

A stethoscope is positioned diagonally across the frame, resting on a document. The document features a bar chart with blue bars and a table of numerical data. The background is a light gray with a subtle grid pattern. A white diagonal line runs from the top left towards the bottom right, partially obscuring the stethoscope and the document.

Helse- og omsorgsdepartementet

Kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten

oslo**economics**

Tittel: Kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten
Utarbeidet av: Oslo Economics
Oppdragsgiver: Helse- og omsorgsdepartementet

Publisert: Mai 2026
Rapportnummer: 2026-46

Kontaktperson: Erik Magnus Sæther / Partner
E-post: ems@osloeconomics.no
Tel: +47 94 05 81 92

Foto/illustrasjon forside: iStockphoto

Innhold

Sammendrag	4
1. Om oppdraget	9
2. Utviklingen i kostnader og aktivitet	10
2.1 Kostnadsutvikling i somatisk sektor (2015–2024)	10
2.2 Kostnadsutvikling i psykisk helsevern og TSB (2015–2024)	16
2.3 Utvikling i investeringer og finanskostnader	22
2.4 Utvikling i bemanning og lønn	27
2.5 Utvikling i aktivitet og produktivitet	30
3. Årsaker og drivere av kostnadsutvikling	36
3.1 Økning i bemanning og lønnskostnader	37
3.2 Politiske føringer og beredskap	38
3.3 Investeringer i medisinsk-teknisk utstyr, bygg og IKT	40
3.4 Kapasitet i kommunehelsetjenesten	40
3.5 Andre drivere	41
4. Sykehuseksemppler	42
4.1 Casebeskrivelse: Sykehuset i Vestfold	42
4.2 Casebeskrivelse: Helse Førde	44
4.3 Casebeskrivelse: St. Olavs hospital	46
4.4 Casebeskrivelse: Finnmarkssykehuset	48
4.5 Casebeskrivelse: Nordiske sykehus	50
5. Tiltak og barrierer	52
5.1 Tiltak for kostnadsbesparelser	52
5.2 Barrierer for å redusere kostnader	54
6. Samlet vurdering og konklusjoner	55
Vedlegg A : Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst i helseforetakene, løpende priser	56
Vedlegg B : Gjeld og egenkapital i helseforetakene	63
Vedlegg C : Demografidrevet behov og vekst i årsverk per region	64
Vedlegg D : Avskrivninger per helseforetak (2015-2024)	65
7. Referanser	66

Sammendrag

Spesialisthelsetjenesten i Norge leverer tjenester av høy kvalitet, men med et høyt kostnadsnivå. Kostnadene økte ytterligere under pandemien og det har vært krevende å komme ned til tidligere nivå. I denne rapporten beskriver vi årsaker til kostnadsveksten og tiltak som gjennomføres i helseforetakene.

På tross av barrierer for omstilling finner vi at enkelte helseforetak har lyktes i stor grad med tiltak for å bremse kostnadsveksten i senere år. Andre har betydelige gjestående utfordringer. Sykehusene vektlegger viktigheten av et systematisk arbeid over tid for å sikre kontroll på kostnadsveksten, innenfor forutsigbare og realistiske rammebetingelser, med tydelige krav til tjenestetilbudet.

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har ønsket mer kunnskap om kostnadsutviklingen og mulige tiltak i spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for oppdraget er, som påpekt av departementet, at enkelte produktivetsmål viser at kostnadsnivået i spesialisthelsetjenesten fortsatt er høyere enn før pandemien. Departementet har derfor ønsket mer kunnskap om veksten i kostnadene og bemanning under pandemien og mulige barrierer for å hente inn igjen det økte kostnadsnivået.

Oppdraget er gjennomført fra januar til mai 2026. Rapporten er utarbeidet av Erik Magnus Sæther (Oslo Economics), Anders Modum Bilet (Oslo Economics), Ida Sofie Gunnerød Søfteland (Oslo Economics), Jesper Kristiansen Høva (Deloitte), Jan Erik Tveiten (Deloitte) og Terje P. Hagen (UiO).

Utviklingen i kostnader og aktivitet

Somatiske tjenester

Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst for somatiske tjenester var på 3,9 % i perioden 2015–2024 og 5,5 % i perioden 2020–2024 (nominelt). Korrigert for prisvekst var den årlige økningen på 1,6 % i perioden 2015–2024 og 1,3 % i perioden 2020–2024.

Totale driftskostnader i somatisk spesialisthelsetjeneste steg i snitt i årene 2015–2024 nominelt med henholdsvis 3,8 % i Sør-Øst, 4,1 % i Vest, 4,3 % i Midt og 4,0 % i Nord. I perioden 2020–2024 var den årlige veksten 5,2 % i Sør-Øst, 5,8 % i Vest, 6,4 % i Midt og 5,2 % i Nord.

Enkelte helseforetak har tilsynelatende langt sterkere kostnadsøkning enn andre, vist i Vedlegg A. Strukturelle endringer¹ og demografiske forskjeller gjør imidlertid at direkte sammenligning av kostnadsvekst på tvers av helseforetak ikke gir et nøyaktig bilde. For å kunne sammenligne kostnadsutvikling over tid vil en måtte kontrollere for endringer i opptaksområder, oppgave- og funksjonsdeling og ulik demografisk utvikling. I tillegg bør det justeres for at tjenesten og enkelthelseforetak har blitt tilført oppgaver spesialisthelsetjenesten før ikke hadde. Slike analyser av kostnadseffektivitet på helseforetaksnivå er utenfor rammene for denne utredningen.

I alle regioner har aktiviteten økt siden 2017. Aktiviteten øker årlig, men falt noe i 2020 og 2021, selv om både regionen Midt og Vest i 2021 var tilbake på et høyere nivå i produserte DRG-poeng enn i 2019. Fra 2019 til 2024 har det i de fire regionene vært en økning i aktivitet i somatisk sektor, målt i DRG-poeng, med hhv. 8 % i Sør-Øst, 12 % i Vest, 5 % i Midt og 6 % i Nord.

Psykisk helsevern og rus

Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst (nominelt) i psykisk helsevern og TSB var på 3,6 % i perioden 2015–2024 og 5,7 % i perioden 2020–2024. Korrigert for prisvekst var den samlede kostnadsveksten på 1,2 % i perioden 2015–2024 og 1,6 % i perioden 2020–2024. Totale driftskostnader i psykisk helsevern og TSB steg i snitt i årene 2015–2024 nominelt med henholdsvis 3,3 % i Sør-Øst, 3,4 % i Vest, 4,5 % i Midt og 4,1 % i Nord. I perioden 2020–2024 var den årlige veksten 5,2 % i Sør-Øst, 5,5 % i Vest, 8,0 % i Midt og 6,6 % i Nord.

¹ For eksempel overføring av Kongsvinger sykehus til Ahus i 2019.

Personellkostnader

Fordi helse- og omsorgstjenester er arbeidsintensive, vil endringer i lønnskostnadene ha relativt stor betydning for det samlede kostnadsnivået. Lønnskostnadene (ekskl. pensjon) utgjør i dag mer enn halvparten av de samlede kostnadene, og økningen utgjorde 60 prosent nominelt fra 2015 til 2024. Kostnadsandelen for lønn har som følge av dette økt fra 50 til 55 prosent.

Fra 2015 til 2024 har antall årsverk økt med om lag 11 000 (18 %) i somatiske tjenester og i underkant av 2000 (9 %) i psykisk helsevern og TSB. Økningen i prosent er størst for psykologer (42 %) og legespesialister (29 %). Fra 2015 til 2024 har den gjennomsnittlige lønnskostnaden per avtalte årsverk i somatisk spesialisthelsetjeneste økt med 33 prosent (Nord og Vest), 36 prosent (Sør-Øst) og 41 prosent (Midt) i nominelle verdier.

Bygg og IKT

Helseforetakene har i senere år foretatt betydelige investeringer, og i Helse Sør-Øst og Helse Vest har økningen vært særlig sterk. Fra 2019 til 2024 har avskrivningene i regionene økt med 15 % i Sør-Øst, 37 % i Vest, 72 % i Midt-Norge og 26 % i Nord. Det er likevel stor variasjon i de absolutte verdiene på avskrivningene. Rentekostnadene, og følgelig finanskostnadene, har også økt i sektoren i senere år. Dette forklares både av at investeringene (som delvis er gjeldsfinansiert) har økt, samt at rentenivåene har vært høyere enn før. I spørreundersøkelsen er kostnader til IKT den kostnadsdriveren som flest helseforetak oppgir at i svært stor eller stor grad har påvirket kostnadsveksten.

Produktivitet i somatiske tjenester

Antall kroner per DRG-poeng (nominelt) har økt betydelig i perioden, med et særlig hopp i 2020. Dette indikerer redusert produktivitet. Den årlige veksten i pasientkostnader per DRG-poeng mellom 2020-2024 var 2,3 % i Sør-Øst, 2,8 % i Vest, 5 % i Midt og 2,8 % i Nord. Veksten i driftskostnader per DRG-poeng, under og etter pandemien, altså mellom 2020-2024, har i de fleste helseregioner vært noe høyere enn veksten i pasientkostnader per DRG-poeng. Dette indikerer at det etter pandemien i større grad er vekst i pasientkostnader som driver kostnadene per DRG-poeng oppover, heller enn vekst i andre, ekskluderte kostnadskomponenter. Dette gjelder ikke for Helse Sør-Øst, hvor det er høyere gjennomsnittlig økning i driftskostnader per DRG-poeng, enn i pasientkostnader per DRG-poeng.

