsjettene og ØLP-ene.

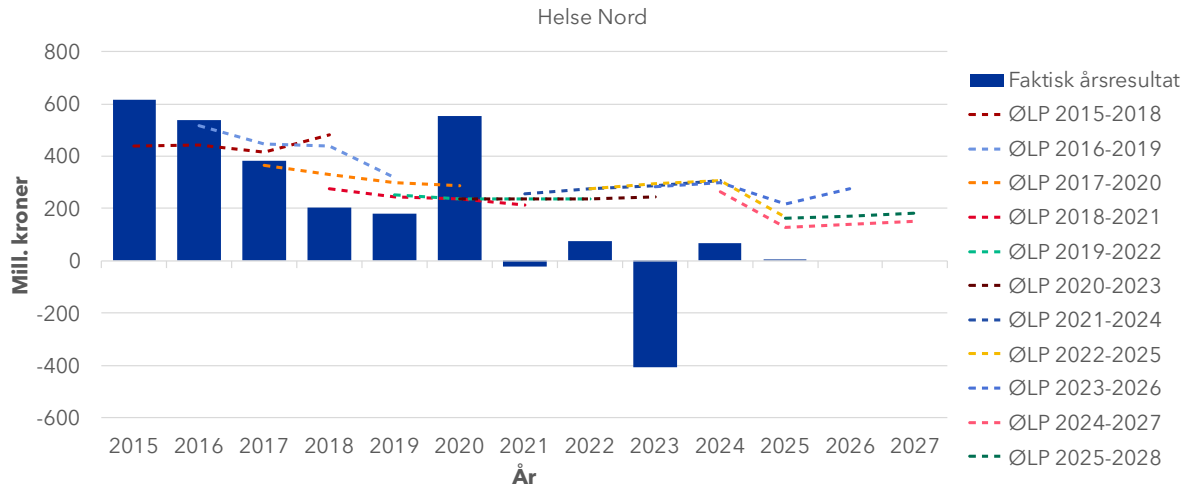
11.2.1 Resultater i perioden 2015–2025 opp mot resultatkrav i de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner

Gjennomgangen av **de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner (ØLP)** viser at det er forskjeller mellom regionene i hvorvidt de når de langsiktige resultatmålene på foretaksgruppe-nivå. Nedenfor viser og kommenterer vi dette per region.

[67] Finnmarkssykehuset hadde netto finanskostnader på 4,5 prosent og avskrivningskostnader på 6 prosent av driftsinntektene i 2025.

Figur 13 Foretaksgruppenes årsresultater i perioden 2015–2025, opp mot resultatkrav i det regionale helseforetakets økonomiske langtidsplan[68]





**Helse Midt-Norges tall er ikke direkte sammenlignbare med de andre regionenes. Se fotnoten til figuren for en utdypning av dette.*
Kilde: Konsernregnskap for foretaksgruppene.

Søylene i figurene representerer årsresultatet det aktuelle året, mens de stiplede linjene angir planlagt utvikling i årsresultat den kommende perioden i hver ØLP. ØLP-ene oppdateres årlig.

For Helse Sør-Øst viser figuren at oppnådde resultater i hovedsak har vært høyere enn de planlagte resultatene. Også Helse Vest har hatt bedre resultater enn planlagt over flere år. Dette endret seg fra 2021, og som figuren viser, har RHF-et etter dette justert ned forventningene i ØLP-ene.

For Helse Midt-Norge viser figuren kun tall for underliggende foretak etter 2017, ikke for foretaksgruppen samlet. I motsetning til i de andre helseregionene, har Helse Midt-Norge RHF kun satt resultatkrav til underliggende foretak, og ikke til det regionale helseforetaket, eller foretaksgruppen som helhet. Figuren viser at ØLP-ene har vært for optimistiske de fleste år, med unntak av årene 2020 og 2021, som var preget av store tilleggsbevilgninger. I alle ØLP-ene planlegges det med en økning i resultatene utover i perioden, men målene for økning har blitt skjøvet på hvert år i den årlige rulleringen av ØLP.

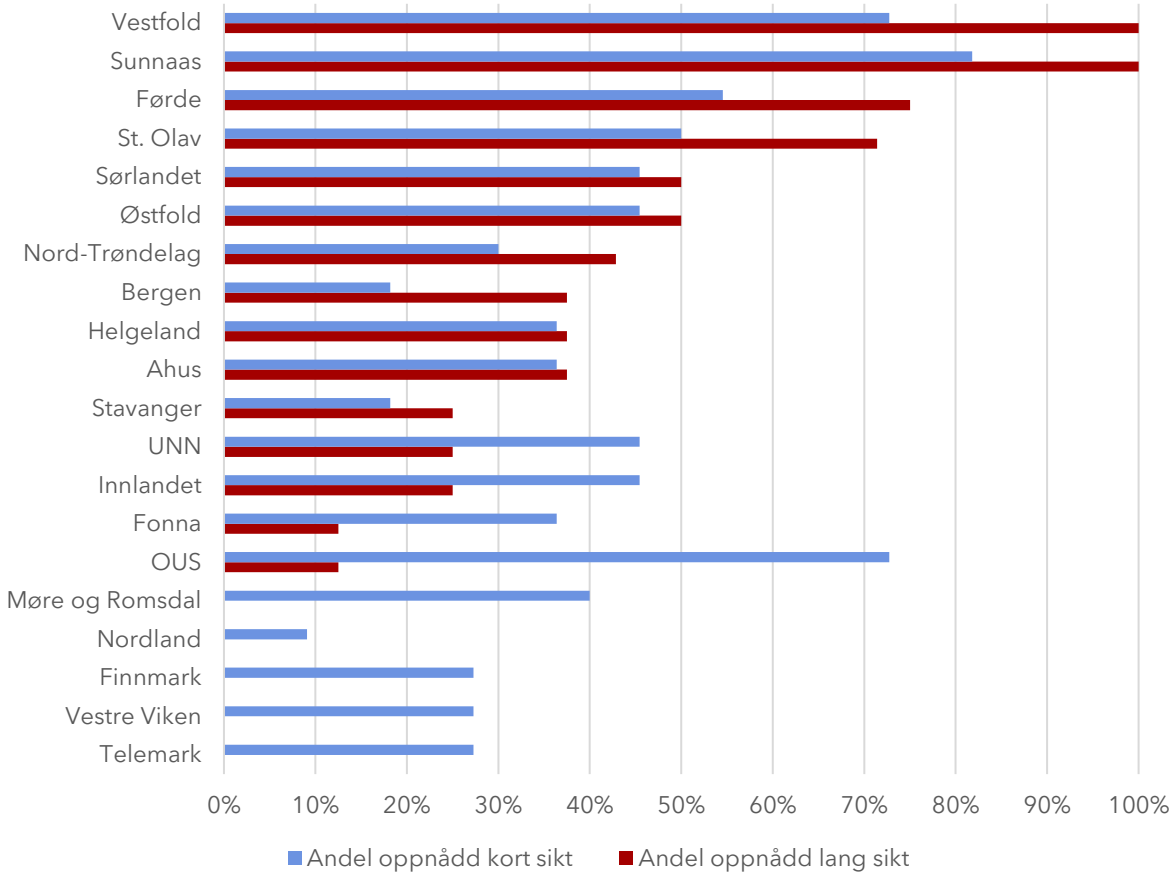
For Helse Nord viser figuren at årsresultatene for foretaksgruppen jevnt over ligger lavere enn resultatkravene som ble satt i de økonomiske langtidsplanene; etter 2016 er det kun i korona-året 2020 at foretaksgruppen oppnådde høyere årsresultat enn det som har ligget i planene.

[68] For årene 2015, 2016 og 2017 omfattet kravet formulert i Helse Midt-Norges ØLP-er også krav til et gitt årsresultat i morselskapet. Fra og med 2018 har Helse-Midt Norges økonomiske langtidsplaner, og krav til årsresultat, kun omfattet foretakene. De tre første årene i figuren inkluderer derfor resultatet i morselskapet i tillegg til resultatet i hvert av de underliggende helseforetakene. For årene etter 2017 viser figuren kun summen av årsresultatet til de underliggende foretakene (St. Olav, Helse Møre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag, Sykehusapotekene i Midt-Norge og Hemit. Merk at Hemit inngår fra 2021 - før dette rapporterte ikke Helse Midt-Norge årsresultatet til Hemit i noten som angir årsresultat i datterforetak). Linjene for ØLP fom. ØLP 2018–2023 består av summen av planlagte årsresultatet for de samme selskapene. NB! Fra 2019 inngår også Helseplattformen i noten fra RHF-ets regnskap hvor årsresultatene i figuren er hentet fra. RHF-et har imidlertid ikke formulert krav til Helseplattformen i regionens ØLP.

Figurene viser at det er tilfeller der foretaksgruppene ikke når målene sine det første året av ØLP-ene, men resultatkravene har likevel i liten grad blitt nedjustert i den årlige rulleringen av ØLP. Se kapittel 12.1.2 for mer informasjon om hvordan resultatkravene settes i hver region, og kapittel 12.2 om realisme i budsjetteringen.

I de regionale helseforetakenes ØLP-er settes det også resultatkrav til hvert enkelt foretak i regionen, hvor det første året i langtidsplanene skal legge premissene for utarbeidelsen av årsbudsjettet i helseforetakene. Figuren nedenfor viser andelen økonomiske langtidsplaner der hvert enkelt helseforetak nådde det planlagte resultatet, i det første året i planen (kort sikt) og fireårsperioden i planen (lang sikt).

Figur 14 Andel økonomiske langtidsplaner der helseforetakene som driver pasientbehandling nådde resultatkravene i planene på kort og lang sikt, 2015–2025[69]



Kilde: Helseforetakenes ØLP-er og helseforetakenes årsregnskaper.

Figuren viser at mange helseforetak har utfordringer med å nå de planlagte resultatene både på kort og lang sikt. 15 av helseforetakene klarte ikke å nå resultatmålene verken på kort eller lang sikt i mer enn halvparten av planene. Fem av foretakene har ikke nådd det langsiktige målet i noen av de økonomiske langtidsplanene. Figuren skiller ikke noe om størrelsen på avviket fra målet, men for årsbudsjettene framgår dette av tabell 4 over.

[69] Perioden inneholder åtte langtidsplaner (2015–2018 til 2022–2025), og dermed resultater på kort sikt de sist elleve årene (2015–2025). For foretakene i Helse Midt-Norge var kun syv fireårsperioder og ti årsresultater tilgjengelig.

11.2.2 Helseforetakenes resultater i perioden 2022–2025 opp mot resultatkrav i budsjett

Vi har gjennomgått helseforetakenes budsjetter for perioden 2022–2025, for å se i hvilken grad helseforetakene har oppnådd resultatene de budsjetterte med disse årene.

Det samlede negative avviket var på ca. 1,3 milliarder i 2022, 1,4 milliarder i 2023 og 0,6 milliarder i 2025. I 2024 var det samlede avviket tilnærmet null, etter at det ble gitt store ekstrabevilgninger mot slutten av året.

Tabellen under viser resultatavvik i prosent av driftsinntekter for hvert av de 20 helseforetakene i perioden 2022–2025. Alle negative resultatavvik er markert med rosa farge, mens tilfeller der det negative resultatavviket utgjør 2 prosent eller mer av de totale driftsinntektene er markert med mørkere farge.

Tabell 5 Resultatavvik (mot budsjett) i prosent av totale driftsinntekter for helseforetakene i perioden 2022–2025

		2022	2023	2024	2025
Nord	Finnmark	-6,1 %	-3,0 %	-2,8 %	0,7 %
	Helgeland	-6,3 %	-7,1 %	-4,0 %	-2,3 %
	UNN	1,5 %	-1,9 %	-1,1 %	-0,8 %
	Nordland	-3,4 %	-4,5 %	-0,9 %	-0,8 %
Vest	Bergen	-0,8 %	-1,3 %	0,1 %	-0,2 %
	Fonna	-3,1 %	-4,1 %	-1,0 %	-1,6 %
	Førde	-0,8 %	-0,4 %	-0,2 %	-1,0 %
	Stavanger	-1,4 %	1,8 %	1,5 %	-2,5 %
Sør-Øst	Ahus	0,3 %	-0,8 %	0,8 %	0,8 %
	OUS	-0,5 %	0,4 %	1,7 %	0,4 %
	Sunnaas	1,2 %	0,7 %	-0,3 %	0,8 %
	Vestfold	0,2 %	-1,8 %	0,8 %	2,3 %
	Innlandet	-0,7 %	-1,2 %	0,9 %	-0,3 %
	Telemark	-1,3 %	-2,2 %	-0,3 %	0,1 %
	Østfold	-1,7 %	-1,9 %	1,0 %	-0,2 %
	Sørlandet	-0,2 %	1,0 %	-0,5 %	0,6 %
	Vestre Viken	-1,4 %	-1,0 %	-0,5 %	-1,8 %
Midt	Møre og Romsdal	1,5 %	0,4 %	-6,1 %	-2,5 %
	Nord-Trøndelag	-0,2 %	3,4 %	-2,3 %	0,9 %
	St. Olav	-1,2 %	-0,6 %	0,7 %	0,3 %
Variasjon		(-6,3-1,5%)	(-7,1-3,4%)	(-6,1-1,5%)	(-2,5-2,3%)

Kilde: Helseforetakenes budsjetter og årsregnskaper.

Tabellen viser at om lag to tredjedeler av resultatene (52 av 80) var dårligere enn budsjettert. Foretakene i Helse Nord og Helse Vest har en stor andel negative resultatavvik, mens det i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst er større variasjon:

- Helse Nord skiller seg ut som regionen hvor de negative resultatavvikene er størst sett opp mot driftsinntektene. Bortsett fra UNN i 2022 og Finnmarkssykehuset i 2025

hadde alle helseforetakene negative resultatavvik i hele perioden. Regionen hadde også de klart største avvikene. 9 av de 16 tilfellene der resultatavviket utgjorde mer enn 2 prosent av driftsinntektene, var i Helse Nord.

- Helse Vest hadde gjennomgående negative resultatavvik i perioden, med unntak av Helse Bergen i 2024 og Helse Stavanger i 2023 og 2024. Regionen hadde færre store avvik sett opp mot driftsinntekter enn Helse Nord, men både Helse Fonna og Helse Stavanger hadde enkelte år der resultatavviket oversteg 2 prosent av driftsinntektene.
- Helse Midt-Norge hadde en mer delt utvikling. Alle helseforetakene nådde resultatmålene i to av de fire årene. St. Olav nådde resultatmålet de to siste årene, mens Helse Møre og Romsdal skilte seg ut med betydelige negative resultatavvik i 2024 og 2025. Også Helse Nord-Trøndelag hadde et avvik over 2 prosent i 2024.
- Helse Sør-Øst hadde størst variasjon mellom helseforetakene. Fire helseforetak hadde bedre resultater enn budsjettert i tre av de fire årene, mens Vestre Viken ikke oppnådde budsjettert resultat i noen av årene. Regionen hadde imidlertid få store resultatavvik, og avvikene var mindre enn i de øvrige regionene. Bare Sykehuset Telemark hadde resultatavvik på mer enn 2 prosent av driftsinntektene, og dette gjaldt ett år i perioden.

Vi har også undersøkt **differansen mellom budsjettert EBITDA (driftsresultat før avskrivninger) og faktisk EBITDA basert** på regnskapstallene. En tabell som viser dette, er tatt inn i vedlegg 5. Få helseforetak når det budsjetterte driftsresultatet. Dette viser at avvikene mot budsjett også gjelder forhold i driften, og ikke bare kapitalkostnader. Fire helseforetak har negative avvik mot budsjettert driftsresultat før avskrivninger alle fire årene.[70] Helse Nord har hatt de største negative avvikene, men Finnmarkssykehuset skiller seg ut ved at foretaket har gått fra et negativt avvik på -6,2 prosentpoeng i 2022 til et positivt avvik på 5,6 prosentpoeng i 2025.

11.2.3 Resultater før og etter byggeprosjekter

Helseforetak som planlegger nybygg, legger ofte til grunn et styrket resultatnivå i årene *før* investeringen for å bidra til nødvendig økonomisk handlingsrom og egenfinansiering. De legger også til grunn at driften blir mer kostnadseffektiv *etter* at bygget tas i bruk og dermed frigjøre midler til å bære de økonomiske konsekvensene av investeringen, inkludert økte kapitalkostnader.[71]

Vi har sett på om de fire helseforetakene som har gjennomført store byggeprosjekter som ble ferdigstilt i 2025 klarte å nå resultatkravene i de tre siste ØLP-ene (4-årsperiode) *før* de nye byggene var ferdigstilt. Tabellen nedenfor viser resultatkrav i disse langtidsplanene opp mot faktisk resultat.

[70] Telemarkssykehuset, Vestre Viken, Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset. Disse er også blant foretakene med de største avvikene.
[71] Før et større byggeprosjekt gjennomfører foretakene bærekraftanalyser, og utarbeider gevinstrealiseringsplaner som viser de økonomiske konsekvensene av investeringen.

Tabell 6 Differanse mellom resultat og resultatmål i ØLP-er før ferdigstillelse av bygg i utvalgte helseforetak

Helseforetak	Ferdig-stilt	2022–2025			2021–2024			2020–2023		
		Resultat-mål	Resultat	Diff.	Resultat-mål	Resultat	Diff.	Resultat-mål	Resultat	Diff.
VV (Drammen)	okt.25	808	117	-691	1159	522	-637	1051	622	-429
Stavanger	nov.25	159	420	261	400	627	227	796	623	-173
HMR (SNR)	jun.25	1370	-913	-2283	184	-208	-392	724	655	-69
Finnmark (Hammerfest)	jan.25	77	-239	-316	96	-353	-449	96	-305	-401

Kilde: Helseforetakenes Økonomiske langtidsplaner og årsregnskaper.

Tabellen viser at Helse Stavanger nådde resultatmålet i de to siste økonomiske langtidsplanene, mens de andre tre andre helseforetakene ikke nådde målene sine i noen av de tre planene. Helse Møre og Romsdal, som hadde det største avviket, lå nesten 2,3 milliarder kroner bak resultatmålet i den siste av de tre planene. For disse prosjektene har eksterne faktorer som pandemi og økte byggekostnader påvirket resultatene, og i Helse Møre og Romsdal har det også vært kostnader knyttet til innføringen av Helseplattformen. Lavere resultater enn planlagt påvirker likevel evnen til å kunne håndtere framtidige rente- og avskrivningskostnader.

Forskere ved Universitetet i Oslo og SINTEF har undersøkt sykehusenes kostnadsnivå før og etter investeringer i bygningsmassen i perioden 2003–2023.[72] Forventninger om kostnadseffektivisering ved investeringene ble ikke oppnådd samlet sett for helseforetakene som inngikk i studien. De fant at investeringer i bygningsmassen var assosiert med høyere driftskostnader per DRG-poeng på kort sikt. Tre av helseforetakene i studien fornyet tilnærmet hele bygningsmassen. Hos disse var det først i år fire etter investeringen at det gjennomsnittlige kostnadsnivået var på et lavere nivå enn det var før investeringen. Syv av helseforetakene fornyet deler av bygningsmassen. Hos alle disse var kostnadsnivået høyere enn referanseverdien for alle årene forskerne estimerte verdier for.

Samlet sett viser dette at helseforetakene som bygger nytt ikke klarer å oppnå de styrkede resultatene som de forutsetter før investeringen, og at de ikke klarer å oppnå kostnadseffektiviseringsgevinster så raskt som forutsatt i planene.

[72] Hagen & Anthun 2025.

11.3 Utvikling i helseregionenes inntekter og kostnader

11.3.1 Utvikling i samlede bevilgninger til helseregionene i perioden 2015–2025, og inntektsutvikling per region

De regionale helseforetakene får i all hovedsak sine inntekter som bevilgninger over statsbudsjettet. Samlet var de totale bevilgningene til spesialisthelsetjenesten 229,6 milliarder kroner i 2025. Dette utgjorde i 2025 11,5 prosent av de totale utgiftene i statsbudsjettet. Bevilgingene til de regionale helseforetakene (RHF) var på 228,6 milliarder kroner.[73]

Bevilgningene til RHF-ene består av driftsbevilgninger og lånebevilgninger. Driftsbevilgningene til det enkelte RHF består av en basisbevilgning, flere aktivitetsbaserte bevilgninger, og noen mindre tilskudd. Driftsbevilgningene i statsbudsjettet for 2025 var på om lag 213,9 milliarder kroner.

Lånebevilgningene omfatter investeringslån, og en driftskredittordning for å håndtere forskjeller mellom beregnede pensjonskostnader og faktisk betalte pensjonspremier. Lånebevilgningene i 2025 var på om lag 14,8 milliarder kroner. For en nærmere beskrivelse av finansieringen av de regionale helseforetakene og helseforetakene, se faktaboks.

Faktaboks 5 Finansieringen av de regionale helseforetakene og helseforetakene

- Staten har det overordnede ansvaret for finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Finansieringen skal legge til rette for at de regionale helseforetakene (RHF) skal kunne ivareta sitt sørge-for-ansvar og levere tjenestene innfor de gitte rammene. Staten er fullt ut ansvarlig for deres økonomiske forpliktelser og foretakene kan ikke gå konkurs.
- Spesialisthelsetjenesten finansieres i all hovedsak gjennom årlige bevilgninger over statsbudsjettet. **RHF-ene mottar en samlet bevilgning** hver som skal dekke kostnader til både drift og investeringer. RHFene fordeler midlene videre til helseforetakene gjennom regionale inntektsfordelingsmodeller. I tillegg har helseforetakene noe egne inntekter, blant annet fra egenandeler og pasientbetaling knyttet til poliklinisk helsehjelp. Videre har RHF-ene og helseforetakene finansinntekter, i form av renteinntekter på oppsparte midler.
- I grove trekk kan man skille mellom **driftsbevilgninger** og **lånebevilgninger**.
- Driftsbevilgningene er i hovedsak todelt, og består av en aktivitetsuavhengig **basisbevilgning** (som fordeles etter en inntektsfordelingsmodell, blant annet basert på kriterier knyttet til befolkningsstørrelse, alderssammensetning og sosiale forhold) og av **aktivitetsbaserte bevilgninger** (innsatsstyrt finansiering, bevilgninger til laboratorie- og radiologiske undersøkelser, og kompensasjon for

[73] Resten av bevilgningene til spesialisthelsetjenesten er mindre tilskudd til andre aktører, blant annet særskilte tilskudd til psykisk helse- og rustiltak. Jf. Statsbudsjettet 2025.

merverdiavgift). Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er i all hovedsak rammefinansiert gjennom basisbevilgningen, og i liten grad aktivitetsbasert. Det gis også tilskudd basert på resultater, tilskudd til forskning og nasjonale kompetansetjenester, og øremerkede tilskudd til prioriterte tiltak.

- Lånebevilgninger består av bevilgninger til henholdsvis **investeringslån** og **driftskreditter**. Verken de regionale helseforetakene eller helseforetakene kan ta opp langsiktige lån i det private markedet. Lån til store investeringer bevilges over statsbudsjettet. Hver helseregion har også en intern, regional låneordning. Siden 2009 har helseforetakene vært omfattet av en statlig driftskredittordning,[74] hvor det bevilges særskilt lån for å håndtere svingninger i forholdet mellom pensjonskostnader og -premier (premieavvik).

Kilde: Helseforetaksloven § 7, Prop. 1 S (2025–2026), NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus: Styring, finansiering, samhandling og ledelse (2023), og Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, 10. desember) Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten 10. desember 2025.

Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten har beregnet realveksten i driftsbevilgningene i perioden 2015 til 2025, korrigert for pris- og lønnsvekst, pensjonskostnader, og økte bevilgninger som følger av oppgaveendringer[75]. Engangsbevilgninger er holdt utenfor, ettersom «de er midlertidige, gitt til spesielle forbigående forhold, og vil kun påvirke inntektsnivået i det enkelte år». Utvalget viser at det har vært en realvekst i driftsbevilgningene hvert år i perioden 2015–2025, med en samlet **realvekst i driftsbevilgninger** på omtrent 16 prosent.[76]

Aktiviteten i helseforetakene har imidlertid også økt i perioden. Utvalget har beregnet **realvekst i driftsbevilgninger fratrukket merkostnader av demografidrevet endring i aktivitet**.[77] Om man korrigerer for dette, og antar at kostnaden for hver ny pasient/tjeneste utløst av demografiske endringer er 92,5 prosent av gjennomsnittskostnaden for pasienter/tjenester i systemet (marginalkostnad), har den reelle økningen i bevilgningene vært langt mindre. Enkelte år i perioden 2015–2025 har den vært negativ,[78] og for perioden som helhet har veksten vært på kun 1,5 prosent (som tilsvarer 2,4 milliarder 2025-kroner).

Det har vært en økning i **varige, øremerkede tilskudd** til prioriterte tiltak de siste årene, spesielt til formål i Helse Nord. I 2025 hadde Helse Nord regnskapsført øremerkede midler til andre formål på om lag 1,17 milliarder kroner, mot 198,5 millioner kroner i 2015. Inntektene fra øremerkede midler økte spesielt mye fra 2023 til 2024, som følge av flere

[74] St. prp. 1 (2008–2009): s. 13-15.
[75] Et eksempel på nye oppgaver, er at helseforetakene har fått overført finansieringsansvar for enkelte legemidler, som tidligere har vært finansiert av folketrygden (Helfo).
[76] Helse- og omsorgsdepartementet (2025, 14. oktober). *Notat fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi 23. juni 2025: Korreksjon av feil i tall.*
[77] På bakgrunn av data fra Helsedirektoratet som har etter-beregnet den årlige faktiske demografidrevne aktivitetsendringen (basert på forbruksrater og befolkningsutvikling).
[78] Driftsbevilgningene i 2019, 2022 og 2023 var lavere enn i 2015, dersom man korrigerer for alle de nevnte forholdene. Helse- og omsorgsdepartementet (2025, 14. oktober). *Notat fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi 23. juni 2025: Korreksjon av feil i tall.*

nye, varige tilskudd til foretaksgruppen dette året.[79] **Disse tilskuddene inngår i beregningene ovenfor av realvekst**. Helse Nord har samtidig hatt en noe svakere utvikling i totale driftsinntekter i perioden enn de andre regionene, som følger av en flat befolkningsutvikling.

Det har i perioden 2020–2025 også vært relativt store **engangsbevilgninger** – som kun gis ett år og ikke videreføres – som altså ikke er med i regnestykket. Tabellen nedenfor viser størrelsen på engangsbevilgningene i perioden og hva disse har gått til.

Tabell 7 Hva engangsbevilgninger har gått til i perioden 2015–2025

År	Engangsbevilgninger totalt. Mill. kroner i løpende priser.	Tiltak
2015	0 (1 750 dersom man inkluderer pensjon)	1 750 mill. kroner til økte pensjonskostnader gjennom basisbevilgningen.
2016	330	Midler til vedlikehold i forbindelse med en tiltakspakke for økt sysselsetting og langsiktig omstilling
2017	105	Om lag 100 mill. kroner av dette til vedlikehold i forbindelse med en tiltakspakke for økt sysselsetting og langsiktig omstilling.
2018	30	Ikke større engangsbevilgninger.
2020	6 723	I all hovedsak midler knyttet til ekstraordinære kostnader ifm. pandemien. I tillegg fikk Helsedirektoratet en budsjettfullmakt på 4 950 mill. kroner til blant annet innkjøp av smittevernutstyr og legemidler for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
2021	5 583	I all hovedsak midler knyttet til ekstraordinære kostnader ifm. pandemien. 1 400 mill. kroner av dette var midler til innkjøp av smittevernutstyr i spesialisthelsetjenesten.
2022	2 304	I all hovedsak midler knyttet til ekstraordinære kostnader ifm. pandemien. 1 400 mill. kroner av dette var midler til innkjøp av smittevernutstyr i spesialisthelsetjenesten.
2023	571	De viktigste tilskuddene var 344 mill. kroner til landingsplasser for redningshelikoptre og 200 mill. kroner til vedlikehold i Helse Nord.

[79] I 2025 var følgende varige tilskudd de viktigste: Et tilskudd for å beholde og rekruttere personell, og begrense bruken av innleie på 209 millioner kroner. Et tilskudd for rekruttering og samhandling med den kommunale helse- og omsorgstjenesten på 135,2 millioner kroner. Et tilskudd på 150 mill. kroner for å opprettholde akuttilbud i Helse Nord (Narvik ved UNN; Lofoten ved Nordlandssykehuset). Et tilskudd på 41,7 millioner kroner for å sikre tilbud ved Klinikk Alta i Finnmarkssykehuset HF. Et tilskudd på 36,5 millioner kroner for økt beredskap på Kirkenes sykehus. I tillegg mottar Helse Nord flere andre tilskudd som gis til alle regioner. En mer fullstendig oversikt over tilskuddene til kan ses i Prop. 1 S (2024–2025).

2024	2400 (3300 dersom man inkluderer pensjon)	I revidert nasjonalbudsjett[80] 2024 ble det gitt 400 millioner kroner til ettårige tiltak for å redusere ventetider, og 900 mill. kroner til økte pensjonskostnader i de regionale helseforetakene. I nysalderingen for 2024[81] ble det bevilget 1 600 mill. kroner til de regionale helseforetakene for «å håndtere høy kostnadsvekst og sikre gjennomføring av investeringsplaner». Det ble også gitt 200 mill. kroner til Helse Midt-Norge for arbeid med økt brukervennlighet i Helseplattformen, og 200 mill. kroner til Helse Nord for økt kapasitet innen sikkerhetspsykiatri.
2025	77,35 (13 799,35 dersom man inkluderer pensjon)	I revidert nasjonalbudsjett 2025 ble det gitt mindre engangsbevilgninger (totalt 13,35 millioner kroner).[82] I nysalderingen 2025 ble basisbevilgningen økt med hele 13,722 milliarder kroner, for å håndtere kostnader ved innføring av ny ordning for AFP samt nye pensjonsregler for ansatte med særaldersgrense.[83] I tre av regionene ble pensjonskostnadene lavere enn denne tilleggsbevilgningen, slik at den også hadde en positiv effekt på disse foretaksgruppenes resultater.[84] I tillegg ble det bevilget 64 millioner kroner for behandling av pasienter fra Ukraina og Gaza, såkalte Medevac-pasienter.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, 10. desember) Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi - 10. desember 2025, boks 3.2 Engangsbevilgninger og Riksrevisjonen.

Som det framgår av tabellen, var det særlig store engangsbevilgninger under pandemien i årene 2020–2022. Imidlertid har det også de påfølgende årene blitt bevilget betydelige midler til ulike formål. Det har særlig vært gitt ekstra midler til Helse Nord. I tillegg har Helse Midt-Norge fått ekstra midler for utbedring av Helseplattformen. Alle helseregionene har fått midler til å håndtere høy kostnadsvekst og økte pensjonskostnader. De fleste ekstrabevilgningene blir fordelt nøytralt etter inntektsmodellen, og ikke etter hvordan det går med hver enkelt helseregion.

Lånebevilgningene til helseforetakene har også økt:

- Lånebevilgningene til investeringer har vært forholdsvis høye i siste halvdel av perioden, og helseforetakenes gjeldsopptak har økt tilsvarende. De samlede lånebevilgningene til investeringer i perioden 2016–2020 var på om lag 16,7 milliarder kroner, mens de i perioden 2021–2025 var på om lag 42,6 milliarder kroner (løpende priser).[85]

[80] Prop. 104 S (2023–2024), Innst. 447 S (2023–2024), vedtak i Stortinget 21. juni 2024.
[81] Prop. 23 S (2024–2025), Innst. 94 S (2024–2025), vedtak i Stortinget 18. desember 2024.
[82] Inkludert 7 millioner kroner til Helse Nord RHF til en forsøksordning med økt sats for hotellovernatting for pasienter med lang reisevei for å motta spesialisthelsetjenester.
[83] Prop. 20 S (2025–2026), Innst. 75 S (2025–2026), vedtak i Stortinget 22. desember 2025.
[84] Helse Nord: 187 millioner kroner (jf. Styremøte i Helse Nord RHF 18. desember 2025, sak 133-2025). Helse Midt-Norge: 40 millioner kroner (jf. Styremøte i Helse Midt-Norge RHF 18. desember 2025, sak 182-2025). Helse Vest: 348 millioner kroner (jf. Styremøte i Helse Vest RHF 15. desember 2025, sak 141/2025) – men ifølge Helse Vest RHF var det en underdekning på pensjon i opprinnelig budsjett, etter nysaldering var det ifølge RHF-et en overdekning på 35,5 millioner kroner.
[85] DFØ. (u.å.) *Statsregnskapet.no – Investeringslån utgiftspost 073282 i 2025.* [Internett].

- Dagens ordning for håndtering av pensjonskostnader i helseregionene, omfatter en ordning med kortsiktige lån (driftskreditt) fra staten. Det bevilges penger til en regnskapsmessig pensjonskostnad, men denne kan være forskjellig fra den årlige pensjonspremien som de må betale til pensjonsleverandører som KLP og Statens pensjonskasse. Dersom pensjonspremien er større enn pensjonskostnaden, må foretakene låne penger fra staten til å betale avviket mellom pensjonskostnaden og pensjonspremien. De siste årene har det vært betydelige premieavvik, og behov for økte lånebevilgninger i form av driftskreditt.

11.3.2 Utvikling i kostnadene til helseregionene

Kostnadsanalysene avgrenses til perioden fra 2017, fordi innføring av ordningen med nøytral merverdiavgift fra og med dette året påvirket nivået på helseforetakenes inntekter og kostnader.

De samlede kostnadene (driftskostnader og finanskostnader) i foretaksgruppenes regnskaper i 2025 var 234,4 milliarder kroner.

Helt overordnet har driftskostnadene til helseregionene økt fra 142,5 milliarder kroner i 2017, til 231,8 milliarder kroner i 2025.[86] Helse Sør-Øst har den laveste veksten i driftskostnader i perioden 2017–2025, og veksten i driftskostnader er også 2 prosentpoeng lavere enn inntektsveksten. I de andre regionene er veksten i driftskostnader høyere enn veksten i inntekter, og forskjellen er størst i Helse Nord hvor veksten er 2,4 prosentpoeng høyere. Dette vises i tabell i vedlegg 5.[87]

Finanskostnadene til helseregionene har økt fra 381 millioner kroner i 2017 til 2,586 milliarder kroner i 2025. Finanskostnadene utgjør dermed en større del av de samlede kostnadene, 1,1 prosent i 2025 mot 0,3 prosent i 2017. Helseregionene har imidlertid også finansinntekter, i form av renteinntekter på oppsparte midler. Netto finanskostnader var på 42 millioner kroner i 2017 mot 748 millioner kroner i 2025.

Nedenfor tar vi først for oss utviklingen i driftskostnader, og deretter finanskostnader.

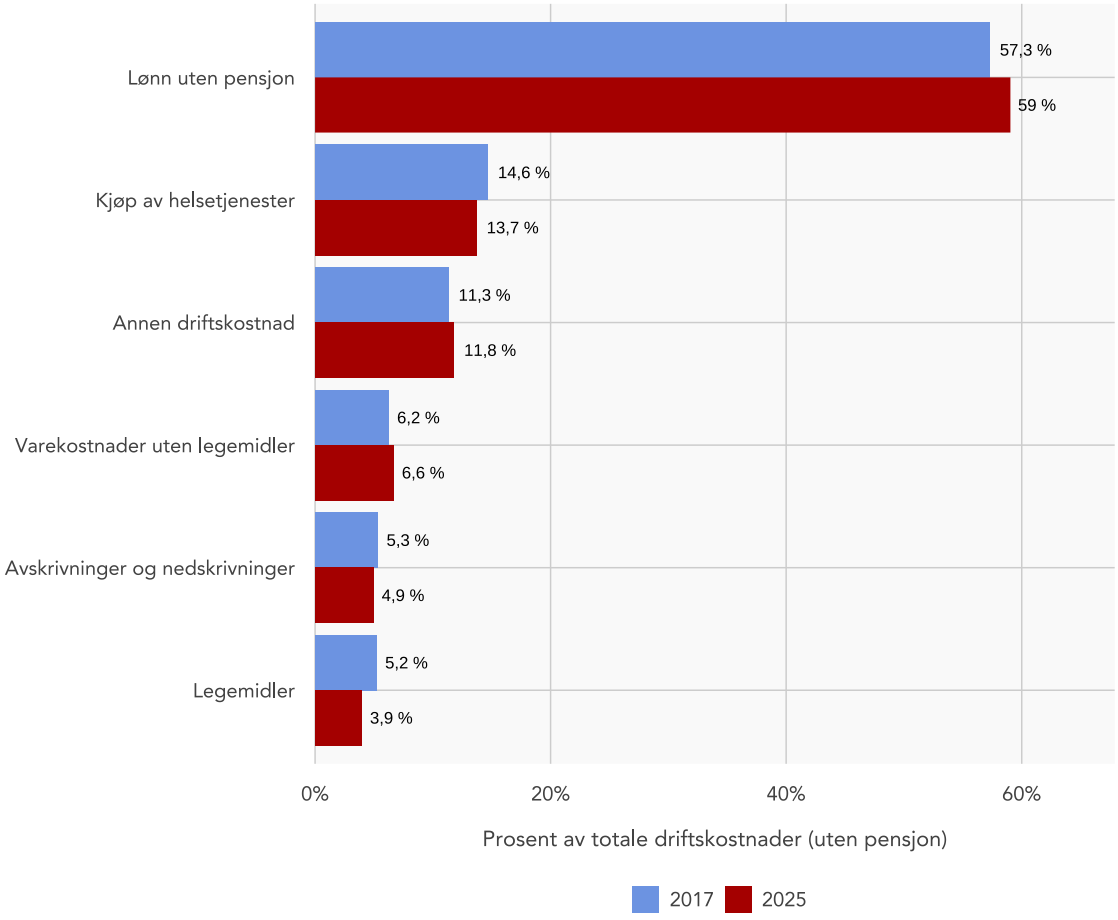
[86] Tallene for kostnader nasjonalt innebærer en viss dobbelttelling som følge av gjestepasientoppgjør mellom helseregionene. Slike oppgjør føres som kostnad i regnskapet til foretaksgruppen som kjøper helsetjenester, samtidig som kostnadene ved å produsere den samme behandlingen allerede inngår i kostnadene i den regionen som utfører den. Den samme aktiviteten blir dermed registrert som kostnad to ganger ved summering på nasjonalt nivå.

[87] Helsedirektoratets analyser av kostnader til spesialisthelsetjenesten (basert på SSB-data) viser den samme utviklingen: I Helse Sør-Øst har kostnader relativt til de andre regionene sunket jevnt i perioden 2017–2025 (for alle tjenesteområder samlet). Se figur om «Relativ kostnad for alle tjenesteområder». Kilde: Helsedirektoratet (2023) *Kostnader til spesialisthelsetjenesten* (siste faglige endring 2. juli 2026). [Internett].

Utvikling i driftskostnader per kostnadstype i perioden 2017–2025 for helseregionene samlet

Figuren nedenfor viser andelen som ulike kostnadstyper utgjorde av driftskostnadene i 2017 og 2025, for foretaksgruppene samlet sett. Vi har holdt pensjonskostnader utenfor, ettersom de kan svinge mye fra år til år.[88] For å sikre sammenlignbarhet over tid har vi også gjort justeringer for endringer i finansieringsansvaret for legemidler. I perioden 2017–2025 har helseforetakene gradvis fått ansvar for flere legemidler, med tilhørende finansiering. En direkte sammenligning av legemiddelkostnader over tid vil overvurdere reell kostnadsvekst, siden deler av veksten skyldes oppgaveoverføring.

Figur 15 Kostnadstypenes andel av driftskostnader i 2017 mot 2025 i prosent. Pensjonskostnader er holdt utenfor.



Kilde: Konsernregnskap for foretaksgruppene.

I det følgende kommenterer vi hver av kostnadspostene. I noen tilfeller forklarer vi også forskjeller mellom helseregioner og helseforetak.

[88] Årlige pensjonskostnader påvirkes i stor grad av forutsetninger i det gjeldende årets aktuarberegninger (som antakelser om rentenivå, levealder, lønnsvekst mv.) og regnskapsmessige beregninger, og kan derfor variere betydelig mellom år. Pensjonskostnadene økte betydelig i 2025, på grunn av kostnader knyttet til innføring av ny ordning for AFP samt nye pensjonsregler for ansatte med særaldersgrense.

Lønn og andre personalkostnader (uten pensjonskostnader) er den desidert største kostnaden i spesialisthelsetjenesten, og det er også den kostnaden som har økt mest i perioden 2017–2025 både i absolutte og relative tall. Lønnskostnadenes andel av driftskostnadene økte fra 57,3 prosent i 2017 til 59 prosent i 2025, altså en økning på 1,7 prosentpoeng. I 2025 utgjorde lønn uten pensjonskostnader 116 milliarder kroner. Økningen kommer både av lønnsvekst og vekst i antall årsverk. Når det gjelder veksten i årsverk, har yrkesgruppene leger, psykologer og IT-personell hatt den største prosentvise økningen i perioden.[89] I tillegg har det vært en økning i kostnader til overtidsarbeid fra 2020, som følger av pandemien.[90] Fra andre halvdel av 2024 har «Ventetidsløftet» blant annet innebåret et større omfang av arbeid utover ordinær arbeidstid (overtid mv.). Merk at tallene for lønn kun gjelder for de virksomhetene som inngår i foretaksgruppene.[91] Ekstravakter og overtid er inkludert i lønnskostnader, mens kostnader til innleie av helsepersonell fra vikarbyrå er inkludert i posten kjøp av helsetjenester.

Ser man på endringen i lønn uten pensjon i den enkelte helseregion fra 2017 til 2025, har Helse Sør-Øst og dernest Helse Midt-Norge hatt den laveste veksten; begge har en gjennomsnittlig årlig vekstrate på om lag 5,8 prosent. Veksten i perioden 2017–2025 var høyere i Helse Vest og Helse Nord (6,0 prosent). Analyser gjennomført av Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten viser at Helse Sør-Øst har hatt lavest bemanningsvekst i perioden 2016 til 2024, og at bemanningsveksten her er omtrent i tråd med den demografidrevne behovsveksten. I de andre regionene har bemanningsveksten ligget betydelig høyere enn demografidrevet behov i perioden.[92]

I Helse Midt-Norge var det en reduksjon i de prisjusterte lønnskostnadene fra 2024 til 2025,[93] etter at regionen reduserte bemanningen i 2025. Regionen hadde i årene 2022–2024 høyere lønnskostnader knyttet til innføring Helseplattformen, inkludert i helseforetakene som har tatt det i bruk, som har hatt behov for ekstra bemanning for å sikre forsvarlig innføring av journalsystemet. I de tre andre regionene var det en vekst i lønnskostnadene i 2025.

Kjøp av helsetjenester er den nest største kostnadsposten, omtrent 26,9 milliarder kroner i 2025. Andelen som kostnadsposten utgjør av de totale kostnadene, har sunket i perioden. Kjøp av helsetjenester er hovedsakelig gjestepasientkostnader (kjøp av offentlige og

[89] Hentet fra SSB (2026, 18. juni). Tabell 13953: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, etter yrke, år, region og tjenesteområde sin statistikk for avtalte årsverk i spesialisthelsetjenesten. [Internett]. Leger (legespesialister og andre leger) har økt fra 15 189 til 19 709 årsverk, en økning på 4 520 årsverk eller 29,8 prosent. Psykologer har økt fra 4 147 til 5 646 årsverk, en økning på 1499 eller 36,1 prosent. IKT-rådgivere/teknikere har økt fra 1 669 til 4 226 årsverk, en økning på 2 557 eller 153,2 prosent.

[90] Mens helseregionene hadde overtidskostnader på i overkant av 3 prosent i de samlede lønns- og personalkostnadene (ekskludert pensjon) i 2017-2019, økte de vesentlig i 2020 og har ligget på rundt 4 prosent av kostnadene fra 2021-2024. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, 10. desember) *Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten sin rapport av 10. desember 2025*, side 41-42.

[91] Lønnskostnadene i sykehusapotekene, de regionale IT-leverandørene og Helseplattformen AS er inkludert i tallene. De inkluderer ikke lønn og pensjon i de felleseide foretakene (Sykehusinnkjøp HF, Luftambulansen HF, Pasientreiser HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF og Sykehusbygg HF), til private ideelle institusjoner med langvarige kjøpsavtaler med de regionale helseforetakene, eller andre private ideelle institusjoner eller private virksomheter.

[92] Helse- og omsorgsdepartementet (2026, 26. juni). *Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten, 26. juni 2026*, side 42.

[93] Fra 2024 til 2025 var det en nominell økning på 2,3 prosent i lønn uten pensjon i Helse Midt-Norge. Prisveksten i spesialisthelsetjenesten uten pensjon, målt ved Finansdepartementets prisindeks, var på 3,8 prosent.

private helsetjenester i både somatikk og psykiatri), samt innleiekostnader.[94] Kostnader til **innleie av personell** utgjorde 1,2 milliarder kroner i 2025. Innleiekostnadene økte betydelig i forbindelse med pandemien, og nådde en topp i 2022. Siden har det samlet sett vært en nedgang. Mange helseforetak har jobbet mye med å redusere innleie de siste årene, noe vi kommer tilbake til i kapittel 12.

Vi har sett på utvikling i innleiekostnader i hver region, som andel av de samlede lønnsrelaterte kostnadene. Helse Nord har i perioden stått i en særstilling med særlig høy bruk av innleie. I 2022 nådde kostnadene en topp i tre av regionene, hvor innleiekostnadene i Helse Nord utgjorde hele 4,6 prosent av de samlede lønnsrelaterte kostnadene (sum lønn og innleie). I Helse Midt-Norge har det vært en økning i innleie av helsepersonell etter pandemien, som knytter seg til innføring av Helseplattformen. Figur som viser regional utvikling vises i vedlegg 5.

Vi har også undersøkt innleiekostnadene per helseforetak, og sett på kostnadene i toppåret 2022 mot 2025. 15 av 20 helseforetak har redusert innleiekostnadene siden 2022. 18 av 20 helseforetak har redusert innleiekostnadene som andel av lønnskostnader fra 2022 til 2025. Samtidig er det betydelige forskjeller mellom helseforetakene. Enkelte foretak har redusert innleie kraftig, for eksempel har Finnmarkssykehuset redusert innleiekostnadene med om lag 75 prosent, mens noen få har hatt økte kostnader i perioden. Tabell som viser utviklingen i de enkelte helseforetakene, finnes i vedlegg 5.

Det har vært en liten økning i andelen av driftskostnadene som går til **annen driftskostnad** og **andre varekostnader**. Annen driftskostnad inkluderer blant annet driftsrelaterte kostnader til bygninger og kontorlokaler, kostnader til reparasjon, vedlikehold og service, kostnader til transport av pasienter, kostnader til IT-lisenser og kostnader til kjøp og leie av medisinsk-teknisk utstyr og IT-utstyr.[95] Andre varekostnader er i hovedsak er kostnader til medisinske forbruksvarer.

Kostnader til avskrivinger og nedskrivninger utgjør en noe mindre andel av kostnadene i 2025 enn i 2017. Nedskrivningene (engangskostnader som følger av verdijustering av bygninger, utstyr mv.) utgjør en liten del av dette. Det var et hopp i avskrivningskostnader i 2025, som skyldes noen store investeringer i sykehusbygg, og kostnadene er forventet å øke de neste årene. Kostnader til avskrivninger og nedskrivninger inngår i kapitalkostnadene, som er vist i kapittel 11.1, sammen med finanskostnadene.

[94] Private ideelle institusjoner med langvarige kjøpsavtaler med de regionale helseforetakene, andre private ideelle institusjoner og private virksomheter og innleie av helsepersonell.

[95] Konsulenttjenester inngår også i denne posten, og omfatter blant annet kjøp fra de regionale IKT-leverandørene Sykehuspartner, Hemit, Helse Nord IKT og Helse Vest IKT. Helseregionenes IT-kostnader fanges dog ikke helt opp i denne posten; den største delen av IT-kostnadene er lønnskostnader. Helsedirektoratet har gjort egne analyser av de totale IT-kostnadene i helseregionene, som viser at det har vært en betydelig vekst i kostnadene i pandemi-årene 2020-2022, og en utflating årene etterpå. Kilde: Helsedirektoratet. (2026, 5. mars). *Ressursbruk på IKT i helseregionene og nasjonale virksomheter 2024*.

Andelen av driftskostnadene som går til **legemidler** har sunket vesentlig i perioden 2015–2025, dersom man justerer for prisvekst og tar høyde for at foretakene har fått et større ansvar for finansiering av legemidler.[96]

Utvikling i finanskostnader og gjeld i perioden 2017–2025

Helseregionenes **finanskostnader** har gått fra å være en svært liten del av de samlede kostnadene til helseregionene, til å utgjøre om lag 1,1 prosent av de samlede kostnadene (2,586 milliarder kroner i 2025). Helseregionenes finanskostnader består i stor grad av renter på lån for å finansiere investeringer. Finanskostnader inkluderer også blant annet renter i forbindelse med driftskreditt knyttet til pensjonsordningene, eventuelle gebyrer og kostnader knyttet til kortsiktig likviditetslån, samt finansiell leasing av utstyr.

Økningen i finanskostnadene skyldes økt lånebelastning og økt rentenivå. Den samlede gjelden til foretaksgruppene[97] utgjorde i 2017 55,6 milliarder kroner, mot 139,6 milliarder kroner i 2025 (i løpende priser), en økning på om lag 151 prosent. Gjelden har økt mest i Helse Vest (241 prosent), etterfulgt av Helse Sør-Øst (158 prosent). Hvordan dette ser ut per region framgår av vedlegg 5.

Renter på investeringslån fra staten har økt betraktelig, og var på i overkant av 1 milliard kroner i 2025.[98] Lån til investeringer var omtrent 17 milliarder kroner i 2015 mot 68,6 milliarder kroner i 2025, og veksten har i hovedsak kommet i perioden 2020–2025.

Når det gjelder renter på investeringslånene, er det viktig å merke seg at helseforetakene kun betaler renter på ferdigstilte bygg, og rentekostnadene vil øke når nye sykehusbygg ferdigstilles.[99] Dette vil bidra til at kapitalkostnadene øker vesentlig allerede i 2026, etter at blant annet nye Drammen Sykehus, Stavanger sykehus og nye Hammerfest sykehus ble tatt i bruk i 2025.[100] Nedbetalingslånene som foretakene betaler renter av, økte fra 15,8 milliarder kroner ved utgangen av 2024 til 33,9 milliarder kroner ved utgangen av 2025. Videre har foretakene langsiktige fastrenteavtaler på investeringslånene, som har dempet effekten av renteøkninger. Nye fastrenteavtaler vil måtte inngås med høyere rente enn tidligere. I 2026 forventes det at de regionale helseforetakene må betale om lag 1 milliard kroner mer i renter på nedbetalingslån enn i 2025.[101]

I tillegg har det vært en økning i regionenes kortsiktige lån til å dekke likviditetsbelastningen fra pensjonsordningene (driftskreditt). Behovet for driftskreditt skyldes statens finansiering av helseforetakenes pensjonsforhold, der helseforetakene får

---

[96] Analyser gjennomført av Helsedirektoratet (2025, januar) og Oslo Economics (2025, desember) har tidligere funnet en realvekst i helseforetakenes kostnader til legemidler dersom man går noe lengre tilbake i tid. Veksten har imidlertid vært beskjeden sammenlignet med økningen i legemiddelkostnader hos folketrygden, som har ansvaret for blåreseptordningen.

[97] Investeringslån, driftskreditt, leasingforpliktelser og annen rentebærende kortsiktig gjeld.

[98] DFØ. (u.å.) *Statsregnskapet.no – Renter på investeringslån i 2025.* [Internett].

[99] Ved statlige investeringslån til sykehusbygg, skiller man mellom lån til prosjekter som er under bygging (byggelån) og lån etter at bygget er ferdigstilt (nedbetalingslån). I byggefasen påløper det ikke renteutgifter; rentene legges til lånet og betales først når byggelånet omgjøres til nedbetalingslån ved ferdigstillelse.

[100] Statsrådens svar til Spørsmål nr. 1165 til skriftlig besvarelse fra stortingsrepresentant Mímir Kristjánsson – om helseforetakenes låneopptak.

[101] Helse- og omsorgsdepartementet. (2026, 26. juni) Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten sin rapport av 26. juni 2026.

inntektsbevilgninger for å dekke regnskapsmessige pensjonskostnader. Når det foretakene faktisk betaler i premie til pensjonskassene sine, er høyere enn helseforetakene har fått inntektsbevilgninger til, får de låne differansen av staten.

De regionale helseforetakene får en driftskredittramme som tilsvarer denne differansen, og rammen justeres løpende i foretaksmøter. Det løper renter på disse lånene, og i motsetning til investeringslånene er renten flytende.

De siste årene har det vært store avvik mellom bevilgningene og pensjonspremiene, som har innebåret stort behov for driftskreditt, samtidig som renten på disse lånene har økt vesentlig. Rentebelastningen av driftskreditten framgår ikke direkte i regnskapene, men vi har gjort et grovt anslag som viser at denne har økt fra rundt 70 millioner kroner i 2020 til over en milliard kroner i både 2024 og 2025. Hvordan vi har gjort anslaget framgår av figur og omtale i vedlegg 5.

Helseregionene har også finansinntekter, i form av renteinntekter på oppsparte midler. I perioden 2018–2023 hadde foretaksgruppene samlet netto finansinntekter (høyere finansinntekter enn finanskostnader). Dette snudde til netto finanskostnader i 2024 og kostnadene økte betydelig i 2025. Tabellen nedenfor viser helseregionenes finanskostnader, finansinntekter og netto finanskostnader i 2025.

Tabell 8 Finanskostnader, finansinntekter og netto finanskostnader (finanskostnader fratrukket finansinntekter) per helseregion i 2025

	Midt-Norge	Sør-Øst	Vest	Nord	SUM
Finanskostnader	376 306	1 275 682	597 675	337 004	2 586 667
Finansinntekter	236 550	1 033 967	400 709	166 510	1 837 736
Netto finanskostnader	**139 756**	**241 715**	**196 966**	**170 494**	**748 931**

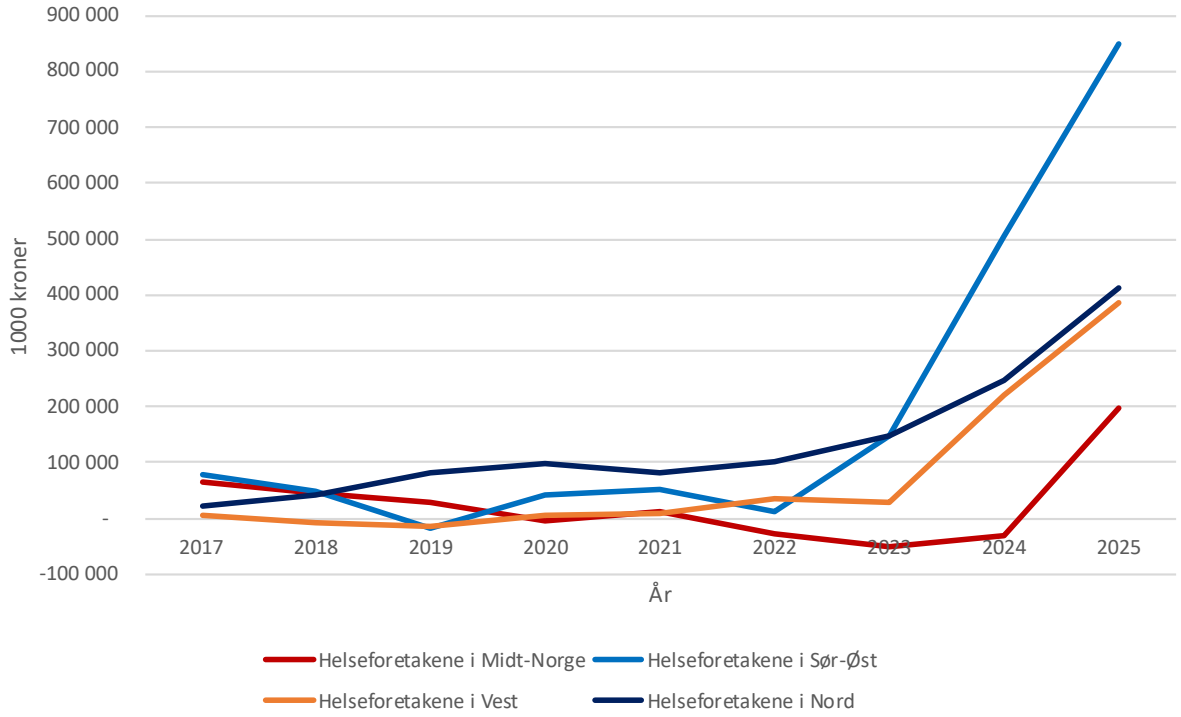
Kilde: Foretaksgruppenes årsregnskap.

Helseregionene hadde samlet sett netto finanskostnader på 748,9 millioner kroner. Alle helseregionene hadde netto finanskostnader i 2025, som innebærer at finanspostene samlet sett trekker ned årsresultatet.

Både RHF og underliggende helseforetak har finansinntekter, men finanskostnadene ligger i større grad hos de underliggende helseforetakene som gjennomfører investeringene og skal bære rentekostnadene. Ser man på **de 20 helseforetakene som driver pasientbehandling, så hadde disse netto finanskostnader på 1,85 milliarder kroner** i 2025. Dette utgjør nærmere 0,9 prosent av de samlede inntektene til disse 20 helseforetakene.

Figuren nedenfor viser utvikling i finansresultat for de 20 helseforetakene som driver pasientbehandling i hele perioden 2017–2025, der de 20 foretakenes netto finanskostnader i perioden er samlet per region.

Figur 16 Utvikling i netto finanskostnader *for de 20 helseforetakene som driver pasientbehandling*, samlet per helseregion, 2015–2025 (løpende priser)



Kilde: Helseforetakenes årsregnskaper.

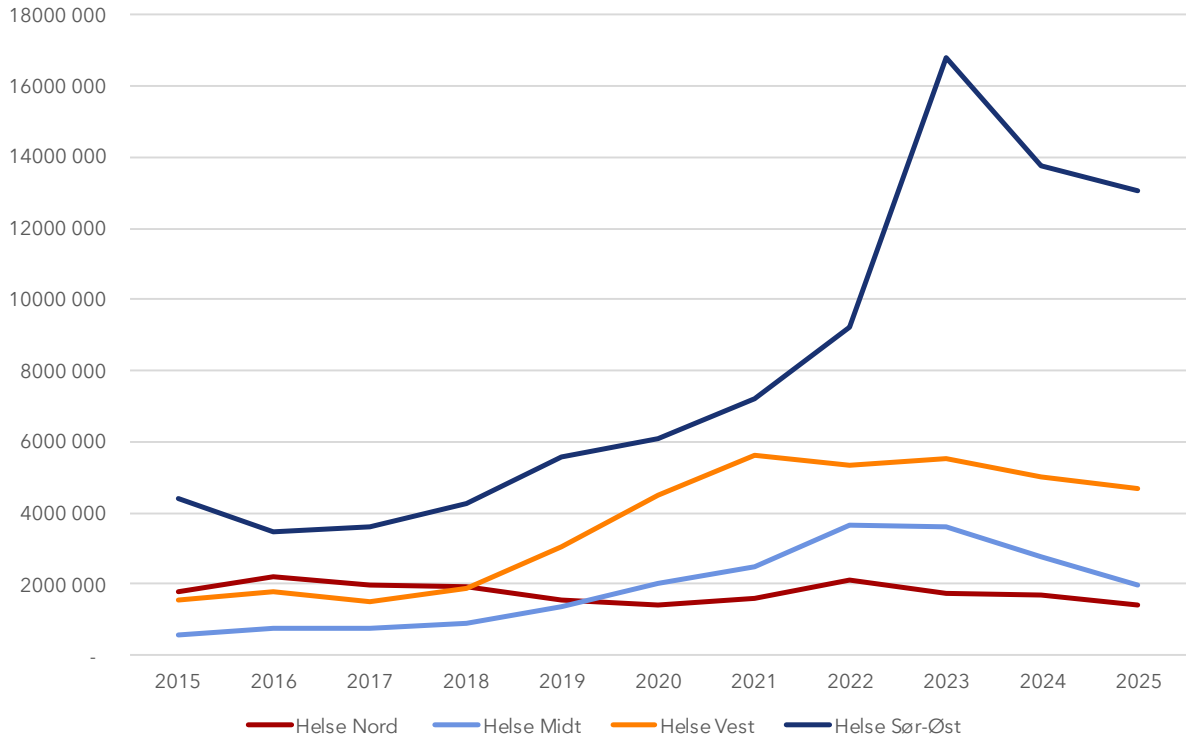
Som det framgår av figuren, har det vært en betydelig økning i netto finanskostnader i helseforetakene i alle regionene. Finansresultat i 2025 for hvert av de 20 helseforetakene framgår av tabell i vedlegg 5.

11.4 Utvikling i tilstand på bygningsmasse og medisinsk-teknisk utstyr

Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr (Dokument 3:2 (2021–2022)) viste at tilstanden på bygningsmassen i et flertall av helseforetakene ikke var bedret over tid, og at gjennomsnittsalderen for medisinsk-teknisk utstyr (MTU) økte. En viktig forklaring var at nivået på investeringene ikke hadde vært tilstrekkelig til å sikre en god nok tilstand på bygg og medisinsk-teknisk utstyr, og at det var et betydelig vedlikeholdsetterslep.

Det samlede investeringsnivået i helseregionene har vært høyt i årene 2020–2025, og det har vært en vesentlig økning i investeringstakten i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge disse årene, jf. figuren under.

Figur 17 Investeringsnivået i helseregionene fra 2015–2025 (1000kr)



Kilde: Konsernregnskap for foretaksgruppene.

Økningen skyldes hovedsakelig investeringer i nye bygg[102], i tillegg til Helseplattformen i Helse Midt-Norge. For MTU og vedlikehold må helseforetakene i stor grad finansiere investeringer gjennom driftsmidler, egenkapital og eventuelle prosjektmidler fra RHF-et. Dette forutsetter at foretakene over tid oppnår positive driftsresultater.

Vi har bedt helseforetakene om å sende oppdaterte tall og dokumentasjon om tilstandsgrad for den samlede bygningsmassen og gjennomsnittsalder for medisinsk-teknisk utstyr.