Produktivitet i psykisk helsevern og TSB

Ettersom det ikke finnes noe helhetlig aktivitetsmål for psykisk helsevern og TSB, har vi beregnet både kostnader per liggedøgn og kostnad per polikliniske pasient. I samtlige regioner har kostnaden per pasient økt i perioden, og den årlige veksten i kostnader per liggedøgn for døgnpasienter har økt med 2,6 % i Sør-Øst, 6,4 % i Vest, 5,7 % i Midt og 4,7 % i Nord. Den gjennomsnittlige veksten i kostnader til polikliniske pasienter har også økt, med en gjennomsnittlig årlig vekst mellom 2020-2024 på 3 % i Sør-Øst, 1,9 % i Vest, 6 % i Midt og 3,6 % i Nord.

Årsaker og drivere av kostnadsutvikling

Høy generell pris- og lønnsvekst og endrede demografiske behov

Overordnet rapporteres det om betydelig prisvekst både for personell og for andre varer og tjenester, særlig i 2022 og 2023. Det har vært reallønnsvekst til tross for urolige tider. I senere tid har også forskjell mellom pensjonspremier og pensjonskostnader bidratt til å øke finanskostnadene. Ulike innsatsfaktorer som byggevarer, medisinsk-teknisk utstyr, og legemidler er både påvirket av internasjonal etterspørsel og endret bytteforhold med en svekket norsk valuta i perioden. Videre har demografisk utvikling økt etterspørselen etter helsetjenester. Både generell befolkningsvekst og en økende andel eldre gir større aktivitet ved sykehusene og høyere ressursbruk.

Høy og endret bemanning som følge av styrket beredskap, nye arbeidsformer og økt spesialisering

Lønnskostnadene, som utgjør nærmere 60 prosent av totalen, har videre økt både som følge av flere årsverk og endret bemanningssammensetning som har gitt høyere gjennomsnittskostnad per årsverk. Dette er delvis et resultat av omlegging av driften til mer poliklinikk og dagbehandling, en økning i antall leger og psykologer, utvidelser av vaktordninger med styrket beredskap, flere vaktlag og økt bruk av seksjonerte vakter. Seksjonerte vaktlag henger sammen med den stadig økende spesialiseringen innen spesialisthelsetjenesten, som medfører flere parallelle vaktlag for hver enkelt spesialistgruppe. Videre pekes det på at vakttillegg utgjør en vesentlig del av lønnen, som motiverer til omfattende vaktvirksomhet, samt økte satser for kvelds- og helgepoliklinikker i forbindelse med Ventetidsløftet. Det har vært innført ekstraordinære satser for å sikre høy kapasitet, og det har vært vanskelig å gå tilbake til de tidligere lavere satsene for dette.

I intervjuer trekker helseforetakene frem at bemanningsnivået generelt har økt mer enn aktivitet og at dette er hovedgrunnen til at produktiviteten har gått ned. Det pekes på at et høyere bemanningsnivå ble normalisert

under pandemien og at det er utfordrende å ta dette ned igjen. Sykefraværet har steget, også for legegruppen som tradisjonelt har ligget lavt. Endrede holdninger til sykefravær og utformingen av sykelønnsordningen blir nevnt som drivere for utviklingen.

En annen endring i perioden er satsingen på redusert innleie og heller økning av egen bemanning. Dette har gitt en vesentlig nedgang i innleie og kostnader til kjøp av tjenester, men også en økning i egne lønnskostnader.

Investeringer i bygg, utstyr og IKT

Flere helseforetak har foretatt store investeringer i nye bygg og andre anleggsmidler de seneste årene. Helseforetakene som har besvart spørreundersøkelsen trekker særlig frem investeringer i IKT som en viktig årsak til kostnadsutviklingen.

Det er sterk variasjon på tvers av sykehusene i hvor mye som er investert i senere år og følgelig hvor stor andel av samlede kostnader som knytter seg til kapital. Det er videre en bekymring for at det settes av for lite til fornyelse av bygg og utstyr. I enkelte sykehus har de senere års overskudd blitt «spist opp» av IKT-investeringer, noe som har redusert mulighetene for fornyelse av bygningsmassen. Andre sykehus har nylig investert i bygg og opplever både økte drifts- og finansieringskostnader.

Politiske føringer og faglige retningslinjer

Flere politiske føringer og endrede faglige retningslinjer har ifølge informantene medført kostnadsøkninger. Helseforetakene peker på at slike endringer hindrer langsiktig planlegging og gir mindre forutsigbarhet. Særlig pekes det på nye smittevernsrutiner ifm. pandemien, økt beredskap og ventetidsløftet, men også nye faglige retningslinjer, som ofte kommer fra spesialistgrupper, påvirker bemanning og ressursbruk. Det påpekes videre at politiske forhold hindrer omstilling og mulighet for funksjonsfordeling. Dette gir dublering av kapasitet og manglende stordriftsfordeler.

Kommunehelsetjenesten

En velfungerende kommunehelsetjeneste trekkes frem som viktig for å kunne holde kostnadene ved sykehusene nede. Enkelte informanter peker på at det har vært en økning i antall overliggerdøgn, som gir behov for økt bemanning og drift av sengeposter som kunne vært brukt til klinisk aktivitet.

Andre drivere

Enkelte helseforetak peker på betydelig kostnadsvekst innen pre-hospitale tjenester, både knyttet til bemanning, bygg og infrastruktur. Senket terskel for dom til tvungent psykisk helsevern, og dermed flere pasienter, har også gitt et kostnadspress, ifølge informantene. Videre har legemiddelkostnadene i spesialisthelsetjenesten vokst, blant annet som følge av overføring av finansieringsansvaret for legemidler, tilgang til nye mer kostbare behandlinger og svekket valutakurs. Legemiddelkostnader ligger som en relativt stabil andel av totalen og er således ikke den viktigste forklaringen på samlet kostnadsvekst.

Tiltak for kostnadsbesparelser

En særlig viktig faktor som har bidratt til kostnadsreduksjoner i enkelte sykehus er bremsset vekst i bemanning gjennom tydelige prioriteringer fra ledelsen. Noen foretak beskriver også at de har lyktes i relativt stor grad med tiltak for å styrke samspillet med primærhelsetjenesten og i utnyttelse av nye bygg og teknologi.

Systematisk og vedvarende arbeid

Innspill i intervjuer og beskrivelser i styresaker tyder på at samtlige helseforetak og sykehus jobber kontinuerlig med kostnadsreduksjoner og har programmer for dette. Likevel er det varierende utvikling i kostnader og aktivitet på tvers. Det er også variasjon i hva foretakene vurderer som mulighetsrommet for kostnadsbesparelser og effektivisering. Innenfor somatikk oppgir 87 prosent av helseforetakene som har besvart spørreundersøkelsen at de kun tror at det i noen eller i liten grad er rom for å effektivisere drift i helseforetaket i årene fremover.

Redusert vekst i bemanningen

En rekke helseforetak peker på at det både er behov for og rom for å redusere kostnader knyttet til bemanning. Bemanningen økte under pandemien og foretakene peker videre på at det er krevende å sikre effektiv drift med et høyt antall vaktlinjer. De ser på ulike tiltak, herunder aktivitetsbasert bemanning og bedre digitale verktøy i bemanningsplanlegging. Det tas i økende grad i bruk KI for å frigjøre tid fra journalføring.

Kommunehelsetjenesten

Det er stor variasjon på tvers av helseforetakene i hvilken grad en opplever at samarbeidet med kommunehelsetjenesten er velfungerende. Noen helseforetak, herunder Ahus, har arbeidet bevisst med å styrke digital hjemmeoppfølging, som reduserer behovet i poliklinikken ved sykehuset. Sykehuset har også innført

Ahus hjemme, med formål om at flere pasienter skal være på hjemmesykehus. Flere sykehus forteller om et tett samarbeid med kommunehelsetjenesten og at de slik har unngått å binde opp sengekapasiteten med ferdigbehandlede pasienter.

Gevinstrealisering ved investeringer

Noen helseforetak peker på at nye bygg har muliggjort mer kostnadseffektiv drift og høyere produktivitet. Ved disse foretakene arbeides det bevisst med å sikre best mulig flyt ut og inn av sykehuset. En rekke sykehus peker på viktigheten av en sterk ledelse. Omstillingsarbeidet før man tar i bruk nye bygg er blant de viktigste virkemidlene for omstilling. Da har man en stor motivasjon for endring i fellesskap.

Flere peker likevel på at kostnadene ved nye bygg er såpass store at det ikke kan regnes med å realisere gevinster som kan oppveie disse. Det pekes på høye byggekostnader og økte finansieringskostnader, mens mye av behandlingstilbudet og beredskapskravene ikke påvirkes av nye bygg.

Det er også en oppfatning om at det omfattende digitaliseringsarbeidet i senere år så langt i større grad har medført høyere kvalitet enn lavere kostnad. Enkelte peker i intervju på at de forventer å se mulige besparelser i større grad i tiden fremover, og at IKT-tiltak som gir besparelser bør prioriteres, inkludert KI-tiltak som frigjør tid.

Redusert overbehandling

Fra spørreundersøkelsen fremkommer det at flere av helseforetakene arbeider aktivt med å redusere overbehandling, som et tiltak for å kutte kostnader. Arbeidet med reduksjon av overbehandling er forankret hos de ansatte, eksempelvis gjennom «Gjør kloke valg»-kampanjen fra Den norske legeforening.

Barrierer for å redusere kostnader

Sykehusstruktur og demografi pekes på som grunnleggende begrensninger for muligheten til å ta ned kostnadene. Mindre sykehus beskriver mulige smådriftsulemper, som delvis forsterkes av behov for større vaktlag over tid.

Helseforetak med befolkningsvekst og større sykehus har mer fleksibilitet til å vokse ut av problemene, fordi foretakene har mulighet til å øke aktiviteten, heller enn å redusere kostnadene. Mindre foretak, hvor det er færre pasienter og reduksjon i befolkningen i opptaksområdet, vil være avhengig av å redusere kostnadene for å opprettholde produktiviteten. Dette krever kutt i bemanning eller andre kostnader, som kan være svært utfordrende å gjennomføre.

Andre barrierer som trekkes frem i intervjuer og spørreundersøkelser er blant annet:

- Det etterlyses endringer i arbeidstidsregelverket som muliggjør aktivitet utover ettermiddag/kveld og som sikrer at bemanningen bedre samsvarer med aktivitetsbehovet.
- En betydelig barriere for å bremse bemanningsveksten er sykefraværet, som helseforetakene bare delvis har kontroll over.
- Spesialistkomiteer og krav fra disse, samt faglige vurderinger fra leger, legger visse barrierer for å redusere ressursbruk.
- Kapasiteten og samarbeidsevnen varierer betydelig mellom kommunene.
- Politiske føringer begrenser helseforetakenes handlingsrom og mulighet til å gjøre større strukturelle grep. Noen peker på at det er behov for en kulturendring der fokus på effektiv ressursbruk i større grad er med på å sette rammer.

Samlet vurdering og konklusjoner

Den største kostnadsdriveren er høyere bemanning per pasient enn før. Å få redusert bemanningsveksten vil ha stor betydning for å kunne holde kostnadsnivået lavere og å sørge for økonomisk bærekraft i tjenesten. Sektorens tilpasninger på bemanning, og hvordan denne styres og prioriteres, vil følgelig ha stor betydning også fremover. Samtidig vil det være stadig flere leger og psykologer som utdannes, noe som gir grunn til å vente press om videre bemanningsvekst.

Å hente gevinster og å forbedre produktiviteten som følge av utskifting til nye bygg og teknologi, vil også være sentralt. Ifølge informanter har mye av gevinstene ved disse investeringene så langt vært kvalitetsforbedringer. Det bør arbeides for at det også i større grad realiseres gevinster på kostnadssiden, og kjente tiltak bør innføres raskere. Generelt bør det i styringen av helseforetakene stilles klare forventninger om effektiv ressursbruk og at produktivitetsgevinster kan hentes ut ved strengere kostnadskontroll.

Sykehusene peker på at det beste for kostnadsstyringen vil være å ha stabile, stramme rammer, med handlingsrom innenfor disse. Forutsigbarhet vil kunne gi bedre mulighet til å planlegge og innrette seg kostnadseffektivt, samtidig som det pekes på viktigheten av å ha tiltak klare i «skuffen» slik at ekstraordinære midler kan brukes på en fornuftig måte. Enkelte peker på et ønske om tydeligere støtte fra overordnet hold slik at tilstrekkelige midler til bygg, IKT og utstyr ikke nedprioriteres like «lett» som i dag. Det er krevende å sikre riktig balanse mellom drifts- og kapitalkostnader i en akuttorganisasjon som et sykehus. Videre løftes et ønske om mindre grad av føringer på spesifikke tjenesteområder. Generelt finner vi at hyppige endringer i rammebetingelser er negativt for effektiviteten.

Et viktig funn i analysen av kostnader og aktivitet på tvers av helseforetak er at det er betydelig variasjon i utviklingen. Enkelte helseforetak har i senere år klart å bremse kostnadsveksten, som har gjort at disse har oppnådd betydelige besparelser relativt til andre. Vi finner derfor at helseforetakene bør ta initiativ til å lære av beste praksis og forsøker å utjevne forskjellene på tvers. Selv om tiltak noen steder ikke nødvendigvis alltid er overførbare, vil noen generelle funn kunne være det, f.eks. knyttet til ledelse. Særlig pekes det på at sterke lederlinjer øker sannsynligheten for å lykkes.

Sykehusstruktur og demografiske forskjeller skaper naturlige forskjeller i målt produktivitet. Tidligere utredninger har vist at det finnes skalafordeler ved sykehus. At produserte DRG-poeng per krone er relativt høyere ved større sykehus, er som forventet og ikke mulig å gjøre noe med innenfor dagens sykehusstruktur. Eksempler på mindre helseforetak som har fått ned kostnadene, har gjort dette delvis gjennom funksjonsdeling. I hvilken grad dette skal være mulig for helseforetakene å påvirke, er i stor grad politiske spørsmål.

1. Om oppdraget

Helse- og omsorgsdepartementet har ønsket en analyse av kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for oppdraget er at enkelte produktivitetsmål viser at kostnadsnivået i spesialisthelsetjenesten fortsatt er høyere enn før pandemien. Departementet har derfor ønsket mer kunnskap om veksten i kostnadene og bemanning under pandemien og mulige barrierer for å hente inn igjen det økte kostnadsnivået.

Rapporten inneholder analyser av kostnadsutvikling, aktivitetsutvikling og produktivitsutvikling for somatisk sektor på nasjonalt, regionalt og helseforetaksnivå. Videre presenteres kostnadsutviklingen i psykisk helsevern og TSB, samt for helseforetakene totalt sett.

Vi presenterer statistikken i løpende priser, altså nominelle kroner som ikke er inflasjonsjustert. Dette er i tråd med tilnærmingen som i hovedsak benyttes av Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi (TBU-S). Løpende priser er benyttet for alle kostnadselementer og helseforetak for å sørge for sammenlignbarhet på tvers. På nasjonalt nivå presenterer vi også prisjustert utvikling, hvor prisene justeres iht. SSBs indeks for spesialisthelsetjenesten.

For å kartlegge årsaker til kostnadsvekst, tiltak og barrierer har vi gjennomført en spørreundersøkelse sendt til økonomi- og fagdirektører i

helseforetakene. 15 av 24 helseforetak besvarte undersøkelsen. Videre har vi gjennomført intervjuer med representanter for følgende helseforetak og/eller sykehus:

- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Stavanger HF
- Helse Førde HF
- Oslo universitetssykehus HF
- Akershus universitetssykehus HF
- Vestre Viken HF
- Sykehuset i Vestfold HF
- Sykehuset Telemark HF
- St. Olavs Hospital HF
- Helse Nord-Trøndelag HF
- Finnmarkssykehuset HF
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- Diakonhjemmet
- Sjællands universitetshospital
- Karolinska universitetssjukhuset

I tillegg har vi foretatt egne casebeskrivelser av fire helseforetak som har innført tiltak som har bidratt til redusert kostnadsvekst:

- Sykehuset i Vestfold
- Helse Førde
- St. Olavs hospital
- Finnmarkssykehuset

Oppdraget er gjennomført i perioden januar til mai 2026. Rapporten er utarbeidet av Erik Magnus Sæther (Oslo Economics), Anders Modum Bilet (Oslo Economics), Ida Sofie Gunnerød Søfteland (Oslo Economics), Jesper Kristiansen Høva (Deloitte), Jan Erik Tveiten (Deloitte) og Terje P. Hagen (UiO).

2. Utviklingen i kostnader og aktivitet

Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst for somatiske tjenester var på 3,9 % i perioden 2015–2024 og 5,5 % i perioden 2020–2024 (nominelt). Korrigerert for prisvekst var den årlige økningen på 1,6 % i perioden 2015–2024 og 1,3 % i perioden 2020–2024. Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst (nominelt) i psykisk helsevern og TSB var på 3,6 % i perioden 2015–2024 og 5,7 % i perioden 2020–2024. Korrigerert for prisvekst var den samlede kostnadsveksten på 1,2 % i perioden 2015–2024 og 1,6 % i perioden 2020–2024.

2.1 Kostnadsutvikling i somatisk sektor (2015–2024)

2.1.1 Samlet utvikling

Den samlede kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten har i stor grad vært drevet av utviklingen i lønnskostnadene. Fordi helse- og omsorgstjenester er arbeidsintensive, vil endringer i lønnskostnadene ha relativt stor betydning for det samlede kostnadsnivået. Lønnskostnadene (ekskl. pensjon) utgjør i dag mer enn halvparten av de samlede kostnadene, og økningen utgjorde 60 prosent nominelt (43 prosent i faste 2024-kroner) fra 2015 til 2024. Kostnadsandelen for lønn har som følge av dette økt fra 50 til 55 prosent.