Svarene fra helseforetakene viser følgende utvikling siden 2020[103]:

- Den samlede tilstandsgraden på bygningsmassen har gått noe ned. Per 2024 hadde åtte helseforetak en tilfredsstillende teknisk tilstand på bygningsmassen, mot elleve i 2020.[104] Syv av de elleve helseforetakene med utilfredsstillende tilstandsgrad ligger i Helse Sør-Øst. Dette er ventet å endre seg de neste årene da det er planlagt flere byggeprosjekter i regionen, som nye Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og nytt stråle- og somatikkbygg på Kalnes ved Sykehuset Østfold.
- Gjennomsnittet av de 20 helseforetakenes gjennomsnittsalder på MTU er tilnærmet det samme 2025 som det var i 2020 (hhv. 8,6 og 8,5 år). Gjennomsnittsalderen til MTU-parken har imidlertid økt i 10 av de 18 helseforetakene vi har informasjon om. I fire av dem er gjennomsnittsalder på ti år eller mer. To av disse ligger i Helse Sør-Øst, og skal

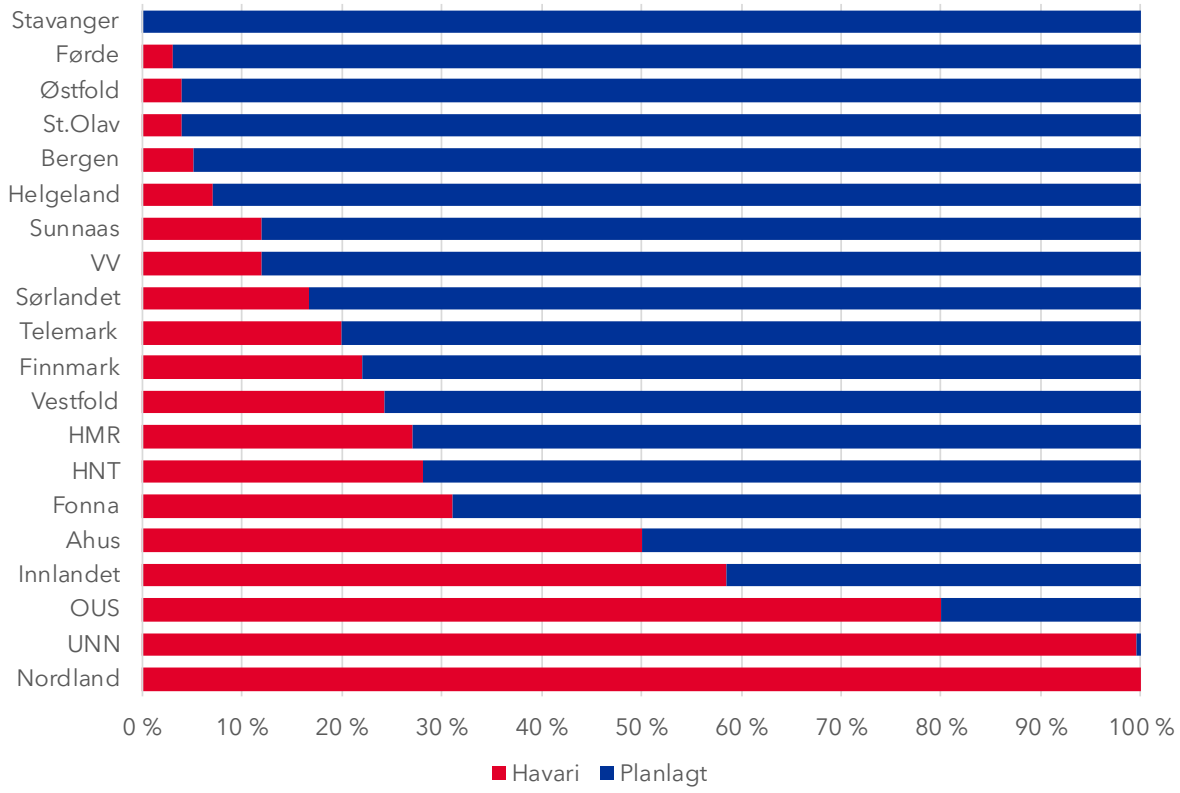
[102] Blant annet Vestre Viken (Drammen), Stavanger (nye SUS), Finnmarkssykehuset og nye SNR i Helse Møre og Romsdal.
[103] Datagrunnlaget for kartlegging av tilstand strakk seg fram til 2020 i *Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr* (Dokument 3:2 (2021–2022)).
[104] Helseforetakene som har gått fra å ha en samlet tilfredsstillende til utilfredsstillende tilstandsgrad fra 2020 til 2024 er Sykehuset Østfold, Sykehuset Innlandet og Sunnaas.

bygge nytt de nærmeste årene. Helseforetakene investerer ofte i mye nytt MTU i forbindelse med nye bygg, og det er særlig i helseforetakene hvor det nettopp er bygget nytt, at alderen på utstyret har gått ned de siste fem årene. Ved lokasjoner der det ikke bygges nytt, er det en tendens til en forverring av både tilstand på bygg og alder på MTU fordi helseforetakene ikke klarer å sette av nok midler til vedlikehold og fornying av utstyr.

For mer detaljert informasjon om resultatene per helseforetak, se vedlegg 6.

En gammel MTU-park gir større risiko for havarier.[105] Vi har også kartlagt hvor stor andel av helseforetakenes investeringer i MTU i 2025 som skyldtes havari, og hvor stor andel som var planlagte investeringer (se figur under).

Figur 18 Andelen investeringer i MTU i 2025 som skyldtes havari (%)



Kilde: Helseforetakenes svar på Riksrevisjonens skriftlige spørsmål.

Figuren viser at i over halvparten av helseforetakene var minst 20 prosent av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr i 2025 havariinvesteringer. Andelen havariinvesteringer har økt i 10 av de 17 helseforetakene vi har informasjon om for både 2019 og 2025. Som i 2019, er var det fire helseforetak hvor andelen havariinvesteringer utgjorde mer enn halvparten. I 2025 brukte Nordlandssykehuset og UNN nær alle MTU-investeringsmidlene på havarier.[106] Nordlandssykehuset, som inngår i dybdeundersøkelsen, oppgir at de mener dette er problematisk og at de har signalisert

[105] Havariinvesteringer er investeringer som gjennomføres fordi utstyr bryter sammen.
[106] Foretakene kan ha noe forskjellige definisjoner av havariinvesteringer, som kan påvirke hvilke beløp som er oppgitt.

det i sine innspill til regionens økonomiske langtidsplaner. I Helse Nord er det RHF-et som beslutter hvor mye underliggende helseforetak får investere for.

Desto eldre utstyr et helseforetak har, desto større andel av investeringsmidlene må brukes til å erstatte utstyr, mens planlagte investeringer i nytt utstyr må utsettes. Havariinvesteringer kan også være dyrere enn planlagte investeringer, fordi man ikke nødvendigvis får den beste prisen når man må gjennomføre hasteanskaffelser. Havarier kan også påvirke den daglige driften og effektivitet fordi det kan føre til at behandling må utsettes eller tar lenger tid. Over halvparten av foretakene oppgir at utstyr som har brutt sammen har påvirket drift og økonomi.[107] Eksempler på konsekvenser helseforetakene oppgir, inkluderer:

- forsinkelser og effekt på ventelistesituasjonen, fordi foretaket måtte bruke reserveutstyr og manuelle prosedyrer
- logistikkutfordringer for helsepersonell har ført til at prosedyrer tar lenger tid
- økte kostnader for leie av utstyr
- driftsforstyrrelser
- redusert behandlingskapasitet
- utsettelser av planlagt utredning/behandling
- henvisninger til private
- kritiske pasienter har måtte overføres til annet sykehus, som fører til stor ressursbruk og konsekvens for ventelistene
- ødelagte prøver
- manuelle prosesser har måttet tas i bruk
- forsinkelser i operasjonsprogrammet

12 Helseforetakenes økonomistyring

I dette kapittelet tar vi for oss økonomistyringen i de 20 helseforetakene som driver pasientbehandling, med utgangspunkt i praksisen i foretakene per i dag.

For å belyse helseforetakenes økonomistyring, har vi gjennomført dybdeundersøkelser i Sørlandet sykehus, Helse Fonna, St. Olav og Nordlandssykehuset. Disse ble valgt ut for å få en spredning i geografi (ett i hver helseregion) og størrelse. I disse fire helseforetakene har vi gjort omfattende dokumentanalyse, og intervjuet ledere og nøkkelpersoner i administrasjon og på klinikker for å forstå økonomistyringen i hvert foretak. I tillegg har vi bedt øvrige 16 helseforetak om svare på skriftlige spørsmål og sende dokumentasjon om utvalgte temaer om økonomistyringen på foretaksnivå og ved en utvalgt klinikk.

Som vist i kapittel 11, er det mange foretak som ikke har oppnådd de økonomiske målsetningene sine de siste årene. Svarbrev fra helseforetakene og intervjuer i dybdeundersøkelsen viser at mange helseforetak opplever dagens økonomiske situasjon som krevende. Samtidig som en del utfordringer er de samme, er det forskjeller mellom helseforetakenes økonomiske situasjon, og hvordan ulike utfordringer slår ut. Dette gir ulike forutsetninger for økonomistyringen.

[107] Kilde: Dybde- og breddeundersøkelsen.

For eksempel har enkelte helseforetak til dels store utfordringer med rekruttering, og er for noen fagområder og/eller profesjoner avhengige av innleie for å opprettholde driften. Noen helseforetak har store utfordringer med at kommunene ikke klarer å ta imot utskrivningsklare pasienter, og enkelte har større utfordringer med sammenbrudd på gammelt medisinsk-teknisk utstyr (MTU). Enkelte helseforetak har nye bygg med påfølgende høye kostnader, mens andre har utfordringer med gammel bygningsmasse og høyt vedlikeholdsetterslep.

For en oversikt over det overordnede utfordringsbildet til de fire helseforetakene i dybdeundersøkelsen, se faktaboksen under.

Faktaboks 6 Det overordnede utfordringsbildet til helseforetakene i dybdeundersøkelsen

St. Olav har vært i en god økonomisk posisjon og har stort sett nådd resultatmålene de siste ti årene. I 2022 og 2023 gikk helseforetaket med underskudd, med resultater langt under budsjett. Noen viktige grunner var innføring av Helseplattformen, økt bemanningsnivå etter pandemien og økt sykefravær. I 2024 ble det iverksatt et eget «innsparingsprogram», og St. Olav nådde resultatmålet de siste to årene, i 2025 med god margin. Behovet for positive resultater er høyere enn tidligere fordi vedlikeholds- og investeringsbehovet øker.

Sørlandet sykehus har hatt positivt årsresultat hele perioden 2015–2025 og har nådd resultatkravene i et flertall av årene. Helseforetaket leverte lavere årsresultater enn budsjettert i 2022 og 2024. Årsresultatet i 2025 endte på 134 millioner kroner, 69 millioner kroner bedre enn budsjett. Det er betydelige behov for investeringer i både bygningsmasse og medisinsk-teknisk utstyr ved Sørlandet sykehus, som stiller krav til positive resultater. Helseforetaket har hatt utfordringer med rekruttering og bemanning innen enkelte fagområder og profesjoner, særlig ved sykehusene i Arendal og Flekkefjord.

Nordlandssykehuset har hatt store økonomiske utfordringer i mange år, og har hatt negativt årsresultat i åtte av de siste ti årene. Helseforetaket har hatt et samlet underskudd de siste fem årene på nærmere 700 millioner kroner. Helseforetaket har også store utfordringer med rekruttering, som bidrar til høye innleiekostnader. En annen utfordring er at helseforetaket må bruke investeringsmidler på havariinvesteringer. I 2025 var alle investeringer i MTU utløst av sammenbrudd i eksisterende utstyr.

Helse Fonna har gått med underskudd siden 2020 og har ikke nådd de økonomiske resultatkravene. De siste fem årene har helseforetaket hatt et underskudd samlet på over en halv milliard kroner. Helse Fonna har en eldre MTU-park, og et høyt forbruk av innleie. I tillegg har foretaket utfordringer med at pasienter i helseforetakets opptaksområde blir behandlet i Helse Bergen eller Helse Stavanger.

Kilde: Dybdeundersøkelsen

12.1 Helseforetakenes planlegging for økonomisk bærekraft

12.1.1 Planer og oppdrag som legger føringer for økonomistyringen

Helseforetakene forholder seg til flere planer og strategier som legger føringer for både den faglige og økonomiske utviklingen. Videre får helseforetakene årlige oppdrag fra de regionale helseforetakene (basert på oppdrag som de regionale helseforetakene får fra Helse- og omsorgsdepartementet). På bakgrunn av dette utarbeider helseforetakene budsjetter som danner grunnlaget for styringen fra år til år.

Figuren under viser forholdet mellom de langsiktige planene, de årlige oppdragene og budsjettene.

Figur 19 Helseforetakenes planer sett i sammenheng med planer på nasjonalt og regionalt nivå



Kilde: Riksrevisjonen

Nasjonal helse- og samhandlingsplan er regjeringens overordnede, langsiktige plan for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i Norge, som legger vekt på samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, samt på en økonomisk bærekraftig utvikling av tjenestene over tid. Nåværende plan gjelder for perioden 2024–2027.

De regionale utviklingsplanene fastsetter overordnede mål, føringer og utviklingsretning og tiltak innen pasienttilbud, bygg, teknologi, kompetanse og organisering for helseregionen, mens **helseforetakenes utviklingsplaner** skal være i tråd med disse og

konkretisere hvordan det enkelte foretaket vil utvikles innenfor de regionale rammene. Helseforetakene ble pålagt å lage utviklingsplaner i 2016, og de fleste helseforetakene utarbeidet i 2018 en utviklingsplan fram mot 2035. Utviklingsplanene skal rulleres hvert fjerde år, og skal ha en kort planhorisont på fire år og en lang på 15 år.[108]

Økonomiske langtidsplaner viser hvordan prioriteringer og tiltak som følger av utviklingsplanen og foretakenes investeringsplaner kan gjennomføres innenfor bærekraftige økonomiske rammer. Planen skal oppdateres hvert år med et fireårsperspektiv på driftsøkonomiske prioriteringer og lengre perspektiv på investeringer.[109]

Planene som vist til over, gir helseforetakene langsiktige føringer for innretningen av styringen, men mange av de konkrete premissene for prioriteringer og ressursbruk følger av de årlige bevilgningene fra Stortinget, og **årlige oppdrag og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet**. Hvert år gir departementet en rekke føringer til de regionale helseforetakene gjennom henholdsvis **foretaksmøte** og **oppdragsdokument**. Med unntak av oppdragene som må gjennomføres på RHF-nivå, videreformidler de regionale helseforetakene disse oppdragene og kravene til helseforetakene. Krav til økonomi og økonomistyring formidles i hovedsak i foretaksmøtet.

Det varierer mellom helseforetakene hvordan de har skriftliggjort og tilgjengeliggjort føringer for økonomistyringen. Mens noen få helseforetak har utarbeidet egne styrende dokumenter som handler spesifikt om økonomistyring, er det mer vanlig at føringer for økonomistyring inngår i andre styrende dokumenter for virksomhetsstyring. Enkelte helseforetak oppgir at de primært forholder seg til regionens økonomihåndbok, eller at foretakets føringer for økonomistyring er nedfelt i dokumenter som delegasjonsreglement, lederavtaler, årshjul for virksomhetsstyring eller årshjul for budsjettprosessen.

12.1.2 Økonomiske langtidsplaner som styringsverktøy

De økonomiske langtidsplanene (ØLP) skal vise sammenheng mellom drift og investeringer og balansen. ØLP-ene skal være et langsiktig styringsverktøy som viser forventet økonomisk utvikling i et flerårig perspektiv, og gir informasjon om blant annet hvilke økonomiske resultater helseforetakene må oppnå for å kunne gjennomføre investeringer de anser som nødvendige.

Planen rulleres årlig, og det første året i planperioden legger premisser for utarbeidelsen av kommende års budsjett. Det vil si at resultatkravene for årsbudsjettene i all hovedsak skal være like resultatkravet det første året i ØLP, men det kan komme endringer etter budsjettdialogen.

Helseforetakenes ØLP-er fungerer som innspill til regionens ØLP. Disse vedtas av helseforetakenes styrer innen utgangen av mai. De regionale helseforetakenes ØLP-er

[108] De fire regionale helseforetakene. (2025, 24. september). *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner: 24.9. 2025*.
[109] De fire regionale helseforetakene. (2025, 24. september). *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner: 24.9. 2025*.

vedtas av styret i juni. De økonomiske langtidsplanene til de regionale helseforetakene setter resultatkrav de neste årene for foretaksgruppen som helhet, og resultatkrav til det enkelte helseforetak i regionen i samme periode. Unntaket er Helse Midt-Norge, som kun har resultatkrav for underliggende helseforetak.

Som vist i kapittel 11, har vi undersøkt hvor realistiske resultatmålene i de regionale helseforetakene sine ØLP-er er, ved å holde dem opp mot de faktiske oppnådde resultatene for foretaksgrupper og helseforetak.

Vi har spurt økonomidirektørene i helseforetakene, både i dybde- og breddeundersøkelsen, om hvordan de synes helseforetakets ØLP fungerer som styringsverktøy.

Mange av økonomidirektørene oppgir at ØLP i all hovedsak fungerer godt for å gi en oversikt over foretakets handlingsrom og omstillingsbehov for å kunne prioritere og gjennomføre nødvendige investeringer på lengre sikt. Den oppleves som nyttig og nødvendig når store bygg skal realiseres og finansieres. Mange mener at den fungerer som en overordnet plan, og bidrar til å sette rammer for planer og føringer for årsbudsjettene.

Økonomidirektørene i helseforetakene trekker også fram ulike svakheter og utfordringer med de økonomiske langtidsplanene:

- **Forutsetningene som legges inn i planene stemmer ikke alltid med forutsetningene som legges til grunn når årsbudsjettene vedtas.** Dette kan for eksempel dreie seg om forutsetninger om inntekter, som nivå på basisramme og ISF-aktivitet, og forutsetninger kostnader, som forventet lønns- og prisutvikling.
- **Planens verdi svekkes ved endrede rammevilkår, og planene oppdateres ikke alltid**. Å oppdatere planen fortløpende er derfor viktig for at den skal være et godt styringsverktøy. ØLP oppdateres en gang i året, men det er ikke nødvendigvis slik at helseforetakene oppdaterer sine planer etter at de har sendt innspillene sine til regional ØLP til RHF-et. Dette reduserer verdien av helseforetakene sin ØLP som styringsverktøy.
- **Planene er ofte for optimistiske, blant annet på grunn av manglende realismevurderinger.** Økonomidirektørene trekker frem at dette blant annet skyldes at helseforetaket har mangelfull systematikk i langtidsplanleggingen og at ØLP er bygget på for optimistiske forutsetninger. I Helse Nord trekker foretakene også frem at RHF-et ikke hensyntar hva helseforetaket selv mener er realistisk.

Det varierer mellom regionene hvilke forutsetninger helseforetakene har for å lage en ØLP de selv mener er realistisk, blant annet fordi det er forskjeller når det kommer til å beslutte resultatkravene i år 1–4 (se faktaboks under).

Faktaboks 7 Regionale forskjeller i fastsettelse av resultatkrav i år 1–4

I **Helse Midt Norge** satte helseforetakene fram til 2024 resultatkravene selv, uten at RHF-et var involvert[110]. I 2024 grep RHF-et inn og besluttet at Helse Møre og Romsdal måtte vedta et nytt budsjett med mindre underskudd (endret fra –450 millioner kroner til –297 millioner kroner).

I **Helse Nord** har praksis vært motsatt; her besluttes resultatkravet av RHF-et, og helseforetakene kan i liten grad påvirke dette. Resultatkravene i ØLP-ene settes i all hovedsak på samme nivå hvert år, uavhengig av hvor langt unna de faktiske resultatene var fra dette kravet året i forveien. Helse Nord tillater heller ikke helseforetakene å budsjettere med underskudd. Dersom helseforetakene i Nord ønsker å investere mer, kan de gi signaler om dette, og øke resultatkravene. Foretakene må eventuelt søke om å få bruke overskudd til mindre investeringer.

I **Helse Sør-Øst** og **Helse Vest** setter foretakene sine egne resultatkrav, men har dialog med det regionale helseforetaket om hvor kravet burde ligge. Resultatkravene settes ut ifra føringer fra RHF-et[111], kapasitet til endring og kostnadsreduksjoner, og baseres både på prognose for inneværende år, og hva som er nødvendig for å sikre tilstrekkelig bærekraft- og investeringsevne.[112]

Kilde: Intervju og svar på Riksrevisjonens skriftlige spørsmål.

I dybdeundersøkelsen har vi gått nærmere inn på hvordan resultatkravene i de økonomiske langtidsplanene fastsettes for de fire utvalgte helseforetakene.

Nordlandssykehuset gir særlig uttrykk for at resultatkravene fra Helse Nord RHF er urealistiske. Resultatkravet til helseforetaket har vært uendret i alle de økonomiske langtidsplanene for perioden 2016–2026: et positivt årsresultat på 5 millioner kroner, både på kort og lang sikt. De nådde målet kun ett år i perioden, i 2020. I åtte av de siste ti årene gikk helseforetaket med underskudd. I perioden 2021–2025 var underskuddene betydelige og varierte mellom 52 millioner kroner (2024) og 245 millioner kroner (2023). Verken de årlige eller langsiktige resultatkravene ble justert til tross for at målene ikke ble nådd. Nordlandssykehuset oppgir at de i sine årlige innspill til regional økonomisk langtidsplan har bedt om investeringstilskudd for å kunne realisere vedtatte og nye kritiske investeringsbehov, men at innspillene ikke er imøtekommet.

I de tre andre regionene hvor foretakene har mer innflytelse over egne resultatmål enn i Nord, er det også en tendens til å overestimere hvor raskt de kan omstille driften og øke resultatene, enten på grunn av urealistiske eller ikke-identifiserte tiltak og/eller lav gjennomføringsevne. Målet om å øke resultatkravet forskyves dermed år for år. Dette har vært en tendens både hos Sørlandet sykehus og St. Olav over flere år, og det har vært lite samsvar mellom resultatkrav i ØLP og faktiske resultater. Begge disse helseforetakene oppnådde betydelig bedre årsresultater i 2025 enn de foregående årene, og nådde

[110] I 2019 ble det vedtatt at RHF-et kunne beslutte resultatkrav for foretakene, men gjorde ikke dette før i 2024.
[111] RHF-et gir føringer for aktivitetsvekst, bemanningsvekst, basisramme, rentesatser osv.
[112] Svarbrev fra RHF-ene.

resultatkravene for 2025. Helse Fonna har ikke hatt de samme planene om å øke resultatkravene ut over i ØLP-perioden. Resultatkravene i ØLP har ikke blitt justert i stor grad selv når resultatene har vært langt svakere enn planlagt.

12.2 Helseforetakenes arbeid med budsjetter

Budsjettet er et sentralt styringsverktøy i helseforetakene som brukes til å planlegge ressursbruken gjennom et år. Det fastsetter økonomiske rammer for ulike aktiviteter, og gjør det mulig å følge opp om driften er i tråd med de økonomiske målsetningene. Alle helseforetakene gjennomfører omtrent de samme hovedaktivitetene i budsjettprosessen, selv om det er forskjeller i hvordan og når de gjennomføres.

Nedenfor følger en typisk tidslinje for budsjettprosessen i helseforetakene.

Faktaboks 8 En typisk tidslinje for budsjettprosessen i et helseforetak (økonomisk langtidsplan og årsbudsjett)

Februar	Helseforetakene mottar budsjettbrev fra RHF-et med forutsetninger for regional ØLP (framskrivinger inntektsmodell, forutsetninger om statsbudsjettet)
Mars	Helseforetakene arbeider med innspill til oppdateringer av ØLP
April/mai	Helseforetakene vedtar sine innspill til ØLP
Juni	RHF-ene vedtar sine ØLP-er
August	Klinikker mottar foreløpig ramme for neste år og arbeider med tiltak, omstillingsbehov og prioriteringer (noen starter før)
September	Tidsplan og forutsetninger for budsjett fra RHF Oppfølgingsmøte med RHF (HSØ)
Oktober	Helseforetaket får informasjon om eventuelle endringer som følge av Prop. 1 S Oppfølgingsmøte med RHF (HSØ)
November	Helseforetakene ferdigstiller budsjettene
Desember	Budsjettene styrebehandles og sendes til RHF-et

Kilde: Dybde- og breddeundersøkelsen.

Etter at budsjettet er styrebehandlet, følges det opp gjennom året med regelmessig rapportering og møter på flere nivåer i linjen. Helseforetaket sentralt følger opp budsjettene til klinikker og administrative funksjoner/enheter på samme nivå, mens klinikkene følger opp sine underliggende enheter. En viktig forutsetning for at budsjettet skal fungere som styringsverktøy i oppfølgingen, er at målene som er satt opp og tiltakene som er definert er realistiske.

I de tilfellene hvor klinikkene forventer endringer fra ett år til et annet som vil ha budsjettmessige konsekvenser, åpner helseforetakene som regel for at klinikkene kan melde inn disse gjennom budsjettprosessen.

Helseforetaket i dybdeundersøkelsen som har satt dette mest i system, er St. Olav, som siden 2021 har hatt en ordning med såkalte «Business Case» (se faktaboks nedenfor). Gjennom ordningen kan klinikker synliggjøre gevinster av endringer som vil ha en pukkelkostnad, og be om nødvendig handlingsrom til å ta denne kostnaden. Klinikkene kan også fremme endringsforslag som ikke har økonomisk positiv effekt, men som er vurdert å ha positiv effekt på andre områder.

Faktaboks 9 Business case ved St. Olav

Klinikkene ved St. Olav må fremme såkalte «Business Case» for å planlegge driftsendringer med økonomiske konsekvenser.

Ordningen innebærer at alle behov for investeringer, bemanningsøkninger og leie av arealer, skal forelegges administrerende direktør for godkjenning. Dette skjer gjennom et eget standardisert skjema som dokumenterer bakgrunn, faglig begrunnelse og konsekvenser av det innmeldte behovet (i form av økning i årsverk og lønnskostnader, øvrige vare- og driftskostnader og inntekter, samt samlet økonomisk konsekvens).

Fagdirektør og økonomidirektør skal gi sine vurderinger av endringsforslag som har driftsmessige konsekvenser, i form av en innstilling til administrerende direktør. Fra og med 2025 har også utviklingsdirektør gitt sine vurderinger i innstillingen.

Kilde: St. Olav

12.2.1 Realisme i budsjetteringen

Som vist i kapittel 11 er det mange helseforetak som ikke har nådd resultatkravene de budsjetterte med de siste årene. Helseforetakene i Helse Nord hadde de svakeste resultatene og de største avvikene fra budsjett. Foretakene i Helse Sør-Øst hadde færrest store avvik, mens Helse Vest og Helse Midt-Norge lå mellom disse ytterpunktene.

Dybdeundersøkelser hos fire helseforetak, og analyser av data fra de øvrige 16 som driver pasientbehandling, viser at foretakene er klar over at de ikke har fullt ut realistiske budsjetter.

Også helseforetak som når resultatmålene på helseforetaksnivå, har klinikker med kostnader som langt overskrider tildelt ramme over mange år, mens andre klinikker går i pluss.[113] Mange klinikker klarer ikke å identifisere konkrete tiltak for å holde seg innenfor rammene, og har dermed ikke budsjetter de kan styre etter. Undersøkelsen viser at det drives i stor grad med «historisk budsjettering» ved HF-ene, og dette gir risiko for at ressursene innad i HF-ene ikke fordeles dit de burde, gitt faktisk behov.

[113] Kilde: Dybde- og breddeundersøkelsen.

De fleste helseforetakene i både dybde- og breddeundersøkelsen beskriver hvordan de bruker styringsinformasjon om både bemanning og aktivitet i budsjettarbeidet, men det er kun Sørlandssykehuset og St. Olav som kan vise til at det er gjort systematiske analyser av bemanningsbehov opp mot aktivitet i budsjettene for 2025 og/eller 2026. Dette gir risiko for at bemanningen ikke tilpasses aktivitetsnivået og at eventuelle skjevheter blir videreført fra ett år til et annet. Vi kommer tilbake til noen konkrete eksempler på bruk av styringsdata i kapittel 12.3.

Analyser av budsjetter for perioden 2022–2025 viser at mange helseforetak har undervurdert kostnader til lønn og til kjøp av helsetjenester (herunder innleie) i budsjettene.

Når det gjelder lønnskostnader, som er den største kostnadsposten, har vi kun budsjettall for lønn inkludert pensjon. Helseforetakene har gjennomgående hatt høyere kostnader til dette enn budsjettert.[114] Avvikene har vært størst i foretakene i Nord (med unntak av UNN). Pensjonskostnadene har variert betydelig og vært krevende å budsjettere, og en vesentlig del av avviket mot budsjett kan forklares av dette. Samtidig har mange foretak hatt flere brutto månedsverk enn budsjettert, noe som indikerer at pensjon ikke er den eneste forklaringen.[115]

Innleiekostnadene har ligget langt høyere enn budsjettert i perioden 2022–2025, men samlet for alle helseforetakene så har budsjetteringen til innleie blitt mer realistisk i løpet av perioden. I 2022 var faktiske innleiekostnader over 200 prosent høyere enn budsjettert, i 2025 var budsjettavviket redusert til 43 prosent.

Innleiekostnadene har gått ned fra 1 890 millioner kroner i 2022 til 1 196 millioner kroner i 2025. Budsjettert innleie er økt fra cirka 606 millioner kroner til 843 millioner kroner.[116] Det vil si at innleiekostnadene er redusert med 37 prosent, mens budsjettet er økt med 39 prosent i samme periode. Selv om innleiekostnadene for alle helseforetakene var 42 prosent over budsjett i 2025, tyder dette både på at helseforetakene har jobbet med å redusere innleie og at de budsjetterer mer realistisk. Ahus, Finnmarkssykehuset og Sykehuset Østfold brukte mindre på innleie enn budsjettert i 2025. Samtidig er det stor variasjon mellom foretakene, og Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset er eksempler på helseforetak som har budsjettert med langt lavere innleie enn det behovet har vist seg å være hvert år i perioden 2022–2025.

Fastsettelse av økonomiske rammer for klinikker og andre enheter

Klinikker og andre enheter på samme nivå får tildelt en økonomisk ramme som de må holde seg innenfor, som regel i august. Budsjettarbeidet i helseforetakene tar i stor grad utgangspunkt i historisk aktivitet og bemanning. I praksis budsjetteres det med utgangspunkt i fjorårets budsjett for hver klinikk, som justeres for forventede endringer.

[114] De eneste unntakene er UNN i 2024 og Sunnaas i 2022.
[115] Eksempelvis hadde alle helseforetakene i Helse Sør-Øst flere brutto månedsverk enn budsjettert per desember 2025.
[116] Helse Bergen har ikke oppgitt budsjetterte kostnader til innleie, og inngår ikke i disse tallene. Sunnaas benytter seg ikke av innleid arbeidskraft.

I tillegg vurderes forslag til budsjett fra enhetene og rammer opp mot hverandre. I mange tilfeller overstiger foreslått budsjett rammen. Klinikkene må da identifisere tiltak for å komme i balanse. Undersøkelsen viser at dette i praksis ofte ikke lykkes.

Ved de fire helseforetakene i dybdeundersøkelsen har vi undersøkt hvordan dette gjennomføres i klinikkene som driver med ortopedisk kirurgi. Enkelte av klinikkene har hatt betydelige utfordringer med å holde seg innenfor tildelt ramme. Noen helseforetak når likevel resultatmålene på foretaksnivå, ved at andre klinikker går i overskudd eller ved bruk av sentrale buffere.

Analyse av budsjett og regnskap for klinikkene som driver med ortopedisk kirurgi i de øvrige 16 helseforetakene viser et tilsvarende mønster.[117] Sammenligning på tvers er krevende, blant annet som følge av ulik størrelse, ulik organisering og ulike prinsipper for budsjettering. For eksempel budsjetterer noen klinikker med både inntekter og kostnader og et resultatmål på null, mens andre kun budsjetterer kostnader innenfor en gitt ramme. For å sikre sammenlignbarhet har vi derfor sett på resultatavvik relativt til totale driftskostnader.

Gjennomgangen viser at de fleste klinikkene har svakere resultater enn planlagt:

- Ortopedisk klinikk i Helse Bergen og Klinikk for kirurgi ved Sykehuset i Vestfold[118] har nådd resultatmålene hvert år sine i undersøkelsesperioden.[119] Disse er også er blant de foretakene som ber klinikkene starte budsjettarbeidet tidligere enn mange andre (jf. omtale nedenfor i kapittel 12.2.2).
- Alle de andre 14 klinikkene i breddeundersøkelsen har hatt dårligere resultater enn planlagt. Ni av dem hadde negative resultatavvik på minst 5 prosent av totale driftskostnader, og enkelte har negative avvik fra resultatmål på over 10 prosent.
- Samtidig finnes det eksempler på forbedring: Klinikken Hammerfest sykehus ved Finnmarkssykehuset har redusert avviket fra om lag 12 prosent i 2022 til 1 prosent i 2025, og ortopedisk klinikk ved OUS har forbedret resultatene over flere år.

Foretakene oppgir forskjellige grunner til at noen klinikker har kostnader som er langt høyere enn rammen. Siden de fleste helseforetakene viderefører rammene til klinikk fra tidligere år, er det mulig at rammen til klinikkene ikke er «riktig» fordelt. Det kan også være endringer i klinikkers oppgaver / kostnader som ikke er tatt hensyn til i rammefordelingen.

Enkelte klinikker kan også ha hatt dårlig styring og kostnadskontroll. Dybdeundersøkelsen viser at enkelte klinikker sliter med faste kostnader de ikke har ramme til. Ett eksempel er Nordlandssykehuset, hvor kirurgisk klinikk tidligere hadde gjort flere ansettelser som klinikken ikke hadde budsjett til.

[117] I noen helseforetak er dette et sykehus / lokasjon, ved andre vil dette være en klinikk på en lokasjon.
[118] Fra 2025 er ortopedi flyttet ut av Klinikk for kirurgi og etablert som en egen klinikk (Ortopedisk klinikk).
[119] Ortopedisk klinikk i Helse Bergen nådde resultatmålet i 2022-2024, og lå litt bak i 2025 (1% av driftskostnadene).

Arbeid med å identifisere tiltak for å nå budsjettmål

Som vist i foregående delkapittel, fastsetter helseregionene de overordnede resultatkravene for hvert enkelt helseforetak på litt ulike måter, der helseforetakene i større eller mindre grad selv påvirker hva kravet skal være. Siden helseforetakene er avhengige av å gå med overskudd over tid, kan resultatkravet hos noen være et uttrykk for et behov for økonomisk overskudd, snarere enn et uttrykk for hva som er realistisk å oppnå. Samtidig viser undersøkelsen at ambisiøse resultatkrav i noen tilfeller brukes som «budsjettstrategi», og settes bevisst for å motivere til å forbedre resultatene.

Helseforetakene og klinikkene forsøker å spesifisere tiltak for å oppnå resultatkravet, enten gjennom kostnadsreduserende tiltak eller gjennom å øke aktivitet. Mange av helseforetakene og klinikkene klarer imidlertid ikke å identifisere tilstrekkelige konkrete tiltak for å nå resultatkravet for året og budsjettert resultat.[120] De opererer derfor med såkalte «uløste utfordringer», «restutfordringer» eller lignende i budsjettet. Det vil si beløp som skal spares inn uten at det er identifisert konkrete tiltak for få til dette. I praksis vedtar en del helseforetak da budsjetter med urealistisk lave kostnader.

Det er ulike eksempler på hvordan helseforetakene håndterer slike utfordringer:

- «Restutfordringer» er spredt på diverse lønnsposter, fordi det er på dette området kostnadsreduksjoner er nødvendig.
- Restutfordringen spres på forskjellige kostnadsposter (som en uspesifisert kostnadsreduksjon).
- Det budsjetteres med ingen eller veldig lav innleie, selv om det ikke finnes en plan for hvordan man skal få til dette.
- Man reduserer budsjettert kostnad på «andre driftskostnader» eller «finanskostnad» for å få et budsjettert resultat i tråd med resultatkravet.
- Det legges inn «tiltak» uten innhold eller en plan for implementering.

I alle fire helseforetakene i dybdeundersøkelsen er det eksempler på restutfordringer som i praksis ikke har blitt løst (se faktaboks nedenfor).

Faktaboks 10 Eksempler på restutfordringer i helseforetakene i dybdeundersøkelsen

St. Olav har tidligere fordelt restutfordringen på ulike budsjettlinjer. Ved klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer skal disse for 2026-budsjettet samles under posten «Andre driftskostnader». Dette kan bidra til at de andre postene i budsjettet er mer realistiske enn tidligere. For eksempel kan det bidra til mer realistisk budsjettering av lønn og innleie.

Nordlandssykehuset vedtok et budsjett for 2025, med en uttalt uløst utfordring på 17 millioner kroner. I realiteten var de uløste utfordringene mye høyere, fordi det også var listet opp en rekke «tiltak» uten spesifisert innhold. Det største av alle hovedtiltakene er å «Vurdere tjenestetilbud», med en planlagt effekt på 58 mill. kroner, men uten at det er konkretisert noen tiltak/aktiviteter for å nå målet.

[120] Kilde: Dybde- og breddeundersøkelsen.

Sørlandet sykehus: Klinikken som inngikk i dybdeundersøkelsen har over flere år hatt kostnader som har overskredet tildelt budsjett, og har de siste årene hatt en stor «uløst utfordring» ved inngangen til budsjettåret. De uløste utfordringene er fordelt på avdelingene under klinikken, fordi det er på laveste nivå at tiltak / endringer må gjennomføres.

Helse Fonna har selv identifisert behov for mer realistisk budsjettering. Tiltaksarbeidet har startet sent slik at klinikkene ikke har fått jobbet frem realistiske tiltak, det er vanskelig å få folk til å ta eierskap til tiltakene, og beløp på tiltak blir til dels bestemt ut fra mål om et budsjett i balanse, ikke ut fra hva som er realistisk.

Kilde: Dybdeundersøkelsen

Også i breddeundersøkelsen har vi sett eksempler på urealistisk budsjettering på helseforetaksnivå. Et framtredende tilfelle, er Helse Møre og Romsdals budsjett for 2025. For en utdypning, se faktaboks under.

Faktaboks 11 Urealistisk budsjettering i Helse Møre og Romsdal

Helse Møre og Romsdals budsjett for 2025 ble vedtatt med et resultatkrav på –450 millioner kroner. Her ble det forutsatt en gevinstrealisering fra nytt sykehus for Nordmøre og Romsdal på 100 millioner kroner årlig fra 2026. Helse Midt-Norge RHF aksepterte ikke budsjettet, og krevde et nytt budsjett med et resultat som var om lag 150 millioner kroner bedre. Korrigert budsjett ble vedtatt i januar 2025. Her ble det lagt til grunn at det skulle hentes ut gevinster fra nybygg for på 40 millioner kroner allerede i 2025. I tillegg ble blant annet en buffer på 30 millioner kroner på varekostnader og 50 millioner på lønn fjernet. Det ble påpekt i styresaken at disse grepene økte risiko i budsjettet. Helseforetaket endte opp med et underskudd på 538 millioner kroner.

Gevinstrealiseringsplanen som lå til grunn for vedtaket i 2025, hadde ikke blitt oppdatert siden 2017. Helse Møre og Romsdal utarbeidet en analyse av bæreevne for det nye sykehuset for Nordmøre og Romsdal i 2016 (oppdatert i 2017). Denne ble i liten grad oppdatert i etterkant, og har dermed ikke blitt oppdatert ved nye faser eller endrede forutsetninger. Det ble gjennomført nye beregninger i april 2025, som viste avvik på områder som sengeområder, radiologi og psykisk helsevern fordi det har vært en stor utvikling knyttet til vaktordninger, pasientbehandlingen og prioriteringer.

Som følge av mangelfull oppdatering av gevinstrealiseringsplaner, stilte Helse Midt-Norge RHF i oppdragsdokument for 2026 krav om at helseforetakene skal oppdatere oversiktene over gevinster i investerings- og utviklingsprosjekter årlig, i forbindelse med rullering av økonomisk langtidsplan. Oppdateringen skal vises som endring mot forprosjektets gevinstrealiseringsplan, og alle endringer skal forklares skriftlig.

Kilde: Styresak 102/24, 9/25 og 18/26 Helse Møre og Romsdal.

12.2.2 Forskjeller i gjennomføring av budsjettprosessen, som kan forklare hvorfor noen lykkes

Undersøkelsen viser at det er noen forskjeller i gjennomføringen av budsjettprosessene ved helseforetakene, som kan bidra til å forklare hvorfor noen lykkes bedre med å budsjettere realistisk enn andre:

- **Hvor god tid klinikkene har til å identifisere tiltak:** Som det framgår av tidslinjen over, skjer hovedtyngden av budsjettarbeidet i klinikkene om høsten. Når klinikkene forventes å starte arbeidet med neste års budsjett, varierer imidlertid mellom helseforetakene, og det varierer dermed også hvor god tid de har til å identifisere og forankre tiltak. Mens noen helseforetak gir føringer og foreløpige rammer i august eller september, forventer andre at klinikkene er godt i gang med budsjettarbeidet før sommeren.[121]
- **Hvilke funksjoner i helseforetaket som er involvert i budsjettprosessen**: Det er økonomidirektør som er hovedansvarlig for budsjettprosessen, mens controllere/økonomirådgivere koordinerer og følger opp klinikkene. Klinikkdirektør er ansvarlig for klinikkens budsjetter og fastsetter rammer for avdelingene. Avdelingsleder er ansvarlig for å budsjettere årsverk og aktivitet i sine enheter, mens tillitsvalgte og vernetjeneste er med på interne budsjettmøter i klinikk. **Det varierer i hvilken grad helseforetakene involverer andre stabsfunksjoner** i arbeidet med å kvalitetssikre forutsetningene for klinikkenes budsjettering. Få helseforetak oppgir at **HR-avdelingen, fagavdelingen eller analyseavdelingen** er involvert i budsjettprosessen.

Dybdeundersøkelsen viser flere eksempler på helseforetak og klinikker som har arbeidet for mer realistiske og gjennomførbare tiltak, se faktaboks nedenfor.

Faktaboks 12 Eksempler på arbeid med å få til mer realistiske budsjetter

Nordlandssykehuset: Ved Kirurgisk klinikk er det jobbet mye de siste to årene (2024 og 2025) med å sørge for at tiltakene er realistiske og gjennomførbare, og sørge for at folk har tro på dem. Klinikken har identifisert noen tiltak som den mener er realistiske, men dette er på langt nær nok til at klinikken går i null eller greier å løse «omstillingsutfordringen» som den har fått for 2026-budsjettet. Klinikken jobber nå ut fra en treårsplan for å komme i balanse. Dette gir noe større handlefrihet for klinikken til å tenke litt mer langsiktig enn hvis kravet hadde vært å gå i balanse eller med overskudd allerede første år. For at klinikken skal ha et mer realistisk budsjett å forholde seg til og styre etter, står deler av den uløste utfordringen på en egen konto, mens lønn og andre kostnader budsjetteres mer realistisk.

[121] Blant helseforetakene som starter tidligst, er Sykehuset i Vestfold, Helse Bergen og St. Olav og Sykehuset Telemark, som alle starter det klinikkviser arbeidet med å neste års budsjett i april/mai. OUS. Helgelandssykehuset. Helse Nord-Trøndelag og Sørlandet sykehus er eksempler på helseforetak hvor klinikkene starter arbeidet i juni.

Sørlandet sykehus har jobbet for at budsjettet skal bli mer realistisk på flere måter:

- Budsjettprosessen er fremskyndet: Fra 2025 får klinikkene første rammetildeling i juni, noe som skal gi bedre tid til å identifisere tiltak.
- Fra 2025 er det opprettet et *budsjetteam* som består av teknologi- og innovasjonsdirektør, fagdirektør, organisasjonsdirektør og økonomidirektør.
- Alle spørsmål om nye årsverk må opp som sak i foretaksledelsen, hvor organisasjonsdirektør presenterer en samlesak på alle innmeldte årsverk, samt kommer med en begrunnet anbefaling til administrerende direktør. Administrerende direktør, i sammen med foretaksledelsen, prioriterer eventuelle økte årsverk for det påfølgende året. I tillegg skal klinikkene bruke styringsdata om aktivitet og bemanning mer aktivt i budsjettprosessen.

St Olav: Helseforetaket sentralt har pleid å holde igjen midler, men har nå besluttet å fordele en større del av midlene på klinikk, og jobber for at klinikkene skal levere mer realistiske budsjetter. Klinikkene har for eksempel tidligere budsjettert med altfor lavt sykefravær, og dermed også endt med mye høyere overtid og ekstravakter enn budsjettert.

Kilde: Dybdeundersøkelsen

12.2.3 Oppfølging og bruk av budsjettet som styringsverktøy

Oppfølgingen av klinikkenes økonomi varierer noe mellom helseforetakene, men det vanligste er at klinikkene rapporterer og følges opp i jevnlige oppfølgingsmøter. Det vanligste er månedlige oppfølgingsmøter, og at det som regel er administrerende direktør og økonomidirektør som følger opp klinikkene. På samme måte som helseforetaket sentralt følger opp klinikkene, følger klinikkene opp sine underliggende enheter. Også her er det vanligste månedlig oppføling.

Typiske temaer som klinikkene følges opp på, er økonomiske nøkkeltall og ulike indikatorer for driften, og ofte bidrar controllere med å hente ut tallgrunnlag for oppfølgingsmøtene. I mange tilfeller er data som rapporteres, sammenstilt i dashbord.

Et helseforetak som har arbeidet mye med både innholdet i og format på oppfølgingsmøtene, er Sørlandet sykehus. Oppfølgingen her baseres i stor grad på sammenstilte driftsdata, tilgjengeliggjort gjennom dashboards, som man også tar utgangspunkt i oppfølgingsmøter. Ifølge helseforetaket gjør dette at oppmerksomheten i større grad kan rettes framover, og at man i stedet for å forklare avvik som har skjedd, kan justere kursen underveis og gjennomføre kontinuerlig forbedring av driften.

Alle de fire helseforetakene i dybdeundersøkelsen påpeker at realistiske budsjetter med realistiske tiltak er helt sentralt for at økonomioppfølgingen skal fungere på en god måte. Som vist tidligere i kapittelet er ikke dette alltid tilfelle.

Det varierer hvor mye styrene har blitt informert og involveres i oppfølgingen av omstillingsarbeidet som har foregått i de fire helseforetakene som inngår i dybdeundersøkelsen. Gjennomgang av styresaker fra disse foretakene fra 2025 viser at styret ved Helse Fonna fikk langt mindre orientering om – og var mindre involvert i – omstillingsarbeidet enn de andre helseforetakene (se faktaboks under).

Faktaboks 13 Orientering til og involvering av styrene i omstillingsarbeidet i helseforetakene i dybdeundersøkelsen

Styret i **Helse Fonna** mottok i 2025 noe informasjon om tiltaksarbeid i klinikkene samt en overordnet orientering om omstillingsprosjektet «Prosjekt fagleg og økonomisk berekraft» gjennom virksomhetsrapporteringen. Styret mottok imidlertid ikke noen overordnet oversikt over tiltakene og effekten de er ment å gi.

Styret ved **Sørlandet sykehus** har hatt høy oppmerksomhet om omstilling- og forbedringsarbeid, og hadde i 2025 flere aktive vedtak om at foretaket skulle fortsette med omstilling- og forbedringsarbeid.

Ved **St. Olav** ble styret i 2025 orientert om det pågående innsparingsprogrammet i egne styresaker i både mars, mai, juni, september og oktober.

Styret ved **Nordlandssykehuset** har fått oversikter over tiltakene som er identifisert i budsjettprosessen gjengitt i styresakene hvor styret vedtar helseforetakets årsbudsjett, og i 2025 ble styret løpende orientert om status for tiltakene gjennom virksomhetsrapportene som ble lagt fram i hvert styremøte.

Kilde: Dybdeundersøkelsen

12.3 Endringsarbeid

Vi har i undersøkelsen innhentet informasjon om endringsarbeidet som har foregått i helseforetakene de siste årene, enten i form av tiltak identifisert i forbindelse med helseforetakenes budsjettprosess eller i form av større prosjekter for forbedring av driften.[122] Noen helseforetak har for eksempel gjennomført større omorganiseringer som har hatt som formål å bidra til omstilling av driften.[123]

Mange av tiltakene som helseforetakene arbeidet med i 2025 er rettet mot personellkostnader.[124] Andre tiltak omfatter økning av aktivitet og ulike tiltak for å omstille og optimalisere driften[125], samt reduksjon av unødvendig aktivitet.[126]

[122] I dybdeundersøkelsen har vi kartlagt endringsarbeid gjennomført i perioden 2022–2025, i breddeundersøkelsen har bedt om redegjørelser og dokumentasjon på arbeidet som foregikk i 2025.
[123] Eksempler på dette finner vi blant annet ved UNN, Finnmarkssykehuset og Sykehuset i Vestfold.
[124] F.eks. redusere stillinger, redusere innleie, redusere sykefravær, redusere overtid etc.
[125] F.eks. identifisere og redusere flaskehalser, omorganisere eller slå sammen sengeposter, redusere pleiefaktor, redusere antall senger, optimalisere operasjonskapasitet, redusere skiftetid mellom operasjoner, oppgavedeling og oppgaveglidning (f.eks. fra lege til sykepleier eller fysioterapeut, eller fra sykeleier til helsefagarbeider), og endring av omsorgsnivå (f.eks. endre pasientbehandling for utvalgte prosedyrer fra døgn- til dagbehandling, eller fra dag- til poliklinisk behandling).
[126] F.eks. redusere unødvendige kontroller, innføre skjemabasert oppfølging, redusere prosedyrer med lav nytte, arbeid med «kloke valg».

De fire helseforetakene i dybdeundersøkelsen har alle hatt høy oppmerksomhet om behov for å omstille i undersøkelsesperioden. Nordlandssykehuset har konsentrert alt omstillingsarbeid rundt den årlige budsjettprosessen. De tre andre har, i tillegg til at det er identifisert omstillingstiltak i den årlige budsjettprosessen, gjennomført sentralt initierte omstillings- eller forbedringsprosjekter/programmer (se faktaboks under).

Faktaboks 14 Sentralt initierte omstillingsprogrammer i helseforetakene i dybdeundersøkelsen

Innsparingsprogrammet ved St. Olav: St. Olavs arbeid med omstilling har i hovedsak vært å øke aktiviteten, og dermed inntektene, uten tilsvarende kostnadsøkning. I 2024 var dette ikke tilstrekkelig, og det ble iverksatt et eget «innsparingsprogram» med en rekke konkrete føringer fra administrerende direktør, inkludert nedtak av stillinger. Det ble identifisert en rekke tiltak som det skulle jobbes med, både sykehus- og klinikkovergripende tiltak, og klinikkinterne innsparingstiltak.

Forbedringsprosjekter ved Sørlandet sykehus: Sørlandet sykehus har siden 2024 konsentrert endringsarbeidet rundt særlig tre større prosjekter: «Ta tiden tilbake», behovsstyrt poliklinikk og aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP), som i korte trekk handler om å gjøre et systematisk arbeid for å sikre at sykehuset jobber riktig og på en effektiv måte. Mye av forbedringsarbeidet som foregår ved helseforetaket springer ut fra et virksomhetsprogram som ble gjennomført i perioden 2019–2023.

Prosjekt for fagleg og økonomisk berekraft ved Helse Fonna: Prosjektet ble igangsatt i 2023, og inneholdt ved oppstart ti delprosjekter, fordelt på fire «fokusområder»: organisering, prioritering, personell og «hente hjem», dvs. arbeide for å behandle flere pasienter i helseforetakets opptaksområde selv, i stedet for at disse mottar behandling i Stavanger eller Bergen. Prosjektet har blitt videreført i 2024 og 2025, med nye delprosjekter og aktiviteter.

Kilde: Helseforetakene i dybdeundersøkelsen.

Noen som har forsøkt å regne på hvilket potensial som ligger i forbedring av drift, er Oslo Economics. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har de utarbeidet rapporten «Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus». Rapporten viser at det finnes et betydelig potensial for å frigjøre tid for alle personellgrupper i spesialisthelsetjenesten, se faktaboks under.

Faktaboks 15 Rapport om Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus

Rapporten kartlegger over hundre «tidstyver» i sykehus – oppgaver som tar tid uten å skape tilsvarende verdi. Analysen peker særlig på gevinster innen dokumentasjon og IT-systemer, inntak og etterkontroller, oppgavedeling, organisering/ledelse og bygg/utstyr, med betydelige muligheter for frigjort tid for flere yrkesgrupper.[127]

Rapportens hovedbudskap er at de største gevinstene ligger i å bre ut tiltak som allerede fungerer godt lokalt, kombinert med målrettede forbedringer som bedre systemstøtte, mer behovsstyrte kontroller, smartere oppgavedeling, enklere organisatoriske grep og praktiske IT- og utstyrsoppgraderinger.

Kilde: Oslo Economics (2025, april) på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

I det følgende omtaler vi endringsarbeid i foretakene innenfor noen sentrale områder.

12.3.1 Bruk av styringsdata om aktivitet og kostnader

Produktivitetsanalyser som beslutningsgrunnlag for styring

Alle helseforetakene viser til eksempler på at de har brukt analyser av produktivitet de senere årene. Blant eksemplene som nevnes av enkelte helseforetak, er SAMDATA (Sammenlikningsdata for spesialisthelsetjenesten). Andre eksempler, er

- alle helseforetakene i Helse Sør-Øst som måler produktivitet i form av produserte ISF-poeng opp mot brutto månedsverk. Dette gjøres som ledd i den månedlige dialogen med RHF-et.
- Finnmarkssykehuset som i 2024 gjennomførte en større benchmarking av blant annet kostnadsnivå og produktivitet mot andre helseforetak. Dette ble brukt som underlag inn i den ovennevnte omstillingsprosessen.
- St. Olav som har brukt analyser av produktivitet som grunnlag for omstilling. Foretaket økte bemanningen under pandemien. I 2024 satte helseforetaket i gang et større innsparingsprogram med mål om å spare 400 millioner kroner i 2025 ved at det ble:
  - gjennomført en større analyse av produktiviteten til de ulike enhetene ved helseforetaket før og etter pandemien
  - formulert konkrete krav til de ulike klinikkene om å redusere bemanningen slik at produktivitetsnivået ved de ulike klinikkene skulle komme tilbake til samme nivå som før pandemien

Bruk av data om kostnad per pasient

Ni helseforetak oppgir at de har brukt informasjon om kostnad per pasient (KPP) til benchmarking internt eller eksternt og/eller konkret i styringen eller oppfølging av egne enheter. Av svarene helseforetakene har gitt, framgår det at Helse Bergen, Sykehuset i Vestfold og Ahus er helseforetakene som har lagt opp til mest systematisk bruk av KPP-data til oppfølging av egen drift, jf. faktaboks under.

[127] I et middels scenario har de beregnet et potensial for å frigjøre tid for leger og psykologer med 15 prosent, sykepleiere og vernepleiere med 17 prosent og personell med høyere utdanning i administrasjons- og støttetjenester med 15 prosent.

Faktaboks 16 Bruk av kostnad per pasient-data ved Ahus, Sykehuset i Vestfold og Helse Bergen

Ahus har brukt KPP-data til internt forbedringsarbeid i mange år. Første gang Ahus brukte KPP-data til internt forbedringsarbeid var i 2017, som underlag i forbedring av pasientforløp for pasienter med endetarmskreft. Formålet med arbeidet var å unngå komplikasjoner, bedre kvalitet, økt tilfredshet for pasientene i forløpet, samtidig med redusert ressursbruk. Senere har Ahus brukt KPP-data i både forsknings- og utviklingsarbeid. I 2024 var KPP og liggetid temasak i sykehusledelsen, og i etterkant ble det igangsatt arbeid i divisjoner for å jobbe med reduksjon av liggetid og forbedring av pasientforløpsarbeid.

Sykehuset i Vestfold bruker analyser av produktivitet og kostnadsnivå gjennom blant annet KPP i gjennomganger med klinikkene og i budsjettarbeidet, for å skape refleksjon rundt blant annet klinikkenes arbeidsprosesser, logistikk, pasientsammensetning og kostnadsnivå. Gjennom dette ønsker helseforetaket blant annet å synliggjøre og reflektere de økonomiske og administrative konsekvensene av medisinske beslutninger og skape bevissthet rundt at de små daglige beslutningene også innebærer prioriteringer.

Helse Bergen opplyser at KPP-data brukes regelmessig i enhetenes analyser, både til å følge egen utvikling over tid og til benchmarking mot andre sammenlignbare sykehus. I 2025 ble klinikkene bedt om å bruke KPP-data til å identifisere tre grupper der helseforetaket har høy kostnad sammenlignet med andre sammenlignbare sykehus. Deretter skulle enhetene gjennomføre lokalt forbedringsarbeid. KPP-data er tilgjengeliggjort i et eget dashbord fra det regionale helseforetaket.

Kilde: Helseforetakenes svar på Riksrevisjonens skriftlige spørsmål.

Av de fire helseforetakene i dybdeundersøkelsen, er det kun St. Olav som har brukt kostnad per pasient-data aktivt. Her oppgir blant annet klinikken som inngår i dybdeundersøkelsen å ha brukt innsikt om kostnader basert på KPP i klinikkens budsjettarbeid. I tillegg var KPP ett av flere parametere som ble brukt i en omfattende sammenligning av kostnadsnivå for somatisk pasientbehandling mellom St. Olav og Helse Bergen.[128] Kostnad per pasient er omtalt nærmere i kapittel 10.

12.3.2 Arbeid med mer effektiv ressursstyring

Håndtering av bemanningsvekst som kom under pandemien

Helseforetakene økte bemanningen sin under koronapandemien, blant annet som følge av at de måtte bygge opp beredskap og intensivkapasitet og sikre drift ved høyt fravær.[129]

[128] Arbeidet ble utført basert på driftsdata fra 2019, og rapporten ble forelagt styret i 2021 i styremøte i St. Olavs hospital HF 24. juni 2021 i styresak 46/2021 om oppfølging etter ny inntektsfordelingsmodell.

[129] Tall fra SSB viser at de 20 helseforetakene som driver pasientbehandling økte bemanningen i snitt 1,1 prosent årlig i perioden 2015–2019, mens økningen fra 2019 til 2020 var på 2,6 prosent. I perioden 2020–2024 økte bemanningen i snitt 1,7 prosent. Kilde: Riksrevisjonens beregninger basert på Statistisk sentralbyrå (SSB) (2026, 18. juni) Tabell 13953: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, etter yrke, år, region og tjenesteområde sin statistikk for avtalte årsverk i spesialisthelsetjenesten. [Internett].

De løste dette med blant annet økt rekruttering og økt innleie og omdisponering av tilgjengelig personell. Hvor mye og hvordan helseforetakene bemannet opp varierer forholdsvis mye mellom dem.

I årene etter pandemien har mange av helseforetakene hatt utfordringer med å finne rett balanse mellom aktivitet og bemanning, og de fleste har jobbet med å redusere antall ansatte eller bemanningens veksttakt. Det varierer hvilke virkemidler helseforetakene har tatt i bruk for å få kontroll på bemanningsnivået:

- Flere har stilt krav til enheter om å redusere stillinger eller flate ut veksten i antall stillinger. For eksempel har både St. Olav, Helse Nord-Trøndelag, Helse Møre og Romsdal og Sørlandet sykehus formulert konkrete krav om enten nedtak av stillinger eller utflating av bemanningsvekst.
- Ved Finnmarkssykehuset er det fra 2024 igangsatt et større omorganiseringsprogram som blant annet innebærer en reduksjon av antall ledere, og annet personell som i stor grad har vært hentet inn ved hjelp av kostbar innleie. Ved UNN som gjennomførte en større omorganisering i 2025, er det blant annet jobbet med reduksjon av såkalte «grå stillinger», det vil si stillinger som har blitt besatt uten budsjettmessig dekning.
- Andre eksempler på tiltak som har vært brukt for å få kontroll på bemanningsveksten, er ansettelsesstopp (Sykehuset i Vestfold) og flytting av ansettelsesfullmakt/godkjenning av nye ansettelser til nivå 1 (administrerende direktør) (Sykehuset i Vestfold, Helse Bergen og Nordlandssykehuset). Ved Nordlandssykehuset ble ny ordning, der alle stillinger må vurderes av et sentralt stillingsutvalg og godkjennes administrerende direktør, innført i 2025 som følge av at klinikker over tid gjennomførte ansettelser uten å ha budsjett til det.

Aktivitetsstyrt ressursplanlegging på sengeposter

Et helseforetak i dybdeundersøkelsen som har lagt til rette for at sengepostene kan få et bedre beslutningsgrunnlag for bemanningen, er Sørlandet sykehus, som har utarbeidet og innført en metodikk kalt Aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP). Et sentralt verktøy i metodikken, er dashbord basert på styringsdata om bemanning og aktivitet, som understøtter arbeidet. For en nærmere beskrivelse av ARP, se faktaboksen under.

Faktaboks 17 Aktivitetssyrt ressursplanlegging ved Sørlandet sykehus

Aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP) er en metodikk for å planlegge ressursene i tråd med analyser og bekreftet historisk aktivitet. Målet er ha riktig bemanning ut ifra aktivitet, og dermed sikre arbeidsplaner med jevnere belastning for medarbeidere, noe som igjen kan føre til et bedret arbeidsmiljø, med redusert sykefravær, redusert overtidsbruk, redusert merarbeid og redusert bruk av forskyvning av vakter. ARP kan dermed bidra til å identifisere om man bør øke eller redusere grunnbemanningen.

Det er utviklet et «ARP-dashboard» som sammenstiller relevante data for å kunne evaluere og korrigere ressursbruk på sengeposter, og «et verktøy for planlegging av pasientaktivitet og bemanning på sengeposter. Metodikken legger opp til nye

gjennomganger av aktivitetsnivå og bemanningsbehov ved hver ny planperiode (normalt hver sjette måned). Ved endret aktivitetsnivå legger metodikken opp til at det kan gjøres justeringer midt i planperioden.

ARP ble tatt i bruk av fem pilotenheter ved Sørlandet sykehus i 2023. Ved utgangen av 2025 benyttet alle sengeposter ARP og spesialenhetene (intensiv, akuttmottak) var i oppstartsfasen. Aktuelle ledere «eier» prosessen, men det er lagt opp til støtte fra «ressursteam» til å fasilitere innføringen.

Erfaringene med innføring av ARP per 2025[130] var at enhetene hadde forbedret driften etter innføringen. Ved noen enheter ble bemanningen redusert, mens ved andre ble den økt. Målinger i etterkant har vist at EFO-timer (overtid, forskyvning og merarbeid) og sykefravær har blitt redusert, samt mer positive resultater i medarbeiderundersøkelser. Samtidig ble det avdekket behov for ytterligere forbedring av innføring av ARP metodikk og lederstøtte, for å sikre realisering av forventede gevinster.

Kilde: Dybdeundersøkelse ved Sørlandet sykehus.

I 2025 utarbeidet også St. Olav et ARP-dashbord etter inspirasjon fra Sørlandet sykehus og startet innføring av metodikken hos seg. Dashbordene er i ettertid også gjort tilgjengelig for de øvrige helseforetakene i Helse Midt-Norge.

Også helseforetakene i Helse Vest har tilgang til styringsdata i dashbord som sammenstiller informasjon om faktisk antall pasienter på sengepostene og antall ansatte på jobb. Helse Sør-Øst RHF har også tilgjengeliggjort et tilsvarende dashbord til sine helseforetak, jf. omtale i kapittel 13.2.4.

Integrasjon mellom systemene for personellplanlegging og pasientadministrasjon

Integrasjon mellom systemene for personellplanlegging og pasientadministrasjon er en teknisk løsning som skal gjøre det enklere å langtidsplanlegge i helseforetakene. Dette vil bidra til bedre ressursplanlegging og -utnyttelse.

Bakgrunnen for innføringen av integrasjonen, er et krav i tilleggsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene fra august 2015, hvor det ble stilt krav om 6 måneders planleggingshorisont for timetildeling og bemanning, samt pasient- og brukerrettighetsloven som slår fast at pasientene motta timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

[130] I en statusoppdatering til foretaksledelsen ved Sørlandet sykehus.

Undersøkelsen viser at det varierer både mellom og innad i helseforetakene hvorvidt en slik løsning er innført:

- Ved helseforetakene i Helse Vest er integrasjonen innført, og legenes arbeidsplaner i personellplanleggingssystemet (Gat) kommuniserer med både det pasientadministrative systemet (Dips) og operasjonsplanleggingssystemet (Orbit).
- Ved helseforetakene i Helse Sør-Øst er det stor variasjon mellom helseforetakene i hvor langt de har kommet med å innføre integrasjonen.[131]
- De tre helseforetakene i Helse Midt-Norge hadde en slik løsning før de byttet pasientadministrativt system/journalsystem til Helseplattformen, men hadde per andre kvartal 2026 ingen konkrete planer om å få dette på plass på kort sikt. Funksjonaliteten finnes ikke i Helseplattformen.
- De fire helseforetakene i Helse Nord er i gang med innføring av integrasjonen gjennom et regionalt program kalt «Godt planlagt».

Dybdeundersøkelsen viser at det å ha den tekniske integrasjonen på plass, ikke er ensbetydende med at den er tatt i bruk: Både Helse Fonna, Sørlandet sykehus og Nordlandssykehuset viser til at det i praksis ikke er så lett å få legene til å planlegge aktivitet lenger fram i tid, og at det krever en kulturendring å få til dette. Også Helse Nord RHF påpeker at helseforetakene må løse utfordringer med kultur for å lykkes med å ta integrasjonen i bruk.[132]

Arbeid med mer effektiv utnyttelse av operasjonskapasitet

Flere helseforetak oppgir at de gjennomfører konkret endringsarbeid som innebærer å sikre effektiv utnyttelse av operasjonskapasiteten. Et eksempel på dette i stor skala, er OUS sitt «Kontrolltårn for operasjoner» (for nærmere omtale, se faktaboksen under).

OUS oppgir at implementeringen av kontrolltårnet er forsinket og at verktøyet hittil ikke har gitt effekter som forutsatt i budsjett.

Faktaboks 18 «Kontrolltårn for operasjoner» ved OUS

«Kontrolltårn for operasjoner» er et planleggingsverktøy for operasjonsvirksomheten ved OUS, som skal erstatte manuell planlegging av operasjoner. Løsningen kobler og sammenstiller data blant annet fra systemene for pasientadministrasjon og personellplanlegging, gir oversikt over ledige operasjonsstuer, personell og utstyr, og automatiserer planleggingsprosessen ved hjelp av kunstig intelligens basert på tilgjengelighet og kapasitet til enhver tid.