I relativ forstand er det også andre kostnadselementer som har endret seg kraftig. Legemiddelkostnader har for eksempel økt relativt sterkere enn lønnskostnaden, med en vekst på 74 prosent fra 2015 til 2024, blant annet som følge av at finansieringsansvaret gradvis er overført til sykehusene for stadig flere behandlingsområder, herunder kreftbehandling. Ettersom denne kostnadens andel av totalen er mindre, har samlet driftskostnad kun økt med 9 prosent som følge av dette.

Figur 2-1 viser driftskostnadene i tjenestene, samt DRG-poeng som et mål for aktivitet. For å kunne gjøre en helhetsvurdering av kostnadsutviklingen i tjenesten, må en også ta hensyn til utvikling i kapital- og finanskostnader. Størrelsen på investeringene vil riktignok i stor grad fanges opp

av avskrivninger, som alt annet likt vil øke med investeringsintensiteten. Likevel vil ikke nødvendigvis avskrivninger gi et komplett bilde av hvordan investeringer påvirker økonomien i helseforetakene, ettersom blant annet avskrivningsperioden vil påvirke størrelsen på dette målet over tid. Senere viser vi derfor, i tillegg til utvikling i finanskostnader, utviklingen i investeringer og anleggsmidler, samt finanskostnader.

For å få best mulig forståelse av totalkostnadsutviklingen må det også tas hensyn til betydningen av deflatoren, med andre ord hvordan kostnadene inflasjonsjusteres. I denne rapporten anvendes SSB sin indeks for statlige helsetjenester.²

I utgangspunktet er det naturligvis den nominelle kostnadsutviklingen som direkte påvirker helseforetakenes økonomi. Med senere års relativt høye generelle prisvekst vil også dette bety at den nominelle veksten, altså hvor mye kostnadene øker i kroner over tid, er betydelig høyere enn veksten målt i faste 2024-kroner. Dette er også vist i figuren.

Gjennomsnittlig årlig vekst (nominelt) i hver kostnadskomponent er vist i tabellen under. Det kan observeres en relativt høy årlig vekst i legemiddel- og lønnskostnader, betydelig høyere enn gjennomsnittlig årlig generell prisvekst (3,9 prosent fra 2015–2024 og 5,5 prosent fra 2020–2024).

Finansieringsansvaret for flere legemiddelgrupper er overført til sykehusene i løpet av perioden og veksten i legemiddelkostnader i sykehusene gjenspeiles dels i en nedgang i Helfos budsjetter. Det bør også merkes at eventuelle vridninger fra innleie til ansettelser kan ha gitt en økning i lønnskostnadene. Imidlertid vil dette forventes å gi en reduksjon i øvrige kostnader (som omfatter innkjøp av tjenester), slik at totalen er sammenlignbar over tid.

2.1.2 Kostnadsutvikling på regionnivå (2015–2024)

Kostnadsnivået varierer betydelig på tvers av de ulike regionene, der over halvparten av den samlede ressursbruken er i Helse Sør-Øst. Relativt har kostnadene økt ganske jevnt i de fire regionene. Det kan videre observeres en knekk i aktivitetsnivå (målt ved DRG-poeng) i samtlige regioner i 2020 samvarierende med pandemien. Lønnskostnadene

² Som oppgitt i Samdata.no skal SSB-indeksen brukes ved presentasjon av total kostnadsvekst, inklusiv pensjon.

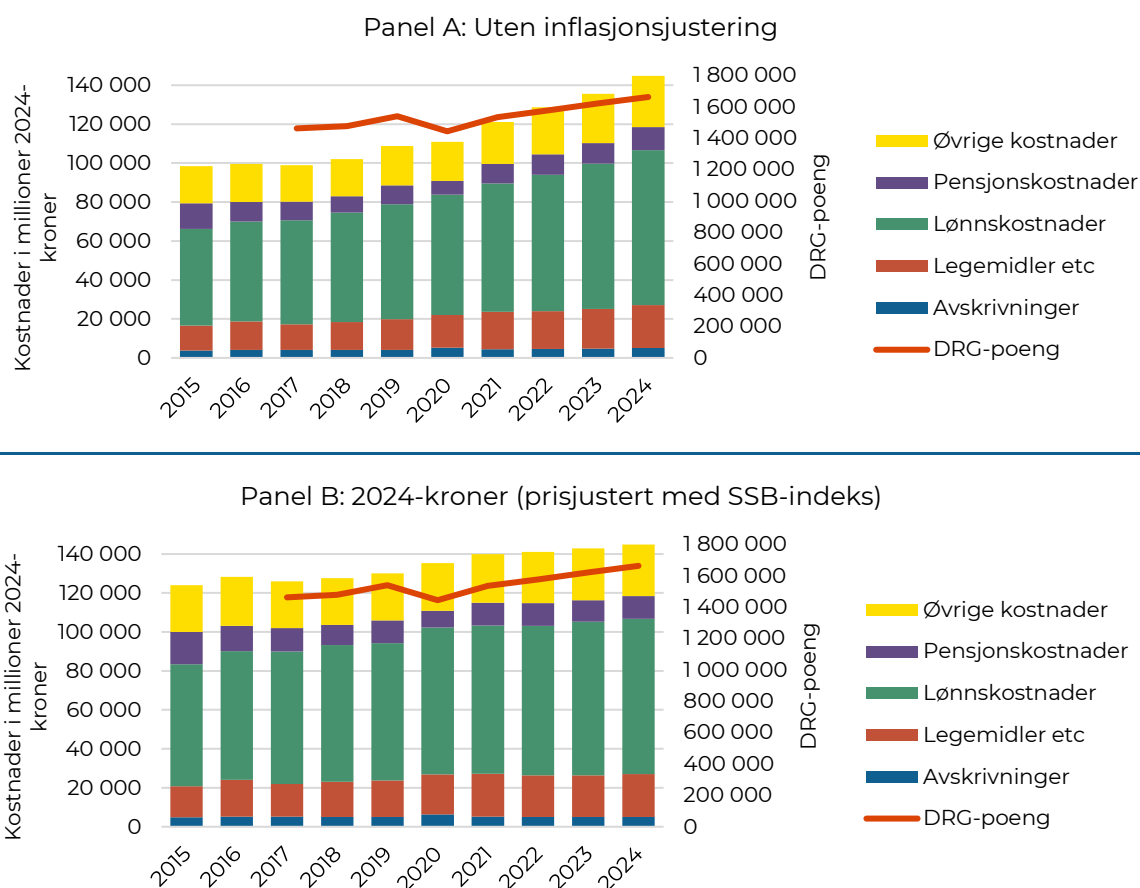
har siden 2020 økt i alle fire regioner (målt i faste 2024-kroner).

Som vist i Tabell 2-2, er det en viss variasjon i årlig gjennomsnittlig kostnadsvekst på tvers av regionene. Mellom 2020 og 2024 har for eksempel totalkostnadene økt relativt kraftigere i snitt i Helse Midt-Norge enn de øvrige tre regionene. Helse Vest har den nest høyeste kostnadsveksten, mens Helse Sør-Øst og Helse Nord har relativt lik utvikling i den seneste perioden. Som vist i Figur 2-2, har samtlige regioner en akkumulert kostnadsvekst som er

betydelig høyere enn generell kostnadsvekst i landet målt ved konsumprisindeksen.

Generelt bør kostnadsutviklingen vurderes i lys av befolkningsvekst og demografisk utvikling i perioden. Det vil for eksempel være forventet at kostnader øker relativt mer i en region med høyere befolkningsvekst. En aldrende befolkning vil også gi økte kostnader. TBU-s har derfor i tillegg til vekst i antall årsverk vist til det demografidrevne behovet i hver region, se Vedlegg C og videre drøfting i delkapittel 2.4.

Figur 2-1: Utvikling i kostnadskomponenter for somatisk spesialisthelsetjeneste nasjonalt



Kilde: Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). Somatisk spesialisthelsetjeneste definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Somatisk behandling» og «Lab/røntgen». DRG-poeng hentet fra Helsedirektoratet (2024). Priskorrigerer gjort iht SSB sin prisindeks for spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2024). Denne prisindeksen tar høyde for svingninger i nivået på pensjonskostnader. Merknad: Kostnader i millioner kroner. DRG-poeng er i begge figurer over vist i en skala fra 0 til 1 800 000.

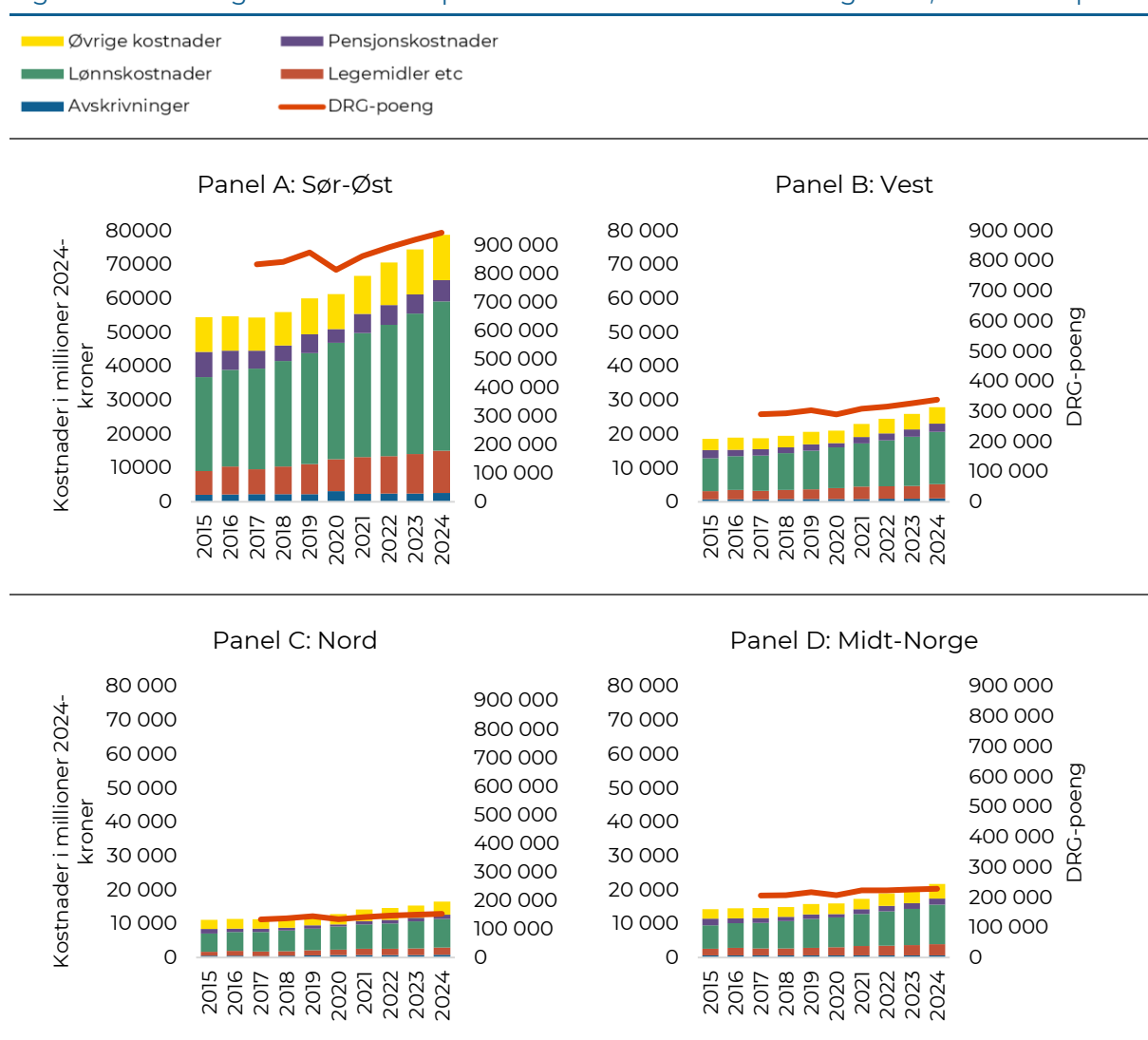
Tabell 2-1: Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst i somatisk spesialisthelsetjenestene

	Gjennomsnittlig årlig vekst i kostnader (2015-2024)		Gjennomsnittlig årlig vekst i kostnader (2020-2024)	
	Nominelt	Faste 2024-kroner	Nominelt	Faste 2024-kroner
Avskrivninger	2,8 %	0,5 %	-0,6 %	-4,4 %
Legemidler etc	5,7 %	3,3 %	5,6 %	1,5 %
Lønnskostnader	4,8 %	2,4 %	5,2 %	1,1 %
Øvrige kostnader	3,3 %	0,9 %	5,6 %	1,5 %
Totale driftskostnader	3,9 %	1,6 %	5,5 %	1,4 %

Kilde: Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). Somatisk spesialisthelsetjeneste definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Somatisk behandling» og «Lab/røntgen».

Merknad: Kostnader i millioner kroner. Gjennomsnittlig vekst for pensjonskostnader er ikke inkludert i tabellen.

Figur 2-2: Utvikling i kostnadskomponenter for somatisk sektor regionalt, nominelle priser



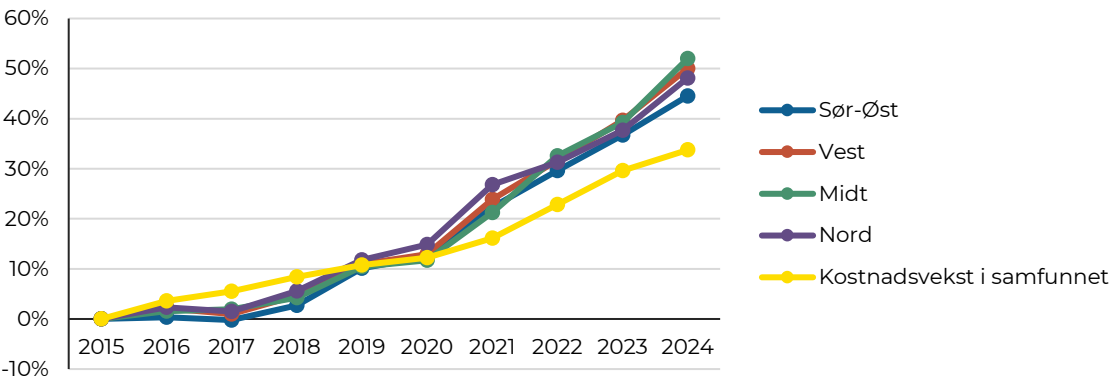
Kilde: Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). Somatisk spesialisthelsetjeneste definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Somatisk behandling» og «Lab/røntgen». DRG-poeng hentet fra Helsedirektoratet (2024).

Priskorrigeringsgjort iht SSB sin prisindeks for spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2024). Denne prisindeksen tar høyde for svingninger i nivået på pensjonskostnader. **Merknad:** Kostnader i millioner kroner.

Tabell 2-2: Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst i somatisk sektor, nominelle grunnlagstall

	Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst (2015-2024)				Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst (2020-2024)			
	Sør-Øst	Vest	Midt	Nord	Sør-Øst	Vest	Midt	Nord
Avskrivninger	2,6 %	3,4 %	0,9 %	4,6 %	-3,4%	4,7 %	2,3 %	2,1 %
Legemidler etc	5,8 %	5,6 %	5,1 %	5,8 %	5,6 %	5,4 %	6,1 %	5,2 %
Lønnskostnader	4,8 %	4,8 %	5,3 %	4,6 %	5,2 %	5,1 %	5,7 %	4,6 %
Øvrige kostnader	2,7 %	3,9 %	4,2 %	3,5 %	5,3 %	5,9 %	6,4 %	5,3 %
Totale driftskostnader	3,8 %	4,1 %	4,3 %	4,0 %	5,2 %	5,8 %	6,4 %	5,2 %

Akkumulert kostnadsvekst i prosent (somatisk sektor)



Kilde: Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). Somatisk spesialisthelsetjeneste definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Somatisk behandling» og «Lab/røntgen». Kostnadsvekst i samfunnet hentet fra SSB kildetabell 14709: Konsumprisindeks, etter måned, statistikkvariabel og år (2026). Merknad: Kostnader i millioner kroner. Gjennomsnittlig vekst for pensjonskostnader er ikke inkludert i tabellen.

2.1.3 Kostnadsutvikling på foretaksnivå (2015–2024)

Utviklingen på helseforetaksnivå underbygger ytterligere at det er svært ulik skala på driften i ulike enheter. Oslo universitetssykehus’ samlede kostnader i somatikk utgjør i overkant av 25 milliarder, som er nesten 13 ganger høyere enn f.eks. Finnmarkssykehuset (1,9 mrd.). Dette betyr naturligvis at for den samlede ressursbruken vil relativt like kostnadsbesparelser på de to sykehusene ha svært ulik virkning i kroner. Enkelte helseforetak har tilsynelatende langt sterkere kostnadsøkning enn andre, og gjennomsnittlig årlig vekst i samtlige helseforetak er vist i Vedlegg A.