Kilde: Oslo universitetssykehus. (2025, 7. oktober). Innovative anskaffelser: Kontrolltårn for operasjoner på Oslo universitetssykehus. [Internett].

[131] To helseforetak oppgir at integrasjonen ikke er innført (OUS og Sunnaas sykehus). To helseforetak opplyser at de er i gang med eller nettopp har avsluttet pilotering i utvalgte enheter (Ahus og Sykehuset Innlandet). Ved de øvrige helseforetakene i regionen er løsningen tatt i bruk i deler av organisasjonen.

[132] RHF-et viser til at legene også tidligere har vært registrert i systemet for personellplanlegging, men at arbeidsplanene ikke alltid har vært reelle, oppdaterte eller så langsiktige som kravet har vært.

Bemanningsstyring og reduksjon av innleie, vikarbruk og overtid

Som nevnt over er enkelte helseforetak avhengige av innleie for å opprettholde driften på enkelte områder. I tillegg økte bruken av innleie i mange helseforetak under koronapandemien.

Mange helseforetak har jobbet systematisk med å redusere dette de senere årene, blant andre flere helseforetak i Helse Sør-Øst, etter at det regionale helseforetaket satte søkelys på dette i sin styring, jf. omtale i kapittel 13. Også helseforetak i de andre tre regionene har lyktes med å redusere innleie. For noen eksempler, se faktaboks under.

Faktaboks 19 Eksempler på helseforetak som har jobbet systematisk med å redusere innleie

- Klinikken vi besøkte ved **Nordlandssykehuset**, hadde jobbet systematisk med arbeidstidsplanlegging ved flere sengeposter. Dette har ført til at flere av sengepostene ved klinikken klarer seg uten innleie.
- **Sørlandet sykehus** reduserte innleie i pleietjenesten innen somatikk, og halverte kostnadene til dette mellom 2023 og 2024, fra 24 mill. kroner til 12 mill. kroner.
- **Finnmarkssykehuset** har, som ledd i sitt store omorganiseringsprogram, redusert innleie fra byrå med over 47 prosent i 2025. Innleie er redusert med 75 prosent siden 2022.

Kilde: Dybdeundersøkelsen og helseforetakenes svar på Riksrevisjonens skriftlige spørsmål i breddeundersøkelsen.

Alle de fire helseforetakene i dybdeundersøkelsen har økt oppmerksomhet på å redusere variable lønnskostnader knyttet til vikarbruk og overtid. Flere forteller i intervjuene om hvordan de har jobbet med bevisstgjøring rundt å gjøre en konkret vurdering av behovet for å kalle inn ekstrahjelp eller pålegge overtidsarbeid, med utgangspunkt i den faktiske beleggsituasjonen. Flere antydet at de under og etter pandemien, hvor det var behov for høy beredskap i kombinasjon med høyt sykefravær, hadde blitt «vant til» å jobbe for å sikre erstatning ved korte fravær uten å vurdere kostnad eller faktisk behov ut fra den faktiske belastningen på sengeposten.

12.3.3 Arbeid med å redusere unødvendig aktivitet

For å sikre at ressursene prioriteres dit det er mest bruk for dem, samt hindre at ressurser brukes på unødvendig aktivitet, har både Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og flere av helseforetakene over flere år hatt oppmerksomhet på å redusere slik aktivitet. Dette handler altså om *ytre effektivitet*, og arbeidet dreier seg i hovedsak om å redusere undersøkelser, behandlinger eller kontroller med liten eller ingen nytte for pasientene.[133]

Reduksjon av unødvendig aktivitet framgår som tiltak i budsjettarbeidet hos enkelte av klinikkene i undersøkelsen, og i de fleste tilfeller dreier det seg da om reduksjon av

[133] Den såkalte 60-30-10-modellen, som er understøttet av forskning, beskriver hvordan 60 prosent av behandlingen i helsetjenesten følger faglige retningslinjer, mens 30 prosent er sløsing eller behandling der det er tvil om verdien og 10 prosent ikke har høy nok verdi. Jf. Braithwaite & Westbrook 2020.

unødvendige kontroller eller innføring av skjemabasert oppfølging. Andre oppgir at de jobber med dette, men uten at det er identifisert som tiltak i budsjettet.

Et helseforetak i dybdeundersøkelsen som har identifisert som tiltak å redusere unødvendig aktivitet, er Nordlandssykehuset. For 2025 hadde foretaket lagt inn i sitt budsjett at de skulle spare ca. 1,5 millioner kroner på å redusere omfanget av 8 ulike inngrep[134], samt jobbe med «Kloke valg» (jf. omtale i faktaboks 21 under).

Ved St. Olav, har administrerende direktør formulert eksplisitte krav til klinikksjefen ved klinikken som inngikk i dybdeundersøkelsen, om å ha oppmerksomhet om å redusere unødvendig aktivitet.[135]

To av de mest sentrale tiltakene for forbedring ved Sørlandet sykehus, handler begge om å redusere unødvendig aktivitet. Det ene handler om å identifisere og redusere aktivitet som har lite eller ingen helsegevinst. Det andre handler om å redusere unødvendige kliniske kontroller. Tiltakene er nærmere omtalt i faktaboksen under.

Faktaboks 20 Arbeid med å redusere unødvendig aktivitet ved Sørlandet sykehus

Ta tiden tilbake er en arbeidsmetode for å redusere helsetjenester som gir lav helsegevinst. Arbeidet innebærer å identifisere aktivitet ved sykehuset som har lite eller ingen helsegevinst for pasientene, og arbeide for å redusere omfanget, enten det dreier seg om utredning, behandling eller kontroller. I tillegg til å identifisere aktivitet som bør reduseres, omfatter arbeidet også å identifisere leger i primærhelsetjenesten som henviser unødvendig mange pasienter, og gi tilbakemelding med tilbud om støtte til å ta bedre beslutninger. Prosjektet startet i 2023 med å ta for seg unødvendig bruk av gastroskopi. Arbeidet har hatt dokumentert effekt i form av redusert omfang unødvendige undersøkelser. I ettertid er prosjektet breddet til en rekke andre avdelinger, hvor fagdirektør har bistått med å identifisere forbedringsområder.

Behovsstyrt poliklinikk reduserer pasienters unødvendige oppmøte på sykehuset og medfører at behandlere kan bruke tiden sin annerledes, f.eks. ved å ta inn en ny-henvist pasient som igjen reduserer ventetidene, gjennomføre behandling (f.eks. operasjon) eller eventuelt jobbe mindre overtid. I stedet for å bli kalt inn til rutinemessige kontroller (kalenderstyrt innkalling), svarer pasienter (eksempelvis kronikere) på standardiserte spørsmål, og de pasientene som har behov for det, blir kalt inn til kontroll (behovsstyrt innkalling). Statistikk om behovsstyrt poliklinikk tilgjengeliggjøres i dashboards, som også synliggjør hvor mye tid som er frigjort til andre oppgaver som følge av reduksjon av kontroller.

Kilde: Dybdeundersøkelse ved Sørlandet sykehus.

[134] Artroskopi ved kneartrose; injeksjoner ved ryggsmerter; acromionreseksjon i skulder; operasjon for karpaltunnelsyndrom; operasjon for "krokfinger"; operasjon for ganglion; operasjon fro triggerfinger; dren i trommehinne; og fjerning av mandler. Dette er inngrep som ble løftet i det såkalte «revurderingsprosjektet» som RHF-ene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, fikk i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre i 2019. Inngrepene hadde tidligere blitt vurdert å ha lav kost/nytte av det britiske helsevesenet (National Health Service, NHS).

[135] I lederavtalen heter det bl.a. at klinikksjefen skal gjennomgå drift, oppgavedeling, pasientforløp og logistikk for å sikre at ressursene blir brukt på de riktige pasientene på riktig måte, bl.a. med vekt på å redusere unødvendige kontroller, etablere behovsstyrt oppfølging der det er hensiktsmessig og øke og standardisere bruk av digitale konsultasjoner.

Riksrevisjonens undersøkelse av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten, viste at bruken av skjemabasert oppfølging varierte betydelig mellom helseforetakene, men at den har økt de senere årene. Vi har i denne undersøkelsen spurt helseforetakene om hvor mange pasientforløp de per 1. kvartal 2026 hadde tatt i bruk skjemabasert oppfølging for. Svarene viser at det fortsatt er stor variasjon mellom helseforetakene. Blant de 13 helseforetakene som svarer at de har oversikt, spenner omfanget seg fra 1 til 50 forløp. Dette tyder på at det er et potensial i mange helseforetak for å frigjøre tid ved å erstatte flere kontroller med skjemabasert oppfølging.

Tolv av helseforetakene er også såkalte kloke valg-sykehus.[136] Selv om «kloke valg» ikke handler om økonomi, kan det å unngå unødvendige prosedyrer eller inngrep ha konsekvenser for ressursbruken, ved at det blant annet bidrar til å vri ressursene dit det er størst behov. Som vi kommer tilbake til i kapittel 14, er det «å gjøre kloke valg» tatt inn som et mål av Helse- og omsorgsdepartementet i deres oppdragsdokument for 2026.

Faktaboks 21 Kloke valg

Gjør kloke valg-kampanjen er en norsk versjon av den internasjonale «Choosing wisely»-kampanjen som startet i USA i 2012. Hensikten er å redusere overdiagnostikk og overbehandling i helsevesenet. Den norske versjonen ble startet i 2018 som et initiativ fra Den norske legeforeningen, men gradvis har flere foreninger blitt med i arbeidet.

Målet er at både helsepersonell og pasienter sammen skal gjøre kloke valg i diagnostikk og behandling. Mange fagmedisinske foreninger har laget anbefalinger om prosedyrer og behandling som bør unngås. Dette er et kontinuerlig arbeid, og nye anbefalinger publiseres fortløpende på kampanjens hjemmesider.

Kloke valg-sykehus er sykehus som har forpliktet seg til å ta «kloke valg», bl.a. gjennom ledelsesforankring og kursing av ansatte. Videre må sykehusene implementere minst fem anbefalinger fra fagmedisinske foreninger, sette en startdato og måle effekt/trend over tid ved definerte indikatorer. De må også etablere minst to «Kloke valg-forbedringsprosjekter» ved sykehuset, med måling av effekt. I tillegg bør Kloke valg-sykehus etablere minst ett prosjekt i samarbeid med fastlegene i nedslagsfeltet for sykehuset, og det anbefales at sykehuset samarbeider med pasientforeninger eller andre pasientrepresentanter.

Kilde: Legeforeningen. (2026). Gjør kloke valg. [Internett].

[136] Sykehuset i Vestfold, Vestre Viken, Sykehuset Innlandet, St. Olav, Ahus, Helse Fonna, Sykehuset Østfold, Nordlandssykehuset, OUS, Helse Bergen, Sykehuset Telemark (medisinsk klinikk), og Helse Møre og Romsdal (klinikk for kreft og rehabilitering og klinikk for diagnostikk). I tillegg er også de private ideelle sykehusene Betanien Sykehus, Haraldsplass diakonale sykehus og Diakonhjemmet "Kloke valg"-sykehus. Kilde: Legeforeningen. (2026). *Kloke valg-sykehus.* [Internett].

12.3.4 Forhold som bidrar til at helseforetakene lykkes med omstilling

I dybdeundersøkelsen identifiserte vi noen forhold som var viktige i de utvalgte helseforetakene for å lykkes med endringsarbeid: Innsikt i egen drift gjennom tilrettelagte styringsdata, aktiv ledelse, og støtte til å gjennomføre endringer.

Innsikt i egen drift gjennom tilrettelagte styringsdata

Styringsdata fra egen drift gir helseforetakene et grunnlag for å ta kunnskapsbaserte beslutninger i økonomistyringen generelt, og i forbedringsarbeid spesielt. Som vi kommer tilbake til i kapittel 13, har alle helseregionene bygget opp datavarehus med en rekke styringsdata. Alle helseforetakene har tilgang til store mengder styringsdata fra driften sin blant annet gjennom disse, i form av regionale eller lokalt tilrettelagte rapporter.

Dybdeundersøkelsen viser hvor viktig det er for bruken av styringsdata, at disse sammenstilles og tilgjengeliggjøres på en brukervennlig måte. Ledere må også få opplæring i hvordan de kan lese dataene og hva de konkret kan brukes til, dersom de faktisk skal tas i bruk. Gjennom intervjuer i dybdeundersøkelsen kom det fram at det er stor variasjon mellom ledere i hvor mye de bruker styringsdataene. Noen får tallene servert av en økonomirådgiver (controller), og har ikke god kjennskap til disse selv. Dette er spesielt tilfelle for ledere som også jobber klinisk og har mindre tid til ledelse. Dataene blir da i mindre grad brukt i den daglige styringen av enhetene og til endringsarbeid.

Sørlandet sykehus har satset på tilgjengeliggjøring av sammenstilte driftsdata i dashbord. Helseforetaket påpekte i intervju at bruken av oppdaterte, sammenstilte data gjør at oppmerksomheten i styringen i større grad kan rettes framover. Styringsdata brukes ikke bare til å identifisere og forklare avvik som har skjedd, men kan i større grad brukes til å justere kursen i den daglige styringen og i endringsarbeid.

Aktiv ledelse

Helseforetakene i dybdeundersøkelsen viste til flere eksempler på hvordan de jobber aktivt med å få ledere på ulike nivåer til å få eierskap til egen drift.

- **Sørlandet sykehus** har de siste årene arbeidet for at ledere på alle nivåer skal kjenne sin egen drift og bli ansvarliggjort og involvert i både budsjettprosessen og i gjennomføring og oppfølging av driften i egen enhet. Et viktig virkemiddel har vært opplæring som gjør ledere kjent med dashbordene nevnt over.
- Ved **St. Olav** ble krav om knyttet til gjennomføring av innsparingsprogrammet lagt inn i lederavtalen mellom administrerende direktør og klinikksjef for klinikken som inngår i dybdeundersøkelsen.
- Ved klinikken ved **Nordlandssykehuset** som inngikk i dybdeundersøkelsen, så vi en enhet som tidligere hadde hatt store utfordringer med høyt sykefravær og høy turnover, vanskeligheter med rekruttering og stort behov for innleie av personell, men som hadde greid å få bukt med disse. Dette skjedde gjennom systematisk arbeid med å endre driften og kulturen ved avdelingene – med utgangspunkt i bedre bemannings- og arbeidsplanlegging, tettere oppfølging av ansatte og ledere, mer bevisst

ressursbruk og et styrket samarbeid mellom fag, drift og økonomi. Arbeidet bidro til lavere sykefravær og turnover, redusert behov for overtid og innleie, og gjorde avdelingen mer attraktiv som arbeidsplass.

Støtte til å gjennomføre endringer

Dybdeundersøkelsen viser at det er nyttig for gjennomføringsevnen om omstillingsarbeid følges av konkret støtte til gjennomføring av endringer:

- Både **Nordlandssykehuset**[137] og **Helse Fonna**[138] kunne vise til konkrete eksempler hvor helseforetaket la til rette for at ledere på lavere nivåer kunne motta hjelp utenfra til å forbedre arbeidstidsplanlegging.
- Et sentralt virkemiddel ved **Sørlandet sykehus** i innføringen av prosjektene «ARP», «Ta tiden tilbake» og «behovsstyrt poliklinikk» (ref. omtale ovenfor), har vært konkret støtte i innføringen. Enheter som har tatt i bruk ARP, har mottatt støtte fra «ressursteam» til å fasilitere innføringen.[139] Også for «Ta tiden tilbake» og «behovsstyrt poliklinikk» er det gitt tett oppfølging av innføringen.[140]

Ledelsen ved Sørlandet sykehus understrekte i intervju viktigheten av støtte og veiledning med gjennomføring av endringer, og viste til en erkjennelse av at tidligere initiativer har stoppet opp fordi ledere og ansatte ikke har hatt tid og/eller kompetanse til å implementere endring: Der man tidligere antok at gode data ville føre til bedre drift, har man innsett at ledere i en hektisk hverdag har behov for støtte til å gjennomføre endring, inkludert praktisk gjennomføring.

Ved St. Olav viste en spørreundersøkelse at ARP-metodikken først ikke ble godt nok tatt i bruk, til tross for at et dashbord var tilgjengeliggjort for alle enheter. St. Olav etablerte derfor et ressursteam etter modell fra Sørlandet sykehus for å fasilitere implementering i klinikkene.[141]

12.4 Hindringer for å lykkes med økonomistyringen

Gjennom dybdeundersøkelsen viste helseforetakene til ulike hindringer som står i veien for at de skal lykkes med økonomistyringen generelt og omstilling. Slike hindringer kan finnes både internt i helseforetaket, i styringen ovenfra og utenfor helseforetakene. Noen av de mest vesentligste er:

- **Tid til ledelse:** Det kan være utfordrende å drive endringsledelse for ledere på lavere nivåer, særlig for de som også arbeider klinisk. Også en del ledere ved sengeposter som ikke jobber klinisk, har utfordringer med å finne tid til å drive med endringsarbeid, fordi store deler av tiden går med til «brannslokking», som å ringe etter vikarer.

[137] Nordlandssykehuset har jobbet systematisk med arbeidstidsplanlegging ved flere sengeposter. Helseforetaket hentet her inn ekstern bistand fra en konsulent med erfaring fra tilsvarende fra arbeid fra et helseforetak i en annen helseregion.
[138] Helse Fonna har etablert en metodikk med «innsatsteam» bestående av bl.a. Gat-rådgivere og controllere, som kan bistå avdelinger som har utfordringer med innleie og mye ekstravakter og overtid.
[139] Ressursteamet sikrer at elementer i metodikken følges og bistår med å analysere data (aktivitet og bemanning) gjennom analyseverktøyet.
[140] Bl.a. har helseforetakets fagavdeling bidratt i arbeidet med å endre pasientforløp, og støttet opp om omstillings- og forbedringsprosjektene.
[141] ARP -metodikken var implementert ved fem klinikker i første kvartal 2026, og flere nye klinikker vil være med på neste runde med implementering høsten 2026.

- **Stram økonomi i kombinasjon med kortsiktig tenkning** kan hindre implementering av tiltak som kan bidra til mer effektiv drift på lengre sikt. Spesielt Nordlandssykehuset viser til at de ikke har råd til å sette i gang tiltak som vil ha effekt først på lengre sikt. Dette begrunnes med dårlig likviditet og fordi helseforetaket først og fremst blir målt på avvik på kort sikt, og ikke effekt på lengre sikt.
- **Et høyt antall mål og krav som til dels kan være motstridende:** For eksempel er det utfordrende å skulle ha fullt fokus på effektivisering av drift og ventetidsløftet samtidig. Dette blir forsterket av at ISF-andelen har blitt redusert. Ventetidsløftet innebærer at aktiviteten må økes, men økt aktivitet fører ikke til en like stor inntektsøkning som tidligere.
- **Manglende forutsigbarhet knyttet til endringer i finansiering**, både som følge av endringer og tilleggsbevilgninger i revidert nasjonalbudsjett og i de tilfellene helseforetakene har fått tilleggsbevilgninger gjennom året. Det er vanskelig å drive innstramming og endringsarbeid, og å få organisasjonen til å forstå nødvendigheten av omstilling, når erfaringen er at det kommer mer penger i løpet av året.
- **Når politikk og faglige vurderinger kommer på kollisjonskurs:** Det kan være vanskelig å få gjennomført strukturelle endringer, selv når fagmiljøene er enige i endringene, det vil ha positiv effekt på økonomien og det anses som nødvendig for eksempel på grunn av mangel på ressurser. Politikk, lokalt og nasjonalt, kan dermed påvirke optimalisering av sykehusdriften. Disse utfordringene omtales nærmere i 13.4.

13 RHF-enes tilrettelegging for god økonomistyring, effektiv ressursbruk og en bærekraftig økonomisk utvikling over tid

13.1 Overordnet beskrivelse av RHF-enes oppgaver og virkemidler

De fire regionale helseforetakene (RHF-ene) eier til sammen 20 helseforetak som driver med pasientbehandling, som RHF-ene styrer som eier og gjennom oppdrag.[142] I tillegg kjøper RHF-ene spesialisthelsetjenester fra andre leverandører av spesialisthelsetjenester, som ideelle helseforetak med langvarige driftsavtaler med RHF-ene, avtalespesialister og private helsetjenesteleverandører med tidsavgrensede avtaler.

RHF-enes oppgaver og virkemidler når det gjelder økonomistyring, kan oppsummeres som følger:

- **Styring**: RHF-ene styrer helseforetakene gjennom foretaksmøtene og oppdragsdokumenter/styringskrav og rammer. RHF-ene fastsetter økonomiske mål, krav og prioriteringer, samt videreformidler styringskrav og oppdrag fra Helse- og

[142] RHF-ene eier også sykehusapotek, regionale IT-selskaper og fem felleseide helseforetak: Sykehusinnkjøp HF, Luftambulansen HF, Pasientreiser HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF og Sykehusbygg HF. Vi har i denne undersøkelsen ikke sett på hvordan RHF-ene styrer disse selskapene.

omsorgsdepartementet. RHF-ene har det overordnede ansvaret for økonomisk styring i sin region.

- **Finansiering:** RHF-ene finansierer helseforetakene. RHF-ene prioriterer og anbefaler prosjekter som skal få tilgang til investeringsmidler og statlige lånerammer. De kjøper også fra private aktører som bidrar til at RHF-et oppfyller «sørge for-ansvaret».
- **Planlegging og samordning:** RHF-ene har ansvar for å utvikle og vedlikeholde regionale planer og strategier, slik som regional utviklingsplan og økonomisk langtidsplan.
- **Styrevalg:** RHF-et utnevner styremedlemmer til helseforetakene.
- **Oppfølging av helseforetakene:** RHF-ene følger opp at helseforetakene gjennomfører de oppgavene som de har pålagt dem.
- **Sørge for regional samordning:** RHF-et har ansvar for store regionale satsinger innen bygg, IKT, innkjøp og andre fellestjenester. Disse er del av regionens portefølje og påvirker økonomien. Innen økonomistyring er tilrettelegging av styringsdata ett konkret eksempel.

Oppdrag og krav til helseforetakene

RHF-ene gir oppdrag og krav til hvert helseforetak gjennom Oppdrag og bestilling[143], Styringskrav og rammer[144] eller Styringsdokument[145]. RHF-ene viderefører i stor grad oppdragene de får fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), bortsett fra de som må gjennomføres på regionale nivå. RHF-ene legger også til oppdrag til helseforetak ved behov.

RHF-ene viderefører også tilleggsdokument til oppdrag og bestilling til helseforetakene. Dette omfatter styringsbudskap som RHF-ene har mottatt fra HOD, og styringsbudskap forankret i vedtak i RHF-styrene etter at oppdrag og bestilling til helseforetakene ble utarbeidet. Tilleggsdokumentene har kommet i juni /juli, og lagt frem for styrene i helseforetakene til etterretning i styremøte etter sommeren. Helseforetakene bes om å rapportere på iverksatte og planlagte tiltak også for tilleggsoppdragene i Årlig melding for inneværende år.

De regionale inntektsfordelingsmodellene

En viktig oppgave RHF-ene har, er å fordele økonomiske rammer til helseforetakene. På samme måte som HODs finansiering av de fire RHF-ene er beregnet ved hjelp av en nasjonal inntektsfordelingsmodell, viderefordeler RHF-ene midlene til helseforetakene ved hjelp av regionale inntekstfordelingsmodeller.

Disse baserer seg i all hovedsak på den nasjonale inntektsfordelingsmodellen (jf. omtale i kapittel 11), men med noen tilpasninger. RHF-ene har i varierende grad oppdatert sine inntektsfordelingsmodeller de siste årene:

[143] Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.
[144] Helse Nord.
[145] Helse Vest.

- Helse Sør-Øst RHF reviderte sin inntektsfordelingsmodell i perioden 2022-2023. Denne ble innført fra 2025.
- Helse Midt Norge RHF oppdaterte modellen i 2022, og har gradvis innført denne over tre år, med full effekt fra 2024. Modellen skal evalueres i 2026.
- Helse Vest RHF justerte modellen i 2021, og Innførte denne i 2022, med en overgangsordning over to år.
- Helse Nord RHF gjennomførte mindre justeringer i 2019, men har ikke endret behovskomponenten siden den første regionale inntektsfordelingsmodellen ble innført. Store ekstrabevilgninger og øremerkede midler[146] har gjort det både vanskeligere og mindre relevant for Helse Nord RHF å gjøre endringer i modellen.[147]

Når andelen til den innsatsstyrte (ISF) finansieringen[148] endres, påvirker dette helseforetakenes inntekter i forskjellig grad, avhengig av hvor ISF-tungt hvert helseforetak er. ISF-andelen er på få år redusert fra 50% til 30%. Dette betyr at helseforetakene i mindre grad enn tidligere kan forbedre resultatene ved å øke aktivitet. En reduksjon i ISF-andelen fører også til større basisbevilgning[149] i de regionale inntektsfordelingsmodellene.

RHF-ene har ikke endret inntektsfordelingsmodellene sine som følge av endringer i ISF-andelen. Ifølge Helse Sør-Øst RHF[150] påvirker ikke endringer i ISF-andelen kriteriesettet i behovsindeksen eller metodikken for kostnadskomponenten, men det påvirker sammensetningen av gjestepasientoppgjøret.[151] Helseforetak som er mer aktivitetstunge enn andre får en omfordelingseffekt når ISF-andelen endres, men over tid skal alle helseforetak ha en 70/30 fordeling av basisramme og ISF-finansiering.[152] [153]

[146] For eksempel til sykehusene i Lofoten, Narvik og Alta.
[147] Intervju med Helse Nord RHF (13.04.2026).
[148] Inntekter basert på hvor mye og hvilken type aktivitet de faktisk utfører, målt gjennom DRG systemet.
[149] De aktivitetsuavhengige inntektene som RHF-ene får. Den overordnede nasjonale modellen beregner fordelingen av disse mellom RHF-ene basert på behovsnøkler (som alder, helse og sosiale kriterier) og kostnadsnøkler (som reisetid, forsknings- og utdanningsvirksomhet, historisk kostnadsnivå).
[150] Intervju.
[151] Jf. faktaboks 6 i kapittel 11.3.1 er det den aktivitetsuavhengige bevilgningen som fordeles etter inntektsmodeller. Derfor påvirkes ikke modellene i seg selv av endringer i ISF-andelen.
[152] Helse Sør-Øst gjorde en liten justering for å reflektere endringene i ISF-andelen, men har også andre tiltak for å gjøre finansieringen mer forutsigbar og mindre aktivitetsavhengig, særlig fordi OUS er mer aktivitetssensitive fordi de har flere gjestepasienter. De har blant annet en fast omfordeling for noen områdefunksjoner. Helse Vest RHF gjennomførte en mellomregning som gjorde fordelingen av de ekstra basisinntektene mest mulig nøytral. For å unngå å revidere inntektsfordelingsmodellen konverterte RHF-et tapte ISF-inntekter om til basistilskudd, slik at det ikke ble noen fordelingsvirkninger.
[153] Intervju med Helse Vest RHF (8.4.2026), Helse Midt-Norge RHF (10.04.2026), Helse Sør-Øst RHF (9.4.2026).

Finansiering av investeringer[154]

Som vist i kapittel 11, har RHF-ene over tid opparbeidet resultatbuffere gjennom betydelige regnskapsmessige overskudd.[155] [156]

RHF-ene har ordninger hvor det gis regionale midler (interne lån) til prioriterte prosjekter. Helseforetakene kan også søke RHF-et om lån for å dekke hele eller deler av egenandelen ved store lån. RHF-ene kan søke om lån fra HOD for investeringsprosjekter med kostnad på over 500 millioner kroner.

Dersom helseforetakene skal gjennomføre større investeringer, må det skaffes økonomisk rom ved overskudd i driften, hovedsakelig gjennom effektivisering av driften. Store investeringer fører til at egenandel[157], renter og avdrag må prioriteres over annen drift og mindre investeringer.

Helseforetakene må finansiere mindre investeringer selv gjennom positive resultater, salg av eiendom og likviditet som følger inntekten som skal dekke avskrivninger. Helseforetak som ikke når overskuddsmålene sine, må normalt redusere de planlagte investeringene.

I **Helse Sør-Øst** og **Helse Midt-Norge** holder RHF-et tilbake midler ved den årlige fordelingen av basistilskuddet til helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF holder tilbake et beløp som tilsvarer avskrivninger[158], mens Helse Midt-Norge RHF holder igjen et beløp etter vurdering av behov.[159] Midlene brukes til en intern låneordning mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene.

- I Helse Midt-Norge benyttes de tilbakeholdte midlene til å dekke egenandelen i store statlig finansierte prosjekter over 500 millioner kroner og i mindre prosjekter på 50–500 millioner kroner, etter søknad fra helseforetakene.
- I Helse Sør-Øst benyttes de tilbakeholdte midlene til prioriterte prosjekter, hovedsakelig nybygg over 100 millioner kroner, men også til lokale investeringer, som medisinsk-teknisk utstyr og mindre investeringer i bygg. Helse Sør-Øst RHF har i tillegg en regional investeringsbuffer på ca. 200 millioner kroner per år, som benyttes om det dukker opp nye behov i budsjettperioden, eller om eksisterende prosjekter trenger mer midler enn planlagt.

Helse Nord holder også igjen noe av basisrammen til omfordeling[160] for å delfinansiere økte kostnader som følge av investeringer og oppgraderinger. RHF-et har imidlertid en tettere kontroll med investeringene til helseforetakene enn de øvrige ved at det fastsetter

[154] Kilder: Del av Dokument 3:2 (2021–2022). *Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. RHF-enes finansstrategier, og svarbrev fra RHF-ene til Riksrevisjonen.*
[155] De regionale helseforetakene har gått med overskudd de siste ti årene, med unntak av Helse Nord RHF som har gått med underskudd to av de siste fire årene (2021 og 2023).
[156] HSØ RHF reserverer 700 millioner årlig som resultatbuffer for å kunne håndtere økte kapitalkostnader og eventuelt behov for økt egenfinansiering. I tillegg reserveres en investeringsbuffer på 200 millioner kroner årlig som buffer for investeringer i foretaksgruppen.
[157] Det er åpnet for at helseforetakene kan søke om 90% lånefinansiering, mot tidligere ordning med 70%.
[158] For 2025 utgjorde fri likviditet fra avskrivninger 4,8 milliarder kroner.
[159] I 2025 ble det holdt igjen 100 millioner kroner totalt for alle helseforetakene.
[160] Per ØLP for 2026-2029 holdes 1-2% av inntektene tilbake i en periode for å skape fremtidig handlingsrom til investeringer og nødvendig utvikling av tjenesten.

investeringsrammen til helseforetakene. Videre er det RHF-et som beslutter fordelingen mellom store byggeprosjekter og øvrige investeringer (for eksempel MTU og ambulanser). I tillegg skal alle investeringene i helseforetakene godkjennes av RHF-et. Dersom et helseforetak oppnår høyere overskudd enn planlagt, må det søke RHF-et om å få bruke dette til å investeringer. Som en særskilt ordning, har Helse Nord en ordning med kapitalkompensasjon, hvor helseforetakene som investerer i nye bygg får tilført litt ekstra kapital i noen år etter at bygget er ferdigstilt.

Helse Vest har tidligere skilt seg ut fra de andre RHF-ene ved at det har fordelt hele basisrammen til helseforetakene og gir foretakene en større del av ansvaret for investeringer. RHF-et legger nå opp til et positivt resultatkrav i morselskapet, som fungerer som en resultatbuffer. Resultatbufferen i morselskapet fungerer som en låneordning for å øke investeringsevnen i regionen, og for å håndtere risiko for manglende resultatoppnåelse i helseforetakene. Helseforetakene kan søke om lån fra RHF-et til konkrete byggeprosjekt på over 100 millioner kroner. Helse Vest har tidligere hatt god likviditet, og gjennomførte i 2023 et kapitalinnskudd i helseforetakene på cirka to milliarder kroner for å redusere gjelden helseforetakene hadde til RHF-et.[161] Dette bidro til å redusere helseforetakenes årlige kapitalkostnader.

Oppfølging av private

For å oppfylle sørge-for-ansvaret og sikre nok kapasitet, supplerer RHF-ene tjenesteproduksjonen i egne helseforetak med innkjøp fra private leverandører av helsetjenester. Disse kan deles inn i fire grupper: Private ideelle helseforetak med langvarige driftsavtaler (i Helse Sør-Øst og Helse Vest), private kommersielle leverandører, avtalespesialister og fristbruddleverandører.

De regionale helseforetakene har ulike måter som de kan følge opp ressursbruken hos de ulike private leverandørene, og fra 1. mai 2026 har RHF-ene også ansvar for å følge opp avtalene som spesialisthelsetjenesten har med såkalte fristbruddleverandører. RHF-ene oppgir i intervju at de forventer at dette vil gi bedre kontroll på aktiviteten og kostnadene, og at fristbruddleverandørene vil bli fulgt opp på linje med andre private helsetjenesteleverandører som RHF-ene har avtaler med.

13.2 RHF-enes styring og tilrettelegging

Vi har gjennomgått de regionale helseforetakenes oppdragsdokumenter til helseforetakene i årene 2022–2025. Gjennomgangen viser at RHF-ene har vektlagt økonomisk bærekraft, effektiv ressursbruk og måloppnåelse innenfor tildelte rammer. Tre av RHF-ene har også formulert spesifikke mål og krav knyttet til effektiv ressursbruk og bærekraft i oppdragsdokumentene:

- Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har hatt spesifikke mål og oppgaver knyttet til effektiv ressursbruk og bærekraftig utvikling som de har bedt helseforetakene følge opp.

[161] Helse Stavanger 572 mill. kroner, Helse Fonna 294 mill. kroner, Helse Bergen 900 mill. kroner og Helse Førde 234 mill. kroner. Dette ble gjennomført som en reduksjon av gjeld mellom RHF-et og helseforetakene, slik at det ikke innebar en likviditetstransaksjon.

- Helse Nord RHF har økt oppmerksomhet på økonomisk bærekraft og omstilling i senere år, med tydelige rapporteringskrav.
- Helse Midt-Norge RHF skiller seg ut, og har ikke angitt spesifikke mål og oppdrag om effektivitet og bærekraft.

Vi har også gjennomgått de regionale helseforetakenes risikovurderinger av virksomhetsrisiko. I Helse Sør-Øst var risiko forbundet med driftsøkonomi og resultatkrav identifisert som moderat i 2025. I Helse Midt-Norge var økonomisk bærekraft vurdert som høy risiko. Helse Nord gjennomfører ikke tertialvise risikovurderinger slik som Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge, men identifiserte i 2025 økonomisk bærekraft som konsekvensområde for en rekke risikoer identifisert i helseforetakene.[162] Helse Vest har ikke økonomisk bærekraft blant sine topp 5 risikoområder i sine tertialrapporter for 2025, men hadde til gjengjeld identifisert uønsket variasjon og prioritering.[163]

13.2.1 RHF-enes føringer for helseforetakenes budsjettarbeid

Føringer for arbeidet med økonomiske langtidsplaner og årsbudsjett

De regionale helseforetakene gir føringer til helseforetakene for prosessene med økonomiske langtidsplaner og årsbudsjett gjennom budsjettbrev.

RHF-enes budsjettbrev varierer noe i antall og omfang. Tidslinjen for budsjettprosessen er imidlertid noenlunde lik. Nedenfor følger en typisk tidslinje for den regionale budsjettprosessen.

Faktaboks 22 Overordnet tidslinje for den regionale budsjettprosessen

Desember–mars	RHF-et sender helseforetakene føringer for arbeidet med ØLP
Mai	Styrene i helseforetakene vedtar innspill til regional ØLP
Juni	Styrene i de regionale helseforetakene vedtar regional ØLP
Juli-september	RHF-et sender helseforetakene budsjettbrev med føringer for arbeidet med årsbudsjettene
Oktober	Statsbudsjettet
	RHF-et sender helseforetakene oppdaterte føringer
Desember	Årsbudsjettet behandles av helseforetakenes styrer
Februar	Konsolidert budsjett behandles av RHF-styret

Kilde: De regionale helseforetakene (svarbrev og oversendt dokumentasjon).

[162] Risikoene helseforetakene hadde meldt inn omfattet lav omstillingsevne, manglende kompetanseutvikling, manglende standardisering, personellmangel, samhandlingsproblemer, lav investerings- og innovasjonsevne, begrenset handlingsrom for å gjennomføre større strukturelle omstillinger, kapasitetssvikt i kommunal sektor, sikkerhetstrusler IT/annen infrastruktur og forsyningssvikt. Kilde: Styremøte i Helse Nord RHF 30. april 2025, sak 42-2025.

[163] De andre fire risikoene var nytte av digitalisering, legemiddelområdet, beholde, rekruttere og øke jobbnærvær, samt økt kompetanse innen beredskap.

De første budsjettbrevene sendes til helseforetakene mellom desember (Helse Sør-Øst) og mars (Helse Midt-Norge). Disse gir overordnede føringer for utarbeidelsen av ØLP, og påpeker at helseforetakene skal skape økt handlingsrom for investeringer gjennom god drift og positive resultater. I tillegg gis noen forutsetninger, for eksempel for rentesatser, aktivitetsvekst og investeringer. Foretakene skal levere innspillene til ØLP i april/mai, og foretakene i Helse Midt-Norge får da kortere tid enn foretakene i de andre regionene.

RHF-ene sender også føringer for neste års årsbudsjett til helseforetakene. Helse Vest og Helse Midt-Norge sender disse i juni/juli, Helse Sør-Øst i september, mens foretakene i Helse Nord ikke får disse før i november. Her gis overordnede føringer, tidsplan og informasjon om prosessen. Endelig inntektsramme og resultatkrav kommer i november/desember, med informasjon om nye forutsetninger for eksempel for lønns- og prisvekst, enhetspriser for ISF-poeng. Helse Sør-Øst RHF gir mer utfyllende informasjon og føringer enn de andre RHF-ene.

RHF-ene har også økonomihåndbøker eller tilsvarende.[164] Vår gjennomgang av de økonomihåndbøkene vi har mottatt, viser at disse hovedsakelig inneholder informasjon om hvordan sørge for et regnskapsteknisk korrekt budsjett, og også informasjon om rapportering. Informasjonen om budsjettering er overordnet og, det er få føringer for planlegging og budsjettering i helseforetakene.

Fastsetting av resultatkrav

I alle regionene skal det årlige resultatkravet til helseforetakene ta utgangspunkt i år 1 i ØLP. Det varierer imidlertid i hvilken grad helseforetakene får påvirke eget resultatkrav:

- **Helse Nord** skiller seg ut ved at RHF-et stiller resultatkravet, og også beslutter hvor mye hvert helseforetak får bruke på investeringer per år, også på MTU og mindre investeringer. Hittil har RHF-et basert resultatkravet utelukkende på investeringsbehovet, og ikke på hva som har vært realistisk for helseforetakene i regionen å klare.

  RHF-et forklarte i intervju at helseforetakenes innspill til regional ØLP har fokusert mer på investeringsbehov enn investeringsevne.[165] Helseforetakene er lite involvert i å sette kravet, som dermed ikke nødvendigvis oppleves som realistisk.[166] Gjennomgangen av regionale ØLP-er viser også at RHF-et i hovedsak opprettholder resultatkravet fra år til år, uavhengig av helseforetakenes resultat året før.

[164] Vi har bedt helseregionen oversende sine økonomihåndbøker. Fra Helse Midt-Norge har vi mottatt Helse- og omsorgsdepartementet sin Regnskapshåndbok for regionale helseforetak. Formålet med regnskapshåndboken er å sikre at regionene avlegger regnskaper i henhold til like regnskapsprinsipper på tvers av regioner og foretak. De tre andre RHF-ene har økonomihåndbøker. Økonomihåndbøkene til Helse Sør-Øst og Helse Nord omhandler hovedsakelig informasjon om hvordan sørge for et regnskapsteknisk korrekt budsjett, og også informasjon om rapportering. Informasjonen om budsjettering er overordnede og, det er få føringer for planlegging og budsjettering i helseforetakene. Helse Vest sin økonomihåndbok er kun tilgjengelig på intranett, og RHF-et opplyser at denne ikke er oppdatert de senere årene, men at RHF-et har en plan om å gjennomføre en rekke forbedringstiltak innenfor økonomistyring som bl.a. retter seg inn mot ajourføring av dokumentasjon og beskrivelse av prosesser og prosedyrer.

[165] Dersom helseforetakene i Helse Nord ønsker å øke investeringsrammene til mindre investeringstiltak, kan RHF-et legge til et høyere resultatkrav på foretakene slik at overskuddene kan legges av til nødvendige investeringer.

[166] Svarbrev fra helseforetakene og intervjuer i Nordlandssykehuset.

- **Helse Midt-Norge** endret sin finansstrategi i 2019, og ga styret i det regionale helseforetaket anledning til å sette resultatkrav til helseforetakene ved behov. Til og med 2024 har foretakene stort sett fått sette sine egne resultatkrav. I den siste ØLP-prosessen fikk helseforetakene i Helse Midt-Norge føring om å ta utgangspunkt i resultatkravet for 2025, ikke prognose. For Helse Møre og Romsdal, som hadde et betydelig avvik mellom prognose og resultatkrav, ble utgangspunktet urealistisk.[167] Dette er omtalt i faktaboks i kapittel 12.2.1 om realisme i budsjetteringen.

  Tidligere år har resultatkravet blitt behandlet i helseforetakenes styrer i desember, og RHF-ets styre behandlet det konsoliderte resultatet og likviditet i februar året etter. Nå blir det vedtatt på RHF-nivå først (november), så i foretakene i desember. Dersom budsjettet har vært behandlet i styret tidligere enn november, har dette blitt ansett som et forslag.
- **Helse Vest** oppgir at de har latt helseforetakene i regionen sette sine egne resultatmål basert på ambisjonsnivået for investeringer, og RHF-et har ikke trengt å overstyre kravet helseforetakene har satt. RHF-et vurderer at det er mulig man må gjøre noen endringer fremover, dersom regionen skal opprettholde ambisjonsnivået på investeringer. Da kan RHF-et for eksempel måtte bidra med å beregne hvilket resultat helseforetakene trenger for å gjennomføre et gitt investeringsnivå.
- I **Helse Sør-Øst** foreslår foretakene resultatkrav basert på føringer og retningslinjer utarbeidet av det regionale helseforetaket.

I 2025 ga Helse Sør-Øst helseforetakene konkrete føringer om å planlegge for å oppnå en resultatgrad på 2,5 prosent over tid, og samtidig basere langtidsplanene på realistiske forutsetninger om kostnads og inntektsutvikling. I 2026 justerte RHF-et føringen, og la opp til at det skulle planlegges for å oppnå en resultatgrad i foretaksgruppen på 2,5 prosent de nærmeste årene. De andre RHF-ene har ikke operert med konkrete føringer om resultatgrad over tid slik som Helse Sør-Øst RHF:

- **Helse Nord** har imidlertid i ØLP for 2026–2029 satt et mål om en resultatgrad på 1 prosent over tid, og at foretaksgruppen bør ha en EBITDA på 6–7 prosent over tid for å dekke investeringsbehovene. RHF-et har sett til de andre regionene når de fastsatte disse målene, men har ikke gjennomført analyser eller beregninger for å komme fram til disse målenes størrelsesorden.
- **Helse Midt-Norge** har ikke stilt tilsvarende krav, men har i ØLP for 2026–2031 inkludert en figur som viser forventet utvikling i resultatgrad frem mot 2031. Forventet resultatgrad for 2026 er 0,5 prosent. Denne vil øke til 2,6 prosent i 2031. Forventet utvikling i EBITDA-marginen er fra i overkant av fem prosent i 2026 til ca. syv prosent i 2031.
- **Helse Vest** har heller ikke satt noe mål, men viser til at EBITDA er innarbeidet i malen til ØLP og at dette er en viktig indikator for å vurdere evnen til å bære renter og avskriving knyttet til nye investeringer framover.[168]

[167] Svarbrev fra Helse Møre og Romsdal HF.

[168] Helse Vest viser videre til at EBITDA og EBITDA % brukes fra 2026 i større grad enn tidligere som vurderingsgrunnlag for å sette fremtidige investeringsrammer. Den årlige endringen har også vært viktig for å vurdere realismen i de driftsforbedringer og effektiviseringer som helseforetakene har lagt opp til i ØLP.

13.2.2 RHF-enes økonomiske langtidsplaner

Som vist i kapittel 12, er de økonomiske langtidsplanene ment å være et viktig styringsverktøy for å sikre økonomisk bærekraft over tid. De økonomiske langtidsplanene inneholder alle i varierende grad informasjon om for eksempel utvikling i aktivitet, produktivitet og likviditet, samt investeringsplan.

Helse- og omsorgsdepartementet ba de fire RHF-ene om å utarbeide og bruke en felles mal for rapportering av regional økonomisk langtidsplan (ØLP), gjeldende fra 2025.[169] Dette skal gi en harmonisert innrapportering og fremstilling fra helseregionene til departementet, slik at flere indikatorer blir enhetlig rapportert.[170]

Nøkkeltallene som RHF-ene rapporterer til departementet i henhold til den nye malen, inkluderer

- inntektsforutsetninger
- aktivitet
- bemanning per tjenesteområde
- resultatutvikling inkludert EBITDA-utvikling
- utvikling i produktivitet[171]

I tillegg er det en tabell som viser diverse tall på investeringer og likviditet.[172]

Vår gjennomgang av de regionale helseforetakenes siste økonomiske langtidsplaner viser at det er variasjon mellom RHF-ene i hvilke analyser de legger til grunn i disse. Helse Sør-Østs ØLP er langt mer omfattende enn de andre, og inneholder for eksempel grundigere analyser av bæreevne, likviditet og risiko. Den inneholder også mer detaljerte analyser av utvikling i alder på MTU og vedlikeholdsbehov.

De to helseregionene med de største økonomiske utfordringene, Helse Midt-Norge og Helse Nord, har også de minst omfattende langtidsplanene, og også de minst realistiske planene jf. omtale i kapittel 11 og 12. Begge RHF-ene konstaterer behov forbedring i planene.

13.2.3 RHF-enes oppfølging av økonomien i helseforetakene

RHF-enes kvalitetssikring av helseforetakenes budsjetter

Som vist i kapittel 11, har flere helseforetak ligget langt unna budsjett, både overordnet og på kostnadsposter som lønn og innleie de siste årene. Dette tyder på at de ikke har truffet så godt i arbeidet med budsjettene. Helseforetakene er ansvarlige for å utarbeide realistiske budsjetter, men som eier har de regionale helseforetakene også et ansvar i å godkjenne helseforetakenes budsjetter. Helseforetakene styrebehandler sine innspill til økonomisk langtidsplan før det oversendes RHF-et. Resultatmålet i økonomisk langtidsplan er førende for kommende års budsjett.

[169] Oppdrag til RHF-ene i Foretaksmøtet juni 2024.
[170] Regionene har jobbet sammen for å utarbeide tabeller som viser de viktigste indikatorene og framskrivingene. Disse er lagt inn som en ny fane i ØBAK-rapporteringen fra RHF-ene til HOD.
[171] Kostnad per ISF-poeng.
[172] ØBAK-rapportering fra RHF-ene for mai 2025.

Alle de regionale helseforetakene gjør en vurdering av realismen i helseforetakenes budsjetter, men gjennomfører i varierende grad en systematisk kvalitetssikring.

Helse Sør-Øst RHF har den mest omfattende kvalitetssikringen av budsjettene, og starter arbeidet allerede i oktober. Da har helseforetakene en forenklet leveranse av neste års budsjett på aktivitet, bemanningsnivå og økonomisk resultat.[173] Deretter er neste års budsjett tema på oppfølgingsmøter, og helseforetakene redegjør for sin budsjettstatus i november. Da går helseforetakene gjennom utfordringsbildet og muligheter for å komme i mål på resultatkravet. Sammen med det siste budsjettskrivet i november får helseforetakene også i oppdrag å svare skriftlig på en rekke konkrete spørsmål om budsjettet og realismen i dette.[174]

På bakgrunn av dette lager foretakscontrollere i RHF-et en kort oppsummering av risikobildet og beskrevne tiltak per helseforetak, og supplerer oppsummeringen med eventuelle egne vurderinger av realismen ved leveransen. Oppsummeringen vurderes sammen med de innmeldte tiltakene fra helseforetakene og sykehusene for å oppnå de budsjetterte målene. Vurderingene deles med HR-avdelingen og avdeling for medisin- og helsefag slik at de eventuelt kan komme med tillegg til det som allerede er beskrevet.[175]

Helse Vest RHF gjennomfører en kvalitetssikring av budsjettene i helseforetakene med utgangspunkt i styresakene til hvert helseforetak om budsjett, som vedtas av helseforetakenes styrer i desember. Budsjettet blir da vurdert opp mot faktiske tall for forrige år. I tillegg kontrolleres inntekter, varekostnader og lønnsområdet, for eksempel bruk av innleie og vurderinger opp mot utvikling i aktivitet samt utvikling årsverk. Risiko som identifiseres gjennomgås og drøftes i dialogmøter med helseforetakene.

Helse Midt-Norge RHF opplyste i intervju å ha hatt en tettere oppfølging av helseforetakenes planer på overordnet nivå i 2025 enn tidligere, særlig når det gjelder resultat, realismen i budsjettene og omstilling. I 2025 vurderte RHF-et at det var høy risiko for at budsjettene helseforetakene hadde vedtatt ikke ville oppnå krav om budsjettbalanse ved årets slutt.[176]

For å vurdere realismen i budsjettene tok RHF-et ut rapporter og sammenlignet kostnadsutvikling med faktiske tall og budsjett for tidligere år, for eksempel for sykelønnsrefusjoner, lønn og innleie. I tillegg ble det avholdt oppfølgingsmøter for å

[173] Dersom det er avvik fra ØLP på noen av disse områdene, kontakter RHF-et helseforetaket for å kartlegge årsakene. Da vurderes det også om det er behov for tiltak for å oppnå resultatet i ØLP.

[174] Blant annet må helseforetaket redegjøre for sin egen vurdering av realismen i budsjettet; svare på spørsmål om driften som rammebetingelser som er lagt til grunn, utfordringer, funksjons- og oppgavefordeling, bruk av buffer og beskrivelse av bemanningsendringer, levere overordnede kommentarer om sammenhengen mellom budsjettert aktivitet og bemanning, og mellom budsjettert aktivitet bemanning og økonomi samt redegjøre for effekter av eventuelle store byggeprosjekter og investeringer.

[175] Avdeling for medisin og helsefag er først og fremst involvert i kvalitetssikring av forhold som treffer på lengre sikt og som dermed påvirker ØLP.

[176] RHF-et stilte krav til styrebehandling i HF-styrene i både mars, juni og september av forhold rundt status for budsjett og økonomisk måloppnåelse. HF-styrene skulle styrebehandle oppdatert status på regnskap hittil i år og prognose for 2025, status for iverksettelse og forventede effekter av vedtatte tiltak, status for omstillingsbehov og forventede tiltakseffekter for 2025, plan for nye tiltak dersom samlet omstilling ikke gir tilstrekkelig effekt for at økonomiske rammer for 2025 overholdes.

vurdere realismen i budsjettene, og RHF-et stilte spørsmål der tallene ikke virket rimelige.[177]

RHF-et viser i intervju til at det har presisert at foretakene ikke skal ha uspesifiserte tiltak i budsjettet, men det er vanskelig å få til dette i praksis. Helseforetakene har hatt utfordringer med å konkretisere tiltak. Særlig Helse Møre og Romsdal HF har hatt utfordringer med å konkretisere tiltak ned på klinikk og avdeling. I 2025 ble tiltak periodisert gjennom året og uløste utfordringer ble lagt jevnt utover på reduksjon av lønn, fordi det er der man ofte skal kutte. Dette har ført til uspesifiserte lønnsreduksjoner i budsjettet.

Helse Nord RHF gjør en vurdering av helseforetakenes budsjetter i forbindelse med at konsolidert budsjett vedtas av RHF-styret i februar samme år som budsjettet gjelder for. Økonomiavdelingen i RHF-et gjennomgår i forkant av styrebehandlingen budsjettene og tiltaksplanene fra helseforetakene, med støtte fra eierdirektør, og gjør en vurdering av om helseforetakene har en fornuftig omstillingsplan, og om tiltakene ser gjennomarbeidet ut. Det regionale helseforetaket er klar over at helseforetakene opererer med «uløste utfordringer» og/eller tiltaksområder uten konkretiserte tiltak eller planer for implementering, for å få budsjettet til å gå opp.[178]

Høsten 2024[179] vurderte Helse Nord omstillingsutfordringen i helseforetakene til å være så stor at helseforetakenes resultatkrav ble satt til 0, men det ble påpekt at resultatkravene skulle økes fra 2026 for å skape større handlingsrom og for å kunne investere i utstyr. Styresaken fastslår at de fire helseforetakene hadde omstillingsbehov på 1 394 mill. kroner, og at de hadde identifisert tiltak med effekt på omtrent 800 mill. kroner. Som nevnt i kapittel 12.2.1 var ikke alle disse tiltakene fylt med innhold eller hadde noen plan for implementering.

RHF-et er klar over at helseforetakene i regionen opererer med «uløste utfordringer» og/eller tiltaksområder uten konkretiserte tiltak eller planer for implementering, for å få budsjettet til å gå opp. RHF-et mener at uløste utfordringer bør legges samlet på en post, og at helseforetakene bør være åpne om at det ikke er identifisert tilstrekkelig med tiltak til å nå resultatmålet, men forklare hvordan de jobber med å løse det.[180]

RHF-enes løpende oppfølging av økonomien i helseforetakene

Alle helseforetakene rapporterer månedlig til sine regionale helseforetak på indikatorer innenfor økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet. I tillegg gjennomfører RHF-ene

[177] RHF-et opplyser at de som jobber med rapportering gjennom året og de som jobber med budsjett har vært involvert i kvalitetssikring og oppfølging av budsjettarbeidet. Representanter fra RHF-ets organisasjonsavdeling (HR) har deltatt i vurderingen av helseforetakenes bemanningsbudsjetter, blant annet ved å se på sammenhengen mellom bemanningsbudsjett og lønn, og realismen i tiltakene som helseforetakene beskriver. Økonomiavdelingen og HR har også jobbet sammen for å vurdere om bemanningsbudsjett og lønnsbudsjett henger godt nok sammen.

[178] RHF-ets økonomiavdeling var skeptiske til Nordlandssykehuset sitt tiltak for 2025 på 58 millioner kroner som het «vurdere tjenestetilbud», men som i realiteten ikke hadde noe innhold. RHF-et brukte en del tid med helseforetaket for å finne ut hva dette tiltaket innebar, og var skeptisk til at tiltaket skulle få så stor effekt. Men tiltaket fikk allikevel bli stående. Helseforetaket hadde også et stort tiltak på det prehospitale området som ikke ble implementert, fordi det ble for mye støy.

[179] Styremøte i Helse Nord RHF 12. oktober 2024, sak 128-2024.

[180] Intervju med Helse Nord RHF.

regelmessige oppfølgingsmøter med helseforetakene.[181] Det er i hovedsak de samme rollene fra RHF-ene og helseforetakene som deltar i møtene, og i alle tilfeller deltar administrerende direktør, fagdirektør eller tilsvarende, økonomidirektør samt HR-/organisasjonsdirektør.[182] I Helse Sør-Øst deltar i tillegg styreleder for helseforetaket i oppfølgingsmøtene.

Alle RHF-ene har mer eller mindre faste agendapunkter som gås igjennom i møtene, inkludert status på oppdrag og tiltak – i tillegg til at helseforetakene kan løfte temaer de er opptatt av.

Vår gjennomgang av dokumentasjon og intervjuer med RHF-ene tyder imidlertid på at Helse Sør-Øst RHF går mer inn i situasjonen til helseforetakene og i større grad følger opp med konkret bistand til helseforetakene:

- Ett eksempel fra ett oppfølgingsmøte i 2025, var at Helse Sør-Øst RHF satte på dagsorden at helseforetakene skulle redegjøre for hvordan de skal ta i bruk den nye integrasjonen mellom systemene for personellplanlegging (GAT) og pasientadministrasjon (DIPS) i langtidsplanlegging ved klinikkene, og hvilken bistand de trenger fra RHF-et eller IT-leverandøren Sykehuspartner HF for å få dette på plass.
- Et annet eksempel er RHF-ets bruk av innsatsteam/analyseteam som bistår helseforetakene med analyser og rådgivning på utvalgte områder. I 2025 ble det for eksempel satt inn innsatsteam for å se på sengepostdrift ved Sykehuset Innlandet med særlig oppmerksomhet på de medisinske enhetene. I 2026 bistod et team fra RHF-et med gjennomgang av driften ved Vestre Viken HF, som følge av den økonomiske situasjonen ved sykehuset.
- Helse Sør-Øst RHF tilrettela også for erfaringsutveksling på tvers om utfordringer med utstrakt bruk av innleie av personell. RHF-et gjennomførte i en periode ekstra oppfølging av alle helseforetakene annenhver uke, hvor de gjennomgikk status og effekt av tiltak, og sørget for helseforetakene delte erfaringer om hva andre hadde gjort for å løse dette.

De andre RHF-ene har ikke en tilsvarende ordning med innsatsteam.[183]

Helse Nord RHF opplyser i intervju at det er gjennomført en rekke utskiftninger i både styrer og ledelse i regionen de senere årene. Tre av styrelederne er nye, og det er gjort grep i ledelsen i både UNN og Finnmarkssykehuset. RHF-et mener det er viktig med sentrale nøkkelpersoner som kan utfordre resten av organisasjonen på å gjennomføre endring, og påpeker at økonomikompetansen er hevet i ledelsen i flere av foretakene.

[181] Antall oppfølgingsmøter som ble gjennomført i 2025 år varierer mellom cirka 6 (Helse Vest) og 10 (Helse Midt-Norge). I Helse Nord ble det i 2025 gjennomført 7 møter, mens Helse Sør-Øst gjennomførte 9.
[182] I Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge deltar som regel også RHF-ets eierdirektør, mens i Helse Nord deltar viseadministrerende direktør der denne rollen finnes (RHF-et, UNN og Nordlandssykehuset).
[183] Helse Nord RHF opprettet imidlertid et team 2021/2022 som skulle bistå helseforetakene blant annet med rolleforståelse. Dette ble imidlertid avviklet da det ble besluttet å sette i gang det store omstillingsarbeidet, som også ble stoppet før det førte til noe. Kilde: Intervju med Helse Nord RHF.

13.2.4 Tilrettelegging av styringsdata som helseforetakene kan bruke til planlegging og oppfølging av driften

Alle de regionale helseforetakene har bygget opp datavarehus med styringsdata fra helseforetakenes drift, som er tilgjengeliggjort for helseforetakene. Datavarehusene samler data fra en rekke fagsystemer, og RHF-ene har blant annet utarbeidet en rekke rapporter og dashbords. I tillegg er det mulig for helseforetakene å utarbeide egne rapporter.

Det varierer noe mellom de regionale datavarehusene hvilke data som er tilgjengeliggjort:

- Helse Midt-Norge har ikke HR-data i sitt datavarehus, men jobber for å få dette inn i 2026.
- Hos Helse Sør-Øst begrenser HR-dataene i det regionale datavarehuset seg til data om sykefravær og månedsverk på helseforetaksnivå, mens disse dataene på lavere nivåer, eller andre HR-data utover disse, må hentes fra andre systemer. RHF-et understreker at helseforetakene har mulighet til dette, men viser til at RHF-et har en målsetting om å tilgjengeliggjøre mer HR- og sammenstilte aktivitetsdata, slik at det også blir mulig å gjøre benchmarking mellom helseforetakene i den regionale løsningen.
- Helse Nord og Helse Vest har ulike HR-data tilgjengeliggjort i rapporter fra de regionale datavarehusene.

Helse Nord viser til at selv om det regionale datavarehuset har både aktivitetsdata og HR-data, er det en utfordring å koble disse på et lavere nivå enn klinikknivå grunnet ulike logikker mellom organisatorisk tilhørighet til den kliniske aktiviteten og den organisatoriske tilhørigheten til de ansatte. Denne kompleksiteten har hittil medført at verken RHF-et eller helseforetakene har gode analyser av sammenhengen mellom aktivitet og bemanning annet enn på helt overordnet nivå.[184] Regionen er i ferd med å innføre integrasjon mellom det pasientadministrative systemet (Dips) og personellplanleggingssystemet (Gat) (jf. omtale i kapittel 12.3.2), og ifølge RHF-et vil dette gi helseforetakene et verktøy som vil hjelpe dem å planlegge ressursene bedre.

Som vist i kapittel 12, finnes det – med unntak av i Helse Nord – eksempler på at det er utarbeidet dashbords med styringsinformasjon som sammenstiller aktivitetsdata og bemanningsdata, som kan brukes i budsjettprosessen eller den operative planleggingen og oppfølging av driften. Både Helse Vest[185], Helse Sør-Øst[186] og Helse Midt-Norge[187] viser alle til at dashbord som sammenstiller informasjon om faktisk antall pasienter og antall ansatte på sengepost, var tilgjengeliggjort for helseforetakene per andre kvartal 2026.

[184] Helse Nord RHF viser imidlertid til at det er planer om å bruke KI i arbeidsplanlegging, og at utviklerne av dette har funnet en måte å håndtere at det er forskjellig logikk for aktivitet og bemanning.
[185] Helse Vest RHF viser til at det i regionen har eksistert et verktøy for å planlegge ressursene i tråd med analyser av historisk aktivitet i regionen i mange år, som blant annet sammenstiller informasjon om faktisk antall pasienter og antall ansatte på jobb.
[186] Helse Sør-Øst viser i mai 2026 til at det er utviklet et dashbord i deres regionale data- og analyseplattform knyttet til drift av sengeposter. Dashbordet viser bemanning per innlagt på sengepost (bemanningsfaktor) gjennom døgnet for alle sengeposter i Helse Sør-Øst. Dashbordet er tilgjengeliggjort for alle ledere i helseregionen, og at det dermed er mulig for ledere å sammenligne egen drift mot andre sammenlignbare enheter.
[187] Helse Midt-Norge viser til at dashbordet som opprinnelig ble utarbeidet ved St. Olav etter inspirasjon fra Sørlandet sykehus også er gjort tilgjengelig for de andre helseforetakene i regionen.

Samtidig viser kapittel 12.3 at det at et dashbord eller en teknisk løsning finnes, ikke betyr at den er tatt i bruk.

At det er et stort behov for å knytte bemannings- og aktivitetsplanlegging tettere sammen, illustreres av Helse Sør-Østs pågående arbeid med å få på plass et regionalt budsjettverktøy som skal gjøre nettopp dette. RHF-et arbeider med å få på plass en kobling av bemanningsdata, aktivitetsdata, og data fra integrasjonen mellom systemene for personellplanlegging og pasientadministrasjon, ref. omtale i kapittel 12.3.2.

Et slikt system kan gi lederstøtte gjennom mulighet for framskriving av aktivitet og personellbehov. Effektene vil være styrket bemanningskontroll, samt et godt grunnlag for strategisk stillingsstyring på foretaksnivå. I behandling av styresak 108-2024 understreket administrerende direktør at aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging bør inn som standard i budsjettprosessen, for å gi enda bedre grunnlag for god økonomistyring. Helse Sør-Øst RHF viser til at når data fra integrasjonen mellom systemene for personellplanlegging og pasientadministrasjon er innført, vil det også bli mulig å se poliklinisk aktivitet opp mot bemanning. Som vist i kapittel 12.3, er det stor variasjon mellom helseforetakene i regionen i hvor langt de har kommet med innføringen av integrasjonen.

De tre andre RHF-ene har ikke tilsvarende konkrete planer som Helse Sør-Øst.

13.3 RHF-enes arbeid med å redusere unødvendig aktivitet

RHF-ene har i undersøkelsesperioden arbeidet med flere konkrete tiltak for å redusere unødvendig aktivitet. I 2023 fikk RHF-ene flere oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til reduksjon av unødvendig aktivitet, som de skulle løse i felleskap.

Arbeidet har blant annet omfattet å

- implementere ordninger for revurdering og utfasing av behandlingsmetoder med antatt lav nytteverdi
- kartlegge variasjon i bruk av laboratorie-, bilde- og radiologitjenester og iverksette tiltak for å redusere overforbruk av disse tjenestene
- vurdere metodebruk innenfor rehabiliteringsområdet for å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk

En nærmere redegjørelse av arbeidet er gjengitt i vedlegg 7.

I tillegg har RHF-ene blant annet

- fortsatt arbeidet som har pågått siden 2015 med å tilgjengeliggjøre informasjon om variasjon i forbruk av helsetjenester, og lansert et nytt «klinisk dashbord» med styringsinformasjon som det er ment at helseforetakene skal bruke i sin oppfølging av uønsket variasjon og reduksjon av unødvendige aktivitet (for en nærmere redegjørelse for dette, se vedlegg 7)

- videreformidlet krav fra departementet til helseforetakene om overgang fra kalenderstyrt til behovsstyrt poliklinikk og gjennomgang av oppgavedeling og reduksjon av unødvendige kontroller for fagområder med lengst ventetider/ventelister (2025) med mål om å redusere antall unødvendige kontroller og sikre bedre pasientflyt, samt arbeide med å identifisere og fjerne tidstyver som binder opp helsepersonells tid (2025 og 2026, som ledd i Ventetidsløftet)

13.4 Begrensninger i RHF-enes handlingsrom

Foretaksmodellen er innrettet for å gi de regionale helseforetakene et handlingsrom for å gjøre nødvendige prioriteringer og finne den mest hensiktsmessige måten å løse det samlede oppdraget sitt. Dokumentanalyse og intervjuer viser at ulike faktorer tidvis utfordrer RHF-enes opplevelse av sitt handlingsrom.

I intervju med RHF-ene kommer det fram at det å få tilleggsbevilgninger gjennom året kan utfordre god økonomistyring. Helse Sør-Øst RHF viser for eksempel i intervju til at den økende tendensen til øremerkede tilskudd er til hinder for effektivitet og omstilling. De peker på at finansieringsmodellene i utgangspunktet skal være objektive for å tilrettelegge for likeverdige tjenester. Det ødelegger for budsjettdisiplinen, dersom det kommer et tilskudd så snart man ikke lykkes helt. Helse Vest RHF er enig, men poengterer at midler til å dekke pensjonsforplikter er et unntak. RHF-ene er avhengige av justeringer i revidert nasjonalbudsjett (RNB) fordi det kan komme store endringer som følge av aktuarberegningene.

Vi har også spurt økonomidirektørene i de regionale helseforetakene om hva som vil være de største utfordringene i økonomistyringen i helseregionene framover. Blant annet trekker de fram følgende momenter:

- Økonomisk usikkerhet som følger av Stortingsvedtak som går på tvers av RHF-enes og helseforetakenes opprinnelige planer: Det øker den økonomiske risikoen for de regionale helseforetakene hvis Stortinget fatter vedtak uten tilstrekkelig utredninger og vurderinger av administrative og økonomiske konsekvenser av vedtakene. Helse Sør-Øst RHF peker på at denne usikkerheten har økt som følger av den parlamentariske situasjonen etter valget i 2025.
- Handlingsrommet defineres av politiske forutsetninger: Det er et begrenset handlingsrom for å gjennomføre større strukturelle omstillinger. Helse Midt-Norge RHF peker på at de økonomiske rammene stiller krav til omstilling og prioritering som kan medføre behov for å gjennomgå funksjonsdeling og strukturdiskusjoner.

Et eksempel på at endrede politiske føringer har stoppet store omstillingsprosesser, er arbeidet som ble igangsatt i Helse Nord. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredet regionen ulike tiltak som skulle bidra til å sikre økonomisk bærekraft. Omstillingsprosessen ble stanset i 2024 (se faktaboks under for nærmere omtale av omstillingsprosessen).

Faktaboks 23 Omstillingsprosess Helse Nord 2023–2024

Helse Nord RHF arbeidet hele 2023 og deler av 2024 med å utrede tiltak som skulle bidra til å sikre økonomisk bærekraft i regionen. Arbeidet startet med et oppdrag fra helse- og omsorgsministeren i foretaksmøte 9. november 2022.

Bakgrunnen for oppdraget var en bekymringsfull økonomisk situasjon i regionen, med økende kostnader, bemanningsutfordringer og demografiske endringer som gir økt behov for helsetjenester. Eksempelvis medfører nedgangen i befolkningsvekst at helseregionen har fått redusert bevilgningene gjennom den nasjonale inntekstfordelingsmodellen med til sammen 440 mill. kroner i perioden 2022–2025.

Oppdraget som helse- og omsorgsministeren ga, innebar blant annet å vurdere endringer i funksjons- og oppgavedeling mellom sykehusene for å sikre langsiktig bærekraft. Dette ble fulgt opp med omfattende utredninger, høringer og forslag til tiltak.

Da styret i Helse Nord RHF skulle behandle forslag til tiltak i styremøte 9. januar 2024, ble det store diskusjoner, og administrerende direktør i Helse Nord valgte å trekke saken for å komme tilbake med et nytt og forbedret saksframlegg. En uke senere (16. januar 2024) ga helse- og omsorgsministeren Helse Nord et justert oppdrag. Det justerte oppdraget sikret opprettholdelse av det akuttkirurgiske tilbudet i Narvik og Lofoten, som var foreslått nedlagt i forslaget som administrerende direktør trakk. Samtidig ble det gitt føringer om at fødetilbudet i regionen også skulle opprettholdes de kommende fire årene, gitt forsvarlig drift. Helse Nord reviderte dermed forslagene sine og sendte revidert rapport på høring våren 2024.

De reviderte tiltakene ble vedtatt av styret 19. juni 2024. Som rapporten slo fast, ville tiltakene som ble foreslått – og vedtatt – ikke ha tilstrekkelig effekt til å løse regionens samlede utfordringer med tanke på tilgang på personell og økonomisk bærekraft, og svarte dermed kun ut deler av omstillingsbehovet.

Kilde: Protokoll fra foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF 9. november 2022. Protokoll fra styremøte i Helse Nord RHF 19. juni 2024, sak 83-2024 Tiltak som bidrar til bærekraft i Helse Nord – rapport. Helse Nord RHF. (2024, 7. februar). Dette skjer videre i omstillingsarbeidet [Internett].

Helse Nord viser i intervju til at RHF-et prøver å utnytte handlingsrommet det har, men at politiske beslutninger begrenser mulighetene. Det er også nevnt i risikobeskrivelsen til Helse Nord at handlingsrommet defineres av politiske forutsetninger.[188]

Ifølge RHF-et har regionen fått ekstra midler for å kompensere for omstillingen som uteble, men peker på at dette ikke løser problemet: Helse Nord har måttet opprettholde

[188] Styremøte i Helse Nord RHF 30. april 2025, sak 42-2025 Vurdering av risiko i Helse Nord.

et tilbud i Lofoten som i stor grad er basert på vikarer på rotasjon, noe de mener at ikke er bærekraftig. Helse Nord RHF mener det er behov for en bredere forståelse for at endringer er nødvendig. RHF-et viser til at Nordland fylkesting har sagt at fylkestinget forventer at det ikke skal gjøres strukturendringer de neste fire årene. Ifølge høringssvarene til regional utviklingsplan i 2022 var alle enige om at «noe må gjøres, men ikke hos oss».

Det finnes også flere eksempler der stortingsvedtak har endret på opprinnelige planer som RHF eller helseforetak har hatt for å omstille driften, enten med faglig eller økonomiske begrunnelser. For en oversikt over noen av disse, se faktaboks under.

Faktaboks 24 Eksempler på Stortingsvedtak som har gått på tvers av RHF-enes og helseforetakenes opprinnelige planer

Vedtak om å sikre desentraliserte spesialisthelsetjenester i Sogn og Fjordane: Stortinget vedtok 24. februar 2026[189] å be regjeringen bl.a. sikre at barseltilbudet og skadepoliklinikken på Lærdal og Nordfjord sjukehus blir videreført.

Vedtak om stans av anskaffelse av rehabiliteringstjenester i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge: Stortinget vedtok 10. februar 2026[190] å be regjeringen stanse alle kontraktsinngåelser, avlyse anskaffelsen der kontrakt ikke er inngått og videreføre dagens avtaler for rehabiliteringsanskaffelser i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge fram til det er etablert faglig gode kvalitetskrav basert på et solid kunnskapsgrunnlag, pasientens behov og en langsiktig plan for ulike typer rehabilitering er lagt fram for Stortinget. Regjeringen konkluderte med at dette ikke kunne gjennomføres uten å bryte norsk lov, og anmodningsvedtak ble derfor senere opphevet.

Vedtak om hjertebehandling i Nord-Norge: Stortinget vedtok 10. februar 2026[191] å be regjeringen sikre at det etablerte PCI- tilbudet ved Nordlandssykehuset Bodø videreføres, og at det arbeides for en utviding til døgntilbud samtidig som at det helhetlige fagmiljøet og kvaliteten i tilbudet ivaretas. Stortinget ba regjeringen sikre på at PCI-tilbudet og fagmiljøet ved UNN ivaretas og styrkes.

Vedtak om styrking av tilbudet ved Klinikk Alta, Finnmarkssykehuset: Stortinget har i flere omganger i perioden 2023–2025 vedtatt øremerkede midler/tilleggsbevilgninger for å styrke pasienttilbudet ved Finnmarkssykehusets Klinikk Alta.[192]

[189] Jf. Innst. 116 S (2025–2026) *Representantforslag om å sikre desentraliserte spesialisthelsetjenester i Sogn og Fjordane*, jf. vedtak 482 og 483.
[190] Jf. Innst. 95 S (2025–2026) *Representantforslag om ei ny og offensiv satsing på arbeidsretta rehabilitering*, jf. vedtak 455.
[191] Innst. 96 S (2025–2026) *Representantforslag om bedre hjertebehandling i Nord-Norge og Midt-Norge*, jf. vedtak 460 og 461.
[192] Prop. 1 S (2023–2024), Innst. 11 S (2023–2024)- vedtak i samsvar med innstillingen med avvik/tillegg; Prop. 104 S (2023–2024) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2024 – vedtak i samsvar med innstillingen; Prop. 106 S (2023–2024) Tillegg til Prop. 104 S (2023–2024) om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2024 – vedtak i samsvar med innstillingen; Prop. 1 S (2024–2025), Innst. 11 S (2024–2025) – vedtak i samsvar med innstillingen med avvik/tillegg; Prop. 1 S (2025–2026), Innst. 11 S (2025–2026) – vedtak i samsvar med innstillingen.

Vedtak om fødeavdelingen i Kristiansund: Stortinget vedtok 23. februar 2021[193] å be regjeringen instruere Helse Midt-Norge RHF om å sikre fortsatt drift av fødeavdelingen i Kristiansund i tråd med tidligere vedtak.[194] Regjeringen bevilget 25 mill. kroner for å sikre bemanning i 2022, men avdelingen ble ikke gjenåpnet på grunn av rekrutteringssvikt. Klinikkledelsen trakk seg i 2022 og mente det ikke var faglig forsvarlig å holde avdelingen åpen.

Kilde: Stortingets nettsider.

14 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av økonomien

14.1 Overordnet om departementets rolle og virkemidler på økonomiområdet

Helse- og omsorgsdepartementets rolle overfor RHF-ene er todelt i den forstand at departementet både er **eier** av de regionale helseforetakene og **oppdragsgiver**. Departementet har en rekke virkemidler som er relevante for styringen av RHF-ene på økonomiområdet:

Foretaksmøter og oppdragsdokument: Departementet stiller som eier krav til og gir rammer for RHF-enes virksomhet gjennom foretaksmøte. Oppdragsdokumentene har som formål å stille styringskrav til RHF-ene og å formelt stille midlene i Stortingets budsjettvedtak til RHF-enes disposisjon. Departementet overleverer årlige oppdragsdokumentene til RHF-ene i foretaksmøte i januar. Som regel kommer det også tilleggsdokument til oppdraget i juli, etter endringer som følger av revidert nasjonalbudsjett. Vanligvis avholdes også foretaksmøter gjennom året.[195] Foretaksmøtene og oppdragsdokumentene er nærmere redegjort for i kapittel 14.2.1.

Månedlig rapportering (ØBAK) og oppfølgingsmøter: RHF-ene leverer månedlig både styrebehandlede virksomhetsrapporter og andre rapporter til departementet med informasjon om status på en rekke parametere innen økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet – den såkalte ØBAK-rapporteringen. Departementet har mottatt slik rapportering siden 2007. Departementet skiller mellom oppfølgingsmøter til oppfølging av ØBAK, og oppfølgingsmøter til annen oppfølging, eksempelvis av konkrete oppdrag i oppdragsdokumentene. Rapportering av disse gjøres som hovedsak i årlig melding, om ikke annet er angitt i oppdragene. Departementets oppfølging av RHF-enes økonomi og økonomistyring omtales nærmere i kapittel 14.2.2.

[193] jf. Innst. 217 S (2020–2021) *Representantforslag om tiltak for å sikre trygge fødsel- og barseltenester og jordmorberedskap i heile landet*, jf. vedtak 650.
[194] Stortingsvedtak nr. 574 (2019–2020).
[195] I tillegg til fastsetting av krav og rammer, skal saker som styrevalg, behandling av årsregnskap og årsmelding og andre saker av vesentlig betydning behandles i foretaksmøtet.

Finansiering: Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter rammer, mål og finansieringsordninger for de regionale helseforetakene, og beslutter fordelingen av midler til dem. **Helsedirektoratet** er en sentral aktør og kunnskapsleverandør i finansieringen av RHF-ene. Blant annet er det direktoratet som utformer og vedlikeholder DRG-systemet, som er grunnlaget den for innsatsstyrte finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Departementet har i perioden 2022–2025 gjennomført flere endringer av finansieringsmodellen for spesialisthelsetjenesten, som påvirker økonomistyringen i helseregionene og det enkelte helseforetak. Disse er redegjort for i kapittel 14.3.

Styrevalg: Departementet utnevner styremedlemmer til de regionale helseforetakene. Departementet viser i brev til at de er opptatt av at styrene samlet sett skal ha tilstrekkelig kompetanse innen blant annet økonomi, virksomhetsstyring, risikoforståelse og omstilling, i tillegg til helsefaglig og strategisk kompetanse. Styrene i de regionale helseforetakene har i dag etter departementets vurdering tung og relevant økonomi- og styringskompetanse. Departementet sørget for en styrking av økonomikompetansen i alle de regionale helseforetakene i januar 2026.

Regelverk: Departementet forvalter lover, forskrifter og regler for spesialisthelsetjenesten. Et konkret eksempel på en forskrift som gir føringer for RHF-ene og HF-ene om blant annet å planlegge, gjennomføre og evaluere driften, samt etterleve de krav som følger av helse- og omsorgslovgivningen om bl.a. effektiv ressursbruk, er forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Departementet forvalter også regelverk som gjelder områder som eksempelvis lån, leieavtaler og pensjon.

Departementet har også brukt andre virkemidler som understøtter god økonomistyring, effektiv ressursbruk og en økonomisk bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten i perioden 2022–2025. Det ble i 2024 nedsatt et permanent **Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi (TBU-S)**, som blant annet skal skape en felles forståelse for den økonomiske situasjonen til spesialisthelsetjenesten. Arbeidet til TBU-S omtales nærmere i kapittel 14.4. Departementet har også nedsatt andre utvalg, og bestilt rapporter for å få et bedre informasjonsgrunnlag.

De viktigste er følgende:

- **NOU 2023:8 Fellesskapet sykehus – styring, finansering, samhandling og ledelse**, som ble lagt fram 27. mars 2023.
- **NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste** løfter også problemstillinger rundt hvordan oppnå en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten, og lanserer en rekke forslag til tiltak som kan bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, med utgangspunkt i et varslet framtidig underskudd på helsepersonell. NOUen ble fulgt opp i **Meld. St. 11 (2025–2026).**
- **Meld. St. 11 (2025–2026) Helsepersonellplan 2040.** For å redusere det store behovet for personell, forutsetter meldingen en betydelig økning i produktivitet (0,7 prosent produktivitetsvekst i året), særlig gjennom bruk av teknologi, ansvars- og oppgavedeling, mer effektiv ressursbruk og prioritering.

- **Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – vår felles helsetjeneste**, som ble lagt fram 1. mars 2024.
- Rapporten **Marginalkostnader i spesialisthelsetjenesten**, utarbeidet av Oslo Economics i 2024 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.[196]
- Rapporten **Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus**, utarbeidet av Oslo Economics i 2025 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (jf. omtale i kapittel 12.3).
- Opprettelsen av **Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft i helse- og omsorgstjenesten**, som skal styrke den strategiske prioriteringsdialogen og drøfte prinsipielle og strukturelle prioriteringsspørsmål.
- Nedsettelsen av **Helsereformutvalget**, som ble bekjentgjort i august 2025, og som er forventet å levere sin en NOU innen 1. november 2026.

Departementets interne organisering av oppfølgingen av økonomien og økonomistyringen i RHF-ene

Departementet gjennomførte fra 2024 en omorganisering som i korte trekk innebar at tidligere avdeling for eierstyring (som bl.a. hadde ansvar for foretaksmøte og -protokoll) ble slått sammen med spesialisthelsetjenesteavdelingen (som bl.a. hadde ansvar for oppdragsdokument). Departementet viser til at omorganiseringen har gitt grunnlag for bedre samarbeid og utnyttelse av ressursene innad i departementet, og bedre samordning av blant annet styringsbudskapet som gis til de regionale helseforetakene.

Det er i dag tre seksjoner i departementets spesialisthelsetjenesteavdeling som har ansvar for ulike deler av oppfølgingen av økonomien og økonomistyringen i de regionale helseforetakene. For en oversikt over disse, se faktaboks under.

Faktaboks 25 De tre seksjonene i HOD som følger opp økonomien og økonomistyringen i RHF-ene

Ansvaret for departementets oppfølging av økonomien og økonomistyringen i de fire RHF-ene er lagt til Spesialisthelsetjenesteavdelingen (SHA). Oppfølgingsansvaret er fordelt mellom tre seksjoner i avdelingen:

- **Seksjon for økonomisk styring (SØS)** har det samlede ansvaret for sykehusøkonomien og oppfølgingen av denne. I oppfølgingsmøte har seksjonen ansvar for å følge opp det som har med økonomi å gjøre.
- **Seksjon for finansiering og styring (SFS)** har det samlede ansvaret for oppdragsdokumentet, oppfølging av innsatsstyrt finansiering og særskilte tilskudd. I oppfølgingsmøtene har seksjonen ansvar for å følge opp det som har med aktivitet og kvalitet å gjøre, herunder ventetider.

[196] Hvor Oslo Economics har beregnet marginalkostnaden i spesialisthelsetjenesten basert på analyser av data for perioden 2013 til 2019. Hvor stor marginalkostnaden ved økt aktivitet er, har konsekvenser for inntektsbehovet knyttet til demografiske endringer.

- **Seksjon for eierstyring (SES)** har ansvar for oppnevning av styrer, gjennomføring av foretaksmøter og andre særskilte saker, samt organisering av oppfølgingsmøtene. I oppfølgingsmøtene følger seksjonen opp ulike aspekter ved bemanning, bl.a. vikarbruk, innleie og sykefravær.

Kilde: Departementets svar på Riksrevisjonens skriftlige spørsmål og intervju.

Departementet oppgir at de legger flere dokumenter til grunn for oppfølgingen av RHF-ene som eier. I tillegg til lov og regelverk for området, samt foretaksmøteprotokoller og oppdragsdokument, viser departementet til retningslinjer for departementets oppfølging av eierinteressene i RHF-ene, en felles regnskapshåndbok, og et årlig rapporteringsvedlegg for foretaksmøte og oppdragsdokument i januar.

14.2 Departementet styring og eieroppfølging

14.2.1 Krav gjennom oppdragsdokument og foretaksmøte

Vi har gjennomgått foretaksmøteprotokoller og oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til RHF-ene for perioden 2022–2026. Gjennomgangen viser at føringene departementet har gitt om økonomi og økonomistyring i hovedsak har vært gitt som krav i foretaksmøter.

Når det gjelder **foretaksmøter**, har departementet hvert år i perioden (i foretaksmøtene i januar) forutsatt at RHF-ene innretter virksomheten innenfor gjeldende krav og rammer, dvs. de som følger av Stortingets behandling av Prop. 1 S, foretaksmøtet og oppdragsdokument, slik at sørge for-ansvaret oppfylles og det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid. Fra 2025 har departementet også inkludert en eksplisitt formulering i foretaksmøtene i januar om at RHF-ene må sørge for en effektiv ressursutnyttelse og god økonomistyring.

I perioden har det blitt avholdt ett særskilt foretaksmøte med Helse Nord RHF i november 2022, hvor departementet vurderte den økonomiske situasjonen som svært bekymringsfull, og ga særskilte oppdrag til RHF-et om blant annet å vurdere behov for endringer i funksjons- og oppgavedeling. Dette oppdraget og den økonomiske situasjonen til Helse Nord har blitt fulgt opp med særskilte formuleringer i foretsaksmøteprotokollen til Helse Nord fire ganger. Departementet har også gitt en særskilt formulering til Helse Midt-Norge en gang (juni 2025). Arbeidet som ble igangsatt i Helse Nord etter foretaksmøtet som ble avholdt 9.11.2022, er nærmere omtalt i kapittel 13.4.

Til tross for at departementet i flere år har stilt krav om at RHF-ene skal legge til rette for økonomisk bærekraft over tid, har departementet ikke operasjonalisert hva dette innebærer, eller definert indikatorer for å følge med på dette.

Departementet viser i intervju til at hva som er en bærekraftig utvikling, vil være avhengig av investeringstakt og kapitalintensitet. Det finnes ikke noe kunnskapsbasert anslag på hva

kapitalintensitet skal være i helseforetakene. Departementet påpeker at investeringsplanene må være bærekraftige i den forstand at budsjettene lar seg gjennomføre dersom forutsetningene ikke endrer seg. Ved endringer i forutsetningene er det nødvendig å justere. I praksis må helseforetak som har store investeringsplaner, frigjøre mer midler fra driften sin enn de som ikke har det. Departementet viser til at Teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi har beregnet et anbefalt, årlig resultatmål for hele sektoren (netto driftsresultat på 2 prosent). TBU-S har vurdert en tilsvarende indikator for spesialisthelsetjenesten, men konkluderte i juni 2026 med å ikke gi noen anbefaling om hva nivået på driftsresultat før avskrivninger bør være, men at utviklingen må tilpasses investeringsbehovet for å sikre en bærekraftig utvikling over tid.[197]

Når det gjelder **oppdragsdokumentene** til RHF-ene i perioden 2022–2026, har departementet gitt flere oppdrag som berører økonomistyringen.[198]

Fra 2026 lanserte departementet også et nytt hovedmål nummer 6 for spesialisthelsetjenesten: «En bærekraftig drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten og god personellbruk». Her trekkes det bl.a. fram at interregionalt klinisk dashbord er et viktig verktøy, at «Kloke valg-arbeid» vil kunne bidra til reduksjon av overbehandling og behandlinger uten effekt; og at det er behov for å intensivere arbeidet med arbeids- og oppgavedeling og fjerning av tidstyver.

Departementet etablerte også i 2026 et prosjekt for forenkling og forbedring, og ba RHF-ene å rapportere på tiltak svarende til et samlet effektiviseringskrav på 194 millioner kroner. Effektiviseringen skal ikke påvirke pasientbehandlingen, og frigjorte ressurser skal brukes til investeringer i medisinsk-teknisk utstyr og KI-løsninger.

Tabellen nedenfor viser samlet antall oppdrag og krav Helse- og omsorgsdepartementet har gitt de regionale helseforetakene gjennom oppdragsdokument og foretaksmøte, som de er bedt om å rapportere på, i perioden 2022–2026.

[197] Helse- og omsorgsdepartementet. (2026, 26. juni) Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten sin rapport av 26. juni 2026.

[198] I 2022 viste departementet blant annet til at uønsket variasjon skal reduseres, og at data fra helseatlas og kvalitetsregistre brukes. I 2023 ga departementet konkrete oppdrag til RHF-ene om å iverksette tiltak for å understøtte kunnskapsbasert praksis, kvalitet, bærekraft, effektiv ressursbruk og redusere uberettiget variasjon. I 2024 viste departementet til at det er et overordnet mål å arbeide systematisk med prioritering på alle nivåer i tjenesten for å sikre effektiv bruk av fellesskapets ressurser, best mulig bruk av personellets kompetanse, og for å unngå overdiagnostikk og overbehandling. I 2025 og 2026 ba departementet RHF-ene om bl.a. å investere i og ta i bruk løsninger med kunstig intelligens som kan bidra til å frigjøre tid hos helsepersonell.

Tabell 9 Oppdrag og krav de regionale helseforetakene er bedt om å rapportere i perioden 2022–2025 i oppdragsdokument og foretaksmøte per RHF 2022–2025

	2022	2023	2024	2025	2026*
Helse Nord RHF	47+46	35+35	61+45	72+4	67
Helse Midt-Norge RHF	47+39	35+39	61+46**	68+4	65
Helse Vest RHF	47+42	35+35	61+43	67+3	65
Helse Sør-Øst RHF	47+32	36+21	62+37	69+3	67

**For 2026 er antall oppdrag i foretaksmøter ikke talt opp.*
***Inkl. 5 regionale HMS-indikatorer.*
Kilde: Riksrevisjonen, basert på RHF-enes rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet i årlig melding.

Som det framgår av tabellen har antall oppdrag og krav variert i perioden, med en klar topp i 2024 med mellom 99 og 107 rapporteringspunkter til det enkelte RHF.[199]

Departementet har fra 2025 arbeidet for å samle mest mulig av det som kan anses som «oppdrag» til RHF-ene i oppdragsdokumentet – også de som ikke anses som en del av tradisjonelle «helseoppdraget». Dette gjelder for eksempel krav og oppdrag innen IKT, digitalisering, sikkerhet og beredskap, og klima og miljø. Tidligere ble disse gitt i foretaksmøte, men er nå samlet i oppdragsdokumentet med øvrige oppdrag. På den måten får RHF-ene en mer samlet oversikt over hva de skal arbeide med i oppdragsdokumentet. Foretaksmøtet rendyrkes dermed til å handle om overordnede krav og rammer, mens det for de konkrete oppdragene henvises til oppdragsdokumentet. Fra 2025 har departementet også nummerert oppdragene i oppdragsdokumentet.

Det er ikke gitt at omfanget av oppdrag vil reduseres selv om de samles i oppdragsdokumentet. Departementet opplyser at det kan være krevende for de regionale helseforetakene å få mange, til dels motstridende krav, slik som å redusere ventetider og bemanningsvekst på samme tid. Departementet viser imidlertid til at et økende omfang krav og oppdrag ikke nødvendigvis trenger å bety at RHF-ene og/eller helseforetakene får mer å gjøre. Ifølge departementet mange oppdragene som gis, forhold som foretakene arbeider med uansett. Det er også stor forskjell mellom de ulike oppdragene hvor mye oppfølgingen av dem faktisk vil kreve av ressurser.

Departementet er opptatt av at det samlede antallet krav og oppdrag må være håndterbart for RHF-ene, og opplyser at de er dette bevisst, og at det gjøres vurderinger om alle kravene må inn når departementet utarbeider oppdragsdokumentene til RHF-ene. Omfanget av oppdrag er politisk styrt og følger også av stortingsvedtak.

14.2.2 Oppfølgingen av økonomistyringen og økonomien i foretakene

Departementet bruker oppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene både til eierdialog og til dialog med RHF-ene som oppdragsgiver. Departementet gjorde i 2025

[199] Dette året ble det stilt en rekke krav i forbindelse med «Ventetidsløftet», herunder hvordan tilleggsbevilgningen til dette på 2 milliarder kroner ble benyttet og effekt av tiltakene.

justeringer i hvordan møtene brukes til å følge opp økonomien i foretakene. Dette har ført til at oppfølgingen er mer risikobasert.

En intern evaluering fra januar 2025, viste at det var behov for å videreutvikle oppfølgingen av RHF-ene slik at departementet på en bedre måte kunne følge opp eierstyringen og de vilkår for bevilgning som er satt.

Det ble lagt opp til at oppfølgingsmøtene fremover skulle konsentrere seg om de viktigste indikatorene som legger til rette for en bærekraftig og langsiktig utvikling. I hovedsak skulle møtene benyttes til å følge med på utviklingen i økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet over tid, og ikke til å be om status på enkeltoppdrag. Videre la departementet opp til at møtefrekvens med det enkelte RHF i større grad skulle avgjøres basert på risiko.

Departementet opplyser at det i 2025 avholdt seks oppfølgingsmøter med hhv. Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF, og ni møter med hhv. Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF, hvor de ekstra møtene med Helse Midt-Norge og Helse Nord i hovedsak handlet om økonomi siden økonomien var mer utfordrende for disse to regionene. Departementet presiserer at alle regionale helseforetak rapporterer skriftlig hver måned med både tallgrunnlag og tekstlige forklaringer, og at departementet gjennomgår rapporteringen hver måned uavhengig om det er oppfølgingsmøter.

I tillegg til oppfølgingsmøtene som gjennomføres med det enkelte RHF med utgangspunkt i ØBAK-rapporteringen, har departementet årlig to felles oppfølgingsmøter med de fire RHF-ene samlet. Før 2025 ble de felles møtene gjennomført i juni og oktober, i forbindelse med tertialrapportering. Fra 2025 ble tidspunktet for fellesmøtene endret til mai og september og fristilt fra tertialrapporteringen.

Fellesmøtene er nå innrettet med sikte på læring på tvers av regionene og utviklingsarbeid både i regionene og i departementet. I møtene er det lagt opp til at statsråden/politisk ledelse kan være med på deler av møtet for å bli orientert om aktuelle saker, samt også eventuelt formidle sine forventninger til RHF-ene. Dette innebærer at de halvårlige møtene er mer rettet mot oppdragsdokumentene, og ordinær økonomirapportering var dermed ikke tema i disse møtene i 2025.

Fra våren 2023 har departementet utarbeidet notater fra oppfølgingsmøtene med RHF-ene. Tidligere ble det kun mer sporadisk laget skriftlige notater fra oppfølgingsmøtene hvis det var spesielle forhold som ble omtalt. Notatene oppsummerer informasjonen som er innhentet fra RHF-ene gjennom rapporteringen og fra møtene. Notatene har blitt sendt til politisk ledelse til orientering. Før denne praksisendringen var det RHF-enes presentasjoner som ble holdt i møtene, som utgjorde dokumentasjonen fra møtene.

Fra 2025 har notatene fått et utvidet innhold. Informasjonsgrunnlaget er bredere ved at det også bygger på forberedelsesnotater utarbeidet av departementet i forkant av møtene. I notatet vises det til konkrete oppfølgingsspørsmål fra departementet på rapporteringen fra RHF-ene. Notatet inneholder også vurderinger departementet har gjort i etterkant av møtene samt hvordan konkrete forhold skal følges opp.

Forberedelsene til oppfølgingsmøtene gjøres av et eget team bestående av medarbeidere fra de tre seksjonene i spesialisthelsetjenesteavdelingen som har ansvar for oppfølgingen av RHF-ene. Denne praksisen ble etablert i 2025. Departementet påpeker i intervju at teamet forbereder seg ved å lese og vurdere rapporteringen som RHF-ene har sendt til HOD på forhånd, diskuterer seg imellom og utarbeider forberedte spørsmål. Departementet går detaljert inn i rapporteringen fra enkelte av RHF-ene, og blant annet stilt konkrete spørsmål til RHF-ene om forhold som realistisk budsjettering og effekten av omstillingstiltak. Dette kommer i stor grad som et resultat av endringen som ble gjort i januar 2025 av måten oppfølgingsmøtene gjennomføres på og etablering av teamet fra de tre seksjonene som samarbeider om analyser i forkant og utarbeider forberedte spørsmål, samt den faktiske økonomiske situasjonen i to av regionene.[200]

Departementet viser i intervju til at det mener det er viktig at budsjetteringen er så realistisk som mulig, og presiserer at det også tidligere har hatt realistisk budsjettering som tema i oppfølgingsmøter med RHF-ene. Departementet har pleid å be RHF-ene om å vurdere realismen i budsjettene i oppfølgingsmøter på starten av året (februar/mars).

Videre påpeker departementet at RHF-ene har gjennomgått årsbudsjettene i oppfølgingsmøter med departementet. Departementet ba også i 2025 de to helseregionene som har hatt størst økonomiske utfordringer, Helse Nord og Helse Midt-Norge, om å utføre analyser per helseforetak og kostnadslinje – både hva gjelder årsbudsjett og periodisering gjennom året. Departementet presiserer at en slik detaljert gjennomgang må balanseres mot RHF-enes ansvar og regionens samlede økonomi og prioriteringer.

Departementet har også i enkelte tilfeller stilt konkrete spørsmål til RHF-ene, blant annet i ett tilfelle om hvilken kvalitetssikring de har gjort på sammenhengen mellom lønnsbudsjett og bemanningsbudsjett. Utover dette har departementet ikke gått systematisk inn i – eller gjort noen evaluering av – hvilken kvalitetssikring RHF-ene gjør av budsjettene eller budsjettprosessen i helseregionene.

Om det er nødvendig, rapporterer og presenterer RHF-ene omstillingstiltak på helseforetaksnivå, og noen ganger nede på klinikknivå, i oppfølgingsmøtene. Departementet viser til at det er kjent med at det ved enkelte helseforetak er utfordringer med at noen av tiltakene som foreslås i budsjetter ikke alltid er mulige å fullt oppnå eller at noen tiltak trolig vil ha mindre effekt det aktuelle året enn det som legges til grunn. Samtidig presiserer departementer at det er grunnleggende viktig at effekt av identifiserte tiltak følges opp, både for erfaringsgrunnlag og som følge av at effekter kan ha utsatt virkning.

Som et ekstraordinært tiltak i 2026 fikk Helse Nord og Helse Midt-Norge i oppdrag å rapportere detaljert informasjon om helseforetakenes økonomi, bemanning og aktivitet (ØBAK), i tillegg til den vanlige rapporteringen på regionalt nivå.

[200] Kilde: Gjennomgang av mottatte notater og intervju med Helse- og omsorgsdepartementet.

Departementet arbeider fortsatt med å finne formen på oppsummeringsnotatene. I notatet fra januar 2025 ble det angitt at måten oppfølgingsmøtene gjennomføres på, vil bli evaluert i 2026. Departementet opplyser at de fortløpende har vurdert form og innhold, men ikke sluttført noen evaluering ennå. Når departementet har konkludert om hvordan arbeidet med oppfølgingen vil fortsette framover, vil det også oppdatere retningslinjene for oppfølging av departementets eierinteresser i RHF-ene, som ikke er endret siden de ble etablert i 2008.

Blant parameterne som RHF-ene rapporterer i ØBAK-rapporteringen, finnes fra 2025 ulike indikatorer som departementet mener er nyttige å bruke for å vurdere realismen i RHF-enes økonomiske langtidsplaner. Disse er nærmere omtalt i kapittel 13.

Departementet viser til at RHF-enes ØLP-er i langt større grad enn tidligere gjenstand for departementets gjennomgang og oppfølging. ØLP er fra og med 2025 innarbeidet i den ordinære rapporteringspakken (ØBAK) og får som følge av dette økt oppmerksomhet. I tillegg brukes helseregionenes ØLP-er i og med departementets arbeid i Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten. Departementet har ikke gjort noen evaluering av hvordan ØLP fungerer som et virkemiddel for å sikre realisme i regionenes planlegging og prioritering. Departementet konstaterer at regionene gjennomfører ØLP på ulik måte og at de varierer i innhold og omfang. Departementet har ikke etablert en beste praksis for hvordan dette bør gjøres.

14.3 Endringer i finansieringsmodellen som påvirker økonomistyringen i helseforetakene

De siste årene har det blitt gjennomført noen endringer i finansieringsmodellen for spesialisthelsetjenesten, som påvirker økonomistyringen i helseregionene og det enkelte helseforetak. HOD viser i svar på skriftlige spørsmål til følgende endringer i finansiering som virkemiddel i perioden 2022–2025 for å sikre god økonomistyring, effektiv ressursbruk og en økonomisk bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten:

Reduksjon i egenkapitalkrav ved store investeringsprosjekter: Lån til store investeringsprosjekter innvilges på bakgrunn av lånesøknad etter vedtatt konseptfase, samt tilhørende ekstern kvalitetssikring. Fra 2014 til 2024 var hovedregelen at store investeringsprosjekter skulle finansieres med om lag 70 prosent lån av P85[201] og 30 prosent egenkapital.[202] Egenkapitalkravet for store sykehusinvesteringer ble i 2024 redusert, ved at låneandelen kan utgjøre inntil 90 prosent av P50-kostnadsoverslaget.[203] Dette innebærer at foretakene ikke lenger må akkumulere samme nivå av egenfinansiering før prosjektoppstart. Dette skal øke investeringskapasiteten på kort sikt, og føre til at prosjekter kan realiseres innenfor mer håndterbare likviditetsmessige rammer for foretakene. På lengre sikt vil dette stille høyere krav til helseforetakenes evne til å

[201] P85 betegner den øvre kostnadsrammen, og innebærer at det vurderes som 85 prosent sannsynlig at det ikke blir kostnadsoverskridelser.
[202] NOU 2023: 8 (2023) *Fellesskapets sykehus: Styring, finansiering, samhandling og ledelse*, s. 115.
[203] P50 kalles prosjektets styringsramme og betegner at det vurderes som 50 prosent sannsynlig at det ikke blir kostnadsoverskridelser.

håndtere kapitalkostnadene som følger av økt investeringsnivå og økt grad av lånefinansiering.[204]

Bedrede rentebetingelser på statlige lån. Fra 2018 ble rentemodellen for statlige lån endret, og lånekostnadene økte merkbart for helseforetakene. Rentemodellen som gjaldt før 2018 ble gjeninnført for alle lån fra 2025.[205]

Helseforetakene har de siste årene hatt en rentesats på nye lån som ligger høyere enn statens egen innlånsrente. Staten har tatt et påslag ved lån til foretakene, som gjør at de har tjent penger på lånene. Stortinget ba i februar 2026 regjeringen om å følge opp dette.[206]

Full kompensasjon for demografiutløst aktivitetsvekst i bevilgningene. Fram til 2024 la finansieringen av demografiutløst aktivitetsvekst til grunn at nye pasienter kunne håndteres til 80 prosent av gjennomsnittskostnaden (marginalkostnad). En analyse fra Oslo Economics (2024), basert på data fra 2013–2019, viste at den reelle marginalkostnaden lå mellom 90 og 95 prosent, og at 80-prosentmodellen derfor ga underkompensasjon over tid. Fra 2025 har departementet endret modellen slik at 100 prosent av marginalkostnaden dekkes.[207]

Andelen aktivitetsbasert finansering (ISF)[208] er redusert. Andelen av inntektene til helseforetakene som har vært knyttet til aktivitet, har variert i perioden. Fra 2014–2022 var den 50 prosent. Fra 2023 ble den redusert til 40 prosent, og året etter ble den videre redusert til 30 prosent. Departementet viser til at tiltaket skulle gi helseforetakene økt strategisk handlingsrom.[209]

Som vist i kapittel 11.3.2 har pensjonspremiene i flere år vært betydelig høyere enn pensjonskostnadene, noe som har bidratt til økt driftskreditt, og økte rentekostnader som må dekkes innenfor foretakenes ordinære rammer. Departementet sendte i februar 2026 på høring forslag til en ny forskrift om **regnskapsføring av pensjonsforhold i helseforetakene**, med høringsfrist 20. mars 2026.[210] Formålet er å oppnå bedre samsvar mellom kostnad og premie over tid og dermed begrense oppbyggingen av driftskreditt, som foretakene må betale renter av. Ny modell for regnskapsføring av pensjonsforhold i helseforetakene ble vedtatt i forbindelse med Prop. 96 S (2025–2026) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2026.

---

[204] Jf. Felles foretaksmøte med de regionale helseforetakene 11.6.2024.
[205] Jf. Felles foretaksmøte med de regionale helseforetakene 11.6.2024.
[206] Stortinget fattet følgende vedtak i februar 2026 (Vedtak 480): «Stortinget ber regjeringen utrede kostnader ved og ordninger for at statlige lån til lokale helseforetak gis til kostpris uten rentemargin og at regjeringen kommer tilbake til Stortinget om dette på egnet måte.
[207] Prop. 1 S (2024–2025), Felles foretaksmøte med de regionale helseforetakene 11.6.2024.
[208] For definisjon av DRG, se ordliste og forkortelser bakerst i rapporten.
[209] I oppdragsdokumentet for 2023 per 17.1.2023 ble ISF redusert fra 50 til 40 prosent. I felles foretaksmøte med de regionale helseforetakene 11.6.2024 ble ISF-andelen redusert fra 40 til 30 prosent.
[210] Stortinget vedtok ved lov 20. juni 2025 nr. 62, jf. Innst. 516 L (2024–2025), å endre helseforetaksloven § 43 slik at departementet i forskrift kan utfylle eller fravike regnskapsloven for pensjonsforhold. Dette var basert på vurderingene i Prop. 145 LS (2024–2025), hvor det ble lagt til grunn at det er hensiktsmessig med egne regler for regnskapsføring av pensjonsforhold tilpasset statens behov.

Den nye modellen innebærer blant annet at forskjellen mellom pensjonskostnader og pensjonspremier fordeles over flere år i regnskapet, og er ment å begrense oppbyggingen av driftskreditt over tid. Ifølge proposisjonen forventes de nye reglene på sikt å bidra til å stabilisere og redusere den samlede driftskreditten. Modellen skal evalueres innen fem år.

14.4 Teknisk beregningsutvalg og andre virkemidler

14.4.1 Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi (TBU-S)

Helse- og omsorgsdepartementet opprettet i 2024 Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi (TBU-S). Mandatet til TBU-S slår fast at utvalget skal gi en faglig vurdering av data som gjelder økonomien i spesialisthelsetjenesten, og skape en felles forståelse for den økonomiske situasjonen.

Departementet viser i intervju til at realvekstanslag har blitt beregnet og publisert i Prop. 1 S fra 2023. Andre av beregningene som TBU-S har gjort siden oppstarten i 2024, har blitt gjort tidligere av departementet, men da bare til bruk internt, som ledd i budsjettforberedende arbeid med blant annet Finansdepartementet.

For eksempel har departementet beregnet effekten av demografiske endringer i mer enn ti år. Det er imidlertid ikke før TBU-S ble etablert, at det har blitt publisert tall på realvekst der man også inkluderer merkostnader knyttet til demografisk utvikling. TBU-S har også bidratt med flere nye beregninger på ulike områder, og dermed et bredere kunnskapsgrunnlag enn hva departementet har hatt tidligere. Departementet viser til at analysene av for eksempel realveksten i bevilgningene også er mer presise enn tidligere, og dermed gir et bedre grunnlag for prioriteringer.

14.4.2 Nasjonalt råd for prioritering og bærekraft

For å styrke den strategiske prioriteringsdialogen i en tid hvor presset på tjenestene øker, og hvor det er behov for mer samordnet og kunnskapsbasert håndtering av vanskelige valg i helse- og omsorgspolitikken, har departementet etablert et nasjonalt råd for prioritering og prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

Departementet viser i brev med svar på skriftlige spørsmål til prioriteringsmeldingen[211], som peker på at helse- og omsorgstjenestene står overfor samtidige utfordringer knyttet til demografisk utvikling, knapphet på arbeidskraft, rask medisinsk-teknologisk utvikling, økte forventninger i befolkningen og strammere økonomiske rammer. Samlet sett forsterker dette behovet for arenaer som kan bidra til helhetlig og langsiktig tenkning om ressursbruk og prioriteringer på tvers av tjenestenivåer. Et nasjonalt råd gir et strukturert forum for å drøfte prinsipielle og sektorovergripende prioriteringsspørsmål, utenfor de konkrete beslutningsprosessene, og kan dermed bidra til større åpenhet og felles forståelse av prioriteringsdilemmaer i befolkningen og blant beslutningstakere.

[211] Meld. St. 21 (2024–2025). *Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*.

Rådet skal drøfte prinsipielle og strukturelle prioriteringsspørsmål. Dette kan f.eks. være rammebetingelser som påvirker mange prioriteringsbeslutninger samtidig, eller som får konsekvenser for store deler av tjenesten, også over tid. Dette er ikke spørsmål om enkeltmetoder eller enkelttiltak. Det kan handle om hvordan helse- og omsorgstjenesten skal tilpasses demografiske endringer, balanse mellom forebygging og behandling, ansvarsfordeling mellom tjenestenivåer/organisering av tilbudet når nye teknologier vurderes innført der disse kan påvirke organisering/ressursbruk på tvers, m.m.

Det vil være rådet selv som vurderer hvilket kunnskapsgrunnlag som skal ligge til grunn for diskusjoner i rådet. Leder og medlemmer til rådet er utpekt, men rådet har ikke kommet i gang med sin aktivitet enda.

14.4.3 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet er en sentral aktør og kunnskapsleverandør i finansieringen av RHF-ene: Direktoratet utformer og vedlikeholder DRG-systemet, som er grunnlaget den for innsatsstyrte finansieringen av spesialisthelsetjenesten. I tillegg leverer helsedirektoratet en rekke analyser av bl.a. ressursbruk og produktivitet.

Helsedirektoratet (HDIR) mottar årlig aktivitets- og kostnadsdata fra helseforetakene i form av data om kostnad per pasient. Disse dataene gir detaljert informasjon om ressursbruk knyttet til pasientbehandling, og inngår som et sentralt kunnskapsgrunnlag i arbeidet med å beregne og videreutvikle innsatsstyrt finansiering (ISF). KPP-dataene benyttes blant annet til å fastsette kostnadsvekter og sikre at ISF-refusjonene i størst mulig grad reflekterer faktisk ressursbruk i spesialisthelsetjenesten.

Det har i flere år foreligget planer om å etablere en nasjonal database med informasjon om kostnad per pasient-data.[212] Departementet viser til at det er etablert en nasjonal løsning for innrapportering og utlevering av KPP-data, og ordinære utleveringer er gjennomført fra og med regnskapsåret 2024. Det gjenstår likevel å få på plass komplett rapportering fra alle helseforetak. For 2024 manglet regnskapstall fra tre helseforetak.

14.5 Departementets håndtering av endrede politiske forutsetninger

I tilfeller der politiske vedtak endrer planer departementet eller RHF-ene har lagt, må departementet følge opp dette innenfor rammene som er gitt. To konkrete eksempler og hvordan departementet fulgte opp dette er:

- I forbindelse med Stortingets behandling av Innst. 95 S (2025–2026), der Stortinget ba regjeringen både å stanse alle kontraktsinngåelser av rehabiliteringsanskaffelser i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge og å avlyse anskaffelsen der kontrakt ikke er inngått og videreføre dagens avtaler, informerte departementet ved statsråden Stortinget om konsekvensene av dette. Regjeringen konkluderte i ettertid med at dette

[212] Bl.a. var databasen varslet i 2018, da den interregionale arbeidsgruppen for indikator og metodeutvikling på oppdrag fra departementet arbeidet med utvikling av indikatorer som skulle bidra til å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen i spesialisthelsetjenesten.

ikke kunne gjennomføres uten å bryte norsk lov, og anmodningsvedtak ble derfor senere opphevet.

- Da foreslåtte endringer ikke ble gjennomført i Helse Nord etter omstillingsprosessen som ble satt i gang etter foretaksmøte i november 2022, ga Regjeringen tilleggsbevilgninger for å opprettholde tilbudet i Narvik og Lofoten.

Del 3: Revisjonskriterier og metodisk tilnærming

15 Revisjonskriterier

Dette kapittelet beskriver de kriteriene som vi holder Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og helseforetakene opp mot i undersøkelsen. Kriteriene tar utgangspunkt i Stortingets vedtak og forutsetninger.

15.1 Krav til effektiv ressursbruk, prioritering og økonomisk bærekraftig utvikling

Statens mål som eier i de regionale helseforetakene er bærekraftig og mest mulig effektiv oppnåelse av sektorpolitiske mål, jf. **Meld. St. 6 (2022–2023)** ***Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap*** **(eierskapsmeldingen)**, behandlet av næringskomiteen i **Innst. 190 S (2022–2023)**. Med mest mulig effektiv oppnåelse av sektorpolitiske mål menes at ressursene allokeres til aktiviteter som gir høyest mulig sektorpolitisk måloppnåelse (prioriteringseffektivitet og formålseffektivitet) og at aktivitetene gjennomføres til lavest mulig kostnad (kostnadseffektivitet).[213]

Et av formålene med **spesialisthelsetjenesteloven** er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig, samtidig som befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet.[214] Loven stiller krav til at de regionale helseforetakene innretter tjenestetilbudet etter tre *prioriteringskriterier*, der ressursbruk er ett av dem.[215]

Da staten overtok eierskapet og finansieringsansvaret for spesialisthelsetjenesten i 2002, og sykehusene samtidig ble organisert som helseforetak, var mer effektiv ressursbruk en viktig del av begrunnelsen, jf. **helseforetaksloven**[216] og forarbeidene til loven, **Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)**.[217] Å organisere foretakene som egne rettssubjekter skulle også gi dem mulighet til å ta et selvstendig ansvar for drift, investeringer og resultat og til å styre virksomhetene på en helhetlig og mer fleksibel måte enn de ville hatt som offentlige forvaltningsorgan.[218]

Forarbeidene til helseforetaksloven la samtidig til grunn en statlig finansiering av spesialisthelsetjenesten hvor helseforetakene fikk en samlet bevilgning til drift og investeringer i bygg, utstyr og annet. Foretakene er underlagt **regnskapslovens bestemmelser**,[219] noe som blant annet innebærer at investeringer kostnadsføres over levetiden gjennom avskrivninger, og at rentekostnader belastes resultatregnskapet løpende. De må over tid sikre nok likviditet til selve investeringene og økonomisk handlingsrom til framtidige avskrivnings- og rentekostnader.

[213] Meld. St. 6 (2022-2023): s. 31.
[214] Jf. § 1.
[215] De to andre er nytten av tiltak i pasientbehandling, og alvorlighetsgraden av de tilstander som skal behandles.
[216] § 1-1.
[217] Stortinget vedtok helseforetaksloven 15. juni 2001. Foretaksreformen ble satt i kraft i sin helhet 1. januar 2002.
[218] Prop. 120 L (2011–2012): Endringer i helseforetaksloven mv., s. 12.
[219] Helseforetaksloven § 43. Regnskap mv.

Helseforetaksloven krever spesifikt at foretakene har en egenkapital som står i et forsvarlig forhold til virksomheten.[220] Det stilles dermed større krav til langsiktig økonomisk planlegging enn for offentlige forvaltningsorgan.

De regionale helseforetakene har i undersøkelsesperioden (2015–2025) hatt krav om å innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og legge til rette for en bærekraftig utvikling over tid.[221] I undersøkelsen legges Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten sin tolkning av dette til grunn:

> «Helseforetakene har ikke et krav til et resultat i balanse det enkelte år, men krav til en økonomisk bærekraftig utvikling over tid. Innenfor rammene av dette kravet kan likevel det økonomiske resultatet være negativt enkelte år, for eksempel etter innflytting i nye sykehusbygg med tilhørende økte kapitalkostnader.»[222]

15.2 Krav til styring og oppfølging

15.2.1 Krav til Helse- og omsorgsdepartementet

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for sykehusene i Norge, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. Ansvaret innebærer at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle pliktene sine med hensyn til å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionene sin. Staten har ansvar for å fastsette de overordnede helsepolitiske målsettingene og for å gi de regionale helseforetakene rammebetingelser som gjør det mulig å iverksette dem. Videre er staten som eier av de regionale helseforetakene fullt ut økonomisk ansvarlig for virksomheten; helseforetak kan ikke gå konkurs.[223]

Helse- og omsorgsdepartementets styring og oppfølging av de regionale helseforetakene skal skje i tråd med **helseforetaksloven**, **reglementet for økonomistyring i staten §10** og **budsjettvedtak**. Videre gir **sentrale meldinger som Nasjonal helse- og samhandlingsplan** (2024–2027) og **eierskapsmeldinger** rammer for styringen.

Departementet har flere styringsvirkemidler overfor de regionale helseforetakene. Det helsepolitiske oppdraget og tildeling av midler skjer gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Det fastsettes økonomiske og organisatoriske krav og rammer for regionale helseforetak gjennom foretaksmøtet.[224]

Det går fram av reglement for økonomistyring i staten (økonomireglementet) § 10 at staten som eier skal, innenfor gjeldende lover og regler, forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring. Oppfølgingen av de regionale helseforetakene selskapet skjer også gjennom andre roller og kan derfor delvis komme i tillegg til eieroppfølgingen.

---

[220] Helseforetaksloven § 14. Foretakets egenkapital.
[221] Protokoll fra foretaksmøter januar 2015, krav og rammer 2015.
[222] Helse- og omsorgsdepartementet (2025, 10. desember) *Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi, 10. desember 2025*, side 45-46.
[223] Helseforetaksloven § 7. Ansvar for foretakets forpliktelser.
[224] Helseforetaksloven § 16.

Både helseforetaksloven og eierskapsmeldingen legger til grunn at departementet aktivt skal følge opp de regionale helseforetakene.

- Det følger av helseforetaksloven § 16a at departementet skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet og om virksomheten drives i samsvar med de krav som er stilt i foretaksmøter og de vilkår som er satt for bevilgningen. Departementet skal i henhold til loven innhente skriftlige opplysninger fra de regionale helseforetakene og avholde rapporteringsmøter.
- Eierskapsmeldingen legger også til grunn at eierdepartementene skal være aktive eiere. Staten skal gjøre dette gjennom blant annet å stille klare forventninger og aktivt følge opp selskapenes måloppnåelse og arbeid med forventningene. I henhold til meldingen bør Helse- og omsorgsdepartementet følge opp foretakene utenfor foretaksmøtet gjennom eierdialog. I eierdialogen kan staten ta opp forhold, stille spørsmål og formidle synspunkter som selskapet kan vurdere i tilknytning til sin virksomhet og utvikling. Dette er innspill til selskapet, og ikke instrukser eller pålegg.[225]

Ifølge økonomireglementet § 14 skal alle departementene ha etablert systemer og rutiner som har innebygd intern kontroll. Med utgangspunkt i dette og god forvaltningsskikk legger vi til grunn at departementet dokumenterer oppfølgingen slik at den er sporbar og etterprøvbar.

Det er fastsatt i helseforetaksloven § 30 at en del saker ikke kan avgjøres av styret for de regionale helseforetakene, men må besluttes av statsråden i foretaksmøte. Dette gjelder saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller for løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver, samt saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning og saker som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Loven nevner som eksempler blant annet vedtak om nedleggelse av sykehus, omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen, og omfattende endringer i tjenestetilbudet. Foretaksmøtet kan ellers fatte vedtak, instruere styret og omgjøre beslutninger i alle saker. Ut ifra dette sluttes det i Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* skriver regjeringen at «Statsråden har dermed stort handlingsrom til aktivt å ta stilling til og sikre nasjonal politisk forankring av saker og vedtak som omhandler spesialisthelsetjenesten».

Eierskapsmeldingen legger til grunn at staten rammer inn selskapenes virksomhet. Innenfor disse rammene er det imidlertid vesentlig at selskapet har tilstrekkelig handlingsrom og forutsigbarhet for å kunne nå statens mål mest mulig effektivt. Staten bør ifølge meldingen ha dialog med selskapet blant annet om hvordan statens sektorpolitiske mål skal forstås. Departementene må videre ha høy bevissthet om sine ulike roller, sørge for at styringen og oppfølgingen i de ulike rollene er logisk og hensiktsmessig, og jevnlig vurdere helheten i sine roller.[226]

[225] Meld. St. 6 (2022–2023): 112.
[226] Meld. St. 6 (2022–2023): s. 114.

15.2.2 Krav til de regionale helseforetakene og helseforetakene

RHF-ene har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen, som innebærer at de skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier.[227]

RHF-ene skal sørge for at personer innenfor deres helseregion tilbys spesialisthelsetjenester (sørge for-ansvaret),[228] innenfor de økonomiske rammene som Stortinget bevilger årlig. Innenfor rammen skal de både sørge for tilstrekkelig behandlingskapasitet og ivareta og fornye bygninger, teknologi og utstyr over tid.[229]

Helseforetakenes formål er å yte til gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.[230]

De regionale helseforetakene skal fastsette krav og rammer for helseforetakene de eier gjennom egne foretaksmøter.[231]

Styret i regionale helseforetak og helseforetak skal fastsette budsjett og planer for foretakets virksomhet, og holde seg orientert om virksomheten og foretakets økonomiske stilling. Dette innebærer å føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med vedtatte planer og budsjetter, og vedtak truffet av foretaksmøtet. I regionalt helseforetak omfatter styrets oppgaver også å føre tilsyn med helseforetak som foretaket eier.[232]

Statsråden stilte i 2012 krav i foretaksmøtet om at de regionale helseforetakene må sikre en *realistisk budsjettering* i hele foretaksgruppen. Det ble understreket at god kvalitet i budsjetteringen er en forutsetning for styring og kontroll med virksomheten i foretakene.[233]

De regionale helseforetakene skal rapportere til departementet, og skal utarbeide en årlig melding om virksomheten til departementet. Meldingen skal vise hvordan krav er fulgt opp, og gi departementet grunnlag for styring og kontroll med de regionale helseforetakene. Meldingen skal også omfatte de helseforetakene som det regionale helseforetaket eier.[234]

Særlig om krav til plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere

Ansvaret for å tilby spesialisthelsetjenester innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.[235] Departementet har operasjonalisert denne plikten gjennom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og

[227] Lov om helseforetak m.m. § 2a.
[228] Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1 a.
[229] Ot.prp. 66 (2000–2001) s. 57.
[230] Lov om helseforetak m.m. § §1, 2. ledd.
[231] Lov om helseforetak m.m. §16.
[232] Lov om helseforetak m.m. § 28 Styrets oppgaver.
[233] Krav stilt i foretaksmøte til RHFene i 2012.
[234] Lov om helseforetak m.m. § 34 Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak.
[235] Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

omsorgstjenesten, og veilederen til denne. I vår undersøkelse legger vi til grunn at dette er en hensiktsmessig operasjonalisering for å sikre god praksis. I henhold til forskriften og veilederen innebærer plikten blant annet:

- **Plikt til å planlegge** virksomhetens aktiviteter, som blant annet innebærer å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene, og å ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Informasjon kan innhentes for eksempel gjennom dokumentasjon av kliniske resultater, økonomirapporter, nasjonale kvalitetsregistre og indikatorer osv.[236]

  For å kunne planlegge bør det settes mål både for drift og logistikk, økonomi og effektivitet, forbedring kvalitet og pasientsikkerhet osv.

  Informasjon om blant annet pasienter og kvaliteten på behandlingen er viktig beslutningsgrunnlag når oppgaver og ressurser skal fordeles, og det er avgjørende informasjon for å lykkes med forbedringsarbeid. Øverste leder bør etterspørre disse dataene regelmessig og bruke dem til styring.[237]

- **Plikt til å gjennomføre,** som blant annet innebærer å sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres.

- **Plikt til å evaluere,** som blant annet innebærer å kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres, og å vurdere om gjennomføringen er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen. Dette innebærer å se på data over tid, og følge med på forskjellige typer data som viser utvikling, og status, for eksempel prosess- og resultatmålinger.

Styrene skal som nevnt fastsette budsjett og planer for foretakets virksomhet. Når det gjelder økonomistyringen, legger vi til grunn at det sentrale langsiktig planleggende dokumentet er **de økonomiske langtidsplanene**. I metodekapittelet viser vi hvilke forhold i økonomistyringen vi har vært særlig opptatt av.

[236] Helsedirektoratet. (2018). Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten: *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten 2025*.
[237] Helsedirektoratet. (2018). Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten: *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten 2025,* pkt. 4.3. Innhente informasjon og kunnskap.

16 Metodisk tilnærming og gjennomføring

For å belyse problemstillingene har vi gjennomført en analyse av regnskapsdata, en dataomhyllingsanalyse av registerdata fra Norsk pasientregister (NPR), analyse av data om kostnad per pasient (KPP) fra Helsedirektoratet, dokumentanalyser, innhentet og analysert svar på skriftlige spørsmål og gjennomført intervjuer. Tabellen nedenfor viser hvilke metoder som er brukt til å belyse de ulike problemstillingene.

Tabell 10 Metoder sin er brukt til å belyse problemstillingene

	Problemstilling 1 Økonomi og effektivitet	Problemstilling 2 Helseforetakenes økonomistyring	Problemstilling 3 De regionale helseforetakenes tilrettelegging	Problemstilling 4 Departementets styring
Analyse av regnskapsdata	X			
Dataomhyllings-analyse	X			
Analyse av KPP-data	X			
Dokumentanalyse	X	X	X	X
Brev med skriftlige spørsmål		X	X	X
Intervju	X	X	X	X

Undersøkelsesperiode

I **problemstilling 1** er undersøkelsesperioden for regnskapsanalysene **2015–2025**, mens dataomhyllingsanalysen bruker data fra perioden **2017–2025**. Analysen av KPP-data er gjennomført på resultater for **2024**.

Problemstilling 2 besvares av en dybdeundersøkelse i fire helseforetak, samt breddeundersøkelse mot de 16 øvrige helseforetakene som gjennomfører pasientbehandling. I dybdeundersøkelsen har vi bedt om å få tilsendt dokumentasjon og svar på skriftlige spørsmål om perioden **2022–2024**, mens vi i breddeundersøkelsen hovedsakelig innhentet dokumentasjon og svar på skriftlige spørsmål om **2025**.

For **problemstilling 3** og **problemstilling 4** har vi gjennomgått oppdragsdokumenter og protokoller fra foretaksmøter fra Helse- og omsorgsdepartementet til RHF-ene for perioden **2022–2026**, og oppdragsdokumentene fra RHF-ene til helseforetakene for samme periode. Vi har også gjennomgått årlige meldinger fra RHF-ene til HOD for

perioden 2022–2025. I tillegg har bedt om å få tilsendt dokumentasjon og svar på skriftlige spørsmål, i hovedsak om perioden **2022–2025**.

16.1 Analyser av effektivitet

For å belyse effektivitet har vi gjennomført en analyse med DEA-metodikk og en analyse av KPP-data. Begge analysene er avgrenset til analyser av somatisk pasientbehandling ved helseforetakene.

Analysene inkluderer alle de offentlige helseforetakene som driver pasientbehandling, bortsett fra Sunnaas sykehus som kun tilbyr spesialisert rehabilitering. I tillegg har vi inkludert Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet, og Haraldsplass diakonale sykehus. Disse er privat-ideelle sykehus som etter avtale, dekker en del av «sørge for»-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. Det gjør at de tilbyr helsetjenester som lokalsykehus for egne opptaksområder på samme måte som de andre helseforetakene i regionene.[238]

I det følgende har vi gjort rede for metodene og datagrunnlaget som er lagt til grunn for analysene. For grundigere beskrivelser av metodene som er brukt i hver av analysene, viser vi til rapportens vedlegg 3 og 4.

16.1.1 Effektivitetsutvikling i helseforetakene

En såkalt «Data Envelopment Analysis» (DEA) – «dataomhyllingsanalyse» på norsk – er en av de mest utbredte metodene for å kunne si noe om effektiviteten til produksjonsenheter i situasjoner med mangedimensjonale innsatsfaktorer og produksjon. Denne modellen har stor utbredelse når det gjelder å estimere effektivitet både i helsesektoren og andre sektorer.[239]

DEA-analysen tar utgangspunkt i helseforetakenes innsatsfaktorer og produserte helsetjenester:

- Som **innsatsfaktorer** bruker vi helseforetakenes indeksjusterte kostnader til somatisk pasientbehandling (ekskludert pensjonskostnader) fra Helsedirektoratet. I noen analyser bruker vi også årsverk i somatikken fra Statistisk sentralbyrå (SSB) som innsatsfaktor. Det første gir et mål på kostnadseffektivitet, det andre et mål på arbeidseffektivitet.
- **Produserte helsetjenester** som inngår i analysen, er basert på oppholdsdata for somatisk pasientbehandling i helseforetakene fra Norsk pasientregister (NPR). Produksjonen måles i DRG-poeng basert på pasientklassifiseringssystemet DRG, hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner klassifiseres i grupper. Pasienter plassert i samme gruppe skal ligne hverandre medisinsk og bruke tilnærmet like mye ressurser. **DRG-poeng** inneholder både medisinsk og økonomisk informasjon, og kan brukes til å sammenligne sykehus, selv om disse skulle behandle helt ulike pasienter.