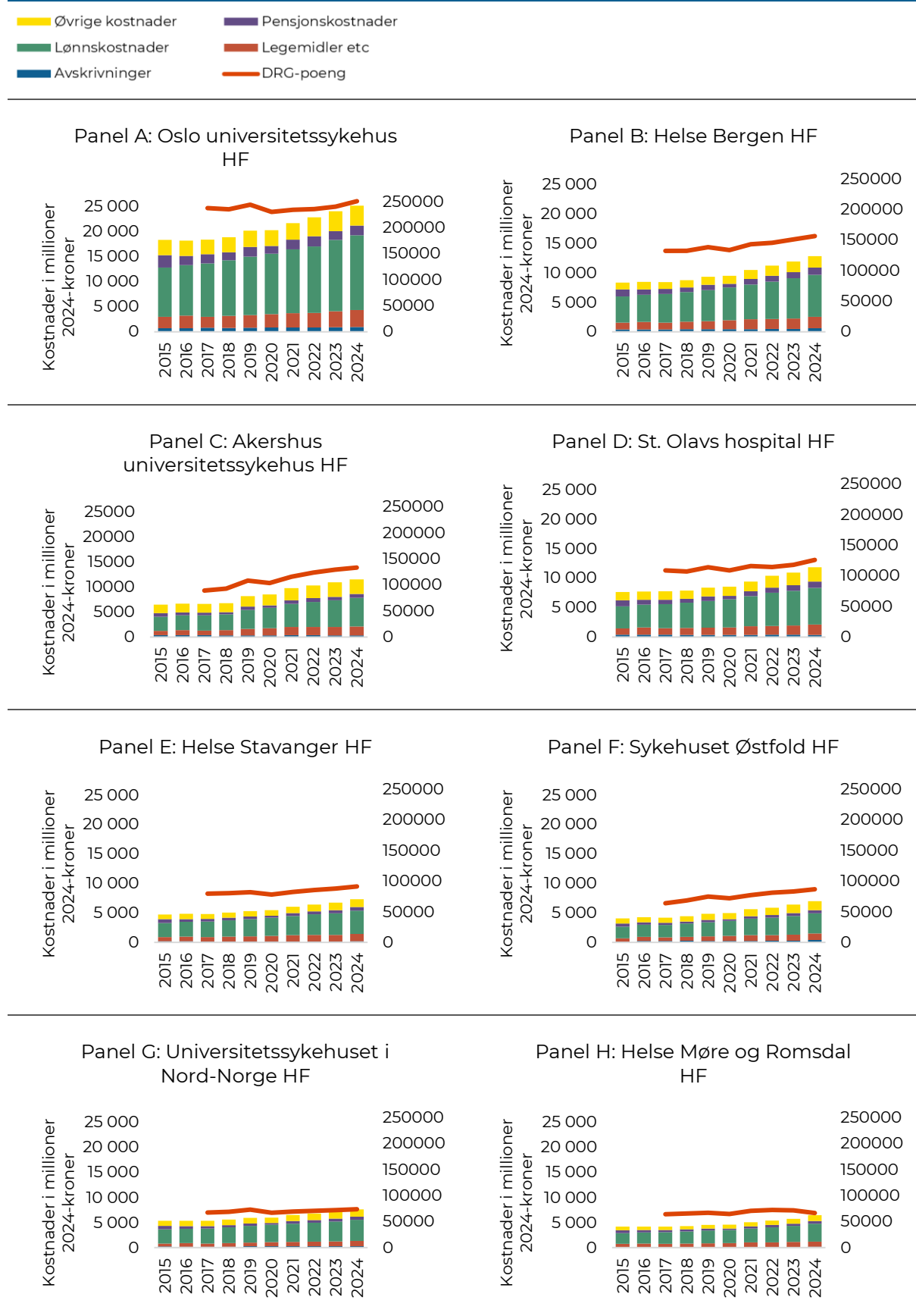
Informanter har påpekt at helseforetakene grunnet blant annet ulik skala har ulike kostnadmessige forutsetninger. For noen helseforetak med færre kommuner i sitt opptaksområde og færre lokasjoner, kan det ifølge informantene hevdes at det er relativt bedre forutsetninger for å drive kostnadseffektivt. Informantene peker videre på at enkelte helseforetak med mange lokasjoner har

forsøkt å gjøre strukturelle endringer som gir økt kvalitet og mer rasjonell drift, men at dette ikke har vært mulig politisk.

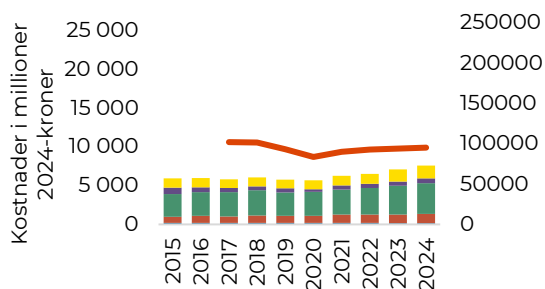
Når en observerer kostnadsvekst på tvers av HF, bør det videre merkes at både strukturelle endringer (for eksempel overføring av Kongsvinger sykehus til Ahus i 2019) og forskjeller i demografisk utvikling gjør at denne ikke nødvendigvis er sammenlignbar på tvers. Rene deskriptive fremstillinger av kostnader gir heller ikke nødvendigvis et bilde av utvikling i kostnadseffektivitet.

Grundige analyser av kostnadseffektivitet på helseforetaksnivå er utenfor rammene for denne utredningen. Som påpekt av informanter, vil en for å kunne sammenligne kostnadsutvikling over tid måtte kontrollere for endringer i opptaksområder, oppgave- og funksjonsdeling og ulik demografisk utvikling. I tillegg bør det justeres for at tjenesten og enkelthelseforetak har blitt tilført oppgaver spesialisthelsetjenesten før ikke hadde.

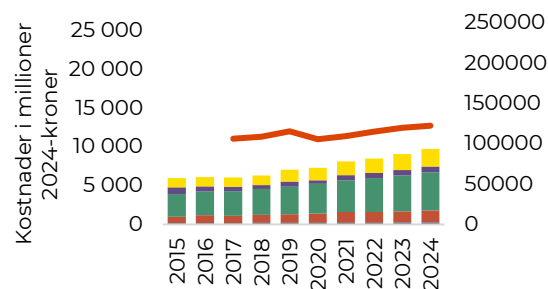
Figur 2-3: Utvikling i kostnadskomponenter for somatisk sektor per foretak, nominelt