[238] Det er imidlertid betydelig funksjons- og oppgavedeling mellom de tre sykehusene i Oslo. Lovisenberg har f.eks. ikke akuttkirurgi (ivaretas av OUS), noe som medfører at de har relativt sett lave kostnader sammenlignet med andre sykehus.
[239] Jacobs, R., Smith, P. C. & Street, A. (2006).

Vi bruker tre produksjonsdimensjoner i modellen, basert på omsorgsnivå (poliklinisk-, dag- eller døgnbehandling). Disse tre produksjonsdimensjonene tar hensyn til at helseforetakene er organisert ulikt med tanke på hvordan behandling blir gitt innenfor de tre omsorgsnivåene.

DEA-analysen er input-orientert fordi vi ikke kan anta at det alltid vil være positivt å øke produksjonen av helsetjenester. Resultatene fra vår analyse forutsetter dermed at dagens nivå er riktig, og resultatene kan tolkes som hvor mye billigere helseforetakene kunne produsert de samme helsetjenestene om de var like kostnadseffektive som de mest kostnadseffektive.

DEA-analysen er avgrenset til helseforetakenes somatiske pasientbehandling, som utgjør om lag 70 prosent av de samlede kostnadene til spesialisthelsetjenesten.[240] Den viktigste årsaken til at vi ikke har inkludert psykisk helsevern og TSB i analysene, er at for disse delene av spesialisthelsetjenesten brukes DRG-systemet kun innenfor poliklinisk behandling, og ikke for pasienter som er innlagt på sykehus.[241]

Analysen tar ikke hensyn til andre utfallsmål, som kvaliteten i – eller effekten av – pasientbehandlingen som gis.[242] DEA-metodikken gir et overordnet bilde av effektivitet i helseforetakene, uten at det kan si akkurat hvordan helseforetakene har mulighet til å øke kostnads- eller arbeidseffektiviteten. Videre måler DEA kun effektivitet relativt til andre helseforetak i analysen. Det vil si at også helseforetak som, ifølge analysen, har en effektivitetsscore lik 1 kan ha et effektiviseringspotensial.

I analysene rangerer vi kostnads- og arbeidseffektivitet i helseforetakene og helseregionene i ett enkelt år (2025), og ser på utviklingen i effektivitet over tid for perioden 2017–2025. Denne analyseperioden er valgt på grunn av innføringen av momskompensasjonsordningen fra og med 2017. Ordningen førte til at kostnadene til pasientbehandling ble lavere mellom 2016 og 2017. For å unngå at momskompensasjonsordningen eller eventuelle justeringer for den bidrar som feilkilder i estimeringen av resultatene, har vi valgt 2017 som basisåret for analysen.

Fremgangsmåten og datagrunnlaget for analysen med DEA-metodikk er beskrevet i faktaboksen nedenfor.

[240] Basert på tall fra 2024. Kilde: Helsedirektoratet (2023). *Kostnader til spesialisthelsetjenesten* (siste faglige endring 2. juli 2026). [Internett].
[241] Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, 10. desember) *Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi: TBU-spesialisthelsetjenesten – 10. desember 2025.*
[242] I Norge har vi statistikk om kvalitetsindikatorer som også kan brukes i analyser av effektivitet. Imidlertid kan tolkningene av indikatorene være kompliserte, og datakvaliteten kan variere. Det er gjennomført flere undersøkelser av slike indikatorer, se deriblant Helsedirektoratet (2026, 7. mai) Kvalitet og kvalitetsindikatorer [Internett] og Kittelsen, Anthun og Huitfeldt (2017). Styring for å oppnå kostnadsreduksjon i produksjonen, kan gå på bekostning av tjenestenes kvalitet.

Faktaboks 26 Fremgangsmåte og datagrunnlag for analyse med DEA-metodikk

Analysen med DEA-metodikk bruker helseforetakenes DRG-poeng som mål på produksjonen av helsetjenester. Denne måten å måle dataene på tar hensyn til at ulike diagnoser og prosedyrer varierer i ressursintensitet.

Dataene er innhentet for tjenesteområdet somatikk og for hele befolkningen i Norge for perioden 2017–2025. DRG-systemet og vektingen av ulike behandlinger endres jevnlig. Dersom hvert års aktivitet måles med den DRG-logikken som gjaldt det aktuelle året, kan endringer i antall DRG-poeng skyldes endringer i klassifisering og vekter, snarere enn reelle endringer i pasientbehandling. For at produksjonen skal være sammenliknbar fra år til år, har vi beregnet DRG-poengene for hvert år ved hjelp av DRG-logikken som var gjeldende i 2025. Det er gjort med bruk av programvaren NPK.ForCSVData.exe fra Helsedirektoratet.

Etter at helseforetakenes DRG-produksjon er korrigert til samme DRG-logikk, har vi aggregert pasientoppholdene til ønskede produksjonsdimensjoner, som er poliklinisk behandling, dagbehandling, og døgnbehandling. Det er gjort for å sammenligne helseforetak med mest mulig lik produksjonsprofil (deriblant lignende funksjonsfordeling og sammensetning av produserte helsetjenester) innenfor disse dimensjonene.

Vi har så inkludert kostnadsdata for pasientbehandling (ekskludert pensjonskostnader) i 2025-kroner fra Hdir som innsatsfaktor.[243] I de tilfellene vi har analysert arbeidseffektivitet, har vi brukt data om årsverk i somatisk pasientbehandling fra SSB som innsatsfaktor.[244]

[243] Kostnader til somatisk pasientbehandling er beregnet fra totale brutto driftskostnader (sum av kontogruppe 4-7, som er varer og tjenester, lønnskostnader, og andre driftskostnader), ekskludert kjøp av pasientbehandling, salg og utleie, utskrivningsklare pasienter, forskning, medikamentkostnader til H-resepter, annen ekstern virksomhet, og poliklinisk lab/røntgen. Kapitalkostnader (av- og nedskrivning k60 og tap o.l. k78) og pensjonskostnader (arbeidsgiveravgift påløpte ytelser k541 og pensjonspremie til SPK k542) er også holdt utenfor bruttokostnadene til pasientbehandling. Kostnadsgrunnlaget som har blitt brukt som innsatsfaktor i modellen er priskorrigert til 2024-kroner, ved bruk av Finansdepartementets prisindeks for helseforetak (for kostnadsindikatorer eksklusive pensjon). Les mer om kostnadsgrunnlaget og priskorrigering via Helsedirektoratet (2024, 10. mai). *Produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste* (siste faglige endring 16.09.2026) [Internett], og om de ulike kontogruppene via Helsedirektoratet (2026, 4. februar). *Kostnad per innbygger til helsetjenester for helsefelleskap og helseforetak – arbeidsrapport fra utviklingsarbeid* og Finansdepartementet (2025) *Standard kontoplan for statlige virksomheter (R-102/2025)*.

[244] Vi viser til SSB (2026, 18. juni). Tabell 13953: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, etter yrke, år, region og tjenesteområde sin statistikk for avtalte årsverk i spesialisthelsetjenesten. [Internett]. Statistikkvariabelen er antall «Avtalte årsverk», som defineres som «Avtalte årsverk beregnes ut fra stillingsandel, slik at hel stilling = 1 årsverk. I tilfeller med lange fravær, telles både personen med fravær og eventuell vikar.». Lange fravær er legemeldt sykefravær og fødselspermisjon, og innebærer at det kan tas ut merarbeid fra personer med lavere stillingsprosent, overtid eller fra vikarbyråer. I disse tilfellene vil det ikke bli registrert noen ekstra årsverk, slik at det ikke forekommer dobbeltrapportering. Dersom det derimot ansettes en ny person, vil man kunne få en dobbeltrapportering. Dette kan gi en overestimering av årsverkene. Imidlertid er hverken merarbeid eller overtid inkludert i statistikken, noe som vil gi en underestimering. Ifølge SSB er det ikke gjort noen videre undersøkelser av eventuell over- eller underestimering, eller omfanget av lange fravær kontra korte fravær. I våre analyser har vi kun inkludert årsverk til somatisk pasientbehahandling. Lederstillinger som driver pasientbehandling er definert til tjenesteområdet for administrasjon og ledelse, og er derfor ikke inkludert i utvalget (gjelder eksempelvis avdelingssykepleiere, enhetsledere, og lignende).

Dataene over helseforetakenes innsatsfaktorer og produksjon av helsetjenester inkluderes i Pioneer, hvor selve analysen med DEA-metodikk gjennomføres.[245] Først har vi rangert helseforetakenes effektivitetsscorer i ett enkelt år og deretter over tid:

- **Rangering i ett enkelt år:** Helseforetakenes innsatsfaktorer og produksjon brukes til å estimere et produksjonsmulighetsområde, som viser hva det er mulig å produsere av helsetjenester gitt ulike mengder av innsatsfaktorene. Grensen for produksjonsmulighetsområder er definert av de mest effektive helseforetakene, som har effektivitetsscore 1. Helseforetak som har en effektivitetsscore lavere enn 1 ligger bak produksjonsfronten, og avstanden til fronten uttrykker hvor mye helseforetaket kunne redusert ressursbruken for helsetjenestene det produserte, dersom de produserte like effektivt som de beste foretakene i datasettet.
- **Utvikling over tid:** For å analysere helseforetakenes utvikling over tid, har vi beregnet foretakenes Malmquist-indeks. Indeksen er et mål på endringer i foretakenes effektivitetsscore fra et tidspunkt til et annet, og består av to komponenter: effektivitetsendring, som måler endringen i foretakets avstand til produksjonsgrensen, og teknisk endring, som måler endringen i produksjonsgrensen (definert av de mest effektive foretakene). I vårt tilfelle har vi sammenlignet helseforetakene for hvert år i analyseperioden i forhold til basisåret 2017.

  Disse beregningene er basert på alle de inkluderte helseforetakene og ikke bare for helseforetak i samme region. Der vi har vært interesserte i å se på utviklingen i hver helseregion, har vi sett på summen av den vektede Malmquist-indeksen for hver region. Det vil si at vi har summert Malmquist-indeksen for hvert helseforetak i hver helseregion, og vektet den summerte Malmquist-indeksen for hver region på helseforetakenes størrelse.

  Vektingen er gitt av helseforetakenes totale kostnader til pasientbehandling. Aggregeringen av Malmquist-indeksene for hver helseregion, er gjort ved hjelp av et vektet geometrisk snitt (siden Malmquist-indeksen er en endringsfaktor som kombineres med å gange faktorene).[246]

Vi brukeren såkalt «input-orientert» modell. Dette gir effektivitetsscorer som uttrykker hvor mye hvert helseforetak kunne spart uten at det gikk utover pasientbehandlingen dersom det hadde vært så effektive som modellen anslår at det kunne ha vært. Grunnen til at vi har valgt en input-orientert modell, er at vi i forbindelse med undersøkelsen av økonomistyring er opptatt av helseforetakenes ressursbruk.

Analysen bygger i tillegg på en antakelse om variabelt skalautbytte, for å ta hensyn til at helseforetakene er av forskjellig størrelse (både med hensyn til kostnadsnivå og størrelse på produksjon) og dermed har skalafordeler eller -ulemper i produksjon.

[245] Pioneer er en pakke i R, og er utviklet av Riksrevisjonen for å gjennomføre DEA. Les mer om Pioneer via Riksrevisjonens GitHub-side.
[246] Dekomponert Malmquist-indeks for kostnads- og arbeidseffektivitet i 2025 finnes i Tabell 16 og Tabell 17 i Vedlegg 3.

Det innebærer at helseforetakene sammenlignes med andre helseforetak som har lignende skalautbytte. Helseforetakenes effektivitetsscorer viser dermed hvilke helseforetak som er mer eller mindre kostnads- og arbeidseffektivitet blant de helseforetakene som ligner mest på hverandre når det gjelder funksjonsfordeling og størrelse.[247,248]

Kilde: Riksrevisjonen

I tillegg har vi gjennomført en «andrestegsanalyse», for å undersøke hvilke faktorer som kan bidra til å forklare forskjellene i effektivitetsscorene vi har funnet med DEA. I denne analysen har vi brukt en regresjonsmodell for å analysere i hvilken grad strukturelle variabler kan forklare variasjonen i helseforetakenes effektivitetsscorer.

16.1.2 Analyser av data om kostnad per pasient (KPP)

I analyse av effektivitet, har vi brukt analyser av KPP-data for å sammenligne helseforetakenes kostnader til behandling noen utvalgte, store pasientgrupper. Videre har vi gjort regresjonsanalyser og gjennomført intervjuer for å belyse hva som kan være noen viktige forklaringer, der vi har observerer store kostnadsforskjeller blant helseforetak som er forholdsvis like.[249]

Disse forklaringene kan fortelle oss noe om hvor mye av kostnadsforskjellene som kan forklares av forhold som helseforetakene ikke lett kan påvirke, og hvor mye som skyldes forhold de kan gjøre noe med. Dermed kan vi identifisere noen områder hvor helseforetak kan jobbe for å øke kostnadseffektiviteten.

[247] Vi har i tillegg rangert helseforetakene med utgangspunkt i en DEA-modell med konstant skalautbytte, for å kunne undersøke i hvilken grad resultatene vil endres. Slik som forventet, resulterer DEA-modellen med konstant skalautbytte av færre helseforetak er relativt kostnads- og arbeidseffektive. Det skyldes at modellen antar at helseforetakenes størrelse ikke endrer effektiviteten, og at det ikke foreligger noen skalaeffekter (små helseforetak har ikke ulemper i produksjon og store har ingen fordeler på grunn av størrelse). Likevel ser vi at rangeringen ligner DEA-modellen med variabelt skalautbytte, hvor helseforetakene med henholdsvis høyest og lavest effektivitetsscore stort sett er de samme. Det er størst forskjeller i rangeringen for arbeidseffektivitet. Se tabeller i rapportens vedlegg 3 for estimert kostnads- og arbeidseffektivitet i 2025 med konstant skalautbytte.

[248] Vi har også rangert helseforetakenes kostnads- og arbeidseffektivitet i 2025 med bruk av bootstrapping, for å undersøke den statistiske usikkerheten i de estimerte effektivitetsscorene. Bootstrapping innebærer at vi gjentar resampling av datasettet mange ganger (her 2 000 ganger) for å lage et såkalt pseudo-utvalg, og re-estimere DEA-modellen i hvert utvalg. Dette gir et empirisk grunnlag for å beskrive usikkerhet i effektivitetsscorene, og kan brukes til å estimere og korrigere for skjevheter. Vi har brukt et 95 % konfidensintervall i prosedyren, som betyr at intervallene, under forutsetningene i analysen og bootstrap-prosedyren, i omtrent 95 % av gjentatte analyser vil dekke den sanne (ukjente) effektiviteten. Korrigering for skjevheter gjør ofte at effektivitetsscorer i standard DEA blir lavere, fordi fronten i standard DEA kan være estimert for «optimistisk». Det er tilfellet i vårt tilfelle også, men likevel vi at rangeringen med bootstrap stort sett ligner resultatene fra vår standard DEA. Det indikerer at resultatene våre i liten grad inkluderer statistisk usikkerhet. Se tabeller i rapportens vedlegg 3 for estimert kostnads- og arbeidseffektivitet med bootstrap.

[249] Teknisk sett har vi undersøkt data om kostnad per opphold, mottatt fra Helsedirektoratet. Datagrunnlaget inkluderer kostnader til akuttmottak, operasjon, intensivbehandling, anestesi, bildediagnostikk, laboratorie, ambulant, poliklinikk, basiskostnader, og annen tjenestetype. Kostnadene og antallet opphold per DRG er rapportert for den somatiske aktiviteten ved helseforetakene. Gitt den nasjonale spesifikasjonen for KPP-modellering, som er lagt til grunn for beregningen av dette kostnadsgrunnlaget, er en rekke kostnadstyper ekskludert. Deriblant er kostnader til utskrivningsklare pasienter, kapitalkostnader, og kjøp av pasientbehandling, ekskludert fra grunnlaget. Pensjonskostnader er imidlertid inkludert i grunnlaget, i motsetning til i kostnadsgrunnlaget til analysene med DEA-metodikk. Les mer om den nasjonale spesifikasjonen via Helsedirektoratet (2023*): Nasjonal spesifikasjon for modellering av kostnad per pasient beregninger i sykehus*, deriblant Vedlegg 2 om kostnadskategorier som skal ekskluderes.

Analysen er basert på KPP-data for somatisk behandling for året 2024, for utvalgte DRG-er.[250] I regresjonsanalysene har vi i tillegg innhentet liggetidsdata. Både KPP-dataene og liggetidsdataene er innhentet og aggregert per helseforetak av Helsedirektoratet.[251]

Fremgangsmåten for analysen av KPP-data er oppsummert i faktaboksen nedenfor.

Faktaboks 27 Framgangsmåte for analyse av KPP-data

- Vi har satt sammen par av helseforetak som kan sammenliknes, gjennom to steg:
  - Vi har delt helseforetakene i tre grupper (universitetssykehus, øvrige statlige helseforetak, og privat-ideelle sykehus og spesialistsykehus).
  - Innenfor gruppene har vi brukt den estimerte kostnadsindeksen fra NOU 2019: 24 (2019) (Magnussen-utvalget) til å identifisere par av helseforetak med relativt likt forventet kostnadsnivå. Dette tilsvarer et såkalt «most-similar design», som er godt egnet for å utforske hvilke faktorer som kan forklare forskjeller i utfall.[252] Parene framgår i vedlegg 4.
- For å finne pasientgrupper som egner seg til sammenligning av helseforetakenes kostnadsnivå, har vi valgt ut DRG-er med stort volum og store kostnader, som gjennomføres ved alle helseforetak.
- For hver DRG har vi rangert parene av helseforetak ut ifra hvor store kostnadsforskjeller det er mellom dem. For parene med størst forskjeller, har vi gjort en kvalitativ vurdering av om helseforetakene kan sammenlignes, med utgangspunkt i behandlingsvolum (antall opphold). På bakgrunn av dette har vi valgt ett helseforetak-par per DRG.
- Deretter har vi for hvert av de utvalgte parene av helseforetak analysert de ulike kostnadskomponentene i foretakenes KPP (eksempelvis sengepost, operasjon, intensiv, og så videre). I tillegg har vi analysert liggetidsdata for parene. Vi har grunn til å tro at liggetid kan være en sentral forklaringsfaktor til forskjeller i KPP, og har derfor gjennomført regresjonsanalyser for å undersøke sammenhengen mellom liggetid og KPP. Resultatene fra regresjonene gir en indikasjon på hvor mye av KPP-forskjellen vi finner for en bestemt DRG eller DRG-par som trolig kan forklares av forskjell i liggetid.[253]
- Vi har så intervjuet representanter ved helseforetakene (fra analysemiljø, økonomiavdeling, og fagmiljø) om hva de mener kan forklare den aktuelle kostnadsforskjellen.

[250] Valget av DRG-er ble gjort basert på 2023-data om kostnader og volum. Antall opphold og landsgjennomsnitt for kostnad per opphold for hver av DRG-ene dette året er henholdsvis oppgitt i parentes: 89 (24 623 opphold og 71 624 i snitt KPO), 90 (5 286 opphold og 47 557 i snitt KPP/KPO), 209V (6 166 opphold og 93 594 i snitt KPP/KPO), 209U (2 169 opphold og 110 416 i snitt KPP/KPO), 209H (7 110 opphold og 99 846 i snitt KPP/KPO), 320 (12 739 opphold og 75 516 i snitt KPP/KPO) og 321 (4 259 opphold og 47 336 i snitt KPP/KPO).

[251] KPP-data rapportert fra helseforetakene til Helsedirektoratet ligger til grunn for beregninger knyttet til ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF). Se ordliste og forkortelser bakerst i rapporten.

[252] Gerring, J., & Cojocaru, L. (2016): 392-423.

[253] Regresjonene er gjort for alle helseforetakene som er inkludert i analysen (ikke parvis). Vi har gjennomført separate regresjoner for hver utvalgt DRG eller DRG-par, siden effekten av liggetid kan tenkes å avhenge av pasientgruppe. Les mer om metodikken bak regresjonsanalysen i vedlegg 4.

- Fra analysene og intervjuene har vi sett at det er noen forskjeller i hvordan foretakene har spesifisert kostnadene til DRG-ene i sine KPP-modeller.[254] For noen av DRG-ene har helseforetakene hatt dialog seg imellom for å sammenligne modellspesifikasjoner og/eller enkeltkostnader. I ett av parene ble selve spesifiseringen av kostnader trukket inn som én forklaring på kostnadsforskjellen. I de andre tre tilfellene har det ikke blitt lagt særlig vekt på dette fordi eventuelle forskjeller i modellspesifikasjonene ikke har ført til faktiske forskjeller i KPP.

Kilde: Riksrevisjonen

16.2 Analyser av økonomisk utvikling og budsjettoppnåelse

Vi har innhentet og gjennomført analyser av regnskapstall fra alle de 20 helseforetakene som driver pasientbehandling, samt konsernregnskapene til RHF-ene for perioden 2015–2025. I tillegg har vi innhentet budsjettall for helseforetakene for perioden 2022–2025, samt de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner (regionale ØLP-er) og helseforetakenes innspill til disse (helseforetakenes ØLP-er) fra perioden 2015–2025. Vi har også gjennomgått offentlig tilgjengelige dokumenter som Prop. 1 S, notater/rapporter fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten. Til sist har vi sendt bestilling av dokumentasjon og brev med skriftlige spørsmål. Vi har analysert:

- Utvikling i økonomiske resultater i helseregionene og helseforetakene, inkludert årsresultater, driftsresultater, EBITDA-margin[255] og resultatgrad.
- Helseregionene og helseforetakenes resultater opp mot målene i økonomiske langtidsplaner og budsjetter.
- Utviklingen i helseregionenes inntekter og kostnader.
- Utviklingen i helseregionenes gjeld og egenkapital.
- Utviklingen i tilstand på helseforetakenes bygningsmasse og medisinsk-teknisk utstyr.

Utviklingen i foretaksgruppenes investeringer, driftsresultat før avskrivninger, kapitalkostnader og årsresultat

For å undersøke utviklingen i foretaksgruppenes investeringer i perioden 2015–2025 har vi analysert de regionale helseforetakenes regnskaper. Nærmere bestemt har vi kartlagt foretaksgruppenes samlede investeringer (tilgang, tilgang egenutviklet og fra anlegg/prosjekter under utførelse) fra notene om varige driftsmidler og immaterielle eiendeler i årsregnskapene fra 2015 til 2025.

Driftsresultat før avskrivninger for foretaksgruppene er beregnet ved å legge tilbake ordinære avskrivninger og nedskrivninger til driftsresultatet i de regionale

[254] I veiledningsmateriell fra Helsedirektoratet åpnes det opp for at helseforetakene kan spesifisere kostnader i sine KPP-modeller med ulikt detaljeringsnivå, avhengig av blant annet organisering, funksjoner og ansvar, jf. Helsedirektoratet (2023) *Nasjonal spesifikasjon for modellering av kostnad per pasient beregninger i sykehus*, s. 6.

[255] **EBITDA-margin** er **driftsresultat før avskrivninger i prosent av driftsinntektene**. Dette nøkkeltallet er sammenlignbart mellom helseforetak, og brukes også i foretakenes budsjetter og økonomiske langtidsplaner.

helseforetakenes årsregnskap. Kapitalkostnadene for foretaksgruppene er beregnet som summen av avskrivninger og nedskrivinger og netto finansposter i de regionale helseforetakenes årsregnskap. Årsresultatet fremgår direkte av årsregnskapene.

Sammenhengen mellom planlagte og realiserte resultatmål i økonomiske langtidsplaner – kort og lang sikt

Vi har undersøkt andelen av sykehusforetakene som på kort og lang sikt har nådd de planlagte resultatmålene som går fram av de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner i perioden 2015–2025.

Regionene har utarbeidet 11 økonomiske langtidsplaner i perioden. Vi har for hver økonomisk langtidsplan fra 2015 sammenlignet det planlagte økonomiske resultatmålet de fire første årene med det faktiske årsresultatet som ble oppnådd disse årene – måloppnåelsen på lang sikt.[256] Beregningene har til formål å vise om helseforetakenes evne til å oppnå det planlagte resultatmålet i de økonomiske langtidsplanene har blitt bedre over tid, og om det er store forskjeller mellom sykehusforetakene med hensyn til dette. Videre har vi sammenlignet sykehusforetakenes planlagte økonomiske resultatmål for det første året i de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner, med årsresultatet som ble oppnådd samme år. Beregningene har til formål å vise sykehusforetakenes evne til å oppnå resultatkravet på kort sikt.

16.3 Dybde- og breddeundersøkelse i helseforetakene

For å belyse problemstilling 2, har vi for det første gjennomført dybdeundersøkelser i 4 helseforetak, etterfulgt av breddeundersøkelse i de resterende 16 helseforetakene som driver med pasientbehandling.

De fire helseforetakene i dybdeundersøkelsen ble valgt ut for å få en spredning i geografi (ett i hver helseregion) og størrelse. Vi gjorde også en overordnet vurdering av totalbelastningen på helseforetakene.

Temaene som vi belyste i dybdeundersøkelsene, var:

- den økonomiske situasjonen ved helseforetaket og hvilke økonomiske utfordringer som var særlig fremtredende
- bruken av økonomiske langtidsplaner og eventuelt andre planer og strategier helseforetaket hadde for å bedre den økonomiske bærekraften
- hvordan helseforetaket hadde definert prosesser for økonomistyring og budsjettering, inkludert roller og ansvar
- hvordan budsjettprosessen gjennomføres, og i hvilken grad den ble brukt aktivt til å styre ressursbruken mot foretakets mål
- i hvilken grad styringsdata om ressurser og behov ble brukt i planleggingen generelt og i budsjettprosessen spesielt

[256] Flere regionale helseforetak planlegger med en lengre tidshorisont enn fire år, men vi har kun inkludert de fire første årene i beregningene.

- hvilket endringsarbeid som pågikk for å forbedre driften, redusere aktivitet eller prioritere bort unødvendig aktivitet
- i hvilken grad administrasjon og ledere på ulike nivåer fulgte opp sitt budsjettansvar gjennom året og sørget for at tiltak iverksettes
- i hvilken grad helseforetaket fulgte opp om tiltakene i budsjettet og øvrige planer ga ønskede effekter
- hvilke hindringer som eventuelt står i veien for gjennomføring av planer og tiltak

Temaene som inngikk i breddeundersøkelsen, var basert på de viktigste funnene i dybdeundersøkelsen.

I dybdeundersøkelsen har vi ved hvert helseforetak gått nærmere inn i én klinikk, og har valgt ut klinikken hvor den ortopediske kirurgien gjøres. Også i breddeundersøkelsen har vi innhentet informasjon fra klinikken hvor den ortopediske kirurgien gjøres. Unntaket er Sunnas sykehus HF, som ikke har noen ortopedisk kirurgi. I tilfeller der helseforetakene har flere klinikker som utfører ortopedisk kirurgi, har vi forholdt oss til én av disse (med unntak av Helse Nord-Trøndelag, som har sendt oss svar og dokumentasjon fra to klinikker).

Tabellen nedenfor gir en oversikt over helseforetakene og klinikkene som inngår i undersøkelsen, sortert etter helseregion. Helseforetakene som inngår i dybdeundersøkelsen, er angitt i fet.

Tabell 11 Helseforetakene og klinikkene som inngår i undersøkelsen, etter helseregion

Helseregion	Helseforetak	Klinikk
Helse Nord	**Nordlandssykehuset HF**	**Kirurgisk klinikk**
	Finnmarkssykehuset HF	Klinikk Hammerfest
	Helgelandssykehuset HF	Kirurgisk klinikk
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (omorganisert til Kirurgisk klinikk fra 1.4.2025)
Helse Midt-Norge	**St. Olavs hospital HF**	**Klinikk for ortopedi, revmatologi og hud**
	Helse Møre og Romsdal HF	Klinikk SNR
	Helse Nord-Trøndelag HF	Klinikk for kirurgi Namsos Klinikk for kirurgi Levanger
Helse Vest	**Helse Fonna HF**	**Kirurgisk klinikk Haugesund**
	Helse Bergen HF	Ortopedisk klinikk
	Helse Førde HF	Kirurgisk klinikk
	Helse Stavanger HF	Klinikk A
Helse Sør-Øst	**Sørlandet sykehus HF**	**Klinikk somatikk Kristiansand**
	Akershus universitetssykehus HF	Ortopedisk klinikk
	Oslo universitetssykehus HF	Ortopedisk klinikk
	Sunnaas sykehus HF	Ingen
	Sykehuset i Vestfold HF	Kirurgisk klinikk (fra 2025 er den ortopediske virksomheten flyttet fra kirurgisk klinikk og etablert som egen ortopedisk klinikk)
	Sykehuset Innlandet HF	Vi har mottatt regnskapstall for all ortopedisk virksomhet, samt svar enkelte svar for divisjon Elverum-Hamar, men også for divisjon Gjøvik-Lillehammer
	Sykehuset Telemark HF	Kirurgisk klinikk
	Sykehuset Østfold HF	Klinikk for kirurgi
	Vestre Viken HF	Bærum sykehus

Datainnsamlingen i dybdeundersøkelsen ble gjennomført i to trinn:

- Først sendte vi en omfattende dokumentbestilling og brev med skriftlige spørsmål til de fire helseforetakene. Blant annet ba vi om å få tilsendt dokumenter som beskriver budsjettprosessen og tiltaksarbeidet i både helseforetaket og de utvalgte klinikkene i perioden 2022–2024. Vi gjennomgikk også andre offentlig tilgjengelige dokumenter som utviklingsplaner og andre planer og strategier, økonomiske langtidsplaner, oppdragsdokumenter, årlige meldinger og relevante styresaker.
- Med utgangspunkt i dokumentanalysen gjennomførte vi deretter til sammen 39 intervjuer med representanter fra de fire helseforetakene.[257] Det viktigste formålet med intervjuene var å få klarhet i hvordan arbeidet med økonomistyring på ulike nivåer i foretakene foregikk i praksis. Opplysninger fra dokumentanalysen og intervjuene ble verifisert gjennom en skriftlig oppsummering som ble sendt til hvert helseforetak.

Datainnsamlingen i breddeundersøkelsen ble gjennomført med en forenklet dokumentbestilling og brev med skriftlige spørsmål til de øvrige 16 helseforetakene som driver med pasientbehandling. I tillegg hentet vi inn budsjett og regnskap for årene 2022–2024 for klinikkene som driver med ortopedisk kirurgi i både dybde- og breddeundersøkelsen.

16.4 Undersøkelser i RHF-ene og departementet

For å besvare problemstilling 3 og 4, om hhv. de regionale helseforetakenes tilrettelegging og departementets styring, har vi

- sendt brev med skriftlige spørsmål og dokumentbestilling
- gjennomført dokumentanalyse av dokumentene vi har mottatt samt andre, offentlig tilgjengelige dokumenter som oppdragsdokumenter, protokoller fra foretaksmøter og årlige meldinger, samt regionale planer og strategier m.m.
- gjennomført intervjuer med hvert av de fire RHF-ene og Helse- og omsorgsdepartementet. Fra disse intervjuene ble det utarbeidet referater som deretter har blitt verifisert

[257] Vi intervjuet blant annet økonomidirektør/-sjef og andre representanter fra økonomiavdelingen (eksempelvis controllere og analysemiljø), én klinikkdirektør og en eller flere avdelingsledere, sengepostledere og leder for legene, samt representanter for fagavdeling og HR-avdeling, samt administrerende direktør.

Referanseliste

Lover

- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata. https://lovdata.no/lov/2001-06-15-93
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63
- Regnskapsloven. (1998). *Lov om årsregnskap m.v.* (LOV-1998-07-17-56). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-56
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61

Regelverk

- Finansdepartementet. (2003). *Reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet). Fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 5. desember 2025. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/reglement_for_okonomistyring_i_staten.pdf

Meldinger og proposisjoner til Stortinget

- Meld. St. 2 (2014–2015). *Revidert nasjonalbudsjett 2015*. Finansdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-2-2014-2015/id2411584/
- Meld. St. 6 (2022–2023). *Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap: Statens direkte eierskap i selskap* (eierskapsmeldingen). Nærings- og fiskeridepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20222023/id2937164/
- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/
- Meld. St. 11 (2025–2026). *Helsepersonellplan 2040*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20252026/id3164917/
- Meld. St. 21 (2024–2025). *Helse for alle: Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-21-20242025/id3096827/
- Meld. St. 31 (2023–2024). *Perspektivmeldingen 2024*. Finansdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-31-20232024/id3049290/
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). *Om lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven). Sosial- og helsedepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-66-2000-2001-/id165010/
- Prop. 1 S (2023–2024). *For budsjettåret 2024*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20232024/id2997928/HOD

- Prop. 1 S (2024–2025). *For budsjettåret 2025*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20242025/id3056674/
- Prop. 1 S (2025–2026). *For budsjettåret 2026*.Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/6aa02b79155b44278bf5bf9e817fbfc5/no/pdfs/prp202420250001hoddddpdfs.pdf
- Prop. 20 S (2025–2026). *Endringar i statsbudsjettet 2025 under Helse- og omsorgsdepartementet*. Helse- og omsorgsdepartementet. *https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-20-s-20252026/id3140033/*
- Prop. 23 S (2024–2025). *Endringar i statsbudsjettet 2024 under Helse- og omsorgsdepartementet*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-23-s-20242025/id3075465/
- Prop. 96 S (2025–2026) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2026*. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-96-s-20252026/id3159643/
- Prop. 104 S (2023–2024). *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2024*. Finansdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-104-s-20232024/id3039096/
- Prop. 106 S (2023–2024). *Tillegg til Prop. 104 S (2023–2024) om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2024*. Finansdepartementet https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-106-s-20232024/id3043986/
- Prop. 120 L (2011–2012). *Endringer i helseforetaksloven mv*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-120-l-20112012/id683103/
- Prop. 145 LS (2024–2025). *Endringar i skatte- og avgiftslovgivinga*. Finansdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-145-ls-20242025/id3100901/
- St. prp. 1 (2008–2009). *For budsjettåret 2009*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/5304b60845eb41a08e64fdde16e5f575/no/pdfs/stp200820090001hoddddpdfs.pdf

Innstillinger til Stortinget

- Innst. 11 S (2017—2018*). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2018, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*. (Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen 19.12.2017) Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2017-2018/inns-201718-011s.pdf

- Innst. 11 S (2023–2024). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2024, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*. (Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen med avvik/tillegg 19.12.2023.) Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2023-2024/inns-202324-011s/
- Innst. 11 S (2024–2025). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2025, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*. (Stortinget har gjort vedtak i samsvar med innstillingen med avvik/tillegg 16.12.2024.) Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=100216
- Innst. 11 S (2025–2026). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2026, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*. (Stortinget har gjort vedtak i samsvar med innstillingen 15.12.2025.) Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2025-2026/inns-202526-011s/
- Innst. 75 S (2025–2026). *Innstilling fra finanskomiteen om endringer i statsbudsjettet 2025 og ny saldering av statsbudsjettet 2025*. (Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen 22.12.2025.) Finanskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2025-2026/inns-202526-075s/
- Innst. 94 S (2024–2025). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringar i statsbudsjettet 2024 under Helse- og omsorgsdepartementet. (*Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen 18.12.2024.) Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2024-2025/inns-202425-094s/ Saken i korthet
- Innst. 95 S (2025–2026). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag om ei ny og offensiv satsing på arbeidsretta rehabilitering*. (Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen med avvik/tillegg, jf. vedtak 452–459 Vedtak 455 gjelder stans av kontraktsinngåelser om rehabiliteringsanskaffelser i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.) Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2025-2026/inns-202526-095s/
- Innst. 96 S (2025–2026) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om bedre hjertebehandling i Nord-Norge og Midt-Norge*. (Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen med avvik/tillegg 10.2.2026, jf. vedtak 460–462.) Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2025-2026/inns-202526-096s/
- Innst. 180 S (2024–2025). *Innstilling fra finanskomiteen om Perspektivmeldingen 2024*. https://stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2024-2025/inns-202425-180s/

- Innst. 190 S (2022–2023). *Innstilling fra næringskomiteen om Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap: Statens direkte eierskap i selskaper*. (Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen med avvik/tillegg 23.6.2023.) Næringskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2022-2023/inns-202223-190s/?all=true
- Innst. 217 S (2020–2021). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag om tiltak for å sikre trygge fødsels- og barseltenester og jordmorberedskap i heile landet*. (Stortinget har gjort vedtak i samsvar med innstillingen med avvik/tillegg 23.02.2021, jf. vedtak 649–651.) Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2020-2021/inns-202021-217s.pdf
- Innst. 387 S (2023–2024). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*. (Stortinget har gjort vedtak i samsvar med innstillingen med avvik/tillegg 4.6.2024.) Helse- og omsorgskomiteen. https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2023-2024/inns-202324-387s.pdf
- Innst. 447 S (2023–2024). *Innstilling fra finanskomiteen om Revidert nasjonalbudsjett 2024*. (Med endringer som kommer frem av innstillingens pkt. 1.1, vedtok Stortinget innstillingen 21.6.2024. Prop. 104 S (2023–2024) og Prop. 106 S (2023–2024) er bl.a. grunnlag for saken.) Finanskomiteen. https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2023-2024/inns-202324-447s/
- Innst. 516 L (2024–2025). *Innstilling fra finanskomiteen om Endringar i skatte- og avgiftslovgivinga*. (Stortinget behandlet lovforslagene 17. og 20.6.2025 og vedtok regjeringens forslag til lovendringer, jf. Lovvedtak 136–140 (2024–2025). Lovvedtak 140 gjelder vedtak til lov om endring i helseforetaksloven.) Finanskomiteen. https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2024-2025/inns-202425-516l.pdf

Vedtak i Stortinget og statsrådens svar på spørsmål fra stortingsrepresentant

- Statsrådens svar til spørsmål nr. 1165 til skriftlig besvarelse fra stortingsrepresentant Mímir Kristjánsson – om helseforetakenes låneopptak. Hentet 30. juni 2026 fra https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2024-2025/dok15-202425-1165-vedlegg.pdf
- Stortingets vedtak nr. 574 gjort 14.5.2020, jf. Innst. 255 S (2019–2020) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* og Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*: «Stortinget ber regjeringen følge opp anmodningsvedtak 750 (2017–2018), og sørge for at fødeavdelingen i Kristiansund består inntil fødeavdelingen i det nye sykehuset på Hjelset er i drift».

Riksrevisjonsrapporter

- Del av Dokument 3:2 (2017–2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus* (sak 3). Riksrevisjonen. https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2017-2018/undersokelse-av-effektivitet-i-sykehus/
- Del av Dokument 3:2 (2018–2019). *Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressurser* (sak 3). Riksrevisjonen. https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2018-2019/undersokelse-av-helseforetakenes-bruk-av-legeressursene/
- Del av Dokument 3:2 (2021–2022). *Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr*. Riksrevisjonen. https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2021-2022/undersokelse-av-helseforetakenes-investeringer-i-bygg-og-medisinsk-teknisk-utstyr/
- Dokument 3:3 (2024–2025). *Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen i Midt-Norge*. Riksrevisjonen. https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2024-2025/helseplattformen-i-midt-norge/
- Dokument 3:3 (2025–2026). *Riksrevisjonen si undersøking av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten*. Riksrevisjonen. https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2025-2026/bruk-av-teknologi-for-a-flytte-spesialisthelsetenester-nar-pasienten/
- Dokument 3:6 (2023–2024). *Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av IT-systemer på sykehus*. Riksrevisjonen. https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2023-2024/utnyttelse-av-itsystemer-pa-sykehus/
- Dokument 3:10 (2025–2026). *Riksrevisjonen si undersøking av helsetenestenes samhandling om eldre*. Riksrevisjonen. https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2025-2026/helsetenestenes-samhandling-om-eldre/

Norges offentlige utredninger

- NOU 2019: 24. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-24/id2682523/
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/
- NOU 2023: 8. (2023). *Fellesskapets sykehus*: *Styring, finansiering, samhandling og ledelse*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/
- NOU 2025: 10 (2025). *Teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi*. Kommunal- og distriktsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2025-10/id3140593/

Styringsdokumenter

- Oppdragsdokumenter (også kalt «oppdrag og bestilling», «styringskrav og rammer», «styringsdokument») fra de regionale helseforetakene til helseforetakene med pasientbehandling i perioden 2022–2025.
- Økonomiske langtidsplaner for helseregionene i perioden 2015–2025.
- Styresaker for Helse Fonna HF, Sørlandet sykehus HF, St. Olavs hospital HF, Nordlandssykehuset HF i 2025.

Helse Vest RHF

- Styremøte i Helse Vest RHF 15. desember 2025, sak 141/2025 Nysaldering statsbudsjett 2025 - handtering av pensjonskostnad i helseføretaka og øyremerka midlar til Medevac-pasientar.

Helse Nord RHF

- Protokoll fra styremøte i Helse Nord RHF 19. juni 2024, sak 83-2024 Tiltak som bidrar til bærekraft i Helse Nord – rapport.
- Styremøte i Helse Nord RHF 12. oktober 2024, sak 128-2024 Budsjett 2025, foretaksgruppen – rammer og føringer.
- Styremøte i Helse Nord RHF 30. april 2025, sak 42-2025 Vurdering av risiko i Helse Nord.
- Styremøte i Helse Nord RHF 18. desember 2025, sak 133-2025 Budsjett 2025 – justering av rammer nr. 2.

Helse Midt-Norge RHF

- Styremøte i Helse Midt-Norge RHF 18. desember 2025, sak 182-2025 Endringer som følge av nysaldering 2025, Prop. 20 S (2025-2026).

Helse Møre og Romsdal HF

- Styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 17. desember 2024, sak 102-24 Drøftingsprotokoll – Vedtak budsjett 2025.
- Styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 29. januar 2025, sak 9-25 Korrigert budsjett og resultatkrav i 2025 for Helse Møre og Romsdal HF.
- Styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 25. februar 2026, sak 18-26 Sluttrapport Sjukehuset Nordmøre og Romsdal.

St. Olavs hospital HF

- Styremøte i St. Olavs hospital HF 24. juni 2021, sak 46/2021 Oppfølging etter innføring av ny inntektsfordelingsmodell.

Helse Sør-Øst RHF

- Styremøte i Helse Sør-Øst RHF 25. oktober 2024, sak 108-2024 Oppfølging av tiltak for bemannings- og ressursplanlegging.
- Protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF (5. og) 18. mars 2026, sak 43-2026 Høring forslag til forskrift om regnskapsføring av pensjonsforhold i helseforetak og regionale helseforetak.

Helse- og omsorgsdepartementet

- Oppdragsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene i perioden 2022–2026. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/
- Protokoller fra foretaksmøter mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene i perioden 2022–2026, samt fra foretaksmøtene 31. januar 2012 og 7. januar 2015. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/protokoller-fra-foretaksmoter/id535568/
- Årlig melding fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet i perioden 2022–2025. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/arlig-melding-fra-regionforetakene/id535570/

Veiledere, rundskriv og handlingsplaner

- De fire regionale helseforetakene. (u.å.). *Handlingsplan for å redusere overforbruk og variasjon innan laboratoriefaga.* Helse Vest. https://www.helse-vest.no/48e0f1/siteassets/rapporter/variasjon-i-radiologi-og-lab/handlingsplan-lab.pdf
- De fire regionale helseforetakene. (2025, 24. september). *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner: 24.9*. 2025. Helse Sør-Øst. https://www.helse-sorost.no/4aeaf6/siteassets/documents/styret/styremoter/2025/12/1472025-vedlegg-veileder-for-arbeidet-med-utviklingsplaner-24.09.2025.pdf
- Finansdepartementet (2025*) Standard kontoplan for statlige virksomheter (R-102/2025).https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_102_2025.pdf*
- Helsedirektoratet. (2018). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten: Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten

Fagartikler og rapporter

- Banker, R. D., & Natarajan, R. (2008). Evaluating contextual variables affecting productivity using data envelopment analysis. *Operations research*, *56*(1), 48-58. https://doi.org/10.1287/opre.1070.0460
- Banker, R., Natarajan, R., & Zhang, D. (2019). Two-stage estimation of the impact of contextual variables in stochastic frontier production function models using data envelopment analysis: Second stage OLS versus bootstrap approaches. *European Journal of Operational Research*, *278*(2), 368-384.
- Bell, R. M., & McCaffrey, D. F. (2002). Bias reduction in standard errors for linear regression with multi-stage samples. Survey Methodology, 28(2), 169-181.
- Bogetoft, P. & Otto, L. (2011). *Benchmarking with DEA, SFA and R*. Springer New York.
- Braithwaite, J., Glasziou, P. & Westbrook, J. (2020, 4. mai). The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 Challenge. *BMC Med 18,* 102 (2020). https://doi.org/10.1186/s12916-020-01563-4
- Charnes, A., Cooper, W. W. & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research, 2*(6), 429-444. https://doi.org/10.1016/0377-2217(78)90138-8
- Daraio, C., & Simar, L. (2007). Conditional nonparametric frontier models for convex and nonconvex technologies: a unifying approach. *Journal of productivity analysis*, *28*(1), 13-32. https://doi.org/10.1007/s11123-007-0049-3
- Gerring, J., & Cojocaru, L. (2016). Selecting cases for intensive analysis: A diversity of goals and methods. *Sociological methods & research, 45*(3), 392-423. https://doi.org/10.1177/0049124116631692
- Hagen, T. P. (2021). Er det stordriftsfordeler i sykehus? *Praktisk økonomi & finans*, 37(3), 232–241. https://doi.org/10.18261/issn.1504-2871-2021-03-06
- Hagen, T. P. & Anthun, K. S. (2025, 6. oktober). Sykehusenes kostnadsnivå før og etter investeringer i bygningsmassen. *Tidsskrift for Den norske legeforening 2025 Vol. 145*. https://doi.org/10.4045/tidsskr.24.0679
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 9. desember). *Rapport fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi: TBU-Spesialisthelsetjenesten – 9. desember 2024* (TBU-S). Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-teknisk-beregningsutvalg-for-spesialisthelsetjenestens-okonomi/id3079071/
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, 23. juni). *Notat fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi: TBU-Spesialisthelsetjenesten –23. juni 2025* (TBU-S). Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/3f6c3d6a6fca4d3a82e596ea9dd399d9/no/pdfs/notat-fra-teknisk-beregningsutvalg-for-spesialisth.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, 14. oktober). *Notat fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi 23. juni 2025: Korreksjon av feil i tall.* Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/korreksjon-av-feil-i-tall-fra-teknisk-beregningsutvalg-for-spesialisthelsetjenesten/id3124543/
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, 10. desember). *Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi: TBU-spesialisthelsetjenesten – 10. desember 2025 (TBU-S)*. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-fra-tekniske-beregningsutvalg-for-spesialisthelsetjenestens-okonomi/id3142504/
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2026, 26. juni) *Notat fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi: TBU–Spesialisthelsetjenesten – 26. juni 2026*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/notat-fra-teknisk-beregningsutvalg-for-spesialisthelsetjenestens-okonomi/id3167866/
- Helsedirektoratet. (2021, oktober). *Kostnader, produktivitet og økonomisk status i spesialisthelsetjenesten: SAMDATA Spesialisthelsetjeneste* (rapport IS-3011). https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/analysenotater-samdata-spesialisthelsetjenesten/IS-3011%20Kostnader%20produktivitet%20og%20%C3%B8konomisk%20status%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/0661d028-f1ac-4ac8-b50d-69d2b920051f:ae1e77d45a842fd0db55e30a88e8bed09cc9cb56/IS-3011%20Kostnader%20produktivitet%20og%20%C3%B8konomisk%20status%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf
- Helsedirektoratet. (2023). *Nasjonal spesifikasjon for modellering av kostnad per pasient beregninger i sykehus*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-isf/kostnadsvekter/_/attachment/inline/a8d08d01-39f7-4b75-9cf0-532a68de19dc:9c7ff3639f25fdc36a2f435b688c05c6e9d56b6d/Nasjonal%20spesifikasjon%20for%20KPP-modellering%202023.PDF
- Helsedirektoratet. (2025, 9, januar). *Kostnader til legemidler i helseforetak 2012–2023*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kostnader-til-legemidler-i-helseforetak-20122023
- Helsedirektoratet. (2026, 5. mars). *Ressursbruk på IKT i helseregionene og nasjonale virksomheter 2024*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ressursbruk-pa-ikt-i-helseregionene-og-nasjonale-virksomheter-2024
- Jacobs, R., Smith, P. C. & Street, A. (2006). *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. Cambridge University Press.
- Kittelsen, S.A.C, Anthun, K.S. & Huitfeldt, I.M.S. (2017). Kvalitet og produktivitet i norske sykehus. *Michael, 14*, 75–85. https://hdl.handle.net/11250/2475859

- Legeforeningen. (2026). *Gjør kloke valg –Radiologi*. Hentet 2. juli 2026. https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-radiologisk-forening/artikler/fag-og-utdanningsstoff-fra-noraforum/gjor-kloke-valg-radiologi/
- Oslo Economics. (2024, januar). *Marginalkostnader i spesialisthelsetjenesten*. https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2024/03/Marginalkostnader-i-spesialisthelsetjenesten.pdf
- Oslo Economics. (2025, april). *Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus*. https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2025/05/Effekt-av-a-fjerne-tidstyver-i-sykehus.pdf
- Oslo Economics. (2025, desember). *Offentlige legemiddelutgifter. En oversikt over utviklingen i Norge i perioden 2013–2024*. OE_rapport-offentlige-legemiddelutgifter_lansering.pdf
- Pustejovsky, J. E. & Tipton, E. (2016). Small sample methods for cluster-robust variance estimation and hypothesis testing in fixed effects models. *Journal of Business and Economic Statistics, 36*(4), 672-683.
- Simar, L., & Wilson, P. W. (2011). Two-stage DEA: caveat emptor. *Journal of Productivity Analysis*, *36*(2), 205-218. https://doi.org/10.1007/s11123-011-0230-6
- Wiig, O. & Olsen, B.M. (2024). *Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2023: Hovedresultater og dokumentasjon*. (Rapport 2024/35). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no

Internett

- Brækhus, L.A. (2025, 26. september). *Styreleder: – Denne ordningen har et skikkelig amatørpreg*. Dagens Medisin. Hentet 2. juni 2026 fra https://www.dagensmedisin.no/fristbrudd-fristbruddordningen-helse-sor-ost-rhf/styreleder-denne-ordningen-har-et-skikkelig-amatorpreg/707521
- DFØ. (u.å.) *Statsregnskapet.no – Investeringslån utgiftspost 073282 i 2025.* Hentet 2. juli 2026 fra https://statsregnskapet.dfo.no/inntekter-og-utgifter/formal/10-helse-og-omsorg/1030-regionale-helseforetak/000732-regionale-helseforetak/00073282-investeringslaan
- DFØ. (u.å.) *Statsregnskapet.no – Renter på investeringslån i 2025.* Hentet 17. august 2026 fra https://statsregnskapet.dfo.no/inntekter-og-utgifter/formal/10-helse-og-omsorg/1030-spesialisthelsetjenester/003732-regionale-helseforetak/00373280-renter-paa-investeringslaan
- Haugan, B. og Mikalsen, H. (2026, 20. april). *Vestre varsler pengebrems. VG*. Hentet 17. august 2026 fra https://www.vg.no/nyheter/i/QJg4XW/jan-christian-vestre-for-mye-penger-gjoer-oss-late
- Helfo. (2026, 16. februar). *Dine rettigheter ved fristbrudd*. Hentet 19. mars 2026 fra: https://www.helsenorge.no/rettigheter/dine-rettigheter-ved-fristbrudd/

- Helse Midt-Norge. (2024). *Regional innføring av Helseplattformen*. Hentet 1. juli 2026 Regional innføring av Helseplattformen - Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF. (2024, 7. februar). Dette skjer videre i omstillingsarbeidet. Hentet 2. juli 2026 fra https://www.helse-nord.no/arkiv/endring-og-omstilling-i-helse-nord/aktuelt-endring-og-omstilling-i-helse-nord/dette-skjer-videre-i-omstillingsarbeidet/
- Helsedirektoratet (2023). *Kostnader til spesialisthelsetjenesten* (siste faglige endring 2. juli 2026). Hentet 2. juli 2026 fra https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/kostnader-til-spesialisthelsetjenesten
- Helsedirektoratet. (2024, 10. mai). *Produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste* (siste faglige endring 16.09.2026). Hentet 29. juni 2026 fra https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/produktivitet-i-somatisk-spesialisthelsetjeneste
- Helsedirektoratet (2025, 11. februar): *Kostnadsvekter.* Hentet 2. juli 2026 fra https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-isf/kostnadsvekter
- Helsedirektoratet. (2026, 4. februar). *Kostnad per innbygger til helsetjenester for helsefelleskap og helseforetak – arbeidsrapport fra utviklingsarbeid.* Hentet 17. august 2026 fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kostnad-per-innbygger-til-helsetjenester-pa-niva-for-helsefellesskap-og-helseforetak-arbeidsrapport-fra-utviklingsarbeid/vedlegg/naermere-om-tilrettelegging-av-kostnadsgrunnlag-fra-spesialisthelsetjenesten
- Helsedirektoratet. (2026, 17. april). *DRG-systemet*. Hentet 2. juli 2026 fra https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-isf/drg-systemet
- Helsedirektoratet. (2026, 7. mai). *Kvalitet og kvalitetsindikatorer.* Hentet 2. juli 2026 fra https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer
- Hem, E. og Johnsgaard, N. (2025, 24. februar). *Komorbiditet* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 2. juli 2026 fra https://sml.snl.no/komorbiditet
- Legeforeningen. (2026). *Gjør koke valg*. Hentet 2. juli 2026 fra https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/
- Legeforeningen. (2026). *Kloke valg-sykehus.* Hentet 16. september 2026 fra https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/prosjekter/kloke-valg-sykehus/ressurser/sykehus-som-er-med/
- Oslo universitetssykehus. (2025, 7. oktober). *Innovative anskaffelser: Kontrolltårn for operasjoner på Oslo universitetssykehus.* Hentet 2. juli 2026 fra https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/innovasjon/kontrolltarn-for-operasjoner-pa-sykehus/#bakgrunn

- Pustejovsky, J.E. (2026, 4. mai). *clubSandwich: Cluster-Robust (Sandwich) Variance Estimators with Small-Sample Corrections*. *R-pakke, versjon 0.7.0.* Hentet 27. mai 2026 fra https://CRAN.R-project.org/package=clubSandwich
- Regjeringen. (2024, 7. oktober). *Statsbudsjettet 2025: Statens inntekter og utgifter.* Hentet 2. juli 2026 fra https://www.regjeringen.no/no/statsbudsjett/2025/statsbudsjettet-2025-statens-inntekter-og-utgifter/
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). (2023, 14. juni). *Helseatlas radiologi første del, MR.* Hentet 2. juli 2026 fra https://analyser.skde.no/no/rapporter/radiologi
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). (2024, 7. mars). *Helseatlas radiologi andre del, MR*. Hentet 2. juli 2026 fra https://analyser.skde.no/no/rapporter/radiologi2
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). (2024, 5. september). *Helseatlas medisinsk biokjemi*. Hentet 2. juli 2026 fra https://analyser.skde.no/no/rapporter/lab
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2019). *Tabell 12764: Beregnet avstand og kjøretid til akuttmottak, etter region, år og persentil*. Hentet 29. juni 2026 fra https://www.ssb.no/statbank/table/12764
- Statistisk sentralbyrå (SSB) (2026, 30. mars). *Tabell 13982: Spesialisthelsetjenesten. Befolkning, etter region, år, tjenesteområde og kjønn.* Hentet 17. august 2026 fra https://www.ssb.no/statbank/table/13982
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2026, 18. juni). *Tabell 13953: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, etter yrke, år, region og tjenesteområde sin statistikk for avtalte årsverk i spesialisthelsetjenesten*. Hentet 2. juli 2026 fra https://www.ssb.no/statbank/table/13953
- Storvik, A.G. og Tømmerbakke, S.G. (2021, 11. mars sist oppdatert 2023, 20. juni). *Sykehusdirektør om fristbrudd: – Vi er fanget i en kostnadsspiral*. Dagens Medisin. Hentet 2. juli 2026 fra https://www.dagensmedisin.no/finnmarkssykehuset-hf-fristbrudd-fristbruddordningen/sykehusdirektor-om-fristbrudd-vi-er-fanget-i-en-kostnadsspiral/301372

Tabell-, figur- og faktaboksoversikt

Tabelloversikt

Tabell 1 Rangering av helseforetakenes kostnadseffektivitet i 2025 med ulike mål 34
Tabell 2 Effektivitetsscore for arbeidseffektivitet, og årsverk per DRG-poeng i helseforetakene i 2025 40
Tabell 3 Beskrivelse av forklaringsvariablene i regresjonsanalysen 45
Tabell 4 Resultatgrad, årsresultater, EBITDA-margin per helseforetak, 2015–2025 60
Tabell 5 Resultatavvik (mot budsjett) i prosent av totale driftsinntekter for helseforetakene i perioden 2022–2025 65
Tabell 6 Differanse mellom resultat og resultatmål i ØLP-er før ferdigstillelse av bygg i utvalgte helseforetak 67
Tabell 7 Hva engangsbevilgninger har gått til i perioden 2015–2025 70
Tabell 8 Finanskostnader, finansinntekter og netto finanskostnader (finanskostnader fratrukket finansinntekter) per helseregion i 2025 77
Tabell 9 Oppdrag og krav de regionale helseforetakene er bedt om å rapportere i perioden 2022–2025 i oppdragsdokument og foretaksmøte per RHF 2022–2025 129
Tabell 10 Metoder sin er brukt til å belyse problemstillingene 142
Tabell 11 Helseforetakene og klinikkene som inngår i undersøkelsen, etter helseregion 152
Tabell 12 Rangering av kostnadseffektivitet i 2025 med konstant skalautbytte 184
Tabell 13 Rangering av arbeidseffektivitet i 2025 med konstant skalautbytte 185
Tabell 14 Rangering av kostnadseffektivitet i 2025 med bootstrapping 186
Tabell 15 Rangering av arbeidseffektivitet i 2025 med bootstrapping 187
Tabell 16 Dekomponert Malmquist-indeks for kostnadseffektivitet for 2017 og 2025 188
Tabell 17 Dekomponert Malmquist-indeks for arbeidseffektivitet for 2017 og 2025 189
Tabell 18 Deskriptiv statistikk for alle variabler (standardiserte uavhengige variabler) 189
Tabell 19 Deskriptiv statistikk for uavhengige variabler, ekskludert kvadrerte variabler (ikke standardiserte variabler) 190
Tabell 20 Regresjonstabell for hovedmodell 190
Tabell 21 Beskrivelse av variabler som er testet, men som ikke er inkludert i hovedmodellen for regresjonsanalysene 192
Tabell 22 Resultater fra regresjoner med ulike modellspesifikasjoner 193
Tabell 23 Estimert kostnadsindeks for hvert helseforetak 197
Tabell 24 Oversikt over valgte DRG-er 199
Tabell 25 Opphold, KPP/KPO og liggedøgn per DRG per helseforetak i 2024 215
Tabell 26 Regresjonstabell for snitt liggetid på KPP for DRG 89 og 90, 209V og 209U, 209H, og 320 og 321 for alle helseforetak i 2024 218
Tabell 27 Endring i inntekter og kostnader fra 2017 til 2025 per helseregion 222
Tabell 28 Innleiekostnader per helseforetak 224
Tabell 29 De regionale helseforetakenes driftskredittrammer i perioden 2020-2025, tall i millioner kroner 225
Tabell 30 Rentenivå på driftskreditt i perioden 2020-2025 225

Tabell 31 Anslag på rentebelastning av driftskreditt i perioden 2020-2025, i millioner kroner 226
Tabell 32 Finansresultat i 2025 per helseforetak 226
Tabell 33 Forskjell mellom budsjettert og faktisk EBITDA-margin for helseforetakene i perioden 2022 til 2025 (prosentpoeng) 227
Tabell 34 Utvikling i den samlede gjelden i foretaksgruppene i perioden 2017–2025 228

Figuroversikt

Figur 1 Resultatgrad (årsresultat som andel av driftsinntekter) per helseregion og samlet i perioden 2015–2025 15
Figur 2 Helseregionenes samlede årsresultat, kapitalkostnader, investeringer og driftsresultat før avskrivninger, 2015–2025, med anslag for 2026–2027. Millioner kroner. 16
Figur 3 Endring i kostnadseffektivitet (vektet Malmquist-indeks aggregert) for hver helseregion 2017–2025 37
Figur 4 Utvikling i helseforetakenes kostnadseffektivitet i perioden 2017–2025 38
Figur 5 Utvikling i arbeidseffektivitet (vektet Malmquist-indeks aggregert) for hver helseregion i 2017–2025 42
Figur 6 Utvikling i arbeidseffektivitet per helseforetak for 2017–2025 43
Figur 7 Årsresultater per helseregion og samlet i løpende priser, i perioden 2015–2025 . 51
Figur 8 Driftsresultat før avskrivninger som andel av driftsinntekter (EBITDA-margin), per helseregion og samlet i perioden 2015–2025 52
Figur 9 Resultatgrad (årsresultat som andel av driftsinntekter) per helseregion og samlet i perioden 2015–2025 53
Figur 10 Helseregionenes samlede årsresultat, kapitalkostnader, investeringer og driftsresultat før avskrivninger 2015–2025, med anslag for 2026–2027. Millioner kroner. 54
Figur 11 Årsresultat, kapitalkostnader, investeringer og driftsresultat før avskrivninger per helseregion i perioden 2015–2025, med anslag for 2026–2027. Millioner kroner. . 55
Figur 12 Årsresultat for helseregionene fordelt på henholdsvis helseforetak som driver pasientbehandling, og RHF og andre virksomheter som inngår i foretaksgruppene (primært regionale Sykehusapotek og IT-leverandører), 2015–2025. I løpende priser 59
Figur 13 Foretaksgruppenes årsresultater i perioden 2015–2025, opp mot resultatkrav i det regionale helseforetakets økonomiske langtidsplan 62
Figur 14 Andel økonomiske langtidsplaner der helseforetakene som driver pasientbehandling nådde resultatkravene i planene på kort og lang sikt, 2015–2025 64
Figur 15 Kostnadstypenes andel av driftskostnader i 2017 mot 2025 i prosent. Pensjonskostnader er holdt utenfor. 73
Figur 16 Utvikling i netto finanskostnader *for de 20 helseforetakene som driver pasientbehandling*, samlet per helseregion, 2015–2025 (løpende priser) 78
Figur 17 Investeringsnivået i helseregionene fra 2015–2025 (1000kr) 79

Figur 18 Andelen investeringer i MTU i 2025 som skyldtes havari (%) 80
Figur 19 Helseforetakenes planer sett i sammenheng med planer på nasjonalt og regionalt nivå 83
Figur 20 Faktisk og forventet effektivitetsscore per helseforetak for 2025 per helseforetak 191
Figur 21 Parvis differanse i estimert kostnadsindeks 198
Figur 22 Differanse i KPP/KPO for lungebetennelse og pleuritt (DRG 89 og 90) 200
Figur 23 Differanse i KPP/KPO for innsetting av primærhofteleddsprotese (DRG 209V og 209U) 202
Figur 24 Differanse i KPP/KPO for innsetting av protese i kne (DRG 209H) 203
Figur 25 Differanse i KPP/KPO for infeksjon i nyrer og urinveier (DRG 320 og 321) 204
Figur 26 Differanse i KPP og liggetid for DRG 89 i 2024 206
Figur 27 Differanse i KPP og liggetid for DRG 90 i 2024 207
Figur 28 Differanse i KPP og liggetid for DRG 209V i 2024 208
Figur 29 Differanse i KPP og liggetid for DRG 209U i 2024 209
Figur 30 Differanse i KPP og liggetid for DRG 209H i 2024 211
Figur 31 Differanse i KPP og liggetid for DRG 320 i 2024 212
Figur 32 Differanse i KPP og liggetid for DRG 321 i 2024 213
Figur 33 Kapitalkostnader som andel av driftskostnader uten pensjon i perioden 2015–2025, samlet for alle regioner 220
Figur 34 Kapitalkostnader som andel av driftskostnader uten pensjon, per helseregion 221
Figur 35 Kapitalkostnader brutt ned på henholdsvis av- og nedskrivninger og netto finanskostnader, i løpende priser 221
Figur 36 Utvikling i innleiekostnader som andel av samlede lønnsrelaterte kostnader (sum lønn og innleie), uten pensjon 223
Figur 37 Samlet tilstandsgrad på helseforetakenes bygg i 2024 230
Figur 38 Gjennomsnittsalder MTU per 2020 og 2025, per helseforetak 232
Figur 39 Gjennomsnittsalderen til sykehusenes MTU-park i 2025 233

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Eksempler på omstillingsarbeid rettet mot personellforvaltning 24
Faktaboks 2 Arbeid med å redusere unødvendig aktivitet ved Sørlandet sykehus 25
Faktaboks 3 Forklaring av effektivitetsscore og Malmquist-indeks i DEA-analysen 33
Faktaboks 4 Nærmere om resultatmålene vi bruker 50
Faktaboks 5 Finansieringen av de regionale helseforetakene og helseforetakene 68
Faktaboks 6 Det overordnede utfordringsbildet til helseforetakene i dybdeundersøkelsen 82
Faktaboks 7 Regionale forskjeller i fastsettelse av resultatkrav i år 1–4 86
Faktaboks 8 En typisk tidslinje for budsjettprosessen i et helseforetak (økonomisk langtidsplan og årsbudsjett) 87
Faktaboks 9 Business case ved St. Olav 88
Faktaboks 10 Eksempler på restutfordringer i helseforetakene i dybdeundersøkelsen 91
Faktaboks 11 Urealistisk budsjettering i Helse Møre og Romsdal 92

Faktaboks 12 Eksempler på arbeid med å få til mer realistiske budsjetter 93
Faktaboks 13 Orientering til og involvering av styrene i omstillingsarbeidet i helseforetakene i dybdeundersøkelsen 95
Faktaboks 14 Sentralt initierte omstillingsprogrammer i helseforetakene i dybdeundersøkelsen 96
Faktaboks 15 Rapport om Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus 97
Faktaboks 16 Bruk av kostnad per pasient-data ved Ahus, Sykehuset i Vestfold og Helse Bergen 98
Faktaboks 17 Aktivitetssyrt ressursplanlegging ved Sørlandet sykehus 99
Faktaboks 18 «Kontrolltårn for operasjoner» ved OUS 101
Faktaboks 19 Eksempler på helseforetak som har jobbet systematisk med å redusere innleie 102
Faktaboks 20 Arbeid med å redusere unødvendig aktivitet ved Sørlandet sykehus 103
Faktaboks 21 Kloke valg 104
Faktaboks 22 Overordnet tidslinje for den regionale budsjettprosessen 112
Faktaboks 23 Omstillingsprosess Helse Nord 2023–2024 122
Faktaboks 24 Eksempler på Stortingsvedtak som har gått på tvers av RHF-enes og helseforetakenes opprinnelige planer 123
Faktaboks 25 De tre seksjonene i HOD som følger opp økonomien og økonomistyringen i RHF-ene 126
Faktaboks 26 Fremgangsmåte og datagrunnlag for analyse med DEA-metodikk 145
Faktaboks 27 Framgangsmåte for analyse av KPP-data 148

Ordliste og forkortelser

Avskrivninger	Avskrivninger er en ikke-betalbar kostnad, som vises som en kostnad i regnskapet til foretakene. Dette er en regnskapsmessig kostnad som fordeler verdien av investeringene over levetiden Varige driftsmidler avskrives regnskapsmessig over den forventede levetiden for å fordele kostnaden over tiden investeringen er i bruk. Den økonomiske levetiden er den forventede tiden det er lønnsomt å bruke eiendelen før den skiftes ut. Når levetiden er passert står eiendelen med 0 i bokført verdi.
Diagnoserelaterte grupper (DRG)	DRG er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner klassifiseres i grupper. Pasienter plassert i samme gruppe skal ligne hverandre medisinsk og bruke tilnærmet like mye ressurser. DRG gir dermed en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene, og inneholder både medisinsk og økonomisk informasjon. Systemet gjør det også mulig å sammenligne sykehus, selv om disse skulle behandle helt ulike pasienter.[258]
EBITDA	Driftsresultat før avskrivninger (EBITDA) er årsresultatet før renter, skatt og av- og nedskrivninger, og er et mål på hvor god den underliggende driften er økonomisk sett, og hva den frigjør av likviditet for å betjene kapitalkostnader og finansiere kommende investeringer.
Innsatsstyrt finansiering (ISF)	ISF innebærer at sykehusene får en aktivitetsbasert bevilgning basert på klassifisering av behandlinger i diagnoserelaterte grupper (DRG). Ordningen omfatter somatisk aktivitet, samt poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. ISF-andelen er lavere innen de to sistnevnte områdene.
Komorbiditet	Komorbiditet betyr «samtidige sykdommer», og brukes i denne sammenheng for å skille mellom pasienter som har flere ulike sykdommer eller lidelser samtidig. Det er blant annet relevant fordi pasienter med flere sykdommer ofte har dårligere prognoser og mer utfordrende behandling, noe som øker kostnadene for helsevesenet, i forhold til pasienter med én enkelt sykdom.[259]

[258] Helsedirektoratet (2026, 17. april). [Internett].
[259] Hem, E. og Johnsgaard, N. (2025, 24. februar). [Internett].

Kostnad per pasient Kostnad per pasient (KPP) er en metode for å beregne kostnadene ved pasientbehandling på individnivå i spesialisthelsetjenesten. KPP beregnes ved at helseforetakene kobler regnskapsdata fra økonomisystemene med aktivitetsdata fra de pasientadministrative systemene. På denne måten kan kostnadene knyttes til den enkelte pasient og det enkelte behandlingsforløpet. KPP-data rapporteres årlig til Helsedirektoratet og utgjør et sentralt grunnlag for beregningene knyttet til innsatsstyrt finansiering (ISF). Dataene brukes blant annet til å fastsette kostnadsvekter for diagnoserelaterte grupper (DRG-er).

Tilstandsgrad Samlet tilstandsgrad er et mål som brukes for å beskrive den tekniske tilstanden til den samlede bygningsmassen til et helseforetak. Tilstandsgraden tar utgangspunkt i beregninger av den tekniske tilstanden til de enkelte byggene. I beregningen av samlet tilstand for hvert helseforetak vektes byggene etter areal. Tilstandsgrad 0 tilsvarer meget god teknisk tilstand, tilstandsgrad 1 tilsvarer god/tilfredsstillende tilstand, tilstandsgrad 2 utilfredsstillende tilstand og tilstandsgrad 3 dårlig/meget dårlig tilstand.

Vedlegg 1:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Nils Erik Bjørge 22241046
Vår dato 29.10.2026
Vår referanse 2025/00287-200
Deres dato
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl (2024) § 7-4 (4)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Til statsråd Jan Christian Vestre

Dokument 3:5 (2026–2027) Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring og effektiv ressursbruk i spesialisthelsetjenesten

Vedlagt følger utkast til Dokument 3:5 (2026–2027) *Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring og effektiv ressursbruk i spesialisthelsetjenesten.*

Dokumentet er basert på rapport oversendt Helse- og omsorgsdepartementet ved vårt brev av 3. september, og på departementets svar 1. oktober 2026.

Vi ber statsråden gjøre rede for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens konklusjoner og anbefalinger, og eventuelt om departementet ikke er enig med Riksrevisjonen.

Svaret fra statsråden vil være et vedlegg til rapporten. Vi ber om at departementet sender svarbrevet i PDF-format – eksportert fra en Word-fil. Det vil si at svarbrevet ikke skal være scannet. Dette vil gjøre statsrådens svar mer leselig og i samsvar med krav til universell utforming.

Svarfristen er senest torsdag 12. november 2026.

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor og kollegiets leder

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg: Utkast til *Dokument 3:5 (2026–2027) Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring og effektiv ressursbruk i spesialisthelsetjenesten.*

Vedlegg 2:

Statsrådens svar

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Utsatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref	Vår ref	Dato
2025/00287	25/1625-	12. november 2026

Dokument 3:5 (2026-2027) Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring og effektiv ressursbruk i spesialisthelsetjenesten

Jeg viser til brev fra Riksrevisjonen av 29.10.2026 om utkast til Dokument 3:5 (2026-2027) Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring og effektiv ressursbruk i spesialisthelsetjenesten.

Rapporten gir en grundig gjennomgang av hvordan helseforetakene og de regionale helseforetakene arbeider med økonomistyring og effektiv ressursbruk, og hvordan departementet følger opp området. Jeg merker meg Riksrevisjonens anbefalinger og deler vurderingen av at en bærekraftig spesialisthelsetjeneste forutsetter god ressursutnyttelse, høy omstillingsevne og realistisk økonomisk styring. Departementet har over tid stilt tydelige krav til de regionale helseforetakene om en økonomisk bærekraftig utvikling gjennom den etablerte styringsdialogen. De regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å planlegge og utvikle tjenestene innenfor de økonomiske rammene som Stortinget har vedtatt. Departementet vil følge opp at helseforetakene arbeider systematisk med omstilling og forbedring, slik at tilgjengelige ressurser i størst mulig grad kommer pasientene til gode.

Utfordringene knyttet til demografisk utvikling, tilgang på helsepersonell og den medisinske utviklingen gjør det nødvendig med tydelige prioriteringer og endringer i hvordan tjenestene organiseres og leveres. Regjeringen har derfor lagt til grunn at økt produktivitet, bedre oppgavefordeling, mer bruk av teknologi og digitalisering, styrket samarbeid mellom tjenestenivåene og bedre prioritering av ressursene vil være sentrale virkemidler for å sikre en bærekraftig spesialisthelsetjeneste. Departementet vil følge opp dette gjennom styringen av de regionale helseforetakene og gjennom videre utvikling av nasjonale tiltak og virkemidler.

Postadresse: Postboks 8011 Dep 0030 Oslo
Kontoradresse: Teatergt. 9 Telefon* 22 24 90 90
Org no.: 983 887 406

Riksrevisjonens anbefalinger vil inngå som en del av departementets videre oppfølging av de regionale helseforetakene. Målet er å sikre at spesialisthelsetjenesten også i årene fremover kan tilby befolkningen gode tjenester av høy kvalitet innenfor bærekraftige økonomiske rammer.
Jeg mener rapporten fra Riksrevisjonen vil være et nyttig bidrag i det videre arbeidet med å forbedre ressursutnyttelsen og den økonomiske bærekraften i spesialisthelsetjenesten.

Om effektivitet og produktivitet
Riksrevisjonens analyser viser at helseforetakenes kostnads- og arbeidseffektivitet har blitt redusert i perioden 2017-2025, at det er betydelige forskjeller mellom foretakene og at det er rom for bedre ressursutnyttelse.
Riksrevisjonens funn og konklusjoner er sammenfallende med andre analyser. Produktiviteten falt kraftig under pandemien, og er i 2025 fremdeles lavere enn før pandemien. Riksrevisjonens analyser for utvalgte sammenlignbare helseforetak innenfor enkelte grupper av pasientbehandling synliggjør på en god måte at det fortsatt er rom for bedre ressursutnyttelse i tjenesten. At utviklingen tilsier at det bør være mulig å øke effektiviteten i helseforetakene er noe departementet har stor oppmerksomhet på og som det er vist til både i Meld. St. 11 (2025-2026) Helsepersonellplan 2040 og i Prop. 1 S for 2027. Dette vil bli fulgt videre opp og jeg har i Prop. 1 S for 2027, nettopp for å bidra til å snu utviklingen, også fastsatt et ressursforbedringsmål for spesialisthelsetjenesten for 2027. Produktiviteten må opp og den samlede kapasiteten må utnyttes bedre. Det er i Prop. 1 S for 2027 også foreslått å innføre en nasjonal insentivordning for reduserte ventetider og satsøkning for innsatsstyrt finansiering for å understøtte dette.

Den økonomiske bærekraften i spesialisthelsetjenesten
Riksrevisjonen påpeker at den økonomiske bærekraften i spesialisthelsetjenesten er under press, med svekkede resultater i foretakene og et økende behov for omstilling i driften. Departementet deler vurderingen av at sektoren står overfor betydelige utfordringer. Spesialisthelsetjenesten må både ivareta dagens tjenestetilbud og gjennomføre nødvendige investeringer og omstillinger for å møte framtidige behov. Dette stiller høye krav til god økonomistyring, høy omstillingsevne og god prioritering av ressursene over tid. Samtidig vil jeg vise til at de regionale helseforetakene ivaretar en viktig rolle ved å sørge for regionale prioriteringer og gjennom det bidra til økonomisk bærekraft i regionen samlet.

Økonomisk planlegging på kort og lang sikt
Riksrevisjonen påpeker at det er forskjeller i hvordan de regionale helseforetakene følger opp økonomien i sine helseforetak, og mener at det er svakheter i den økonomiske planleggingen på kort og lang sikt.

Departementet mener at oppfølgingen må tilpasses regionale forskjeller i størrelse, risikobilde og investeringsaktivitet og vil også vise til at hvordan risiko håndteres vil kunne variere mellom regionene.

De regionale helseforetakene har allerede mye samarbeid, men jeg er enig i at det fortsatt er potensial for ytterligere erfaringsutveksling. Gode arbeidsmåter, analyser og styringsverktøy bør deles og tas i bruk på tvers av de regionale helseforetakene. Mitt inntrykk er at dette er noe som det jobbes bra med.

Omstillingsmuligheter
Riksrevisjonen påpeker at det pågår mye omstillingsarbeid som kan gi bedre ressursutnyttelse, men at det er også begrensninger i muligheten til å gjennomføre endringer. Jeg deler vurderingen av at endringer og omstillinger er nødvendig for å sikre bærekraftige tjenester framover. Samtidig må endringer gjennomføres på en måte som ivaretar befolkningens behov for tilgjengelige og forsvarlige spesialisthelsetjenester i hele landet. Dette vil være et sentralt tema framover, blant annet i det videre arbeidet med oppfølging av NOU 2026:12 Én helsetjeneste (Helsereformutvalget). Utvalget har levert en omfattende utredning med grundige analyser, og ikke minst forslag til ulike modeller for hvordan vi bedre kan organisere, styre og finansiere helsetjenestene våre fremover med mål om en sammenhengende, integrert og bærekraftig tjeneste.

Uløste utfordringer med å sikre bærekraft over tid
Riksrevisjonen påpeker at det, til tross for tett oppfølging, er uløste utfordringer knyttet til å sikre bærekraft over tid. Riksrevisjonen tilrår at departementet sørger for at det er tydelig hvordan økonomisk bærekraft i spesialisthelsetjenesten skal forstås og følges opp, samt at departementet synliggjør hvilke prioriteringer og endringer som vil være nødvendige for å sikre en bærekraftig spesialisthelsetjeneste. Som omtalt under punktet om produktivitet og effektivitet har regjeringen i Prop. 1 S for 2027, nettopp for å bidra til å snu utviklingen, fastsatt et ressursforbedringsmål for spesialisthelsetjenesten for 2027 på 0,55 prosent av budsjettrammen. Midlene trekkes ikke ut av rammen, men benyttes til å understøtte ventetidsmål.
Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi har vurdert spørsmålet om felles mål for nødvendig økonomisk resultat over tid. Utvalget peker på at utviklingen må tilpasses investeringsbehovet for å sikre en bærekraftig utvikling.

Når det gjelder Riksrevisjonens anbefaling om å synliggjøre hvilke prioriteringer og endringer som vil være nødvendige for å sikre en bærekraftig spesialisthelsetjeneste framover, vil departementet følge dette opp i det videre arbeidet, herunder i oppfølgingen av Helsereformutvalgets innstilling. Departementet vil fortsatt legge vekt på stabile og forutsigbare rammebetingelser som grunnlag for god styring og nødvendig omstilling i tjenesten, jf. også Nasjonal helse- og omsorgsplan 2024-2027.

Med hilsen



Jan Christian Vestre

Vedlegg 3:

Dataomhyllingsanalyse – utdyping av metodisk tilnærming og detaljerte resultater

Metode for dataomhyllingsanalyse

I analysene av effektivitet har vi brukt DEA-metodikk for å rangere kostnads- og arbeidseffektivitet i helseforetakene og helseregionene i ett enkelt år, og for å undersøke utviklingen over tid.

DEA-metoden er den mest utbredte analysemetoden i studier av offentlig sektors effektivitet. Det kommer blant annet av at DEA-metodikk er hensiktsmessig å bruke i analyser der enhetene bruker flere innsatsfaktorer og produserer flere produkter, men hvor det er vanskelig å fordele innsatsfaktorbruken mellom de ulike produktene. Imidlertid er det noen svakheter ved metoden, slik som at estimatene er følsomme for ekstremverdier, noe som gjør god datakvalitet viktig. I tillegg kan det være krevende å finne gode mål på kvalitet og effekter av tjenestene som produseres. Kostnad per DRG-poeng er et enklere mål på produktivitet i spesialisthelsetjenesten som gir et lett forståelig forholdstall mellom produserte helsetjenester og kostnader. I beregning av effektivitet med DEA-modellen kan vi imidlertid ta hensyn til at helseforetakene har forskjellig sammensetning av produserte helsetjenester, og til at de har ulikt skalautbytte (forskjellig størrelse).[260]

Nedenfor følger en gjennomgang av det teoretiske rammeverket og forutsetninger for analysen, før vi beskriver målene på kostnadseffektivitet som er brukt. Til slutt beskriver vi regresjonsmodellen som vi har brukt til å analysere forhold som påvirker effektivitetsscorene fra analysen med DEA-metodikk.

Teoretisk rammeverk og forutsetninger

Den grunnleggende byggesteinen i en DEA-modell er det som i litteraturen kalles «Decision Making Units» (DMU).[261] Dette er enhetene som bruker innsatsfaktorene for å produsere noe, og som råder over både innsatsfaktorene og produksjonsprosessen. DMU-ene i denne undersøkelsen er de offentlige helseforetakene med akuttfunksjon som tilbyr somatiske helsetjenester, og de private helseforetakene som gjennom avtale med de offentlige helseforetakene har funksjon som lokalsykehus.

La H være mengden av alle offentlige helseforetak med akuttfunksjon i Norge som var virksomme i hele perioden 2017–2024 og $t \in \{2017,2018,\ldots,2025\}$. For $i \in H$ i lar vi så $x_{it} \in \mathbb{R}^n$ og $y_{it} \in \mathbb{R}^m$ betegne vektorer for henholdsvis n innsatsfaktorer som helseforetak i har brukt til å produsere m outputs i år t. Disse punktene i det $m+n$-dimensjonale rommet bruker vi som utgangspunkt for å estimere en produksjonsmulighetsmengde i år t, dvs. alle kombinasjoner $(x,y) \in \mathbb{R}^{n+m}$ som er slik at det er mulig å produsere y ved hjelp av x.

[260] Mer informasjon om, og eksempel på bruk av, DEA og kostnad per DRG-poeng i norsk kontekst kan blant annet leses om i henholdsvis NOU 2025: 10 (2025) *Teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi* og Helse- og omsorgsdepartementet (2024, 9. desember) *Rapport fra Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi: TBU-Spesialisthelsetjenesten – 9. desember 2024* (TBU-S).
[261] Charnes, A., Cooper, W. W. & Rhodes, E. (1978).

I tillegg til at vi lar alle helseforetakenes faktiske input-output-kombinasjoner inngå i denne mengden, lar vi også produksjonsmulighetsmengden karakteriseres av det som i litteraturen kalles «free disposal». Dette innebærer to antakelser. For det første antar vi at dersom det er mulig å produsere noe med en viss mengde input, så er det også mulig å produsere det samme med mer input.[262] For det andre antar vi at dersom det er mulig å produsere en mengde output med en gitt mengde input, så er det også mulig å produsere mindre med den samme mengde input.[263]

En annen antakelse vi gjør om produksjonsmulighetsmengden, er at den er en konveks mengde. Dette vil si at vi antar at dersom to input-output-kombinasjoner er mulige å produsere, dvs. at de er i produksjonsmulighetsmengden, så vil også alle punkter på en rett linje mellom dem i input-output-rommet også være i produksjonsmulighetsmengden. Med andre ord: Dersom (x, y) og (x', y') er i mengden, så vil også den konvekse kombinasjonen $\lambda(x, y) + (1 - \lambda)(x', y'),\ 0 < \lambda < 1$ være i produksjonsmulighetsmengden. Antakelsen om konveksitet er ikke like intuitiv som antakelsen om free disposal, men det er en antakelse som er nødvendig for at vi matematisk skal kunne gjøre den typen DEA vi utfører.[264]

Helseforetakenes faktiske kombinasjoner av inputs og outputs definerer nå en produksjonsmulighetsmengde som den minste konvekse mengden i input-output-rommet som inneholder alle (x_i, y_i) for $\forall i \in H$, og som tilfredsstiller free disposal.

Mål på kostnadseffektivitet: statisk og dynamisk

Produksjonsmulighetsmengden T er utgangspunktet for å estimere i hvor stor grad helseforetakene kan sies å være mer eller mindre effektive. For hvert helseforetak kan vi konstruere et effektivitetsmål med utgangspunkt i helseforetakets outputs eller inputs. Ideen, som først ble formulert av Debreau og Farell, handler om å undersøke hvor stor proporsjonal reduksjon i inputs som er mulig, samtidig som vi kan si at den samme mengden outputs fortsatt er mulig å produsere.[265] For hver kombinasjon av inputs og outputs (x_i, y_i) kan vi definere en effektivitetsscore E_i slik at

$$E_i = \min\{\mathrm{E} > 0 | (\mathrm{E}x_i, y_i) \in \mathrm{T}\}$$

E_i vil dermed vise den største mulige proporsjonale reduksjonen av inputs samtidig som y_i er i produksjonsmengden. Dette innebærer i praksis at et helseforetaks effektivitetsscore blir målt opp mot en ideell enhet som vil være en konveks kombinasjon av de helseforetakene som er mest like dem selv. Med andre ord er effektivitetsscoren et estimat på helseforetakenes utnyttelse av ressursene sammenlignet med de helseforetakene som ligner mest.

---

[262] Det vil si at dersom (x, y) er i produksjonsmulighetsmengden og vi lar $x' \geq x$, så er også (x', y) i produksjonsmulighetsmengden.
[263] Med andre ord: Dersom (x, y) er i produksjonsmulighetsmengden og vi lar $y' \leq y$, så er også (x, y') i produksjonsmulighetsmengden.
[264] For mer om hva konveksiteten innebærer, se for eksempel Bogetoft, P. & Otto, L. (2011).
[265] En lignende effektivitetsindeks kan defineres med utgangspunkt i outputs i stedet for inputs, men ettersom vi vil benytte oss av en input-orientert effektivitetsscore i analysen, går vi ikke nærmere inn på dette her.

Det relevante for denne undersøkelsen er imidlertid ikke helseforetakenes relative effektivitet, men hvordan denne har utviklet seg over tid. La E_{st} betegne effektivitetsscoren til et helseforetak i periode s relativt til produksjonsmulighetsmengden i periode t. Endringen i kostnadseffektivitet fra periode s til periode t kan vi beskrive ved:[266]

$$M_s = \frac{E_{ts}}{E_{ss}}$$

Dette viser ratioen mellom hvor kostnadseffektiv helseforetaket var i periode t sammenlignet med periode s. Dersom helseforetaket var mer effektivt i periode t, vil $E_{st} > E_{ss}$ og $M_s > 1$. På tilsvarende måte blir $M_s < 1$ dersom helseforetaket har blitt mindre effektivt. På samme måte kan man beregne M_t, det vil si endringen i kostnadseffektivitet fra periode s til periode t sammenlignet med produksjonsmulighetsmengden i periode t. Malmquist-indeksen, M, er et mål på endringen fra den ene perioden til den andre. Ettersom både M_s og M_t er mål på endringen fra den ene perioden til den andre, og ettersom det ikke er slik at noen av disse endringsmålene er «riktigere» enn det andre er Malmquist-indeksen det geometriske snittet mellom de to:[267]

$$M = \sqrt{M_s M_t}$$

Denne indeksen kan deles opp i to indekser, en for teknisk utvikling, og en for relativ effektivisering. Vi har at:

$$M = \sqrt{\frac{E_{ts}E_{tt}}{E_{ss}E_{st}}} = \sqrt{\frac{E_{ts}E_{ss}E_{tt}}{E_{tt}E_{st}E_{ss}}}$$

Ved å definere teknisk effektivitet (TE) og relativ effektivitet (RE) som:

$$TE = \sqrt{\frac{E_{ts}E_{ss}}{E_{tt}E_{st}}},$$

$$RE = \frac{E_{tt}}{E_{ss}}$$

Ser vi at vi kan sette disse inn i det foregående uttrykket og få $M = TE * RE$.

De to brøkene under rottegnet i TE uttrykker effektivitetsscoren til et helseforetaks produksjon sammenlignet med to forskjellige produktivitetsgrenser. Dersom den teknologiske utviklingen har vært slik at denne grensen har flyttet seg i retning av at det er mulig å være mer kostnadseffektiv i periode t enn i periode s, vil brøken være større enn 1. Hver av ratioene uttrykker hvor mye mer (ev. mindre) kostnadseffektiv man har mulighet til å være i periode t, ved å vise hvor mye mer ressurser man hadde behov for til å produsere helseforetakets tjenester i periode s dersom produksjonen var på kostnadseffektivitetsfronten, sammenlignet med hvor mye ressurser man hadde trengt til å

[266] Bogetoft, P. & Otto, L. (2011).
[267] Bogetoft, P. & Otto, L. (2011).

produsere det samme i periode t på kostnadseffektivitetsfronten. Ettersom denne ratioen kan beregnes i sammenligning med produksjonen i både periode s og periode t samtidig som det ikke er noen grunn til å foretrekke den ene foran den andre, så er indeksen beregnet som et geometrisk snitt av de to.

Brøken i RE uttrykker forholdet mellom helseforetakets kostnadseffektivitet i periode t gitt produksjonsmulighetsområdet i periode t sammenlignet med kostnadseffektiviteten i periode s gitt produksjonsmulighetsområdet i periode s. RE uttrykker dermed endring i avstanden til kostnadseffektivitetsfronten fra en periode til en annen. Eller med andre ord om helseforetaket har nærmet seg teknologifronten fra et tidspunkt til et annet uavhengig av hvor langt fronten selv har flyttet seg.

Metode for regresjonsanalyser av effektivitetsscore

For å undersøke om strukturelle variabler kan forklare variasjon i effektivitetsscoren beregnet i DEA-modellen, gjennomfører vi en «andrestegsanalyse» ved bruk av regresjonsanalyse.

Avhengig variabel i regresjonsanalysen er effektivitetsscoren fra DEA-modellen med variabelt skalautbytte.[268] I valg av uavhengige variabler har vi blant annet sett til hvilke variabler som er brukt i regresjonsanalysen i NOU2019:24 (Magnussen-utvalget), der avhengig variabel var kostnad per produserte DRG-poeng. Variablene i vår hovedmodell er ikke helt like Magnussen-utvalgets variabler, men de fanger opp i hovedsak de samme teoretiske variablene som en forventer kan påvirke helseforetakenes kostnadsnivå.

Vi har valgt ut uavhengige variabler basert på tester av hvilke variabler som gir modellen størst forklaringskraft og på hvor godt variablene fanger opp det teoretiske begrepet.[269] Samtidig har vi forsøkt å holde antallet variabler lavt siden vi har lite data og en del relativt sterkt korrelerte variabler.[270] De variablene vi har testet og som har vist seg å ikke være signifikante eller merkbart øke modellens forklaringskraft, utelater vi fra hovedmodellen. Gjennomsnittsalder for befolkningen i opptaksområdet er et eksempel på en slik variabel. Resultatene for modeller med flere andre uavhengige variabler er inkludert i tabell 22.

Vi har valgt å bruke en OLS-modell med klynge-robuste standardfeil (CR2). Klynge-robuste standardfeil korrigerer for at de årlige observasjonene til helseforetakene ikke er uavhengige. Tester av hovedmodellen indikerer at vi har betydelig heteroskedastisitet,[271] ikke normalfordelte residualer,[272] seriekorrelasjon,[273] tverrsnittsavhengighet,[274] og panel-

[268] Vi har også gjennomført regresjonsanalysene med arbeidseffektivitetsscore som utfallsvariabel. Resultatene er relativt like, og vi viser derfor bare resultatene for effektivitetsscoren fra analysen av kostnadseffektivitet.
[269] Vi bruker ikke brutto driftsutgifter i helseforetaket som indikator på størrelse, slik Magnussen-utvalget gjør, fordi vi antar at størrelsen på DRG-produksjonen for hvert sykehus i helseforetaket er nærmere knyttet til skala på produksjonen.
[270] Av variablene i hovedmodellen er produksjon per lokasjon og forskningsaktivitet sterkt korrelert (pearson's r = 0,79), produksjon per lokasjon og kjøretid til akutt moderat korrelert (r = –0,38), og forskningsaktivitet og kjøretid til akutt svakere korrelert (r = -0,30).
[271] Studentisert Breusch-Pagan-test: BP = 46,99, df = 3, p = $3{,}5 \cdot 10^{-10}$.
[272] Shapiro-Wilk-test på residualer: W = 0,94, p = $2{,}76 \cdot 10^{-7}$.
[273] Breusch-Godfrey/Wooldridge-test for paneldata: $\chi^2 = 48{,}03$, df = 9, p = $2{,}5 \cdot 10^{-7}$.
[274] Pesaran CD-test: z = 2,61, p < 0,009.

spesifikke effekter.[275] Testresultatene kan indikere at vi burde vurdere en modell med tilfeldige eller faste enhetseffekter. Samtidig har variablene våre veldig lite tidsvariasjon, og det primære målet er å forklare forskjeller mellom helseforetakene. Det gjør modeller med faste eller tilfeldige effekter lite egnet. Vi har derfor beholdt en vanlig («pooled») OLS-modell og korrigert for panelavhengighet med klynge-robuste standardfeil.

Det finnes ulike varianter av klynge-robuste standardfeil. Vi har valgt varianten CR2 («bias-reduced linearization») (Bell & McCaffrey, 2002; Pustejovsky & Tipton, 2016).[276] Denne varianten er designet for å justere standardfeilene ved heteroskedastisitet og panelavhengigheter for små utvalg, som passer vår analyse.[277] For å sikre at p-verdiene er korrekte gitt det lave antallet klynger, har vi brukt Satterthwaite-justering av frihetsgrader ved signifikanstesting.

Vi har testet en modell med faste tidseffekter (dummy-variabler for hvert år) som en mulig løsning på tverrsnittsavhengighet, som kan oppstå på grunn av at det mangler noen tidsvarierende faktorer i hovedmodellen (modell 2 i tabell 22). Bare en av dummy-variablene for år er signifikant[278], og de andre koeffisientene er tilnærmet uendret. Derfor har vi valgt å ikke ta med faste tidseffekter i hovedmodellen.

Mer generelt er OLS i andrestegsanalyse etter DEA mye brukt i anvendt forskning, selv om det er omdiskutert hvor bredt anvendbar og robust tilnærmingen er (Banker & Natarajan, 2008; Banker et al. 2019; Simar & Wilson, 2007).[279] Et alternativ kunne vært å inkludere strukturelle variabler i en avansert analyse med DEA-metodikk («betinget DEA») (Daraio & Simar, 2007; Banker et al., 2019). Vi har ikke valgt den tilnærmingen fordi vi antakelig har for få observasjoner til at det er gjennomførbart å ta høyde for flere strukturelle variabler som dimensjoner i analysen med DEA-metodikk.

[275] Breusch-Pagan LM-test for panel: $\chi^2 = 517{,}06$, df = 1, $p < 2{,}2 \cdot 10^{-16}$.
[276] Den er tilgjengelig i R-pakken clubSandwich (Pustejovsky, 2026). [Internett]
[277] Den gir større standardfeil enn CR0-versjonen, og mindre standardfeil enn CR3-versjonen, som trolig er for konservativ i et så lite utvalg som vårt.
[278] Koeffisienten for 2019 er signifikant på 10 prosent-nivå, men den er liten (-0,01).
[279] Simar & Wilson (2007) foreslår en trunkert regresjonsmetode i andre steg. Denne modellen passer ikke godt for vårt formål, da den er ment for analyser der forklaringsvariablene bare skal påvirke enhetenes effektivitetsscore, men ikke fronten. Det passer ikke for vår analyse, hvor de strukturelle variablene også kan tenkes å påvirke hva som er mulig å produsere gitt en viss mengde ressurser.

Tabeller og figurer fra analyser med DEA-metodikk

Tabell 12 Rangering av kostnadseffektivitet i 2025 med konstant skalautbytte

Helseforetak	Effektivitetsscore	Effektivitetsscore konstant skalautbytte
Vestre Viken	1,00	0,96
Lovisenberg	1,00	1,00
Diakonhjemmet	1,00	1,00
Østfold	1,00	0,99
Bergen	1,00	1,00
Sørlandet	1,00	1,00
Vestfold	1,00	1,00
Telemark	1,00	1,00
Haraldsplass	1,00	1,00
OUS	1,00	0,87
Stavanger	0,98	0,98
Førde	0,98	0,94
Innlandet	0,97	0,97
Fonna	0,96	0,96
Ahus	0,95	0,91
Møre og Romsdal	0,95	0,95
Helgeland	0,92	0,84
St. Olav	0,87	0,84
Nord-Trøndelag	0,85	0,83
Finnmark	0,83	0,69
Nordland	0,79	0,79
UNN	0,76	0,74

Kilde: Riksrevisjonen

Tabell 13 Rangering av arbeidseffektivitet i 2025 med konstant skalautbytte

Helseforetak	Effektivitetsscore	Effektivitetsscore konstant skalautbytte
Vestre Viken	1,00	0,96
Lovisenberg	1,00	1,00
Diakonhjemmet	1,00	1,00
Ahus	1,00	0,94
Innlandet	1,00	1,00
Østfold	1,00	0,99
Bergen	1,00	0,85
Sørlandet	1,00	0,99
Vestfold	1,00	1,00
Haraldsplass	1,00	1,00
OUS	1,00	0,84
Møre og Romsdal	1,00	1,00
Telemark	0,97	0,97
Førde	0,96	0,94
Helgeland	0,95	0,88
Stavanger	0,94	0,92
St. Olav	0,93	0,88
Finnmark	0,93	0,78
Fonna	0,89	0,89
Nord-Trøndelag	0,89	0,89
Nordland	0,80	0,80
UNN	0,76	0,73

Kilde: Riksrevisjonen

Tabell 14 Rangering av kostnadseffektivitet i 2025 med bootstrapping[280]

Helseforetak	Effektivitets-score	Effektivitets-score med bootstrap	Nedre grense	Øvre grense	Konfidens-intervall
Vestre Viken	1,00	0,92	0,86	1,05	0,19
Lovisenberg	1,00	0,91	0,84	1,11	0,27
Diakonhjemmet	1,00	0,93	0,86	1,02	0,16
Østfold	1,00	0,95	0,91	1,01	0,10
Bergen	1,00	0,92	0,84	1,09	0,24
Sørlandet	1,00	0,95	0,92	1,00	0,08
Vestfold	1,00	0,91	0,83	1,12	0,29
Telemark	1,00	0,96	0,93	1,00	0,07
Haraldsplass	1,00	0,91	0,84	1,12	0,28
OUS	1,00	0,92	0,85	1,12	0,27
Stavanger	0,98	0,94	0,92	0,98	0,07
Førde	0,98	0,94	0,92	0,98	0,06
Innlandet	0,97	0,93	0,90	0,97	0,07
Fonna	0,96	0,92	0,90	0,96	0,06
Ahus	0,95	0,91	0,88	0,96	0,08
Møre og Romsdal	0,95	0,91	0,89	0,95	0,07
Helgeland	0,92	0,88	0,85	0,94	0,09
St. Olav	0,87	0,84	0,81	0,88	0,07
Nord-Trøndelag	0,85	0,82	0,80	0,85	0,04
Finnmark	0,83	0,79	0,77	0,84	0,07
Nordland	0,79	0,76	0,74	0,79	0,05
UNN	0,76	0,73	0,71	0,77	0,06

Kilde: Riksrevisjonen

[280] Når vi bruker DEA med bootstrapping, lager vi mange nye varianter av datasettet og beregner produksjonsfronten og effektivitetsscorene på nytt hver gang. Da får vi et usikkerhetsintervall (konfidensintervall) rundt hver effektivitetsscore. Fordi dette intervallet er et statistisk anslag, kan den øvre grensen for intervallet noen ganger havne litt over 1. Det betyr ikke at helseforetaket faktisk er mer enn 100 prosent effektivt, men det betyr at det er usikkerhet i beregningen - spesielt for helseforetakene som ligger nærmest produksjonsfronten.

Tabell 15 Rangering av arbeidseffektivitet i 2025 med bootstrapping

Helseforetak	Effektivitets-score	Effektivitets-score med bootstrap	Nedre grense	Øvre grense	Konfidens-intervall
Vestre Viken	1,00	0,93	0,87	1,07	0,20
Lovisenberg	1,00	0,93	0,86	1,14	0,28
Diakonhjemmet	1,00	0,93	0,87	1,05	0,18
Ahus	1,00	0,95	0,91	1,01	0,09
Innlandet	1,00	0,95	0,91	1,00	0,08
Østfold	1,00	0,95	0,91	1,01	0,10
Bergen	1,00	0,94	0,89	1,03	0,14
Sørlandet	1,00	0,96	0,93	1,00	0,07
Vestfold	1,00	0,93	0,86	1,13	0,27
Haraldsplass	1,00	0,92	0,86	1,14	0,28
OUS	1,00	0,92	0,86	1,14	0,28
Møre og Romsdal	1,00	0,95	0,91	1,01	0,10
Telemark	0,97	0,94	0,92	0,97	0,05
Førde	0,96	0,92	0,90	0,96	0,06
Helgeland	0,95	0,91	0,88	0,96	0,08
Stavanger	0,94	0,91	0,89	0,94	0,05
St. Olav	0,93	0,89	0,86	0,94	0,08
Finnmark	0,93	0,89	0,87	0,94	0,07
Fonna	0,89	0,85	0,83	0,89	0,06
Nord-Trøndelag	0,89	0,86	0,84	0,89	0,05
Nordland	0,80	0,77	0,76	0,80	0,04
UNN	0,76	0,73	0,71	0,76	0,05

Kilde: Riksrevisjonen

Tabell 16 Dekomponert Malmquist-indeks for kostnadseffektivitet for 2017 og 2025

Helseforetak	Malmquist-indeks	Effektivitetsendring	Teknisk endring
Lovisenberg	1,22	1,00	1,22
Førde	1,14	1,20	0,95
Finnmark	1,04	1,14	0,91
Vestfold	1,01	1,00	1,01
Nordland	1,00	1,06	0,95
Helgeland	1,00	0,99	1,02
OUS	1,00	1,16	0,86
Diakonhjemmet	0,99	1,10	0,90
Østfold	0,99	1,03	0,96
Sørlandet	0,99	1,07	0,93
Bergen	0,96	1,07	0,89
Telemark	0,96	1,00	0,96
St. Olav	0,92	1,04	0,89
Ahus	0,92	1,01	0,90
Stavanger	0,92	1,02	0,90
Fonna	0,91	1,04	0,88
Møre og Romsdal	0,91	0,95	0,96
Nord-Trøndelag	0,89	0,95	0,93
Haraldsplass	0,88	1,01	0,87
Vestre Viken	0,87	0,96	0,90
Innlandet	0,87	0,97	0,89
UNN	0,85	0,99	0,86

Kilde: Riksrevisjonen

Tabell 17 Dekomponert Malmquist-indeks for arbeidseffektivitet for 2017 og 2025

Helseforetak	Malmquist-indeks	Effektivitetsendring	Teknisk endring
Lovisenberg	1,21	1,00	1,21
Finnmark	1,13	1,16	0,97
Helgeland	1,08	0,98	1,11
Vestfold	1,08	1,03	1,05
Førde	1,07	1,04	1,03
Møre og Romsdal	1,05	1,01	1,03
Østfold	1,03	0,99	1,04
Nordland	1,02	1,00	1,02
Sørlandet	1,01	1,01	1,00
Diakonhjemmet	1,00	1,03	0,97
Telemark	0,99	0,97	1,02
Bergen	0,98	1,02	0,96
Nord-Trøndelag	0,98	0,98	1,00
St. Olav	0,97	1,02	0,95
Stavanger	0,97	1,02	0,95
Vestre Viken	0,95	0,98	0,96
Innlandet	0,95	1,00	0,95
UNN	0,95	1,02	0,92
Haraldsplass	0,95	1,02	0,93
OUS	0,95	1,05	0,91
Ahus	0,92	0,95	0,97
Fonna	0,89	0,95	0,93

Kilde: Riksrevisjonen

Tabell 18 Deskriptiv statistikk for alle variabler (standardiserte uavhengige variabler)

Variabel	N	Gjennomsnitt	Std.avvik	Min	Maks
Effektivitetsscore	198	0,95	0,08	0,69	1,00
Produksjon per lokalsykehus	198	0,00	1,00	-0,73	4,32
Produksjon per lokalsykehus^2	198	0,99	3,28	0,04	18,65
Kjøretid nærmeste akutt (90-persentil)	198	0,00	1,00	-1,36	3,08
Kjøretid nærmeste akutt (median)	198	-0,00	1,00	-1,01	4,24
Forskningsaktivitet	198	0,00	1,00	-0,85	3,89
Innbyggere per lokalsykehus	198	0,00	1,00	-1,12	3,56
Innbyggere per lokalsykehus^2	198	0,99	1,63	0,0001	12,67
LIS-stillinger	198	-0,00	1,00	-1,79	2,82
Alderssnitt	198	-0,00	1,00	-3,17	1,75
Antall lokasjoner	198	-0,00	1,00	-1,15	2,60
DRG-poeng totalt i HF	198	-0,00	1,00	-1,07	3,55
DRG-poeng totalt i HF^2	198	0,99	2,15	0,00	12,62

Kilde: Riksrevisjonen

Tabell 19 Deskriptiv statistikk for uavhengige variabler, ekskludert kvadrerte variabler (ikke standardiserte variabler)

Variabel	N	Gjennomsnitt	Std.avvik	Min	Maks
Produksjon per lokalsykehus (i mill. DRG-poeng)	198	0,04	0,05	0,01	0,26
Kjøretid nærmeste akutt (90-persentil) (i timer)	198	1,28	0,90	0,05	4,05
Kjøretid nærmeste akutt (median) (i timer)	198	0,46	0,43	0,02	2,30
Forskningsaktivitet (FOU-årsverk per 1000 DRG-poeng)	198	1,32	1,43	0,11	6,87
Innbyggere per lokalsykehus (i mill.)	198	0,14	0,10	0,03	0,52
LIS-stillinger (per 1000 DRG-poeng)	198	0,90	0,50	0,00	2,32
Alderssnitt	198	40,41	1,98	34,14	43,88
Antall lokasjoner	198	2,22	1,07	1	5
DRG-poeng totalt i HF (i mill.)	198	0,07	0,05	0,01	0,26

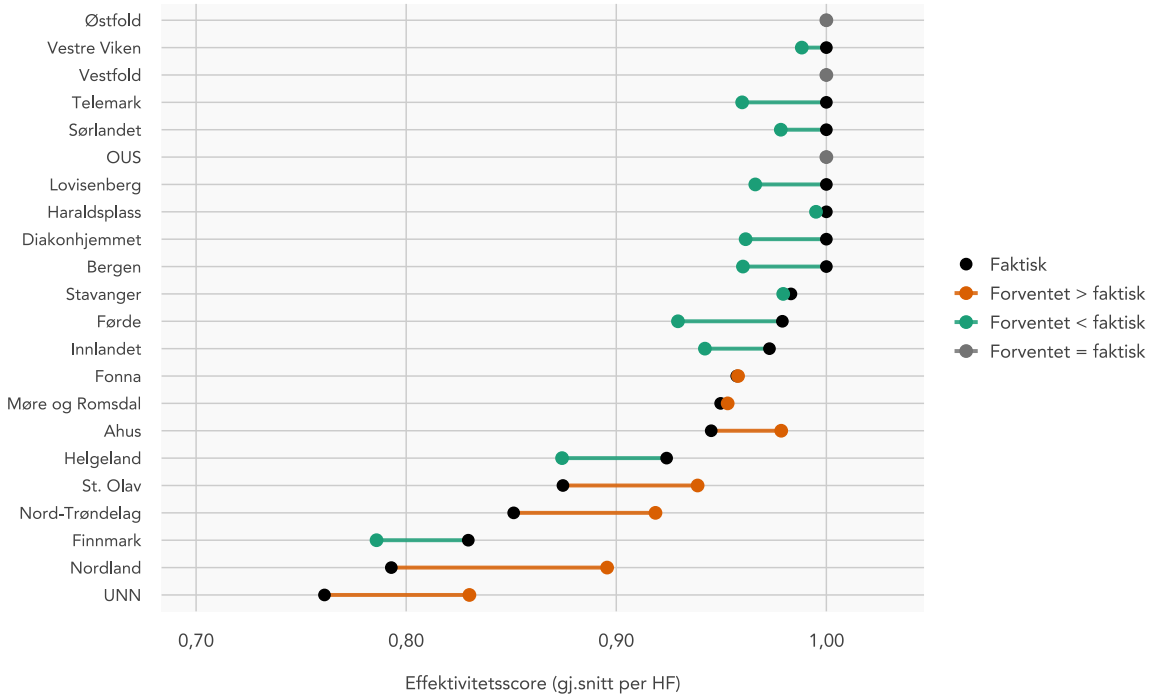
Kilde: Riksrevisjonen

Tabell 20 Regresjonstabell for hovedmodell

Variabel	Koeffisient	Standardfeil	95 % Konfidensintervall
Produksjon per lokalsykehus	0,03	0,01	[-0.01, 0.06]
Kjøretid nærmeste akutt (90-persentil)	−0,05+	0,02	[-0.11, 0.00]
Forskningsaktivitet	−0,03	0,02	[-0.07, 0.01]
Observasjoner	198		
R^2	0,50		
Justert R^2	0,49		

*Kilde: Riksrevisjonen. Signifikansnivå: ** p<0,01, * p<0,05, + p<0,1. Konfidensintervaller bygger på et signifikansnivå på 5 prosent. Avhengig variabel er effektivitetsscoren fra DEA-analysen (variabelt skalautbytte). Modellen er kjørt på årlige data for 22 helseforetak for perioden 2017–2025.*

Figur 20 Faktisk og forventet effektivitetsscore per helseforetak for 2025 per helseforetak



Kilde: Riksrevisjonen. Faktiske verdier er basert på effektivitetsscore fra analysen med DEA-metodikk. Forventede verdier for 2025 er basert på koeffisientene fra regresjonsmodellen, som er estimert på bakgrunn av data for hele perioden 2017–2025. Merk at Sykehuset Østfold, Sykehuset i Vestfold og OUS har forventet effektivitetsscore som overskrider maksverdien på 1. Det kan skje siden modellen er lineær. I figuren har vi justert forventet verdi til 1 for disse.

Tabell 21 Beskrivelse av variabler som er testet, men som ikke er inkludert i hovedmodellen for regresjonsanalysene

Variabel	Beskrivelse	Teoretisk variabel (effekten vi forsøker å fange opp)
Gjennomsnittlig produksjon per lokasjon ved helseforetaket (kvadrert)[281]	DRG-poeng per lokalsykehus i helseforetaket.	Om det er avtagende stordriftsfordeler/stordriftsulemper dersom lokasjonene blir for store.
DRG-poeng totalt i helseforetaket[282]	Totalt antall produserte DRG-poeng i helseforetaket.	Helseforetakenes størrelse (forventer skalafordeler, som kan være avtakende).
Antall lokasjoner[283]	Antall lokalsykehus i helseforetaket.	Størrelsen på sykehusene i et helseforetak (forventer skalafordeler, som kan være avtakende).
Innbyggere per lokalsykehus (ikke-kvadrert og kvadrert)[284]	Befolkning i helseforetakets opptaksområde delt på antall lokalsykehus.	Helseforetakenes størrelse (forventer skalafordeler, som kan være avtakende).
LIS-stillinger[285]	Antall LIS1 stillinger utlyst i hvert helseforetak hvert år, per DRG-poeng.	Kostnader til utdanningsoppgave (lovpålagt oppgave).
Kjøretid til nærmeste akuttmottak (median)[286]	Median kjøretid fra adressene i helseforetakets opptaksområde til nærmeste akuttmottak. (målt i 2019).	Variabelen antas å fange opp ulike kostnadsulemper knyttet til spredt bosetting. Lang reisetid kan medføre ekstra kostnader ved å øke sannsynligheten for at pasienten må overnatte (døgnopphold). Det kan også reflektere geografiske faktorer som gjør rekruttering og bemanning vanskeligere og dermed mer kostbart.
Alderssnitt[287]	Gjennomsnittsalder i opptaksområdet.	Pasientsammensetning.

Kilde: Riksrevisjonen

[281] Helsedirektoratet (2024, 10. mai). *Produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste* (siste faglige endring 16.09.2026). [Internett].
[282] Helsedirektoratet (2024, 10. mai). *Produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste* (siste faglige endring 16.09.2026). [Internett].
[283] Vi har brukt SSBs kodeliste for opptaksområder i spesialisthelsetjenesten (somatikk) og beregnet antall sykehus med akuttfunksjon i hvert helseforetaks opptaksområde ved å filtrere på nivå 3 (akuttlokasjon), og slått sammen med nivå 2 (helseforetak) for å få navn på helseforetakene. Deretter har vi gruppert og telt antall akuttlokasjoner per helseforetak.
[284] Filtrert på tjenesteområdet *Somatisk behandling*, hentet fra SSB (2026, 30. mars) Tabell 13892 Spesialisthelsetjenesten. Befolkning, etter region, år, tjenesteområde og kjønn.
[285] Antall LIS-stillinger er oversendt i e-post fra Helsedirektoratet 21. april 2026.
[286] SSB (2019) Tabell 12764 Beregnet avstand og kjøretid til akuttmottak, etter region, år og persentil. [Internett].
[287] Filtrert på tjenesteområdet *Somatisk behandling*, hentet fra SSB (2026, 30. mars) Tabell 13892 Spesialisthelsetjenesten. Befolkning, etter region, år, tjenesteområde og kjønn.

Tabell 22 Resultater fra regresjoner med ulike modellspesifikasjoner

	Avhengig variabel: Effektivitetsscore					
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6
Produksjon per lokalsykehus	0.03	0.03	0.04			
	(0.02)	(0.01)	(0.03)			
Produksjon per lokalsykehus²	0.00					
	(0.01)					
Kjøretid nærmeste akutt (90p)	-0.06*	-0.05+		-0.05	-0.05*	-0.05+
	(0.02)	(0.02)		(0.02)	(0.02)	(0.02)
LIS-stillinger	0.01					
	(0.03)					
Forskningsaktivitet	-0.03	-0.03	-0.03	-0.01	-0.04	-0.03
	(0.02)	(0.02)	(0.03)	(0.01)	(0.02)	(0.02)
Alderssnitt	-0.01					
	(0.02)					
År: 2018		-0.00				
		(0.00)				
År: 2019		-0.01+				
		(0.00)				
År: 2020		0.01				
		(0.01)				
År: 2021		-0.01				
		(0.01)				
År: 2022		-0.00				
		(0.01)				
År: 2023		0.00				

	Avhengig variabel: Effektivitetsscore					
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6
		(0.01)				
År: 2024		-0.00				
		(0.01)				
År: 2025		-0.00				
		(0.01)				
Kjøretid nærmeste akutt (median)			-0.03			
			(0.02)			
Innbyggere per lokalsykehus				0.02		
				(0.02)		
Innbyggere per lokalsykehus²				-0.00		
				(0.01)		
DRG-poeng totalt i HF					0.01	0.02
					(0.02)	(0.01)
DRG-poeng totalt i HF²					0.01	
					(0.01)	
Antall lokasjoner					-0.01	-0.01
					(0.01)	(0.01)
Observasjoner	198	198	198	198	198	198
R^2	0.51	0.50	0.23	0.49	0.53	0.49
Maks. VIF	8.1	2.9[288]	2.7	4.4	3.9	2.5

*Kilde: Riksrevisjonen. Signifikanskoder: + p < 0,1, * p < 0,05, ** p < 0,01. OLS-regresjon med klyngerobuste standardfeil. Avhengig variabel er effektivitetsscore fra DEA med variabelt skalautbytte. Modellene er kjørt på årlige data for 22 helseforetak for perioden 2017–2025.*

[288] For denne modellen vises maksimal VIF blant alle variabler unntatt års-dummyene, siden de ikke er av interesse.

Vedlegg 4:

Analyser av data om kostnad per pasient – utdyping av metodisk tilnærming og detaljerte resultater

Metode for KPP-analyse

I utformingen av analysen av KPP-data og tolkningen av resultatene har vi fått bistand fra en referansegruppe med representanter fra sektoren.[289]

I den følgende beskrivelsen av metoden for analysen av KPP-data starter vi først med en gjennomgang av beslutningsgrunnlaget for valg av DRG-er, par av helseforetak og par per DRG. Vi gjør så rede for regresjonsmodellen vi har brukt for å analysere sammenhengen mellom liggetid og KPP for de utvalgte DRG-ene. Til slutt gir vi en kort beskrivelse av intervjuprosessen med representantene fra sektoren.

Valg av sammenlignbare par

For å finne par av helseforetak som kan sammenlignes, har vi valgt å starte med å dele dem inn i grupper etter funksjon:

- **Universitetssykehus:** Helse Bergen, Helse Stavanger, Ahus, OUS, UNN og St. Olav.
- **Øvrige statlige helseforetak:** Helse Fonna, Sykehuset Innlandet, Nordlandssykehuset, Helse Førde, Sørlandet sykehus, Sykehuset i Vestfold, Helgelandssykehuset, Sykehuset Telemark, Sykehuset Østfold, Vestre Viken, Helse Møre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag og Finnmarkssykehuset.[290]
- **Private-ideelle sykehus og spesialistsykehus:** Haraldsplass, Diakonhjemmet, Lovisenberg og Sunnaas.[291]

Innenfor disse gruppene har vi tatt utgangspunkt i den estimerte kostnadsindeksen for somatisk pasientbehandling fra *NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak* (Magnussen-utvalget).[292] Denne viser forventet kostnadsnivå for hvert av helseforetakene i forhold til gjennomsnittet (lik 1),[293] når man korrigerer for en rekke forhold som ligger utenfor foretakenes egen kontroll. Forholdene det gjelder er bosettingsmønster, forskning, utdanning og størrelse. Figuren under viser den estimerte kostnadsindeksen for hvert helseforetak.

[289] Deltakerne i referansegruppen var Ann Lisbeth Sandvik (seniorrådgiver i Helsedirektoratet), Jostein Bandlien (seniorrådgiver i Helsedirektoratet), Kari Nyland (professor ved NTNU), Torgeir Grøtting (analysesjef ved SiV), og Jurgita Januleviciute Gangstøe (analytiker ved Haukeland universitetssjukehus).
[290] På grunn av utfordringer i forbindelse med overgangen til Helseplattformen i løpet av 2024, mangler vi kostnadsgrunnlag Møre og Romsdal, og Nord-Trøndelag. Derfor er ikke disse helseforetaket inkludert i den videre analysen av KPP-data.
[291] Sunnaas er ikke inkludert, fordi vi ikke har fått oversendt estimert kostnadsindeks for dette helseforetaket. Kostnadsgrunnlaget viser imidlertid at det uansett ikke har blitt utført behandling av DRG-ene i utvalget vårt ved Sunnaas.
[292] NOU 2019: 24. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*.
[293] En forventet kostnadsindeks over 1 innebærer dermed at det er dyrere enn gjennomsnittet å produsere helsetjenester i helseforetaket, mens en estimert kostnadsindeks lavere enn 1 betyr at det er billigere enn gjennomsnittet.

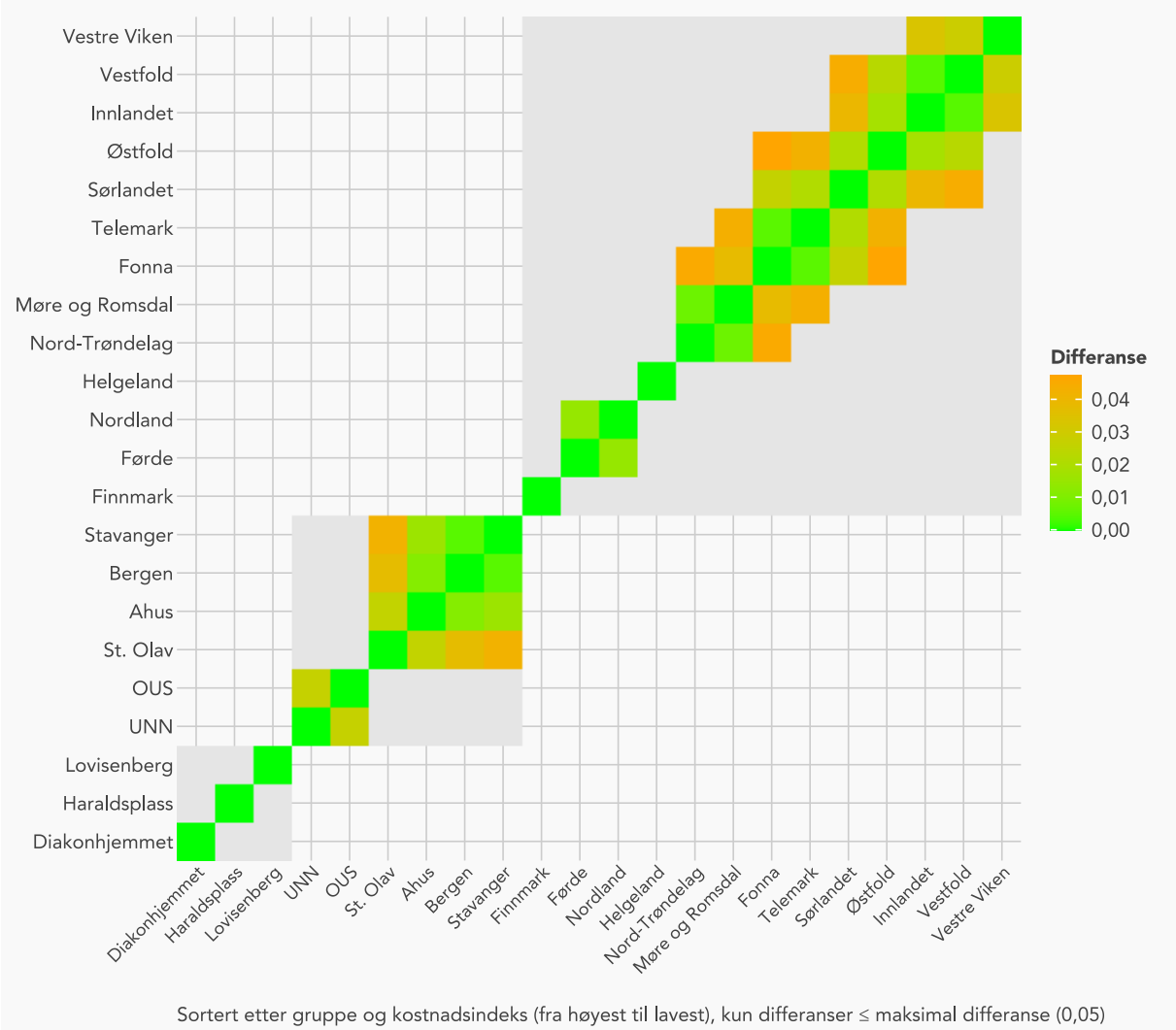
Tabell 23 Estimert kostnadsindeks for hvert helseforetak

Helseforetak	Estimert kostnadsindeks
Lovisenberg	0,81
Vestre Viken	0,86
Vestfold	0,89
Innlandet	0,89
Østfold	0,91
Sørlandet	0,93
Haraldsplass	0,95
Telemark	0,95
Fonna	0,96
Stavanger	0,96
Bergen	0,97
Ahus	0,98
Møre og Romsdal	1,00
St. Olav	1,01
Nord-Trøndelag	1,01
Diakonhjemmet	1,05
Helgeland	1,09
OUS	1,13
Nordland	1,15
UNN	1,15
Førde	1,16
Finnmark	1,42

Kilde: NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak.

I utvelgelsen av par har vi satt en øvre grense på tillatt avstand mellom helseforetak på 0,05 i denne kostnadsindeksen, som tilsvarer cirka 5 prosent forventet kostnadsforskjell. Figuren under viser hvilke helseforetak som kan sammenlignes innenfor hver av de tre gruppene, gitt denne grensen. Som det framgår av figuren, utgår de privat-ideelle helseforetakene i den videre analysen fordi differansen mellom dem overgår den maksimale grensen.

Figur 21 Parvis differanse i estimert kostnadsindeks



Kilde: Riksrevisjonen

Valg av DRG-er

For å finne DRG-er med stort volum og store kostnader, som gjennomføres ved alle helseforetak, har vi tatt utgangspunkt i følgende kriteriesett:

- Vesentlighet i både volum og kostnad.
- Mest mulig ensartet koding (unngå DRG-er med svakheter i kodingen).
- Unngå DRG-er hvor et fåtall pasienter får svært dyr behandling (og gjerne nye medisiner).

Gitt disse kriteriene, og tabellsettene vi mottok fra HDIR, sorterte vi DRG-ene etter antall opphold og satte en nedre kostnadsgrense på 45 000 kr, for å unngå DRG-er som er mindre vesentlige målt i kostnad.[294] I tillegg har vi også tatt sikte på å sikre balanse av både kirurgisk behandling og medisinsk behandling i utvalget ved å velge to

[294] Sorteringen av DRG-ene har blitt gjort på KPP/KPO-data fra 2023.

behandlinger fra hver type behandling.[295] Deretter valgte vi de fire største DRG-ene i volum, som er inkludert i tabellen under:[296]

Tabell 24 Oversikt over valgte DRG-er

DRG-kode	DRG-navn
89	Lungebetennelse og pleuritt >17 år m/bk
90	Lungebetennelse og pleuritt >17 år u/bk
320	Infeksjon i nyrer og urinveier >17 år m/bk
321	Infeksjon i nyrer og urinveier >17 år u/bk
209H	Innsetting av proteser i kne
209U	Innsetting av primærhofteleddsprotese av andre årsaker enn fraktur m/bk
209V	Innsetting av primærhofteleddsprotese av andre årsaker enn fraktur u/bk

Kilde: Riksrevisjonen

Vi har inkludert DRG-ene både med og uten komorbiditet (u/bk og m/bk, henholdsvis uten og med komorbiditet eller komplikasjoner) for å dekke begge pasientpopulasjonene i analysen.

Valg av par per DRG

I det følgende går vi gjennom hvordan vi har valgt ut par av helseforetak for hver av de fire DRG-ene for nærmere undersøkelser.

For hver DRG har vi rangert parene av helseforetak ut ifra hvor store kostnadsforskjeller det er mellom dem. For DRG-er som har to pasientpopulasjoner avhengig av om pasientene har komorbiditet (m/bk) eller ikke (u/bk), vurderer vi først DRG-en med størst volum. Den andre delen av pasientpopulasjonen blir så vurdert som et supplement. Dersom det er stor differanse i resultatene for paret for begge delene av pasientpopulasjonen, tyder det på at det er stor forskjell i behandlingskostnaden til tross for at helseforetakene skal være strukturelt sammenlignbare.

Deretter har vi gjort en vurdering av om helseforetakene kan sammenlignes basert på behandlingsvolum. Vi har da vurdert om ett av eller begge helseforetakene i paret har svært lavt volum, og/eller om stor forskjell i volum mellom de to helseforetakene gjør sammenligning mindre interessant. Vi har lagt størst vekt på forskjeller ved lave volum, ettersom vi antar at eventuelle skalafordeler mest sannsynlig avtar med økende volum.[297]

[295] For å få et inntrykk av DRG-ene har i tillegg blitt sjekket i Avregningsutvalget 2024-rapport, eller om DRG-en er mye omtalt i forbindelse med utvikling av nye metoder, for å sikre mest mulig ensartet koding og unngå DRG-er hvor et fåtall pasienter får svært dyr behandling.
[296] To DRG-er for fødsler er ekskludert. I tillegg har vi fjernet DRG-er som innebærer kreftbehandling, som kan være preget av en viss grad av sentralisering. Det vil si at behandlingen gjennomføres ved mer sentrale sykehus, og dermed vil det kunne bidra til skjevheter i utvalget.
[297] Behandlingsvolum per DRG for alle helseforetak framgår av tabell 25.