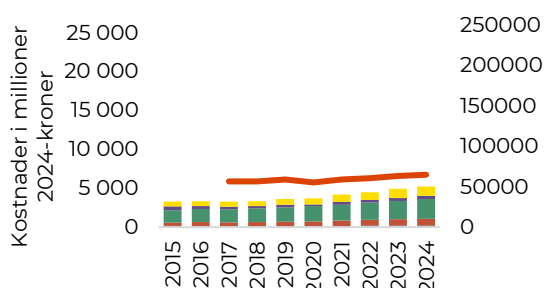
Panel I: Sykehuset Innlandet HF



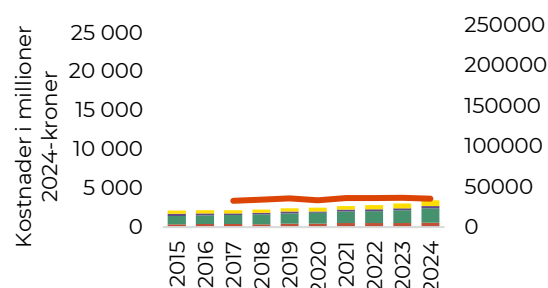
Panel J: Vestre Viken HF



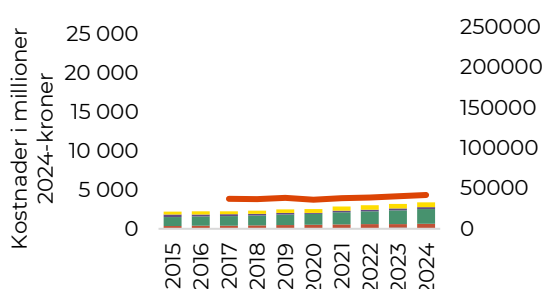
Panel K: Sykehuset i Vestfold HF



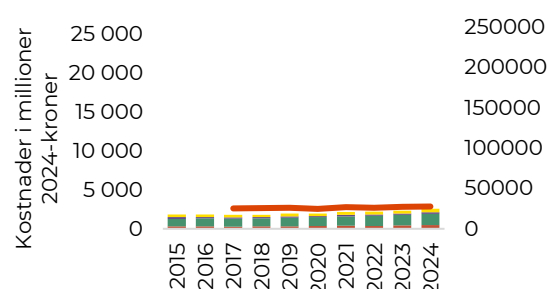
Panel L: Helse Nord-Trøndelag HF



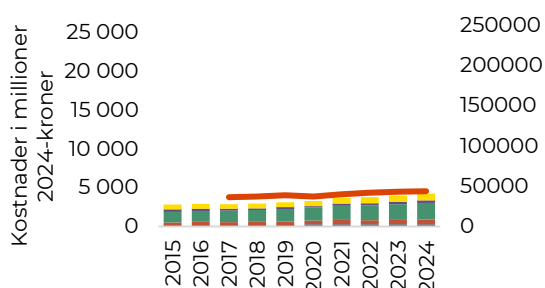
Panel M: Helse Fonna HF



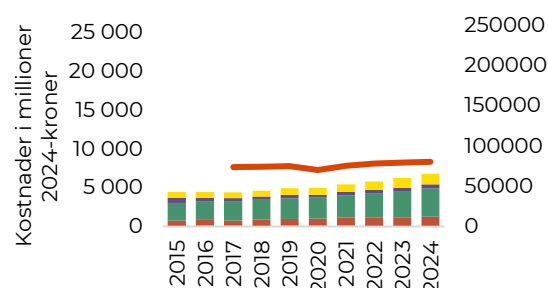
Panel N: Helse Førde HF



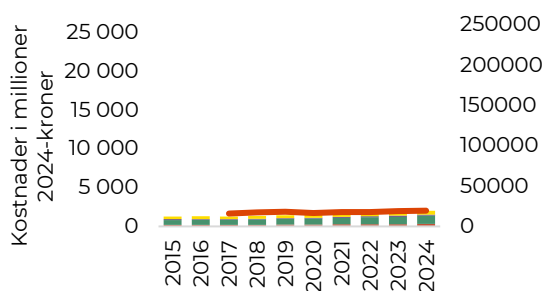
Panel O: Nordlandssykehuset HF



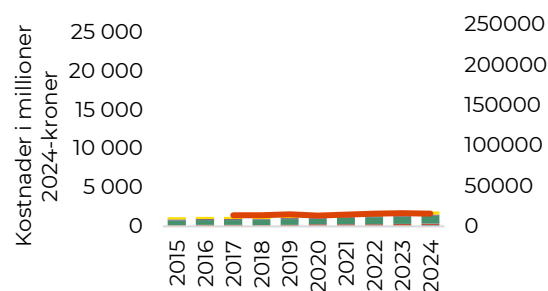
Panel P: Sørlandet sykehus HF



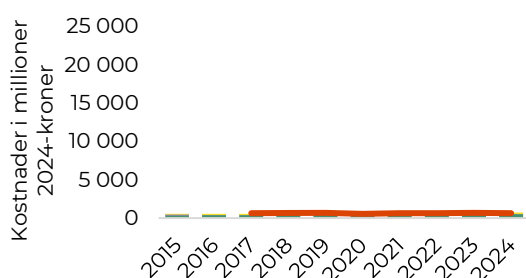
Panel Q: Helgelandssykehuset HF



Panel R: Finnmarkssykehuset HF



Panel S: Sunnaas sykehus HF



Kilde: Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). **Somatisk spesialisthelsetjeneste** definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Somatisk behandling» og «Lab/røntgen». **DRG-poeng** hentet fra Helsedirektoratet (2024). **Merknad:** Kostnader i millioner kroner. DRG-poengene er i samtlige figurer over vist med en akse fra 0 til 250 000.

2.2 Kostnadsutvikling i psykisk helsevern og TSB (2015–2024)

Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst (nominelt) i psykisk helsevern og TSB var på 3,6 % i perioden 2015–2024 og 5,7 % i perioden 2020–2024. Korrigert for prisvekst var den samlede kostnadsveksten på 1,2 % i perioden 2015–2024 og 1,6 % i perioden 2020–2024. Totale driftskostnader i psykisk helsevern og TSB steg i snitt i årene 2015–2024 nominelt med henholdsvis 3,3 % i Sør-Øst, 3,4 % i Vest, 4,5 % i Midt og 4,1 % i Nord. I perioden 2020–2024 var den årlige veksten 5,2 % i Sør-Øst, 5,5 % i Vest, 8,0 % i Midt og 6,6 % i Nord.

2.2.1 Samlet kostnadsutvikling

For psykisk helsevern og TSB har det også vært en kostnadsvekst målt i faste 2024-kroner, i perioden. Imidlertid er veksten mer beskjeden enn i somatikk og utgjør cirka 1,2 prosent i årlig gjennomsnitt i tiårsperioden (1,6 prosent i gjennomsnitt i somatikk). Både nominelt og i faste 2024-kroner har kostnadsveksten vært sterkere i den seneste perioden (2020–2024), på hhv. 5,7 prosent og 1,6 prosent.

I TSB og psykisk helsevern er lønnskostnadsandelen høyere enn i somatikk, tilsvarende cirka 60 prosent av de totale kostnadene. Relativt har veksten i denne kostnaden vært høy i den seneste perioden, tilsvarende om lag 51 prosent, sammenlignet med generell lønnsvekst i samfunnet på 46 prosent (Statistisk sentralbyrå, 2025).

Det er utfordrende å måle aktivitet i psykisk helsevern og TSB samlet, særlig hvis det skal korrigeres for pasientsammensetning. I de følgende figurene for kostnadsutvikling er DRG-poeng og ISF-poeng illustrert, men dette kan ikke bli sett på som fullverdige aktivitetsmål. DRG-poeng hensyntar kun polikliniske behandlinger, og vil ikke fange opp ekstra ressursbruk ved døgntilrettelagt behandling. ISF-poeng inkluderer også poeng fra særtjenestegrupper, men vil likevel ikke fullt ut fange opp alle aktiviteter.

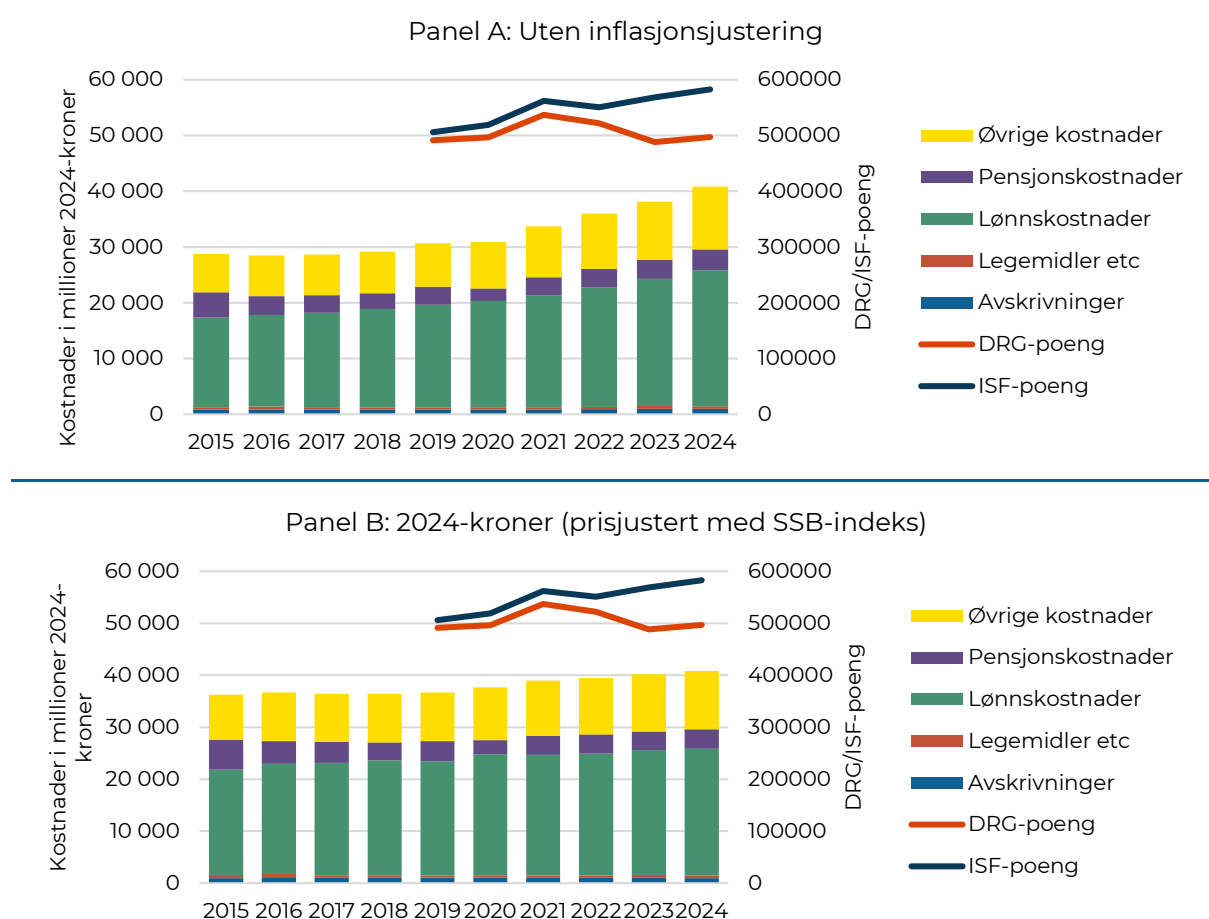
2.2.2 Kostnadsutvikling på regionnivå

Tilsvarende som for somatisk spesialisthelsetjeneste, varierer kostnadsnivået betydelig på tvers av de ulike regionene også for psykisk helsevern og TSB. Fra 2015–2024 økte kostnadene i gjennomsnitt relativt likt, men fra 2020 har kostnadene økt betydelig mer, og det er større variasjon i veksten mellom regioner. Veksten er relativt sterk i Helse Midt, og da særlig etter 2020.

For (nesten) alle kostnadskomponenter har kostnadene vokst kraftigst i perioden 2020–2024-perioden. Sammenlignet med akkumulert kostnadsvekst i samfunnet, ligger alle regionene

over, særlig i perioden 2020–2024. Enkelte kostnadskomponenter har videre hatt svært høy vekst i snitt. Årsakene til dette drøftes senere i rapporten.