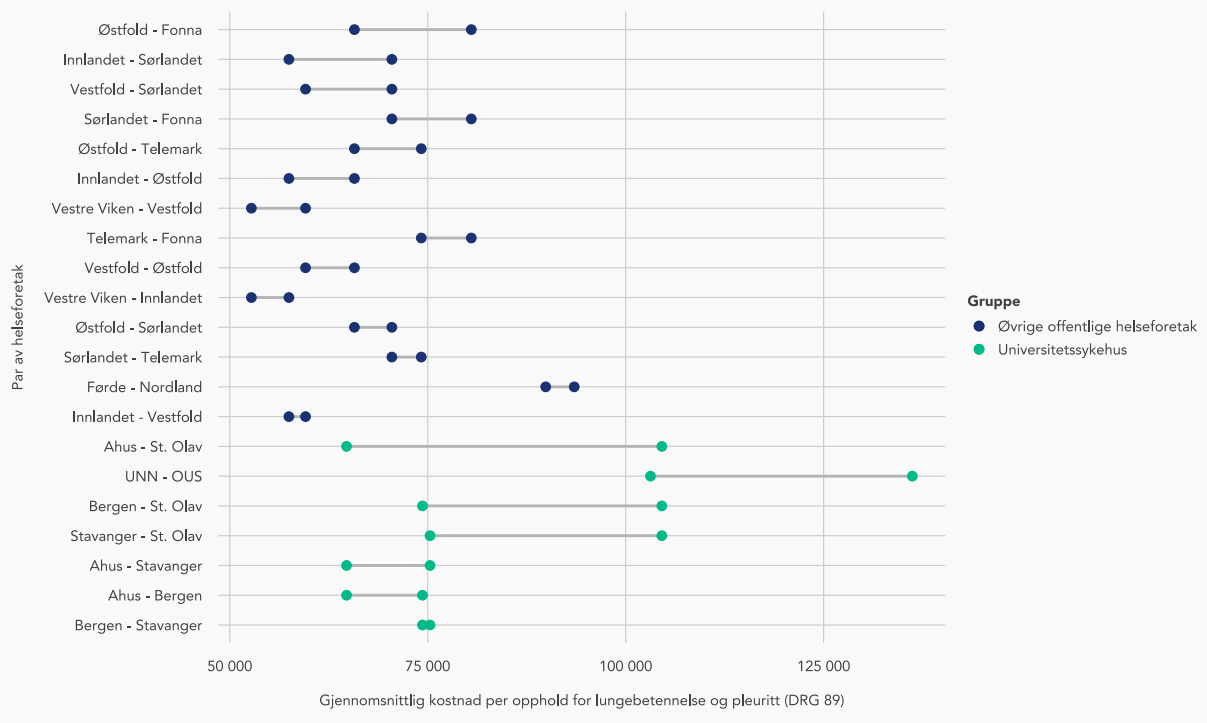
Lungebetennelse og pleuritt (DRG 89 og 90): St. Olav og Ahus

For DRG 89 ser vi fra figuren under at differansen er størst mellom universitetssykehusene **Ahus og St. Olav**. Ser man på behandlingsvolumet, har Ahus et høyere volum enn St. Olav, med henholdsvis 2 205 opphold og 1 250 opphold. Vi vurderer likevel at siden begge har et relativt stort volum, er det ikke sikkert at Ahus har ytterligere stordriftsfordeler ut over nivået til St. Olav.[298]

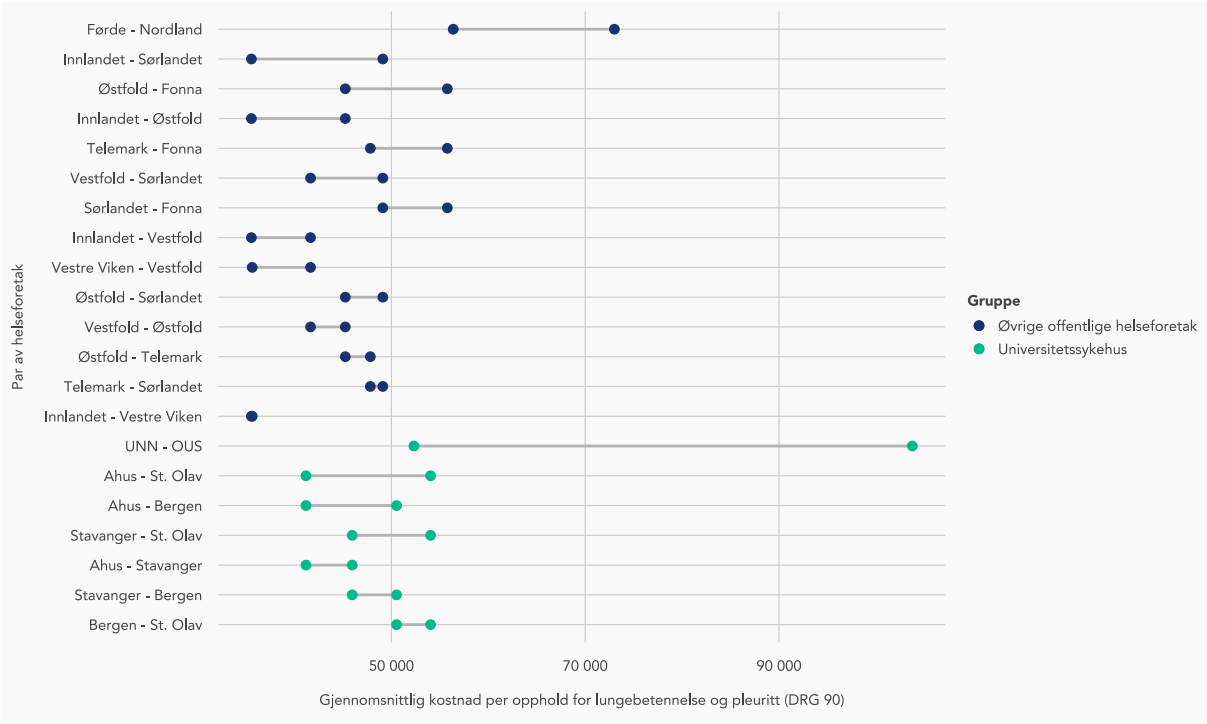
De neste parene for DRG 89 er UNN og OUS, og Bergen og St. Olav. Begge parene har behandlingsvolum som er relativt like. For DRG 90 er det UNN og OUS som har størst differanse i KPP/KPO. Deretter følger Ahus og St. Olav, og Bergen og St. Olav.

Siden Ahus og St. Olav kommer ut med høyest kostnadsforskjell på DRG 89, og med nest høyest kostnadsforskjell for DRG 90, anser vi dem samlet sett som det mest aktuelle paret for videre undersøkelser.

Figur 22 Differanse i KPP/KPO for lungebetennelse og pleuritt (DRG 89 og 90)



[298] Ved lave volum får en ofte produktivitetsgevinster ved å øke volumet, av flere grunner: faste kostnader som administrasjon fordeles på flere behandlinger; en får bedre utnyttet kapasitet (leger, operasjonsstuer, osv.); og mer erfaring gir læring og økt kompetanse. Ved høyere volum er det mulig at skalafordelene avtar eller forsvinner, fordi en kan nå kapasitetsgrenser, læringseffekter avtar, og koordinasjonskostnader øker. Dette samsvarer med kostnadsanalysen i NOU 2019: 24, der de finner at kostnadsnivået på helseforetaksnivå øker kurvelineært med brutto driftsutgifter. Det er likevel ikke klart fra forskningslitteraturen hvorvidt det er skalaulemper over en viss størrelse (Hagen, 2021).



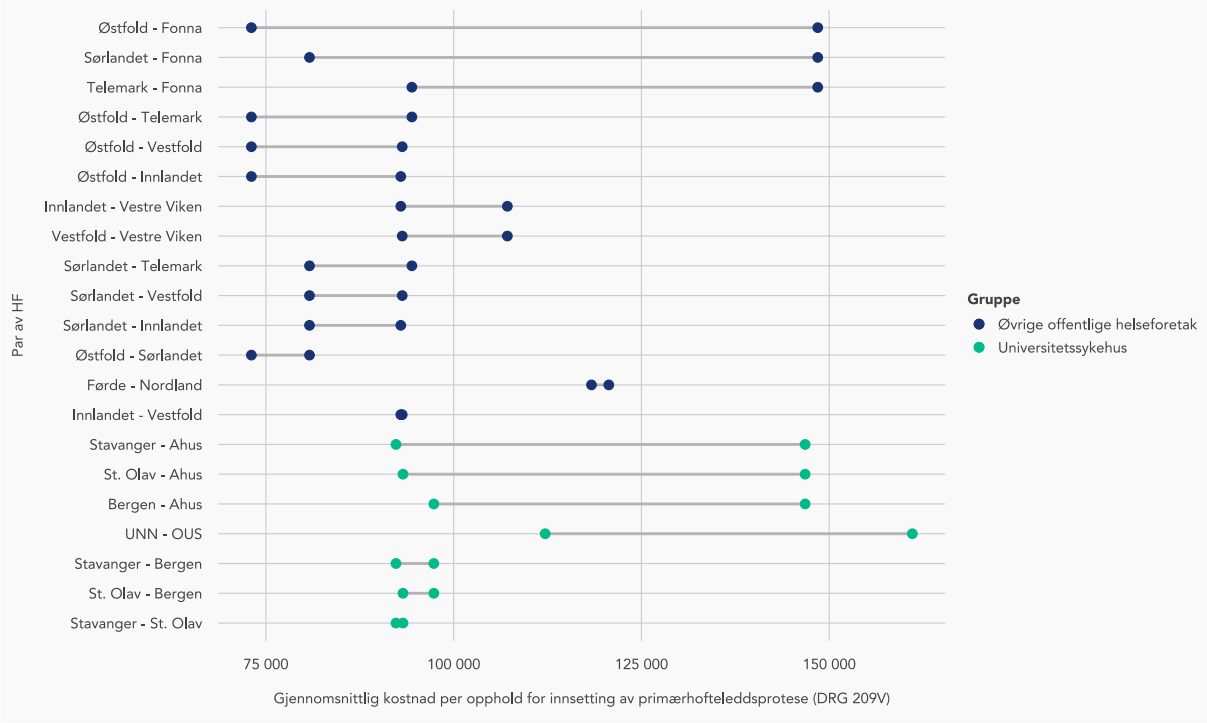
Kilde: Riksrevisjonen

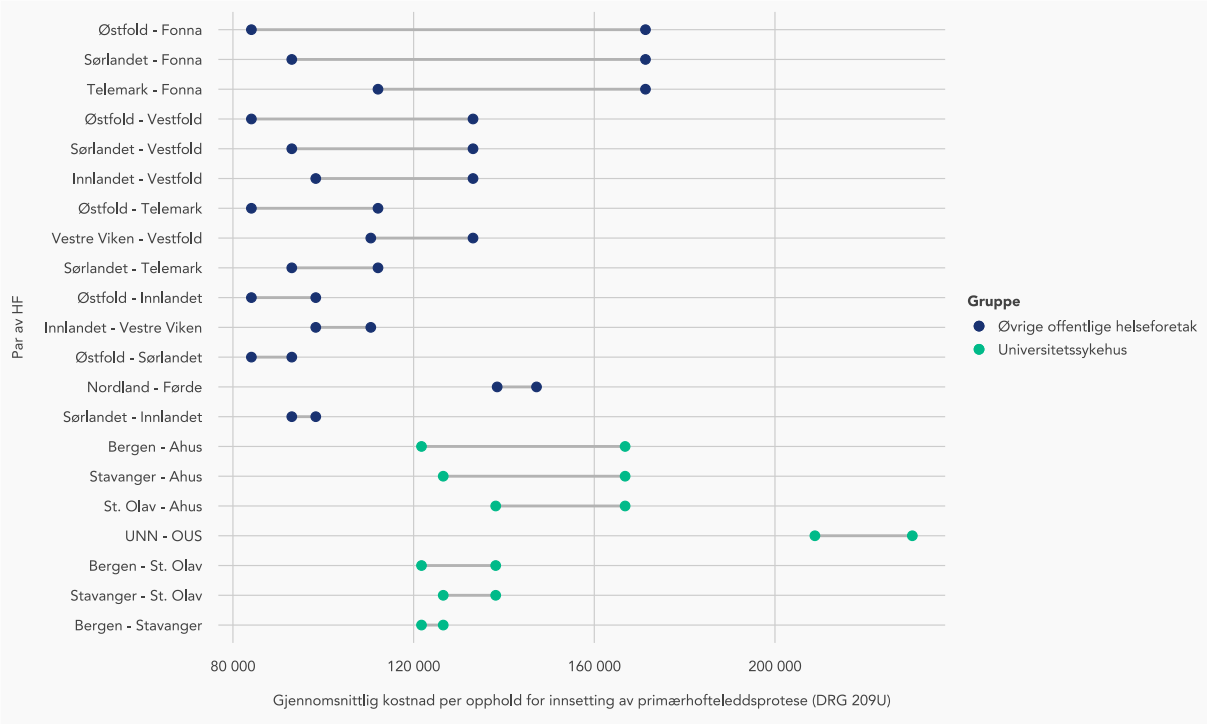
Innsetting av primærhofteleddsprotese (DRG 209V og 209U): Ahus og St. Olav

For DRG 209V, ser vi fra figuren under at Sykehuset Østfold og Helse Fonna har størst differanse i KPP/KPO. Imidlertid har Helse Fonna et lavt behandlingsvolum med 61 opphold, og mye lavere enn Sykehuset Østfold (som har 359 opphold) i relativ forstand. Helse Fonna inngår også i de to neste parene. De neste parene på listen er **Helse Stavanger (151 opphold) og Ahus (309 opphold), og St. Olav (541 opphold) og Ahus (309 opphold).** Disse parene har også en nokså stor kostnadsforskjell i tilfellet DRG 209U.

I den videre undersøkelsen, har vi valgt å se på St. Olav og Ahus. Kostnadsforskjellen for dette paret er nesten like stor som for Helse Stavanger og Ahus. Som nevnt ovenfor, ser vi på kostnadsforskjellene for St. Olav og Ahus i forbindelse med DRG 89 og 90. For DRG 209V og 209U går kostnadsforskjellene imidlertid i motsatt retning. Dermed får vi i tillegg til å sammenligne de samme to helseforetakene for to forskjellige behandlinger, også undersøkt begge helseforetakene i to forskjellige posisjoner (henholdsvis mest og minst kostnadseffektivt i et par).

Figur 23 Differanse i KPP/KPO for innsetting av primærhofteleddsprotese (DRG 209V og 209U)





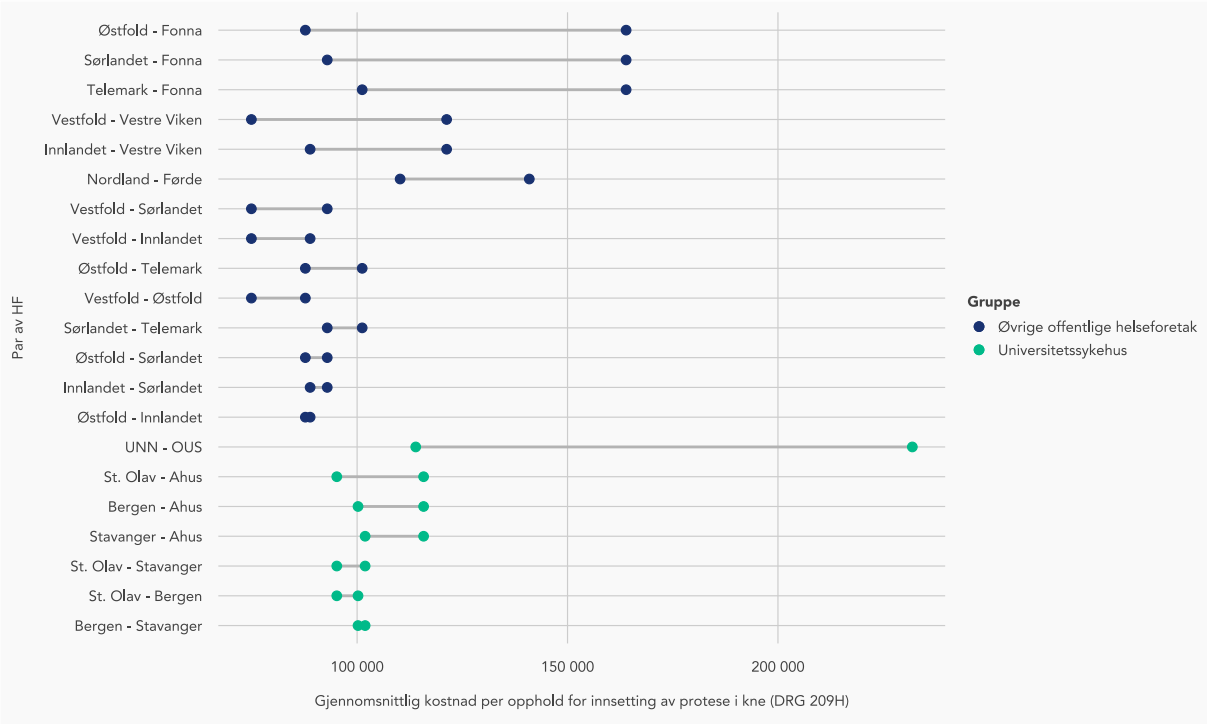
Kilde: Riksrevisjonen

Innsetting av protese i kne (DRG 209H): Vestre Viken og Vestfold

Fra figuren under, ser vi at UNN og OUS har størst differanse i KPP/KPO for DRG 209H. Imidlertid har OUS et lavt behandlingsvolum for denne DRG-en (134 opphold), og kun litt over halvparten av volumet ved UNN (251 opphold). Samtidig ser vi (fra tabell 25) at Lovisenberg har 582 opphold, og vi går ut ifra at de tar mange av pasientene på dette området fra OUS. Dersom det innebærer at OUS i relativt liten grad driver med denne behandling, eller/og kun tar de mest kompliserte tilfellene av behandling i opptaksområdet, kan det være argumenter for at UNN og OUS ikke er særlig relevante for videre undersøkelser. Derfor anser vi det som hensiktsmessig å vurdere andre par på listen.

De neste parene på listen er tre ulike par hvor Helse Fonna inngår. Helse Fonna (94 opphold) har imidlertid relativt lavt volum, og har lavere volum enn både Sykehuset Østfold (363 opphold), Sørlandet sykehus (403 opphold) og Sykehuset Telemark (141 opphold). Dermed er det neste aktuelle paret **Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken**. Dette paret har høyere behandlingsvolum med henholdsvis 338 opphold og 783 opphold, og fortsatt betydelige forskjeller i kostnader. Det gjør at vi vurderer Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken som det mest aktuelle paret for videre undersøkelse.

Figur 24 Differanse i KPP/KPO for innsetting av protese i kne (DRG 209H)

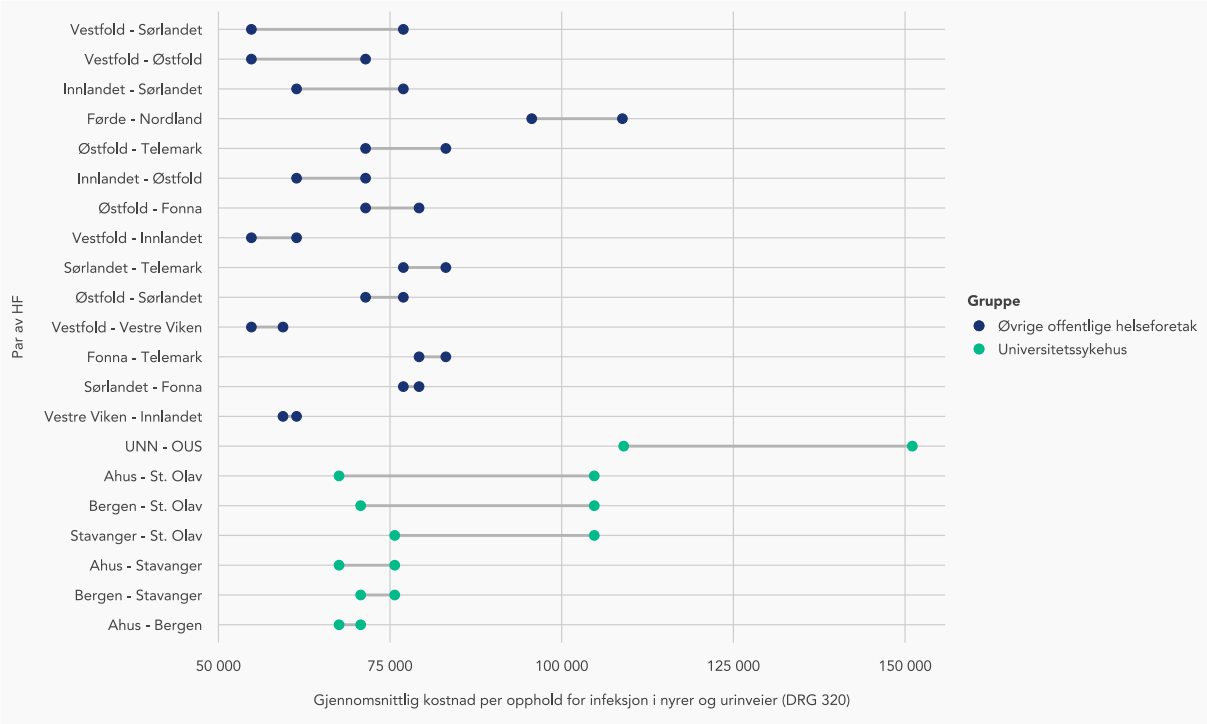


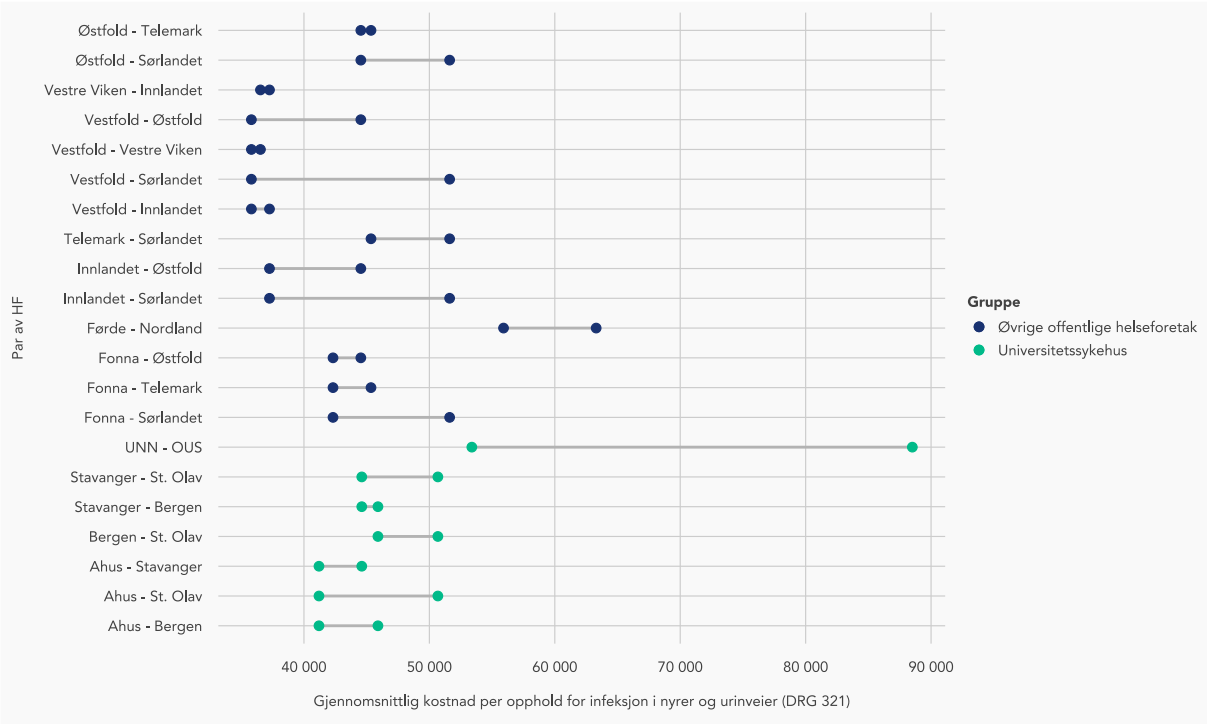
Kilde: Riksrevisjonen

Infeksjon i nyrer og urinveier (DRG 320 og 321): OUS og UNN

Figuren under viser at for infeksjon i nyrer og urinveier for pasienter med komorbiditet, har **UNN og OUS** størst differanse i KPP/KPO. Paret har i tillegg lignende behandlingsvolum, med henholdsvis 504 og 464 opphold, noe som gjør det til et aktuelt par for videre undersøkelse. Siden UNN og OUS har klart størst differanse i KPP/KPO for pasienter uten komorbiditet også, styrker det inntrykket av at dette er et aktuelt par for videre undersøkelser.

Figur 25 Differanse i KPP/KPO for infeksjon i nyrer og urinveier (DRG 320 og 321)





Kilde: Riksrevisjonen

Regresjonsanalyser av liggetidsdata

Vi har gjennomført OLS-regresjonsanalyser for å undersøke hvor sterk sammenheng det er mellom liggetid og KPP for den aktuelle DRG-en eller DRG-paret. Regresjonene er gjort for alle helseforetakene som er inkludert i analysen. Vi har gjennomført separate regresjoner for hver utvalgt DRG eller DRG-par, siden effekten av liggetid kan tenkes å avhenge av pasientgruppe. Regresjonene er gjennomført med utgangspunkt i samme datagrunnlag for kostnad per pasient som ellers i KPP-analysen, og er dermed korrigert for utskrivningsklare liggedøgn.

I regresjonsmodellen har vi inkludert den estimerte kostnadsindeksen som en kontrollvariabel. Vi inkluderer også en dummy for DRG-parene, og et interaksjonsledd mellom gjennomsnittlig liggetid og DRG-dummyen, for å fange opp om liggetidseffekten avhenger av pasientgruppen.

I hver regresjon viste samspillskoeffisienten for interaksjonsleddet seg å være langt fra signifikant. Det betyr at vi ikke kan påvise at effekten på gjennomsnittskostnaden kan sies å være forskjellig for de to pasientgruppene, i tilfellene hvor vi ser på et DRG-par. Vi har derfor ikke tatt hensyn til samspillskoeffisienten i de videre beregningene.

Basert på regresjonene kan vi beregne hvor stor forskjell en kan forvente i KPP gitt den observerte forskjellen i liggetid for hvert utvalgte par av helseforetak. Dette gir en grov indikasjon på hvor mye av KPP-forskjellen mellom de to som trolig kan forklares av forskjell i liggetid. Beregningen gjøres slik: Forventet KPP-forskjell = forskjell liggetid x liggetidskoeffisient.[299] For DRG 89, har for eksempel St. Olav 0,76 døgn lenger liggetid enn Ahus, og liggetidskoeffisienten er på 19 888 kroner. Det gir en forventet KPP-forskjell på 0,76 x 19 888 = 15 115.

Regresjonene er gjennomført med robuste standardfeil (på grunn av lite utvalg har vi brukt HC3). Det skyldes at vi har gjennomført tester av heteroskedastisitet (Breusch-Pagan testen) og normalfordeling (Shapiro-Wilk testen), som tyder på at variansen i residualene hverken er konstant eller tilnærmet normalfordelt gitt et 5 %-signifikansnivå. Det gjelder samtlige modeller, med unntak av DRG 209H, samt at testene indikerer at residualen for DRG 209V og 209U er tilnærmet normalfordelt.

Se tabell 26 for de estimerte regresjonskoeffisientene.

Intervjuer med representanter fra helseforetakene

I den videre undersøkelsen av helseforetakenes kostnadsnivå, intervjuet vi representanter fra helseforetakene for å få mer informasjon om forklaringer til kostnadsforskjellene. I etterkant av intervjuene har vi stilt eventuelle oppfølgingsspørsmål skriftlig, og fått den samlede forklaringen verifisert av representantene.

[299] For å forenkle bruker vi kun hovedkoeffisienten for liggetid fra samspillsmodellen for begge DRG-ene i hvert DRG-par. Vi har testet å inkludere samspillskoeffisienten i beregningen, og resultatene blir tilnærmet like.

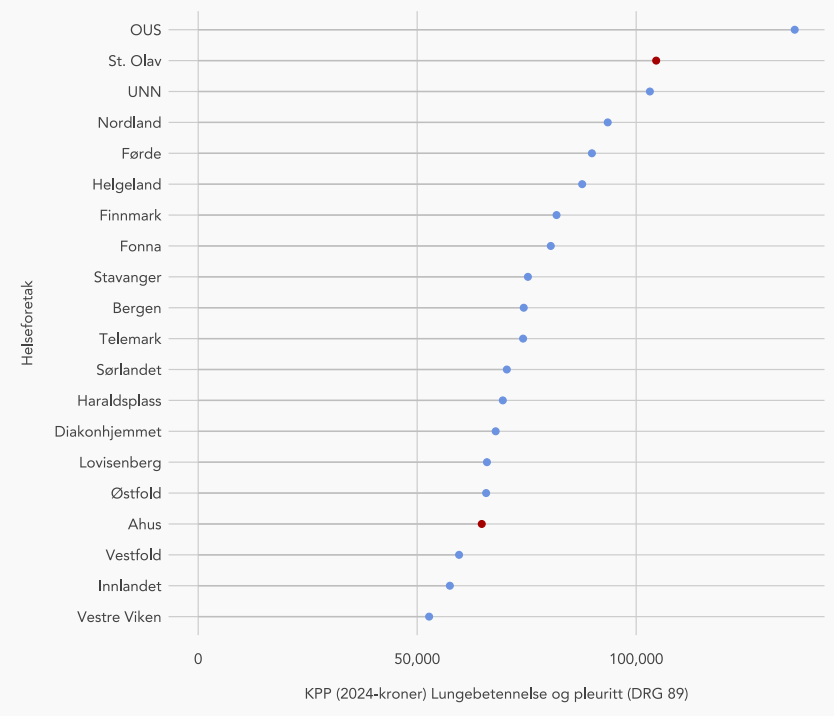
Detaljerte resultater fra analyser av KPP-data

I det følgende presenteres resultatene fra analysen per DRG/DRG-par.

Lungebetennelse og pleuritt

Figuren nedenfor viser alle helseforetakenes gjennomsnittlige kostnad per pasient, for behandling av pasienter med lungebetennelse og pleuritt (DRG 89 med komorbiditet og 90 uten komorbiditet). Den viser også gjennomsnittlig liggetid for disse pasientene per helseforetak.

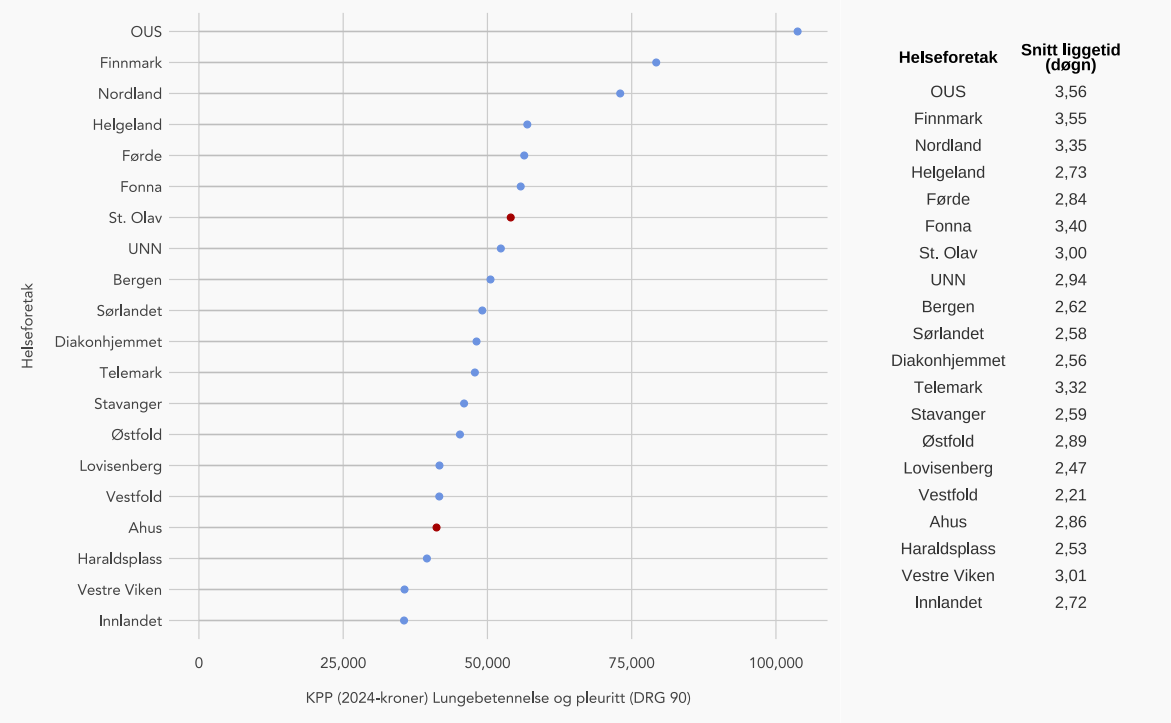
Figur 26 Differanse i KPP og liggetid for DRG 89 i 2024



Helseforetak	Snitt liggetid (døgn)
OUS	5,34
St. Olav	5,28
UNN	4,66
Nordland	4,99
Førde	4,54
Helgeland	4,46
Finnmark	5,00
Fonna	5,09
Stavanger	4,16
Bergen	3,75
Telemark	4,56
Sørlandet	3,96
Haraldsplass	4,54
Diakonhjemmet	3,81
Lovisenberg	4,58
Østfold	4,11
Ahus	4,52
Vestfold	3,43
Innlandet	4,17
Vestre Viken	4,42

Kilde: Riksrevisjonen

Figur 27 Differanse i KPP og liggetid for DRG 90 i 2024



Helseforetak	Snitt liggetid (døgn)
OUS	3,56
Finnmark	3,55
Nordland	3,35
Helgeland	2,73
Førde	2,84
Fonna	3,40
St. Olav	3,00
UNN	2,94
Bergen	2,62
Sørlandet	2,58
Diakonhjemmet	2,56
Telemark	3,32
Stavanger	2,59
Østfold	2,89
Lovisenberg	2,47
Vestfold	2,21
Ahus	2,86
Haraldsplass	2,53
Vestre Viken	3,01
Innlandet	2,72

Kilde: Riksrevisjonen

Som det framgår av figurene, varierer kostnadene for slik behandling fra 53 000 kroner til 136 000 kroner for DRG 89, og fra 36 000 kroner til 104 000 kroner for DRG 90.

De to helseforetakene vi har valgt ut for videre analyser er markert med rød farge. Vi ser at St. Olav i snitt bruker mer på å behandle en lungebetennelsespasient enn Ahus – nesten 40 000 kr mer på pasientene med komorbiditet, og nesten 13 000 kroner mer på pasientene uten andre diagnoser. St. Olav har også lengre gjennomsnittlig liggetid enn Ahus. For pasienter med komorbiditet er liggetiden 0,76 døgn lenger, og for pasienter uten komorbiditeter den 0,14 døgn lenger. Ut fra en regresjon av gjennomsnittlig liggetid på KPP, gir den observerte forskjellen i liggetid en forventet forskjell i KPP på rett over 15 000 kroner for pasienter med komorbiditet og cirka 3 000 kroner for pasienter uten komorbiditet.[300] Sammenlignet med den faktiske forskjellen i KPP, gir det oss grunn til å tro at liggetid kan forklare en del av forskjellen – men at det også kan være andre viktige forklaringsfaktorer.

De to utvalgte helseforetakene forklarer at kostnadsforskjellene seg imellom primært kan forklares av forskjeller i **liggetid og sengepostkostnader** (særlig for pasientene med komorbiditet).[301] Det forklares blant annet av at Ahus i lang tid har arbeidet med å optimalisere pasientforløp for lungepasienter, og hatt oppmerksomhet på liggetid over flere år. Ahus forklarer også at grunnen til at sengepostkostnaden ved deres sykehus er

[300] Koeffisienten for gjennomsnittlig liggetid, indikerer at ett døgns lengre liggetid er assosiert med 19 888 kroner høyere KPP for dette DRG-paret (se den fullstendige regresjonstabellen i tabell 26).

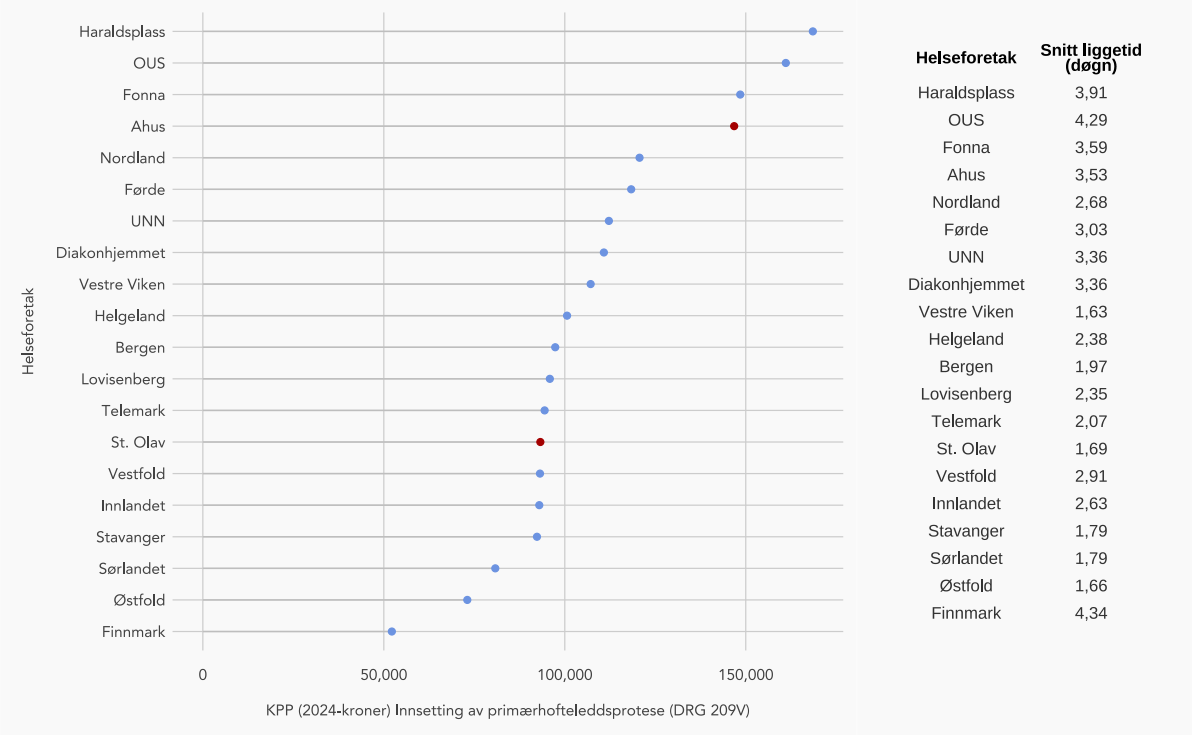
[301] Begge helseforetakene har også pekt på at pasientene er fordelt på flere avdelinger og lokasjoner, og at det er kostnadsforskjeller internt mellom de ulike avdelingene og lokasjonene ved hvert av helseforetakene. Siden begge helseforetakene viser til interne kostnadsforskjeller, bidrar ikke dette til å forklare forskjellene i KPP mellom helseforetakene. Imidlertid innebærer det at kostnader både kan variere mellom helseforetak, og internt i helseforetak.

lavere enn ved St. Olav, delvis skyldes at Ahus har vært presset på kapasitet. Selv om de har hatt et høyt overbelegg (omtalt som «korridorbelegg»), har det imidlertid ikke vært mer pleiepersonale eller flere leger på jobb.[302]

Innsetting av primærhofteleddsprotese

Tabellene nedenfor viser alle helseforetakenes gjennomsnittlige kostnader per pasient, for innsetting av primærhofteleddsprotese (DRG 209V uten komorbiditet og 209U med komorbiditet).[303] Figurene viser også gjennomsnittlig liggetid for disse pasientene per helseforetak.

Figur 28 Differanse i KPP og liggetid for DRG 209V i 2024

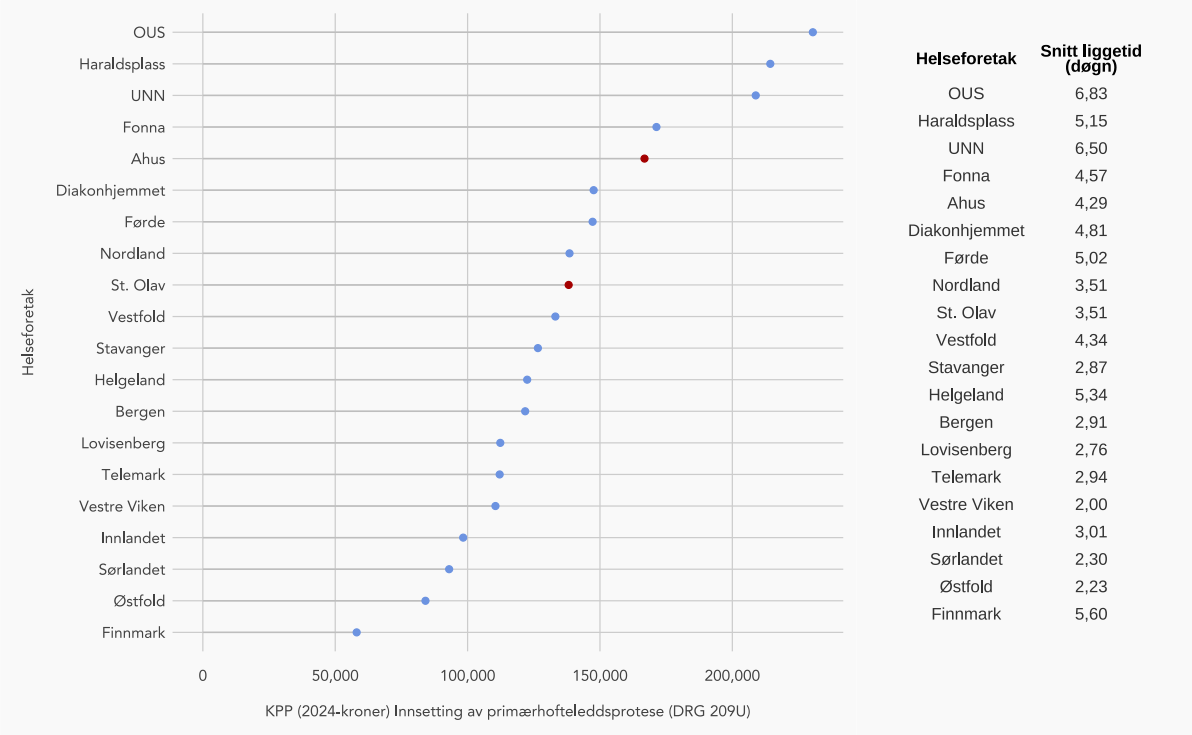


Helseforetak	Snitt liggetid (døgn)
Haraldsplass	3,91
OUS	4,29
Fonna	3,59
Ahus	3,53
Nordland	2,68
Førde	3,03
UNN	3,36
Diakonhjemmet	3,36
Vestre Viken	1,63
Helgeland	2,38
Bergen	1,97
Lovisenberg	2,35
Telemark	2,07
St. Olav	1,69
Vestfold	2,91
Innlandet	2,63
Stavanger	1,79
Sørlandet	1,79
Østfold	1,66
Finnmark	4,34

Kilde: Riksrevisjonen

[302] Vi har som tidligere nevnt ikke gjort undersøkelser av kvalitet i behandlingen. Overbelegg er imidlertid et eksempel på en faktor som kan føre til redusert kvalitet for pasientene.
[303] Dette omfatter planlagte operasjoner, og ikke pasienter som kommer inn til akuttmottaket med hoftebrudd. Omfatter heller ikke dagkirurgi, som er skilt ut i DRG 209O.

Figur 29 Differanse i KPP og liggetid for DRG 209U i 2024



Helseforetak	Snitt liggetid (døgn)
OUS	6,83
Haraldsplass	5,15
UNN	6,50
Fonna	4,57
Ahus	4,29
Diakonhjemmet	4,81
Førde	5,02
Nordland	3,51
St. Olav	3,51
Vestfold	4,34
Stavanger	2,87
Helgeland	5,34
Bergen	2,91
Lovisenberg	2,76
Telemark	2,94
Vestre Viken	2,00
Innlandet	3,01
Sørlandet	2,30
Østfold	2,23
Finnmark	5,60

Kilde: Riksrevisjonen

Som det framgår av figurene, varierer kostnadene for et slikt opphold fra 52 000 kroner til 169 000 kroner for DRG 209V, og fra 58 000 kroner til 230 000 kroner for DRG 209U.

De to helseforetakene som vi har valgt ut for videre analyser er markert med rød farge. Ahus bruker i snitt mer på å sette inn hofteproteser enn St. Olav. For pasienter uten komorbiditet bruker Ahus i overkant av 53 000 kroner mer i snitt per pasient, og nesten 29 000 kroner mer i snitt per pasient med komorbiditet.

Ahus har også lengre gjennomsnittlig liggetid sammenlignet med St. Olav for begge pasientgruppene. Ahus har i snitt 1,84 døgn lengre liggetid for pasientene uten komorbiditet, og 0,78 døgn for pasientene med komorbiditet. Ut fra en regresjon av gjennomsnittlig liggetid på KPP, gir den observerte forskjellen i liggetid en forventet forskjell i KPP på rett over 56 500 kroner for pasienter med komorbiditet og nesten 24 000 kroner for pasienter uten komorbiditet.[304] Holdt opp mot den faktiske forskjellen i KPP, indikerer det at liggetid kan forklare mesteparten av kostnadsforskjellen.

De to utvalgte helseforetakene forklarer kostnadsforskjellene seg imellom på følgende måte:

- **Liggetid:** Både St. Olav og Ahus peker på liggetid som en kostnadsdriver og forklaring til kostnadsforskjellen. St. Olav opplyste om at de har arbeidet med å redusere liggetiden for denne pasientgruppen over mange år.

[304] Koeffisienten for gjennomsnittlig liggetid, indikerer at ett døgns lengre liggetid er assosiert med 30 757 høyere KPP for dette DRG-paret (se den fullstendige regresjonstabellen i tabell 26).

- **Organisering/driftsform: I** motsetning til St. Olav, har Ahus ikke noen adskilt driftsenhet for hofteprotesepasientene. Hofteprotesepasientene opereres dermed på operasjonsstue som også brukes til akuttvirksomhet. Elektive operasjoner som hofteprotese er derfor utsatt for strykninger når mer akutte pasienter trenger de knappe ressursene som operasjonsstue/-team og anestesi utgjør. Ahus viser til at dette fører til at de ikke kan strømlinjeforme behandlingen av hofteprotesepasientene på samme måte som St. Olav.

Til sammenlikning har St. Olav jobbet med fast track for hofteprotese siden 2010, og viser til flere grep som gjør det mulig å få lavere kostnader og kortere liggetider:

- Adskilt driftsenhet for hofteproteseoperasjoner, med egen operasjonsstue som er avskjermet fra Ø-hjelp, og med dedikert personell som operasjonssykepleiere og anestesipersonell (lege og sykepleier) gir høy kapasitetsutnyttelse av innsatsfaktorene operasjonsstue og personell.
- Femdøgns lettpost med bemanning tilpasset lav pleietyngde og variasjon i pasientbelegg gjennom uka gir lave sengepostkostnader for disse pasientene.
- St. Olav gjennomfører bare unntaksvis poliklinisk oppfølging av hofteprotesepasientene.[305]

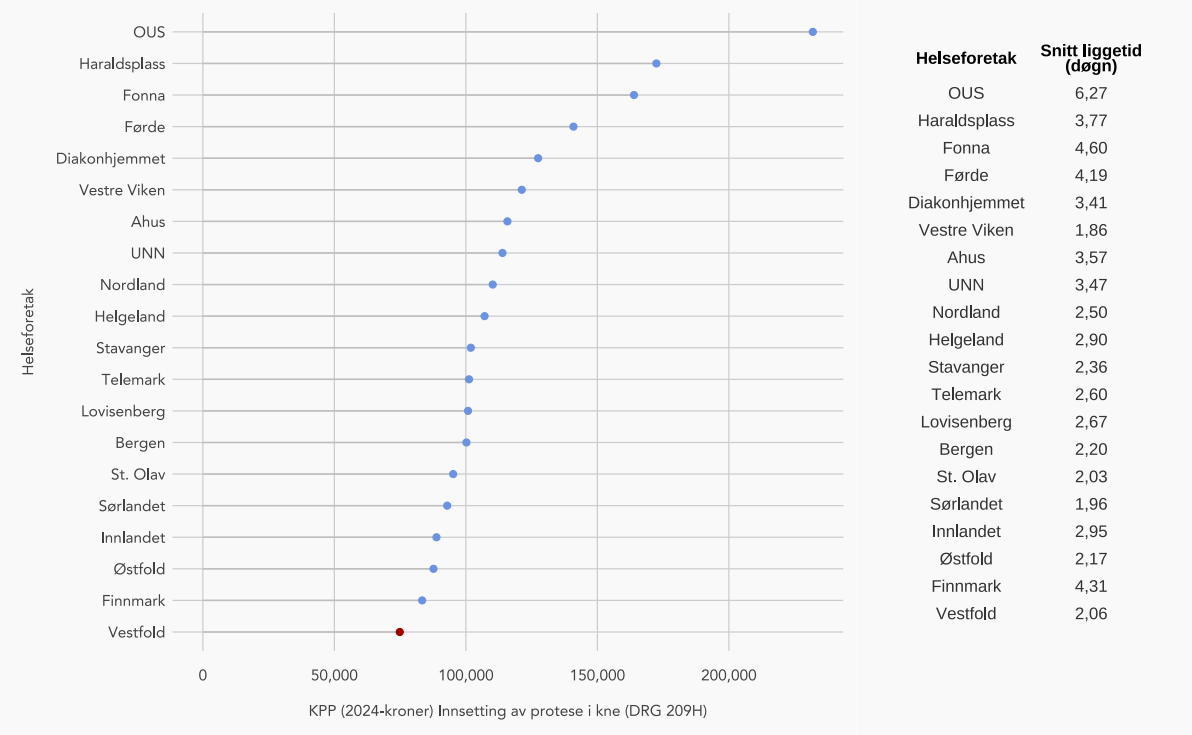
Ahus peker på at kostnadene til hofteprotesepasientene i praksis er lavere enn hva KPP-tallene tilsier, fordi femdøgnssengeposten (lettpost med variabel bemanning, som ved St. Olav) som pasientene ved Nordbyhagen ligger på ikke er en egen organisatorisk enhet. Sengeposten driftes sammen med personell fra to andre akuttsengeposter, som er operative hele uken og derfor har høyere kostnader. Tilsvarende deler protesepasienter ved lokasjon Gardermoen sengepost med andre pasientgrupper med høyere pleiebehov. Denne sengeposten har derfor trolig høyere kostnad enn hva som ville vært tilfellet for en egen sengepost for bare protesepasienter.

[305] Ahus har også brukerstyrt oppfølging av hofteprotesepasientene. Akkurat dette grepet er altså praktisert ved begge helseforetakene, og er derfor ikke en forklaring på hvorfor St. Olav har lavere kostnader og kortere liggetider enn Ahus.

Innsetting av protese i kne

Tabellene nedenfor viser alle helseforetakenes gjennomsnittlige kostnader per pasient, for innsetting av protese i kne (DRG 209H). Den viser også gjennomsnittlig liggetid for disse pasientene per helseforetak.

Figur 30 Differanse i KPP og liggetid for DRG 209H i 2024



Helseforetak	Snitt liggetid (døgn)
OUS	6,27
Haraldsplass	3,77
Fonna	4,60
Førde	4,19
Diakonhjemmet	3,41
Vestre Viken	1,86
Ahus	3,57
UNN	3,47
Nordland	2,50
Helgeland	2,90
Stavanger	2,36
Telemark	2,60
Lovisenberg	2,67
Bergen	2,20
St. Olav	2,03
Sørlandet	1,96
Innlandet	2,95
Østfold	2,17
Finnmark	4,31
Vestfold	2,06

Kilde: Riksrevisjonen

Som det framgår av figuren, varierer kostnadene for et slikt opphold fra 75 000 kroner til 232 000 kroner.

De to helseforetakene som vi i utgangspunktet hadde valgt ut for videre analyser er Vestre Viken og Vestfold. Imidlertid mener Vestre Viken at forskjeller i KPP-data for 2024 mellom dem og Vestfold ikke kan sammenlignes, på grunn av feil i Vestre Vikens data og forskjeller i helseforetakenes KPP-modeller.[306] Av den grunn har vi kun markert Vestfold i rød farge i figuren.

For innsetting av kneproteser er Vestfold helseforetaket med lavest KPP i hele landet. Vestfold behandler i all hovedsak kneprotesepasienter i Larvik, hvor all aktivitet er planlagt og skjermet. Denne driftsformen er mindre kostnadskrevende, sammenlignet med behandling av disse pasientene ved samme enhet som også behandler akuttpasienter. Vestfold peker på flere kostnadsbesparende grep ved organiseringen i Larvik:

[306] Ifølge Vestre Viken forklarer feilen i deres KPP-data for 2024 omtrent halvparten av kostnadsforskjellen. Helt konkret peker de på feil i registrerte kostnader for Kongsberg sykehus, der det gjennomføres flest kneoperasjoner. Vestre Viken mener også at deres KPP-modell i for liten grad «skiller ut» kostnaden som faktisk kan tilskrives denne behandlingen. I Vestre Vikens modell, fordeles blant annet enhetenes «beredskapskostnader» knyttet til Ø-hjelp på alle behandlinger (inkludert 209H) som utføres ved enhetene. Siden Vestfold bruker en annen modellering, mener Vestre Viken at foretakenes kostnader til behandling ikke er sammenlignbare.

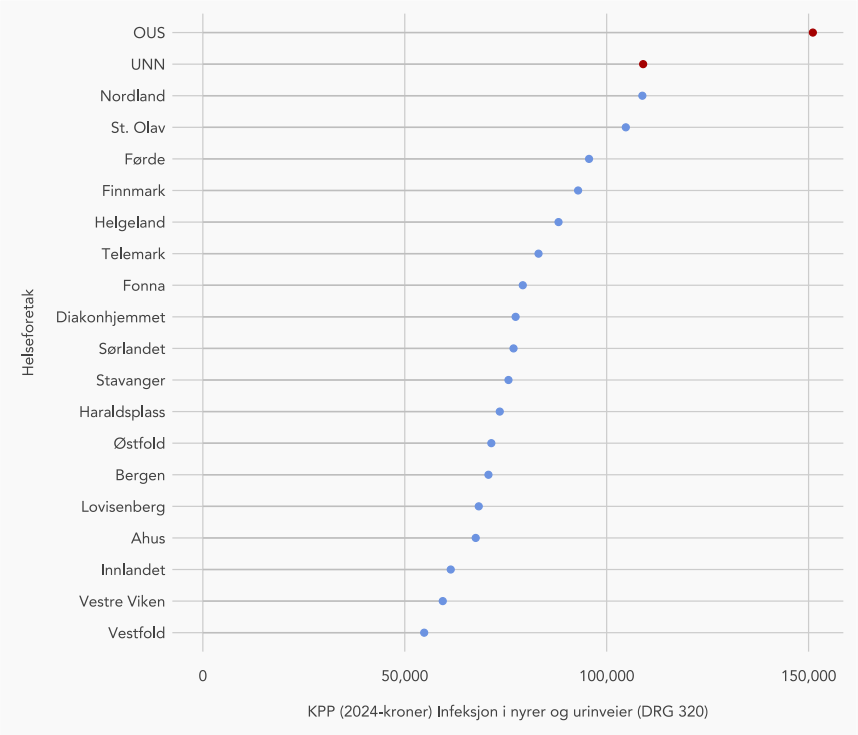
- I Larvik er det fleksibel bruk av post og oppvåking, med samme personell.
- Larvik drifter ikke i helg, siden pasientene legges på en femdøgnpost med ulikt antall bemannede senger gjennom uken avhengig av «casemixen» av pasienter.
- I tillegg har Larvik en effektiv utnyttelse av operasjon- og anestesipersonell ved at mengde planlagt operasjonstid totalt per dag er tilpasset type operasjoner.

Vestfold viser i tillegg til at de i 2024 hadde noe lavere implantatkostnader, siden de brukte en eldre og billigere kneprotese enn andre helseforetak.

Infeksjon i nyrer og urinveier

Tabellene nedenfor viser alle helseforetakenes gjennomsnittlige kostnader per pasient, for behandling av pasienter med infeksjon i nyrer og urinveier (DRG 320 med komorbiditet og 321 uten komorbiditet). Den viser også gjennomsnittlig liggetid for disse pasientene per helseforetak.

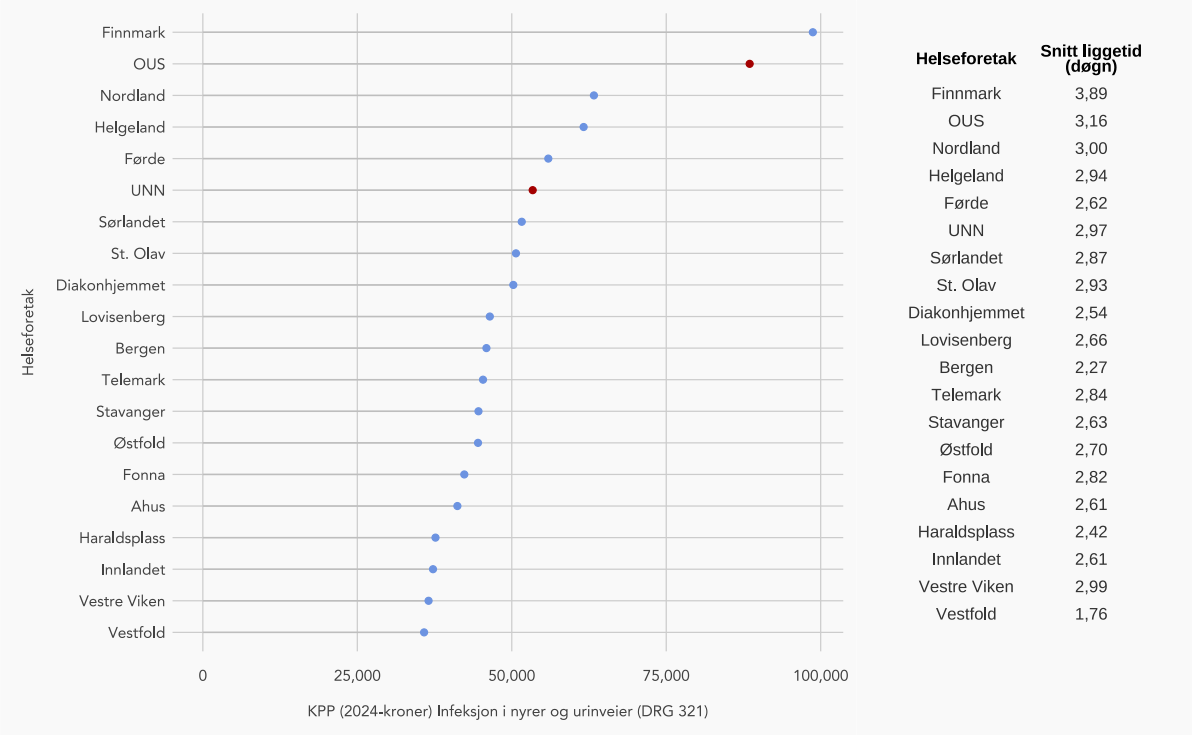
Figur 31 Differanse i KPP og liggetid for DRG 320 i 2024



Helseforetak	Snitt liggetid (døgn)
OUS	5,99
UNN	5,04
Nordland	5,43
St. Olav	4,93
Førde	4,75
Finnmark	5,79
Helgeland	4,80
Telemark	4,63
Fonna	5,34
Diakonhjemmet	4,02
Sørlandet	4,13
Stavanger	4,26
Haraldsplass	4,32
Østfold	4,28
Bergen	3,36
Lovisenberg	4,68
Ahus	4,46
Innlandet	3,99
Vestre Viken	4,15
Vestfold	3,08

Kilde: Riksrevisjonen

Figur 32 Differanse i KPP og liggetid for DRG 321 i 2024



Helseforetak	Snitt liggetid (døgn)
Finnmark	3,89
OUS	3,16
Nordland	3,00
Helgeland	2,94
Førde	2,62
UNN	2,97
Sørlandet	2,87
St. Olav	2,93
Diakonhjemmet	2,54
Lovisenberg	2,66
Bergen	2,27
Telemark	2,84
Stavanger	2,63
Østfold	2,70
Fonna	2,82
Ahus	2,61
Haraldsplass	2,42
Innlandet	2,61
Vestre Viken	2,99
Vestfold	1,76

Kilde: Riksrevisjonen

Som det framgår av figurene, varierer kostnadene for denne typen behandling fra 55 000 kroner til 151 000 kroner for DRG 320, og fra 36 000 kroner til 99 000 kroner for DRG 321.

De to helseforetakene som vi har valgt ut for videre analyser er markert med rød farge. OUS bruker i snitt mer på å behandle nyre- og urinveispasienter enn UNN. Kostnaden er i snitt 42 000 kroner mer for pasienter med komorbiditet, og 35 000 kroner mer for pasienter uten komorbiditet. OUS har også lengre gjennomsnittlig liggetid UNN for begge pasientgruppene. Liggetiden er 0,95 døgn lengre for pasientene med komorbiditet, og 0,19 døgn for pasientene uten komorbiditet. Ut fra en regresjon av gjennomsnittlig liggetid på KPP, gir den observerte forskjellen i liggetid en forventet forskjell i KPP på rett over 16 500 for pasienter med komorbiditet og nærmere 3 500 kr for pasienter uten komorbiditet.[307] Det indikerer at liggetid kan forklare en del av forskjellen i KPP, men at det trolig også vil være andre viktige forklaringsfaktorer.

De to utvalgte helseforetakene forklarer kostnadsforskjellene seg imellom på følgende måte:

- **Liggetid:** Både UNN og OUS peker på liggetid som en viktig forklaring til kostnadsforskjellen. Begge foretakene peker på forskjeller i pasientsammensetningen som en forklaring til forskjellen i liggetid.
- **Pasientsammensetning:** UNN peker på at forskjeller i pasientsammensetning som følge av at OUS har andre funksjoner, kan bidra til å forklare forskjellen i KPP.

[307] Koeffisienten for gjennomsnittlig liggetid, indikerer at ett døgns lengre liggetid er assosiert med 17 448 høyere KPP for dette DRG-paret (se den fullstendige regresjonstabellen i tabell 26).

Imidlertid mener UNN at forskjellene i pasientsammensetning gjør at kostnadene for behandling ikke er sammenlignbare.

OUS viser også til at de har nasjonale funksjoner, i tillegg til at de driver mer spesialisert behandling som driver opp kostnadsnivået. Eksempelvis har OUS en del nyretransplanterte pasienter på grunn av deres landsfunksjon på dette behandlingsområdet. Nyretransplantasjon inkluderer også oppfølging ved OUS en stund etter transplantasjon, noe som bidrar til å øke kostnadsnivået på disse DRG-ene. UNN har ikke denne funksjonen. Data fra foretakene bekrefter at kostnader til nyretransplantasjon ved OUS forklarer noe av kostnadsforskjellen for denne DRG-en.[308]

- **Arbeidsgiveravgift:** OUS og UNN viser til at ulike satser i arbeidsgiveravgift også kan være en forklaring til forskjellen i kostnadsnivå.[309]

[308] OUS trekker også frem at selv om de ikke har noen mål på hvor skrøpelige pasientene er, er medianalderen for nyre- og urinveispasientene med komorbiditet marginalt høyere ved OUS enn ved UNN. I tillegg viser til de til at over halvparten av pasientene har vært gjennom smitteisolasjon, og at de aller fleste har vært innom flere avdelinger ved sykehuset under oppholdet. Det er relativt mange i forhold til UNN. Data for kostnader og liggetid for pasienter fra andre opptaksområder, indikerer imidlertid ikke at OUS får tyngre pasienter fra andre områder sammenlignet med UNN.

[309] Satsen for arbeidsgiveravgift for UNN er 7,9 prosent i Tromsø, for Nord-Troms (tiltakssonen) samt Longyearbyen er den 0 prosent, mens for øvrige områder er den 5,1 prosent. OUS har en arbeidsgiveravgift på 14,1 prosent i de fleste områder, men i noen tilfeller er den 10,6 prosent. Ifølge beregninger vi har fått fra Helse- og omsorgsdepartementet, gir disse satsene OUS en gjennomsnittlig arbeidsgiveravgift på 14,09 prosent, mens UNN har en gjennomsnittlig arbeidsgiveravgift på 7,1 prosent. Det betyr at OUS i snitt har høyere arbeidsgiveravgift, noe som bidrar til å trekke opp KPP ved OUS i forhold til UNN.

Tabeller med grunnlagsdata og regresjonsanalyse

Tabell 25 Opphold, KPP/KPO og liggedøgn per DRG per helseforetak i 2024

Helseforetak	DRG	Antall opphold	Snitt kostnad per opphold (KPO)	Snitt liggedøgn per opphold[310]
Ahus	89	2 205	64 747	4,52
Ahus	90	413	41 179	2,86
Ahus	209H	566	115 798	3,57
Ahus	209U	166	166 823	4,29
Ahus	209V	309	146 798	3,53
Ahus	320	1 139	67 572	4,46
Ahus	321	278	41 198	2,61
Diakonhjemmet	89	673	67 925	3,81
Diakonhjemmet	90	268	48 111	2,56
Diakonhjemmet	209H	233	127 484	3,41
Diakonhjemmet	209U	31	147 614	4,81
Diakonhjemmet	209V	171	110 803	3,36
Diakonhjemmet	320	392	77 449	4,02
Diakonhjemmet	321	122	50 249	2,54
Finnmark	89	244	81 818	5,00
Finnmark	90	129	79 252	3,55
Finnmark	209H	64	83 383	4,31
Finnmark	209U	9	58 104	5,60
Finnmark	209V	82	52 220	4,34
Finnmark	320	118	92 926	5,79
Finnmark	321	96	98 730	3,89
Haraldsplass	89	678	69 552	4,54
Haraldsplass	90	309	39 513	2,53
Haraldsplass	209H	190	172 440	3,77
Haraldsplass	209U	39	214 336	5,15
Haraldsplass	209V	132	168 536	3,91
Haraldsplass	320	342	73 526	4,32
Haraldsplass	321	206	37 652	2,42
Helgeland	89	410	87 673	4,46
Helgeland	90	139	56 911	2,73
Helgeland	209H	131	107 114	2,90
Helgeland	209U	18	122 504	5,34
Helgeland	209V	136	100 626	2,38
Helgeland	320	277	88 077	4,80
Helgeland	321	134	61 630	2,94
Bergen	89	1 558	74 334	3,75
Bergen	90	281	50 532	2,62

[310] Liggetid målt i dager, ekskludert utskrivningsklare liggedøgn.

Bergen	209H	672	100 217	2,20
Bergen	209U	177	121 746	2,91
Bergen	209V	720	97 357	1,97
Bergen	320	949	70 724	3,36
Bergen	321	212	45 898	2,27
Fonna	89	835	80 507	5,09
Fonna	90	317	55 766	3,40
Fonna	209H	94	163 924	4,60
Fonna	209U	62	171 335	4,57
Fonna	209V	61	148 476	3,59
Fonna	320	433	79 227	5,34
Fonna	321	197	42 316	2,82
Førde	89	526	89 897	4,54
Førde	90	173	56 378	2,84
Førde	209H	291	140 917	4,19
Førde	209U	25	147 212	5,02
Førde	209V	187	118 347	3,03
Førde	320	354	95 635	4,75
Førde	321	132	55 912	2,62
Stavanger	89	1 828	75 289	4,16
Stavanger	90	646	45 953	2,59
Stavanger	209H	175	101 904	2,36
Stavanger	209U	78	126 557	2,87
Stavanger	209V	151	92 316	1,79
Stavanger	320	764	75 682	4,26
Stavanger	321	348	44 609	2,63
Lovisenberg	89	534	65 931	4,58
Lovisenberg	90	107	41 687	2,47
Lovisenberg	209H	582	100 826	2,67
Lovisenberg	209U	79	112 346	2,76
Lovisenberg	209V	511	95 869	2,35
Lovisenberg	320	288	68 324	4,68
Lovisenberg	321	77	46 446	2,66
Nordland	89	486	93 506	4,99
Nordland	90	156	73 011	3,35
Nordland	209H	264	110 220	2,50
Nordland	209U	43	138 495	3,51
Nordland	209V	205	120 652	2,68
Nordland	320	329	108 839	5,43
Nordland	321	141	63 297	3,00
OUS	89	777	136 204	5,34
OUS	90	238	103 757	3,56
OUS	209H	134	231 929	6,27
OUS	209U	84	230 406	6,83
OUS	209V	104	161 069	4,29
OUS	320	464	151 058	5,99
OUS	321	162	88 504	3,16

St. Olav	89	1 250	104 570	5,28
St. Olav	90	284	54 038	3,00
St. Olav	209H	495	95 167	2,03
St. Olav	209U	101	138 174	3,51
St. Olav	209V	541	93 248	1,69
St. Olav	320	1 051	104 740	4,93
St. Olav	321	273	50 677	2,93
Vestfold	89	1 201	59 569	3,43
Vestfold	90	273	41 654	2,21
Vestfold	209H	338	74 877	2,06
Vestfold	209U	21	133 148	4,34
Vestfold	209V	249	93 147	2,91
Vestfold	320	691	54 808	3,08
Vestfold	321	182	35 809	1,76
Innlandet	89	2 024	57 467	4,17
Innlandet	90	354	35 548	2,72
Innlandet	209H	622	88 834	2,95
Innlandet	209U	201	98 337	3,01
Innlandet	209V	558	92 955	2,63
Innlandet	320	1 053	61 388	3,99
Innlandet	321	207	37 252	2,61
Telemark	89	720	74 185	4,56
Telemark	90	295	47 824	3,32
Telemark	209H	141	101 204	2,60
Telemark	209U	69	112 113	2,94
Telemark	209V	153	94 431	2,07
Telemark	320	449	83 124	4,63
Telemark	321	221	45 345	2,84
Østfold	89	1 769	65 742	4,11
Østfold	90	323	45 240	2,89
Østfold	209H	363	87 702	2,17
Østfold	209U	166	84 084	2,23
Østfold	209V	359	73 062	1,66
Østfold	320	860	71 438	4,28
Østfold	321	178	44 535	2,70
Sørlandet	89	1 503	70 473	3,96
Sørlandet	90	432	49 113	2,58
Sørlandet	209H	403	92 900	1,96
Sørlandet	209U	134	93 026	2,30
Sørlandet	209V	418	80 800	1,79
Sørlandet	320	759	76 936	4,13
Sørlandet	321	249	51 614	2,87
UNN	89	643	103 132	4,66
UNN	90	216	52 323	2,94
UNN	209H	251	113 927	3,47
UNN	209U	25	208 839	6,50
UNN	209V	298	112 183	3,36

UNN	320	504	109 031	5,04
UNN	321	189	53 386	2,97
Vestre Viken	89	1 903	52 729	4,42
Vestre Viken	90	557	35 632	3,01
Vestre Viken	209H	783	121 273	1,86
Vestre Viken	209U	450	110 519	2,00
Vestre Viken	209V	755	107 147	1,63
Vestre Viken	320	1 219	59 411	4,15
Vestre Viken	321	373	36 531	2,99

Kilde: Riksrevisjonen

Tabell 26 Regresjonstabell for snitt liggetid på KPP for DRG 89 og 90, 209V og 209U, 209H, og 320 og 321 for alle helseforetak i 2024

	KPP DRG 89 og 90	KPP DRG 209V og 209U	KPP DRG 209H	KPP DRG 320 og 321
Snitt liggetid	19 888**	30 757***	32 586***	17 448*
	(8 640)	(8 530)	(8 281)	(8 729)
DRG dummy	6 294	-9 246		-3 786
	(50 290)	(27 109)		(44 886)
Kostnadsindeks	50 371*	-157 509*	-98 771	52 104
	(27 797)	(79 812)	(89 018)	(33 710)
Interaksjon (snitt liggetid og DRG dummy)	-320	-306		1 250
	(15 385)	(9 785)		(13 307)
Konstantledd	-61 064	182 823**	115 749	-48 979
	(46 344)	(70 851)	(78 827)	(47 484)
Antall observasjoner	40	40	20	40
R^2	0,735	0,639	0,732	0,812
Justert R^2	0,705	0,598	0,701	0,791

Signifikanskoder: *p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01

Regresjon med OLS (med robuste standardfeil), hvor avhengig variabel er KPP og uavhengig variabel er gjennomsnittlig liggetid. En dummy-variabel for DRG og et interaksjonsledd for gjennomsnittlig liggetid og dummy-variabelen for DRG er lagt inn i de tilfeller datasettet består av to DRG-er. I tillegg er kostnadsindeksen for forventet kostnadsnivå i helseforetakene (hentet fra Magnussen-utvalgets analyse i NOU 2019: 24 (2019)) brukt som kontrollvariabel. Regresjonene er kjørt for hver DRG/DRG-par og alle helseforetakene i utvalget.
Kilde: Riksrevisjonen.

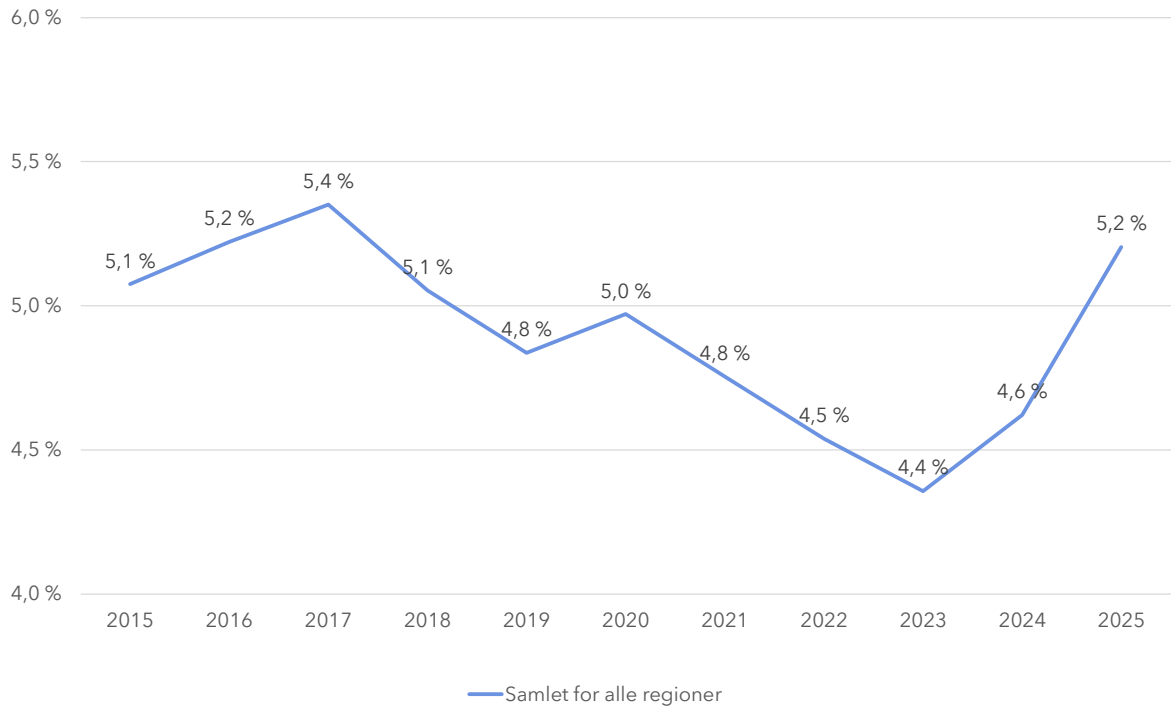
Vedlegg 5:

Økonomisk utvikling i helseregionene og helseforetakene – utdyping, figurer og tabeller

Kapitalkostnader i perioden 2015–2025

Figuren nedenfor viser kapitalkostnader som andel av driftskostnader i perioden 2015-2025, samlet for alle helseregioner. Pensjon er holdt utenfor, ettersom kostnadene til pensjon har svingt mye i perioden, og ettersom endringer i foretakenes pensjonskostnader normalt kompenseres gjennom justering av bevilgningene. Kapitalkostnader er definert som summen av netto finanskostnader, avskrivninger og nedskrivninger.

Figur 33 Kapitalkostnader som andel av driftskostnader uten pensjon i perioden 2015–2025[311], samlet for alle regioner



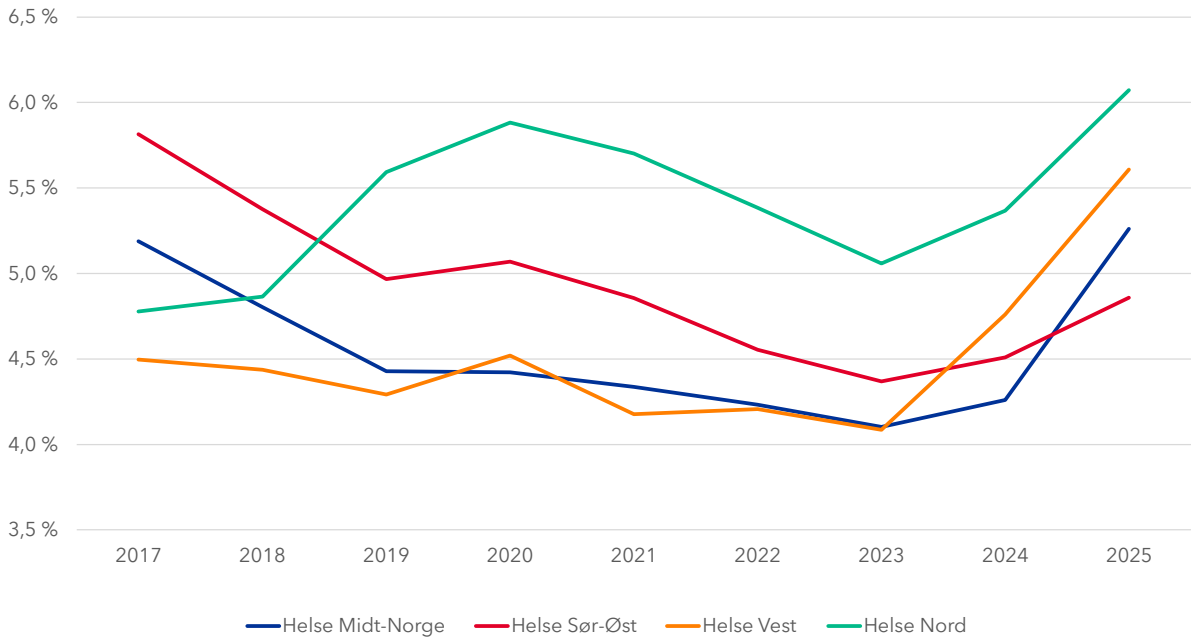
Kilde: De regionale helseforetakenes konsernregnskaper.

Merk at nedskrivningene var spesielt høye i 2017, særlig i Helse Sør-Øst, noe som bidrar til å øke andelen dette året.

Figuren nedenfor viser kapitalkostnader som andel av driftskostnader uten pensjon, per helseregion.

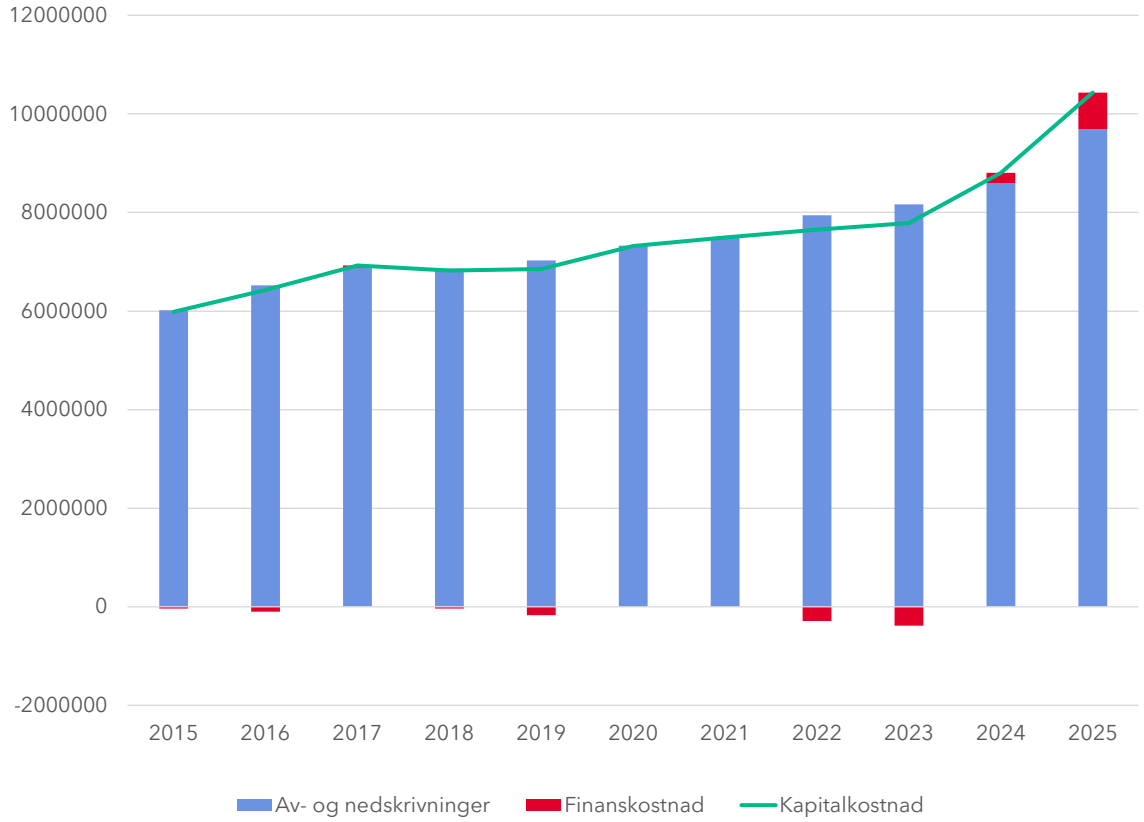
[311] Kostnadstallene for 2015 og 2016 er korrigert for momskompensasjonsordningen som ble innført i 2017, på samme måte som Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten har gjort i sin rapport 26. juni 2026. For 2016 antas det at mva. utgjorde 6 milliarder kroner, for 2015 antas det at mva. utgjorde samme andel av driftskostnadene som i 2016 (ca. 5,96 milliarder kroner). Dette er trukket fra driftskostnadene.

Figur 34 Kapitalkostnader som andel av driftskostnader uten pensjon, per helseregion



Kilde: De regionale helseforetakenes konsernregnskaper.

Figur 35 Kapitalkostnader brutt ned på henholdsvis av- og nedskrivninger og netto finanskostnader, i løpende priser



Kilde: De regionale helseforetakenes konsernregnskaper.

Endringer i inntekter og kostnader fra 2017 til 2025 per helseregion

Tabell 27 Endring i inntekter og kostnader fra 2017 til 2025 per helseregion

		2017	2025	Endring	Endring i prosent
Helse Midt-Norge	Driftsinntekter	20 972 386	33 806 909	12 834 523	61,2 %
	Driftskostnader	20 627 619	33 675 495	13 047 876	63,3 %
Helse Sør-Øst	Driftsinntekter	79 096 606	129 434 612	50 338 006	63,6 %
	Driftskostnader	77 992 137	126 043 442	48 051 305	61,6 %
Helse Vest	Driftsinntekter	27 672 966	45 505 742	17 832 776	64,4 %
	Driftskostnader	27 152 523	44 821 030	17 668 507	65,1 %
Helse Nord	Driftsinntekter	17 109 067	27 442 339	10 333 272	60,4 %
	Driftskostnader	16 747 913	27 269 155	10 521 242	62,8 %
Sum	Driftsinntekter	144 851 025	236 189 602	91 338 577	63,1 %
	Driftskostnader	142 520 192	231 809 122	89 288 930	62,7 %

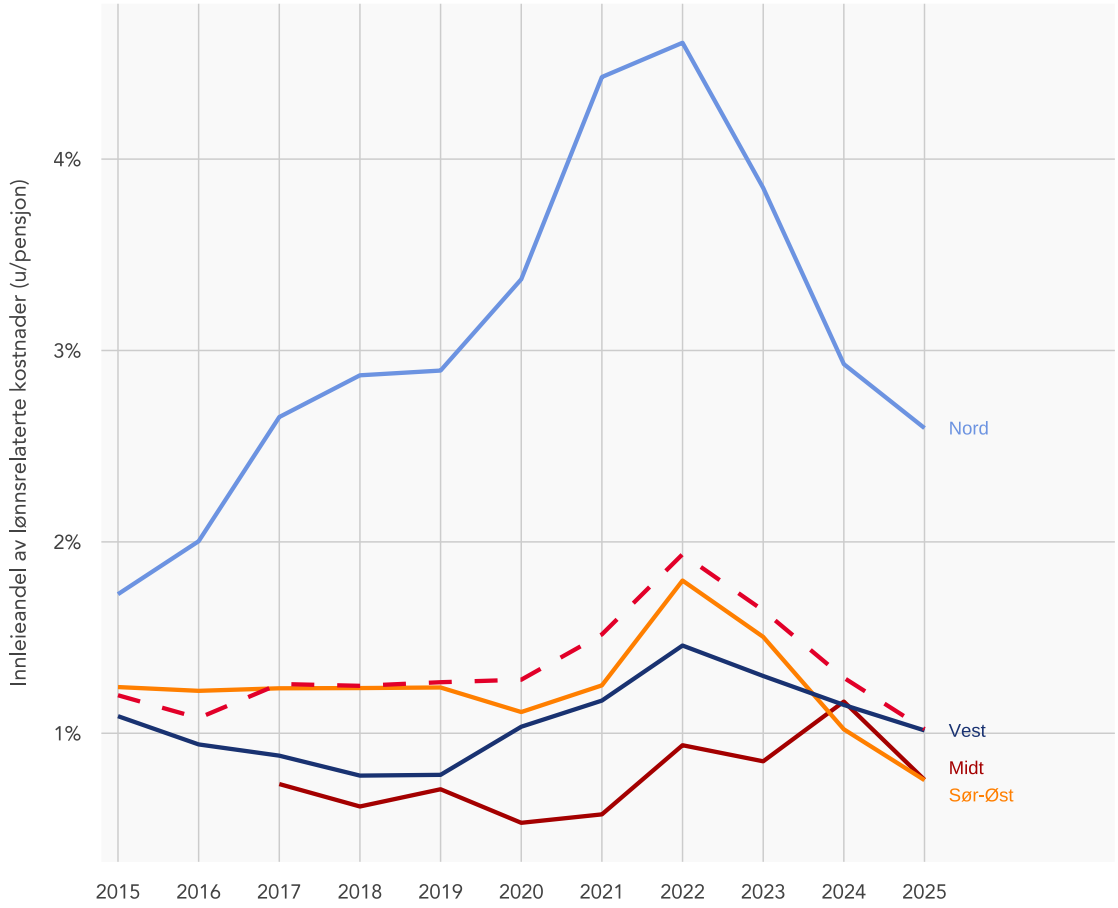
Kilde: De regionale helseforetakenes konsernregnskaper.

Tabellen viser at Helse Sør-Øst har den laveste veksten i driftskostnader, og at veksten i driftsinntekter er 2 prosentpoeng høyere enn kostnadsveksten. I de andre regionene er veksten i driftskostnader høyere enn veksten i inntekter, og forskjellen er størst i Helse Nord hvor kostnadsveksten er 2,4 prosentpoeng høyere.

Utdypning av regionale variasjoner i kostnader til kjøp av helsetjenester, herunder leiekostnader

Når det gjelder kostnader til **kjøp av helsetjenester**, har Helse Nord og Helse Midt-Norge hatt den største veksten i perioden. I Helse Midt-Norge utgjør kjøp av helsetjenester imidlertid fortsatt en lavere andel av totale kostnader (9,4 prosent), enn de andre regionene (11,7-12 prosent). I Helse Nord er innleiekostnader en viktig del av forklaringen på økningen. Helseregionene brukte om lag 1,2 milliarder kroner på innleie av helsepersonell fra vikarbyråer i 2025, en nedgang fra årene før. Figuren nedenfor viser utvikling i innleiekostnader i hver region, som andel av de samlede lønnsrelaterte kostnadene (sum lønns- og personalkostnader og innleie), uten pensjonskostnader.

Figur 36 Utvikling i innleiekostnader som andel av samlede lønnsrelaterte kostnader (sum lønn og innleie), uten pensjon



Kilde: De regionale helseforetakenes konsernregnskaper.

Helse Nord har i perioden stått i en særstilling med særlig høy bruk av innleie. I 2022 nådde kostnadene en topp i tre av regionene, hvor innleiekostnadene i Helse Nord utgjorde hele 4,6 prosent av de samlede lønnsrelaterte kostnadene (sum lønn og innleie). I Helse Midt-Norge har det vært en økning i innleie av helsepersonell etter pandemien, som knytter seg til innføring av nytt pasientjournalsystem Helseplattformen.[312]

Tabellen nedenfor sammenligner innleiekostnader per helseforetak i 2022, som representerer en topp for de fleste helseforetakene, med innleiekostnader i 2025 i reelle kostnader og som andel av totale lønnskostnader.

[312] Helse Midt-Norge, Årsregnskap og noter 2024, note 4 Kjøp av helsetjenester.

Tabell 28 Innleiekostnader per helseforetak

		Innleie-kostnader 2022	Innleie-kost-nader 2025	Endring fra 2022 til 2025	Prosent endring fra 2022 til 2025	Innleie-kostnader som andel av lønn og andre personal-kostnader 2022	Innleie-kostnader som andel av lønn og andre personal-kostnader 2025
Midt-Norge	Møre og Romsdal	46 944	82 760	35 816	76 %	0,9 %	1,3 %
	Nord-Trøndelag	19 316	32 203	12 887	67 %	0,8 %	0,9 %
	St. Olav	69 604	15 978	- 53 626	-77 %	0,8 %	0,1 %
Vest	Bergen	50 102	29 839	- 20 263	-40 %	0,5 %	0,2 %
	Fonna	116 929	79 573	- 37 356	-32 %	4,2 %	2,1 %
	Førde	41 891	29 466	- 12 425	-30 %	1,9 %	1,0 %
	Stavanger	67 174	92 650	25 476	38 %	1,2 %	1,2 %
Sør-Øst	Ahus	190 952	39 088	- 151 864	-80 %	2,4 %	0,4 %
	OUS	266 063	118 238	- 147 825	-56 %	1,4 %	0,5 %
	Sunnaas	-	-	-	0 %	0,0 %	0,0 %
	Vestfold	86 280	6 048	- 80 232	-93 %	2,3 %	0,1 %
	Innlandet	116 678	97 762	- 18 916	-16 %	1,9 %	1,2 %
	Telemark	54 535	24 929	- 29 606	-54 %	2,0 %	0,6 %
	Østfold	59 900	55 597	- 4 303	-7 %	1,2 %	0,8 %
	Sørlandet	87 309	109 447	22 138	25 %	1,7 %	1,5 %
	Vestre Viken	86 544	28 121	- 58 423	-68 %	1,2 %	0,3 %
Nord	Finnmark	115 329	28 486	- 86 843	-75 %	7,6 %	1,4 %
	Helgeland	70 015	44 333	- 25 682	-37 %	4,9 %	2,3 %
	UNN	186 491	154 124	- 32 367	-17 %	3,2 %	2,0 %
	Nordland	157 941	127 315	- 30 626	-19 %	4,9 %	3,0 %
	Totalt	**1 889 997**	**1 195 957**	**- 694 040**	**-37 %**	**1,8 %**	**0,9 %**

Kilde: Helseforetakenes årsregnskaper.

Tabellen viser at 15 av 20 helseforetak har redusert innleiekostnadene siden 2022. 18 av 20 helseforetak har redusert innleiekostnadene som andel av lønnskostnader fra 2022 til 2025.

Innleie i foretakene i Helse Midt-Norge samlet er omtrent på samme nivå som i 2022, men mens St. Olav har kraftig redusert innleie fra 69 millioner kroner til 16 millioner kroner, har innleiekostnadene nesten doblet seg i de to andre helseforetakene i samme periode.

I Helse Nord har Finnmarkssykehuset gjennomført store omstillinger og har redusert innleie med 75 prosent fra 2022–2025, mens de andre har redusert mellom 17 prosent og 37 prosent.

I de andre helseregionene har helseforetakene samlet sett redusert innleiekostnadene med henholdsvis 16 prosent (HV), 33 prosent (HN) og 49 prosent (HSØ), men det er store variasjoner mellom helseforetakene i hver region. Mens kostnadene til innleie har gått opp ved Sørlandet sykehus, har Sykehuset i Vestfold redusert kostnadene med 93 prosent og brukte bare seks millioner kroner på innleie i 2025. De andre helseforetakene i Helse Sør-Øst har redusert innleiekostnadene med mellom 7 og 67 prosent.

I Helse Vest har kostnadene til innleie økt kraftig i Helse Stavanger mellom 2022 og 2025, mens kostnadene i de andre helseforetakene er redusert med mellom 30 og 40 prosent.

Anslag på rentekostnader til driftskreditt i perioden 2020-2025

De regionale helseforetakene har en driftskredittramme, som tilsvarer differansen mellom bevilgninger og foretakenes pensjonsutbetalinger. Rammen stilles til disposisjon gjennom statens konsernkontoordning i Norges Bank. Rammen justeres løpende i foretaksmøter. Tabellen nedenfor viser utvikling i driftskredittrammen i perioden 2020-2025.

Tabell 29 De regionale helseforetakenes driftskredittrammer i perioden 2020-2025, tall i millioner kroner

Vedtatte driftskredittrammer	2025	2024	2023	2022	2021	2020
Foretaksmøter januar	31 711	29 548	20 464	13 487	6 410	6 551
Foretaksmøter juni	25 321	28 743	22 143	13 205	8 128	8 510
Foretaksmøter desember	15 386	25 243	23 430	14 005	10 628	4 610

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet.

Rentenivået på driftskreditten har økt i samme periode. Renten på driftskreditt i perioden 2020-2025 framgår av tabellen nedenfor.

Tabell 30 Rentenivå på driftskreditt i perioden 2020-2025

Rentenivå	2025	2024	2023	2022	2021	2020
1. halvår	4,77 %	4,72 %	3,46 %	0,96 %	0,48 %	1,65 %
2. halvår	4,63 %	4,82 %	4,01 %	1,59 %	0,54 %	0,45 %

Kilde: Helse og omsorgsdepartementet.

På bakgrunn av utviklingen i kredittrammene og rentenivået har vi gjort et grovt anslag på den finansielle belastningen knyttet til driftskreditten. I beregningene tar vi utgangspunkt i størrelsen på driftskredittrammen. Foretakene bruker ikke nødvendigvis hele rammen til enhver tid, men kan også benytte oppsparte midler til å dekke pensjonspremier. Bruk av oppsparte midler innebærer imidlertid bortfall av renteinntekter, som på samme måte som rentekostnader bidrar til å svekke finansresultatet (finansinntekter minus finanskostnader). Anslagene kan derfor ses som et uttrykk for den samlede rentebelastningen som følger av at midler bindes opp til finansiering av pensjonspremier.

I beregningene er det lagt til grunn driftskredittrammen vedtatt i januar for første halvår og rammen vedtatt i juni for andre halvår. Rentebelastningen er deretter anslått ved å multiplisere kredittrammen for hvert halvår med renten i det aktuelle halvåret og dele på to. Beregningen er forenklet. Driftskredittrammen justeres også i foretaksmøter mot slutten av året, og tidspunktet for vedtak og faktisk bruk av kredittrammen samsvarer ikke nødvendigvis fullt ut med halvårsperiodene som er benyttet i beregningen. Anslaget må derfor betraktes som en illustrasjon av størrelsesordenen på rentebelastningen, og ikke som et uttrykk for foretakenes faktiske rentekostnader.

Tabell 31 Anslag på rentebelastning av driftskreditt i perioden 2020-2025, i millioner kroner

Anslag	2025	2024	2023	2022	2021	2020
1. halvår	756,3	697,3	354,0	64,7	15.4	54,0
2. halvår	586,2	692,7	444,0	105,0	21,9	19,1
Totalt	1342,5	1 390,0	798,0	169,7	37,3	73,1

Kilde: Riksrevisjonen, basert på tall fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Anslaget viser at den rentebelastningen fra driftskreditten har økt betydelig i perioden. Mens den beregnede belastningen var om lag 73 millioner kroner i 2020 og 37 millioner kroner i 2021, økte den til nær 170 millioner kroner i 2022 og videre til rundt 800 millioner kroner i 2023. I 2024 og 2025 ligger den beregnede rentebelastningen på om lag 1,3-1,4 milliarder kroner årlig.

Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten anslår til sammenligning at renter på driftskreditt i 2025 var på omtrent 1,3 milliarder kroner.[313]

Finansresultat per helseforetak 2025

Tabellen under viser finansresultatet i 2025 per helseforetak. Et negativt resultat betyr at helseforetaket hadde netto finanskostnader, mens et positivt resultat betyr at det hadde netto finansinntekter.

Tabell 32 Finansresultat i 2025 per helseforetak

Helseregion/helseforetak	Finansresultat 2025	Finansresultat i prosent av driftsinntekter 2025
Nord	**-412 274**	**-1,6 %**
Finnmark	-157 546	-4,5 %
Helgeland	6 364	0,2 %
UNN	-113 007	-1,0 %
Nordland	-148 085	-2,2 %
Midt-Norge	**-198 582**	**-0,6 %**
Møre og Romsdal	-217 218	-2,2 %
Nord-Trøndelag	32 377	0,7 %
St. Olav	-13 741	-0,1 %
Vest	**-386 673**	**-1,0 %**
Bergen	-184 848	-1,0 %
Fonna	-38 309	-0,7 %
Førde	-52 892	-1,2 %
Stavanger	-110 624	-1,0 %
Sør-Øst	**-848 843**	**-0,7 %**
Ahus	-90 016	-0,5 %
OUS	-369 366	-1,0 %

[313] Helse- og omsorgsdepartementet. (2026, 26. juni) Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten sin rapport av 26. juni 2026, side 56.

Sunnaas	2 374	0,3 %
Vestfold	-61 820	-0,7 %
Innlandet	97 217	0,8 %
Telemark	25 984	0,4 %
Østfold	-179 345	-1,7 %
Sørlandet	58 488	0,5 %
Vestre Viken	-332 359	-2,2 %
Totalt	**-1 846 372**	**-0,9 %**

Kilde: Helseforetakenes årsregnskaper.

Avvik mellom helseforetakenes budsjetterte og faktiske EBITDA-margin 2022–2025

Tabellen under viser differansen mellom helseforetakenes budsjetterte og faktiske EBITDA-margin i prosentpoeng.

Tabell 33 Forskjell mellom budsjettert og faktisk EBITDA-margin for helseforetakene i perioden 2022 til 2025 (prosentpoeng)

		2022	2023	2024	2025
Midt-Norge	Møre og Romsdal	1,5	0,1	-5,7	-1,6
	Nord-Trøndelag	-0,6	3,2	-2,2	0,7
	St. Olav	-1,3	-0,6	0,4	-0,2
Vest	Bergen	-1,0	-1,6	0,1	-0,7
	Fonna	-3,2	-4,5	-1,2	-2,0
	Førde	-0,8	-1,0	-1,1	-1,6
	Stavanger	-2,1	1,0	1,2	-2,9
Sør-Øst	Ahus	-0,2	-1,0	0,6	0,4
	OUS	-0,6	0,4	1,4	-0,3
	Sunnaas	0,8	0,0	-0,5	0,2
	Vestfold	0,0	-1,9	0,7	1,4
	Innlandet	-0,9	-1,5	0,7	-0,7
	Telemark	-1,6	-2,3	-0,5	-2,2
	Østfold	-1,7	-2,1	1,0	-0,3
	Sørlandet	-0,4	0,6	-0,7	0,2
	Vestre Viken	-1,6	-1,1	-0,3	-1,7
Nord	Finnmark	-6,2	-0,3	1,8	5,6
	Helgeland	-6,5	-7,7	-3,9	-2,3
	UNN	1,3	-1,9	-0,7	-1,1
	Nordland	-3,5	-4,9	-1,0	-1,6
Variasjon		(-6,5 - 1,5)	(-7,7 - 3,2)	(-5,7 - 1,8)	(-2,9 - 5,6)

Kilde: Helseforetakenes budsjetter og årsregnskaper.

Det er få helseforetak som når budsjettert driftsresultat før avskrivninger. Seks helseforetak klarte det ikke i noen av årene[314]. Enkelte foretak har hatt driftsmarginer tett opptil det som har vært budsjettert, noe som kan tyde på at disse har hatt mer realistisk budsjettering av driften sin. Eksempler på dette er mange av helseforetakene i Sør-Øst, samt St. Olav og Helse Bergen. Finnmarkssykehuset har gått fra et negativt avvik mot budsjett på over seks prosentpoeng til et positivt avvik på over fem prosentpoeng. Flere av de andre helseforetakene i Helse Nord har derimot store negative avvik mot budsjett, noe som tyder på urealistisk budsjettering, og manglende identifisering og implementering av tiltak for å forbedre driften.

Utvikling i gjeld per foretaksgruppe

Tabell 34 Utvikling i den samlede gjelden i foretaksgruppene i perioden 2017–2025

	Gjeld 2017	Gjeld 2025	Økning (1 000) 2017-2015	Økning (%) 2017-2025
Helse Midt-Norge	10 149 098	20 034 608	9 885 510	97%
Helse Sør-Øst	29 284 234	75 686 065	46 401 831	158 %
Helse Vest	8 808 021	29 996 028	21 188 007	241 %
Helse Nord	7 322 925	13 859 737	6 536 812	89 %
Totalt	**55 564 278**	**139 576 438**	**84 012 160**	**151 %**

Kilde: Konsernregnskap for foretaksgruppene.

Tabell 34 viser at alle helseregionene har hatt en markant økning av gjeld i perioden 2017–2025. Størst prosentvis vekst hadde Helse Vest, der gjelden økte med rundt 21 mrd. kroner. Helse Nord har hatt den relativt sett minste veksten (økning på 6,5 milliarder, om lag 89 prosent). Når det gjelder **de underliggende helseforetakenes** som driver pasientbehandling, var samlet gjeld på 130,8 milliarder kroner i 2025, altså en stor del av den samlede gjelden i foretaksgruppene som var på 139,6 milliarder.

[314] Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset, Helse Førde, Helse Fonna, Sykehuset Telemark og Vestre Viken.

Vedlegg 6:

Utvikling i tilstand på bygningsmasse og medisinsk teknisk utstyr

Tilstand på helseforetakenes bygningsmasse

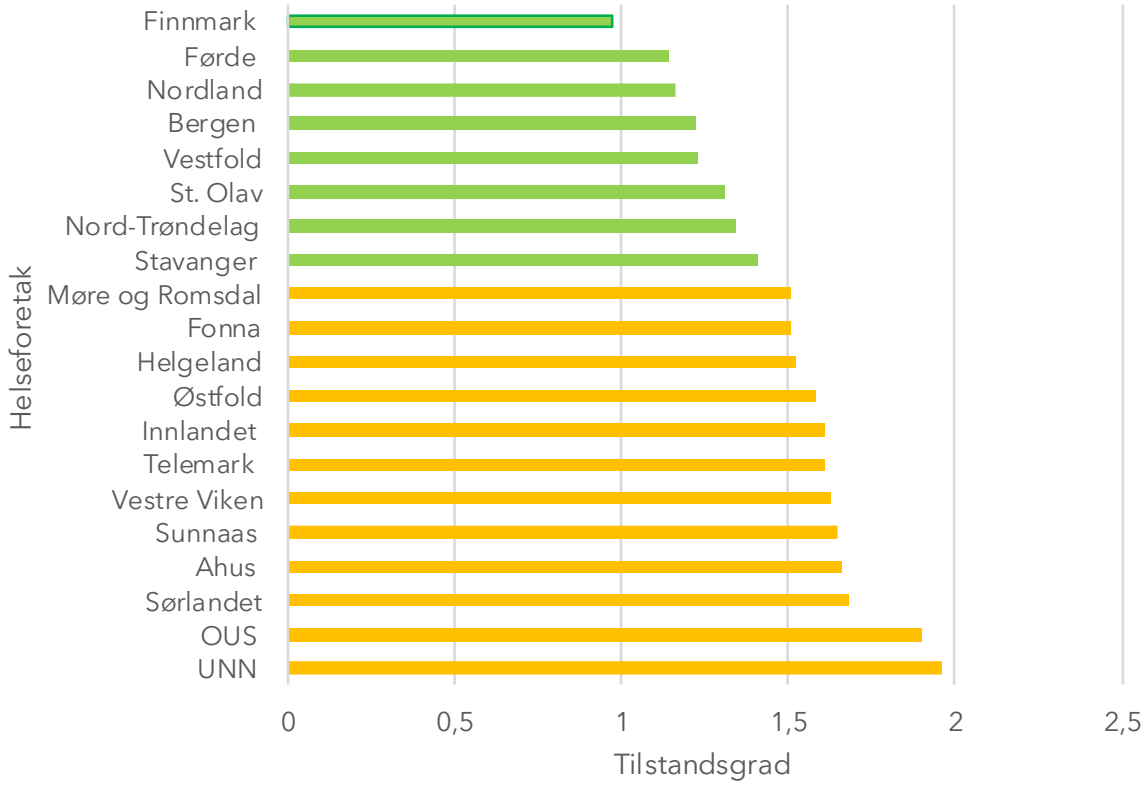
Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr publisert i 2021, kartla tilstandsgrad på foretakenes bygg og medisinsk tekniske utstyr. Undersøkelsen viste at tilstanden på bygningsmassen i et flertall av helseforetakene ikke var bedret over tid, og at gjennomsnittsalderen for medisinsk-teknisk utstyr økte. Vi har bedt helseforetakene om å sende oppdaterte tall og dokumentasjon om tilstandsgrad for den samlede bygningsmassen og gjennomsnittsalder for medisinsk-teknisk utstyr, for å få et oppdatert bilde av status.

Samlet tilstandsgrad er det målet som brukes for å beskrive den tekniske tilstanden til den samlede bygningsmassen til et helseforetak.[315] Den tekniske tilstanden til et bygg, en lokasjon og et helseforetak fastsettes etter følgende skala:

Tilstandsgrad	Intervall	Klassifisering
Tilstandsgrad 0 (TG 0)	0-0,74	Meget god teknisk tilstand
Tilstandsgrad 1 (TG 1)	0,75-1,49	God / tilfredsstillende tilstand
Tilstandsgrad 2 (TG2)	1,5-2,24	Utilfredsstillende tilstand
Tilstandsgrad 3 (TG 3)	2,25-3	Dårlig /meget dårlig tilstand

Figuren under viser den samlede tilstandsgraden per helseforetak i 2024.

Figur 37 Samlet tilstandsgrad på helseforetakenes bygg i 2024



Kilde: Helseforetakenes svar på Riksrevisjonens skriftlige spørsmål.

[315] Byggene vektes etter areal.

Figuren viser samlet tilstandsgrad på helseforetakenes bygg i 2024.[316] Det er betydelig variasjon i samlet tilstandsgrad.

Den samlede tilstandsgraden på helseforetaksnivå har gått ned. Åtte helseforetak hadde en tilfredsstillende teknisk tilstand på bygningsmassen i 2024, mot elleve i 2020.[317]

I de nasjonale helse- og sykehusplanene er det vist til at målet for en tilfredsstillende bygningsmessig tilstand bør være ca. 1,2. Det er per 2024 bare Finnmark, Førde og Nordlandssykehuset som har en samlet bygningsmessig tilstand bedre enn dette.[318]

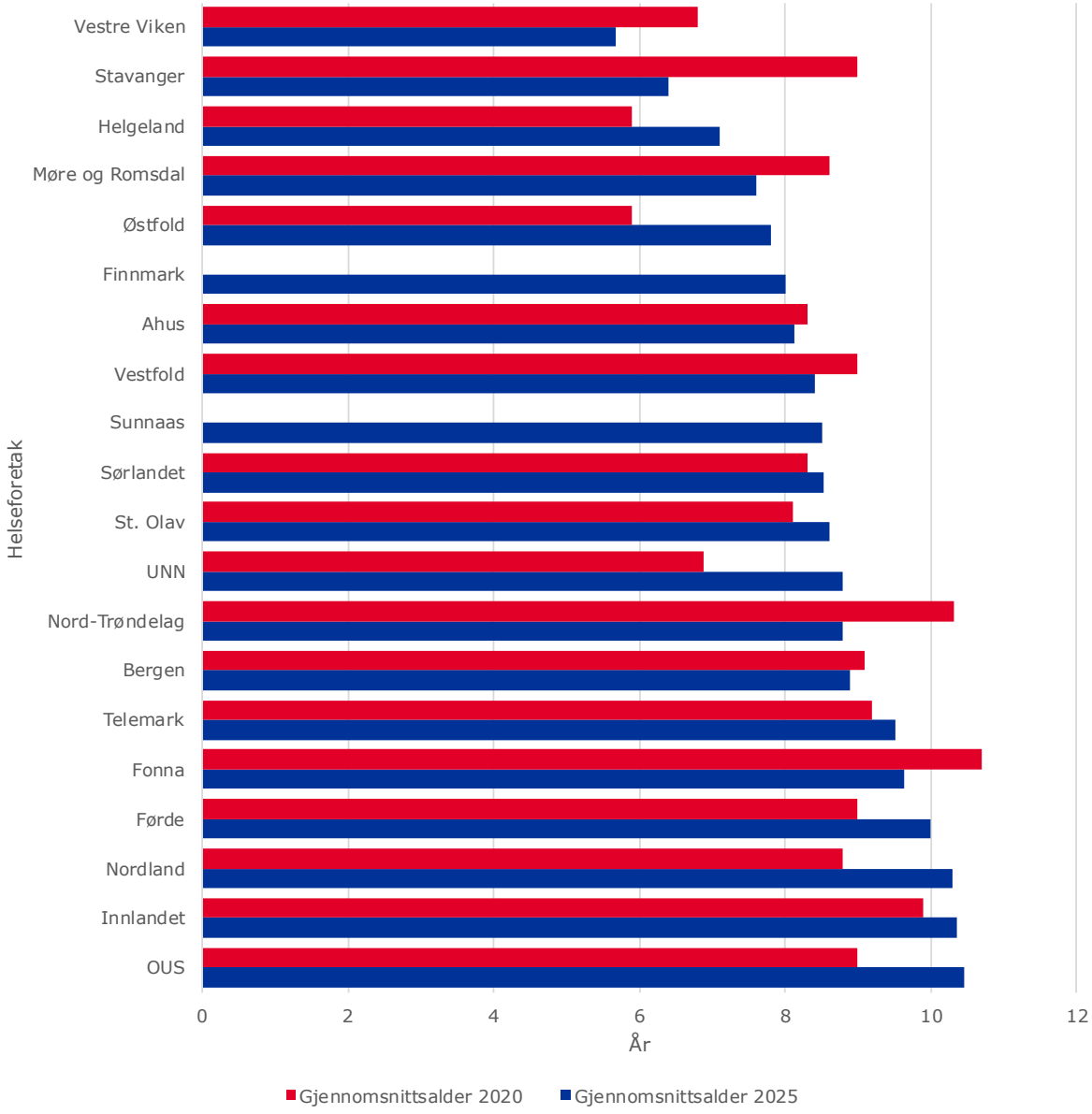
Syv av de elleve helseforetakene med utilfredsstillende tilstandsgrad ligger i Helse Sør-Øst. Dette er ventet å endre seg de neste årene da det er planlagt flere byggeprosjekter i regionen, som nye OUS, Sykehuset Innlandet og nytt stråle- og somatikkbygg på Kalnes ved Sykehuset Østfold. Kartleggingen ble også gjennomført før nye bygg i Helse Stavanger, Helse Møre og Romsdal og Vestre Viken ble tatt i bruk, tilstandsgrad samlet for disse helseforetakene var sannsynligvis derfor lavere i 2025 enn det som er oppgitt i figuren.

Alder på medisinsk-teknisk utstyr

Undersøkelsen av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr kartla også alder på MTU i helseforetakene. Helseforetakene må i stor grad finansiere nytt utstyr gjennom overskudd i driften og salg av eiendom. Dette forutsetter at foretakene over tid oppnår positive driftsresultater. Figuren under viser gjennomsnittsalder på MTU i helseforetakene per 2020 og 2025.[319]

[316] Helseforetakene gjennomfører en kartlegging av tilstandsgraden på byggene hvert fjerde år, sist gjennomførte kartlegging ble gjort i 2024. De fleste helseforetakene får bistand fra Multiconsult til kartleggingen.
[317] Helseforetakene som har gått fra å ha en samlet tilfredsstillende til utilfredsstillende tilstandsgrad fra 2020 til 2024 er Sykehuset Østfold, Sykehuset Innlandet og Sunnaas.
[318] Helse Bergen og Sykehuset i Vestfold ligger rett over dette med en tilstandsgrad på hhv. 1,22 og 1,23.
[319] Gjennomsnittsalderen er beregnet som et rent gjennomsnitt. Dette er samme beregningsmåte som ble brukt forrige gang Riksrevisjonen kartla gjennomsnittsalder for MTU i helseforetakene. For å kunne si noe om utviklingen siden den gangen, har vi valgt å legge samme beregningsmåte til grunn. Alternativet ville vært å beregne gjennomsnittsalder som verdivektet gjennomsnitt. Det er en svakhet ved analysen at gjennomsnittsalderen ikke verdivektes, da et rent snitt vil vekte likt mellom eksempelvis et gammelt skop og en ny MR-maskin.

Figur 38 Gjennomsnittsalder MTU per 2020 og 2025, per helseforetak



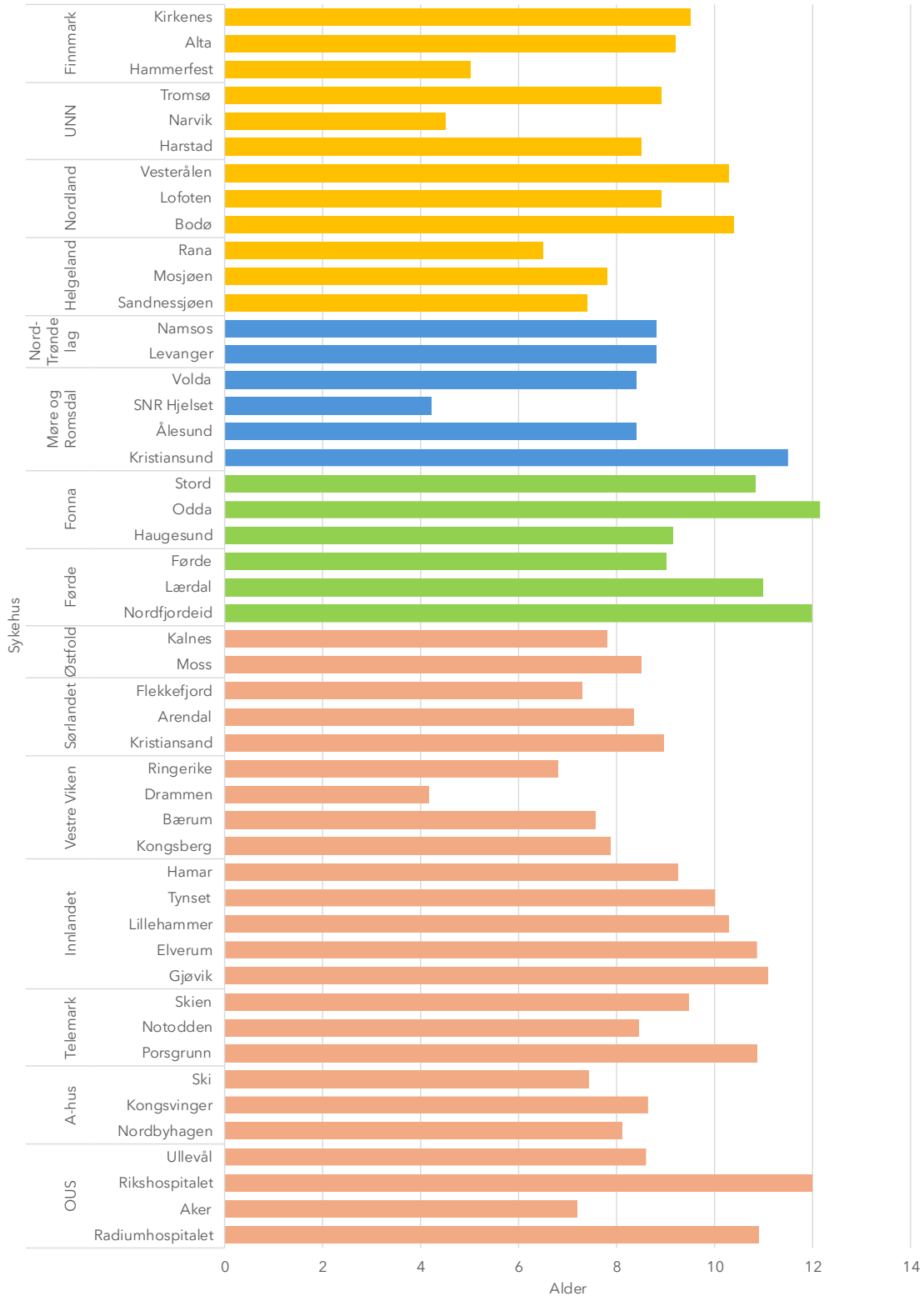
Kilde: Helseforetakenes svar på Riksrevisjonens skriftlige spørsmål (2025-tall) og Riksrevisjonens undersøkelse av investeringer i bygg og MTU (2020-tall).

Gjennomsnittet av de 20 helseforetakenes gjennomsnittsalder på MTU er tilnærmet det samme 2025 som det var i 2020 (hhv. 8,6 og 8,5 år). De eneste helseforetakene som har en gjennomsnittsalder på utstyret lavere enn syv år, er Helse Stavanger og Vestre Viken, som flyttet inn i nye bygg i 2025. Gjennomsnittsalderen har gått noe ned i åtte av foretakene, inkludert hos dem som har tatt i bruk nye bygg[320] hvor helseforetakene typisk bytter ut en del utstyr som en del av prosessen. I ti av helseforetakene[321] har gjennomsnittsalderen for MTU økt fra 2020 til 2025. Fire av helseforetakene har en gjennomsnittsalder på ti år eller mer. To av disse ligger i Helse Sør-Øst og skal bygge nytt de nærmeste årene.

[320] Helse Stavanger, Vestre Viken, Helse Møre og Romsdal, Helse Fonna.
[321] Vi har ikke tall for 2020 for to av helseforetakene (Finnmarkssykehuset og Sunnaas).

Vi har også undersøkt om det er variasjoner i gjennomsnittsalderen på MTU-parkene mellom lokasjonene («sykehus») i 15 helseforetak.[322] Dette framgår av figuren under. Fargene på søylene markerer hvilken helseregion sykehusene tilhører.

Figur 39 Gjennomsnittsalderen til sykehusenes MTU-park i 2025



Kilde: Helseforetakenes svar på Riksrevisjonens skriftlige spørsmål.

[322] Helse Stavanger, Helse Bergen, Sunnaas, UNN og St. Olav har enten bare en lokasjon, eller registrerer MTU på en lokasjon og er derfor ikke med i denne figuren.

Figuren viser at det er stor variasjon mellom sykehusene innad i helseforetakene når det kommer til alder på utstyret, særlig i helseforetak som har nye bygg. Gjennomsnittsalderen i helseforetakene trekkes ned av utstyret i nye bygg.

Vedlegg 7:

RHF-enes arbeid med å redusere unødvendig aktivitet

RHF-ene har i undersøkelsesperioden arbeidet med flere konkrete tiltak for å redusere unødvendig aktivitet. I 2023 fikk RHF-ene flere oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til reduksjon av unødvendig aktivitet, som de skulle løse i felleskap. I tillegg har RHF-ene tilgjengeliggjort styringsinformasjon om variasjon i forbruk av helsetjenester. Dette arbeidet utdypes i dette vedlegget.

Ordninger for revurdering og utfasing av behandlingsmetoder
Oppdraget fra 2023 om å implementere ordninger for revurdering og utfasing av behandlingsmetoder, bygger videre på et oppdrag fra 2019, som handlet om å finne en måte å gjøre systematiske vurderinger av behandlinger med antatt lav nytteverdi.[323] Opprinnelig var planen at ordningene skulle legges til systemet for Nye metoder. Etter å ha gjennomført piloter i system for Nye metoder, besluttet RHF-ene å heller opprette en egen Nasjonal operativ gruppe for revurdering (NOR), med ansvar for ordningene.

NOR ble opprettet i 2023 og ledes av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord, med deltakelse fra alle fire RHF, og med interregionalt fagdirektørmøte som styringsgruppe og prosesseier. Helse Nord RHF opplyser i intervju at det er etablert en struktur for å velge fagområder som skal revurderes, og at gruppen så langt ferdigstilt anbefalinger for tre fagområder.[324] To nye områder er under arbeid.

NOR utarbeider rapporter som inneholder anbefalinger til tiltak som formidles til helseforetakene.[325] Helse Sør-Øst RHF viser til at det også er startet et arbeid for å gjennomføre kliniske revisjoner, hvor revisjonsmetodikken utvikles og piloteres i Helse Sør-Øst.

Helse Vest RHF viser til at RHF-et i tillegg arbeider med å utarbeide et nytt regionalt rammeverk for prioritering, som skal kunne støtte ledere på klinikk- og avdelingsnivå i vurderingen av inngrep med lav helsegevinst, samt gi forslag til hvordan disse kan fases ut.

Variasjon i forbruk av laboratorie-, bilde- og radiologitjenester

For å svare ut departementets oppdrag fra 2023 om å kartlegge variasjon og iverksette tiltak for å redusere overforbruk av laboratorie-, bilde- og radiologitjenester, nedsatte RHF-ene to interregionale arbeidsgrupper: En for laboratorietjenester, og en for bilde- og radiologitjenester.[326] De to arbeidsgruppene avleverte to delrapporter hver i perioden 2024–2025: Én delrapport som kartla variasjon i forbruk, og én delrapport som foreslo tiltak for å redusere overforbruk. For laboratorietjenester ble det også utarbeidet en egen handlingsplan.[327]

---

[323] Da ba departementet RHF-ene om å få på plass en modell og varig struktur for systematisk arbeid med revurdering og utfasing av behandlingsmetoder i systemet for Nye metoder. Parallelt fikk RHF-ene i oppdrag å vurdere enkelte kirurgiske prosedyrer med antatt lav kost-nytte basert på en liste over 17 prosedyrer opprinnelig definert av det britiske helsevesenet (National Health Service, NHS) i 2018. Det ble valgt ut fire piloter for metodegjennomgang i Nye metoder.
[324] Skulderoperasjoner, gastroskopi/endoskopi for personer under 45 år, og invasiv kardiologi.
[325] For eksempel viser Helse Sør-Øst at til at anbefalingene har blitt formidlet til alle fagdirektørene i regionen og vært gjennomgått i våre regionale fagråd hvor alle helseforetakene i regionen er representert på klinikkledernivå.
[326] Som ledd i arbeidet, publiserte også SKDE tre helseatlas: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) (2023, 14. juni) *Helseatlas radiologi første del, MR,* Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) (2024, 7. mars) *Helseatlas radiologi andre del, MR* og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) (2024, 5. september) *Helseatlas medisinsk biokjemi*.
[327] De fire regionale helseforetakene. (u.å.). Handlingsplan for å redusere overforbruk og variasjon innan laboratoriefaga.

En del av både lab- og radiologitjenestene kjøpes fra private leverandører. RHF-ene har i varierende grad lagt føringer eller insentiver inn i avtalene med private leverandører:

- **Helse Midt-Norge** har innført en egen takst som bildediagnostikkleverandører kan bruke om de ved vurdering av henvisning ikke finner grunn til å ta bilde. RHF-et opplyser i intervju at tiltaket skal følges opp med forskning for å vurdere om det har ønsket effekt.
- **Helse Sør-Øst** har i de nyeste rammeavtalene for anskaffelser av bildediagnostikk og laboratorietjenester inkludert formuleringer som forplikter leverandører til å ikke levere mer enn nødvendig.[328] De har foreløpig ikke målt effekten av endringen.
- **Helse Nord** viser til at RHF-et ved siste anskaffelse av radiologiavtaler (2025) ga føringer for leverandørenes forhold til «Kloke valg» innen radiologi[329], med anbefalinger som bl.a. Norsk radiologisk forening stiller seg bak. Målet er å unngå høyere stråledoser enn det som er nødvendig for videre behandling.
- **Helse Vest** har ikke tilsvarende formuleringer eller insentiver i sine rammeavtaler[330], men understreker at det er en klar forventning fra RHF-et om at alle private leverandører gjør gode vurderinger av den medisinske nytten av alle undersøkelser som det blir henvist til, og at de avviser undersøkelser med lav nytte.

Vurdere metodebruk innen rehabiliteringsområdet

For å vurdere metodebruk innenfor rehabiliteringsområdet, satte RHF-ene ned en interregional arbeidsgruppe. I Årlig melding 2023 rapporterte RHF-ene at arbeidsgruppen konkluderte med at det er vanskelig å fastsette riktig aktivitetsnivå for rehabilitering, men at data tyder på uønsket variasjon – med overforbruk av senfaserehabilitering og underforbruk av tidlig, poliklinisk, ambulant og digital rehabilitering. RHF-ene pekte på at det var behov for bedre kodeverk og forbedret kodekvalitet.

Helse Sør-Øst RHF viser i intervju til at dette er kunnskap som det vil ta lang tid for forskning å finne ut av, og at det er søkt om midler til etablering av et nasjonalt rehabiliteringsregister for å få bedre oversikt. Inntil forskning kommer på plass, må RHF-ene forholde seg til eksisterende kunnskapsgrunnlag.

Både Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge utarbeidet på bakgrunn av beste tilgjengelige kunnskapsgrunnlag en behovsvurdering, som i sin tur lå til grunn for deres anskaffelser av rehabiliteringstjenester som ble lyst ut i 2024.

Tilgjengeliggjøring av informasjon om variasjon i forbruk av helsetjenester

De regionale helseforetakene har over flere år hatt oppmerksomhet om uønsket variasjon i forbruk av helsetjenester. I de tilfellene der uønsket variasjon skyldes overforbruk, tyder dette på at ressursene i spesialisthelsetjenesten ikke brukes optimalt. Siden det første

[328] Følgende punkt er tatt inn: Leverandøren forplikter seg til, i samarbeid med rekvirent, å arbeide for korrekt rekvirering av undersøkelser slik at unødvendige undersøkelser unngås, jf. «Gjør kloke valg (choosing wisely)- kampanjen».
[329] Legeforeningen (2026). *Gjør kloke valg – Radiologi*.
[330] Helse Vest sine rammeavtaler løper fram til 2028.

helseatlaset ble publisert i 2015, er det (per september 2026) publisert til sammen 23 helseatlasrapporter innen en rekke fagområder. I tillegg er det publisert 21 analyser som er oppdatert med tall for 2025, og som det er planlagt at skal oppdateres årlig.

Helse Sør-Øst RHF utdyper at utfordringen med uønsket variasjon i hovedsak er knyttet til underforbruk av enkelte tjenester, samt feil- og overforbruk andre.

For å møte disse utfordringene har Helse Sør-Øst RHF utviklet et klinisk dashbord, som nå er breddet ut til alle de fire regionene.[331] Dashbordet gir oppdatert styringsinformasjon om utvalgte helsetjenester, inkludert forbruksrater og pasientstrømmer for de tre innsatsområdene som hittil er identifisert av NOR, jf. omtale ovenfor.

Helse Sør-Øst viser til at RHF-et bruker data fra klinisk dashbord til å følge med på utvikling i produksjonen av de utvalgte helsetjenestene både i helseforetak, avtalespesialister og private leverandører av spesialisthelsetjenester. Overfor egne helseforetak, viser Helse Sør-Øst til at det forventes at eventuelle avvik på indikatorene i dashbordet, og nødvendige korrigerende tiltak, behandles i styrene for de enkelte helseforetakene og rapporteres tilbake til RHF-et.

Også de andre regionale helseforetakene bekrefter i intervju at de har tatt i bruk – eller har planer om å ta klinisk dashbord i bruk for oppfølging av helsetjenesteproduksjonen i regionen.[332]

[331] Dashbordet er fra 2025 forvaltet av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord, som også forvalter helseatlasene.

[332] Helse Nord RHF hadde på intervjutidspunktet ikke rukket å ta dashbordet i bruk. Helse Midt-Norge viser også til at det i tillegg finnes egne dashbord utviklet av den regionale analyseavdelingen, som er mer detaljerte, og som RHF-et opplever å ha mer nytte av. Disse brukes å følge opp både egne helseforetak og private leverandører.