Figur 2-4: Utvikling i kostnadskomponenter for psykisk helsevern og TSB nasjonalt



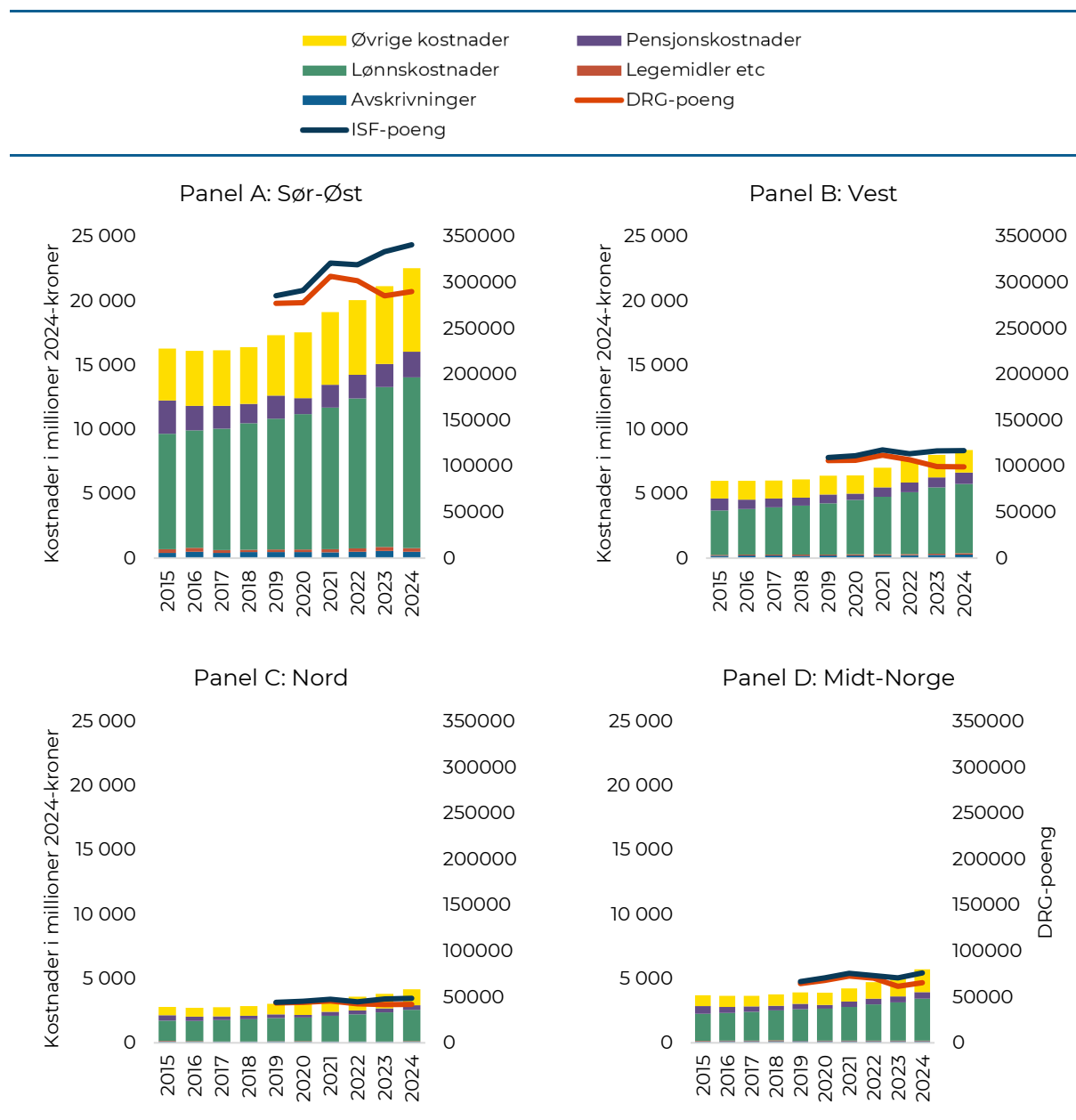
Kilde: Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). Psykisk helsevern og TSB spesialisthelsetjeneste definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Psykisk helsevern for barn og unge», «Psykisk helsevern for voksne», og «Tverrfaglig spesialisert behandling». Priskorrigerings gjort iht SSB sin prisindeks for spesialisthelsetjenesten (2024). Denne prisindeksen tar høyde for svingninger i nivået på pensjonskostnader. DRG- og ISF-poeng hentet fra Helsedirektoratet (2024). Merknad: Kostnader i mill. kr.

Tabell 2-3: Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst i TSB og psykisk helsevern, nominelt

	Gjennomsnittlig årlig vekst i kostnader (2015-2024)		Gjennomsnittlig årlig vekst i kostnader (2020-2024)	
	Nominelt	Faste 2024-kroner	Nominelt	Faste 2024-kroner
Avskrivninger	2,1 %	-0,2 %	1,8 %	-2,2 %
Legemidler etc	0,9 %	-1,4 %	5,9 %	1,8 %
Lønnskostnader	4,2 %	1,8 %	5,0 %	0,9 %
Øvrige kostnader	5,0 %	2,6 %	6,2 %	2,1 %
Totale driftskostnader	3,6 %	1,2 %	5,7 %	1,6 %

Kilde: Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). Psykisk helsevern og TSB spesialisthelsetjeneste definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Psykisk helsevern for barn og unge», «Psykisk helsevern for voksne», og «Tverrfaglig spesialisert behandling».

Figur 2-5: Utvikling i kostnadskomponenter for psykisk helsevern og TSB regionalt, nominelt.



Kilde: Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). Psykisk helsevern og TSB spesialisthelsetjeneste definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Psykisk helsevern for barn og unge», «Psykisk helsevern for voksne», og «Tverrfaglig spesialisert behandling».

Priskorrigeringsgjort iht SSB sin prisindeks for spesialisthelsetjenesten (2024). Denne prisindeksen tar høyde for svingninger i nivået på pensjonskostnader.

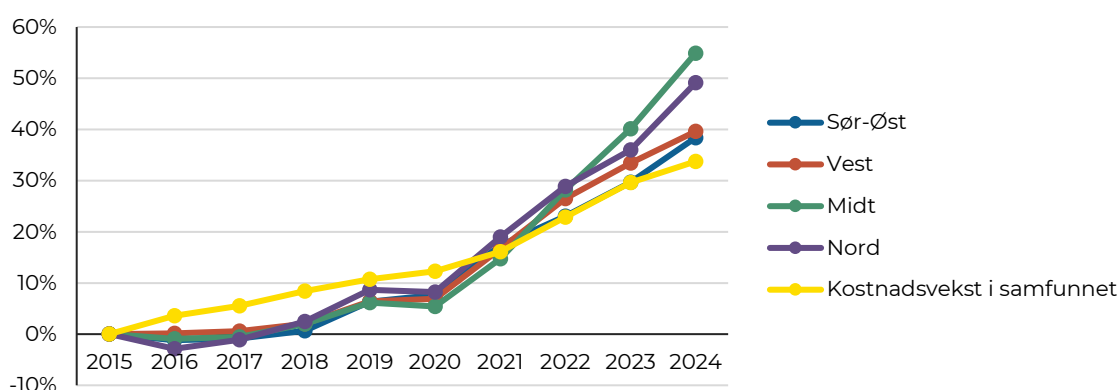
DRG- og ISF-poeng hentet fra Helsedirektoratet (2024).

Merknad: DRG- og ISF-poeng er i samtlige figurer over vist i en skala fra 0 til 350 000.

Tabell 2-4: Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst i TSB og psykisk helsevern, nominelle grunnlagstall

	Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst (2015-2024)				Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst (2020-2024)			
	Sør-Øst	Vest	Midt	Nord	Sør-Øst	Vest	Midt	Nord
Avskrivninger	2,1 %	4,0 %	1,8 %	-1,3 %	1,0 %	4,9 %	0,5 %	0,2 %
Legemidler etc	0,1 %	3,1 %	1,2 %	1,2 %	6,7 %	3,4 %	8,7 %	3,6 %
Lønnskostnader	4,0 %	4,5 %	4,4 %	4,4 %	4,8 %	5,0 %	5,4 %	5,7 %
Øvrige kostnader	4,9 %	2,5 %	7,9 %	6,7 %	4,9 %	4,4 %	13,2 %	7,8 %
Totale driftskostnader	3,3 %	3,4 %	4,5 %	4,1 %	5,2 %	5,5 %	8,0 %	6,6 %

Akkumulert kostnadsvekst i prosent (psykisk helsevern og TSB)



Kilde: Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). Psykisk helsevern og TSB spesialisthelsetjeneste definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Psykisk helsevern for barn og unge», «Psykisk helsevern for voksne», og «Tverrfaglig spesialisert behandling».

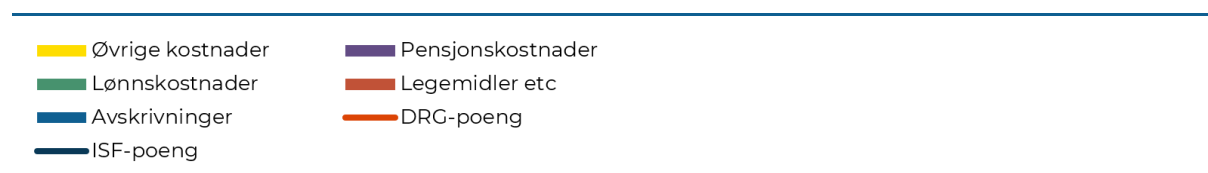
Kostnadsvekst i samfunnet hentet fra SSB kildetabell 14709: Konsumprisindeks, etter måned, statistikkvariabel og år (2026). Merknad: Gjennomsnittlig vekst for pensjonskostnader er ikke inkludert i tabellen. Kostnaden er kalkulatorisk og kan i begrenset grad styres av helseforetaket. Renteutvikling, avkastning og andre økonomiske rammer er av størst betydning for kostnadsutviklingen.

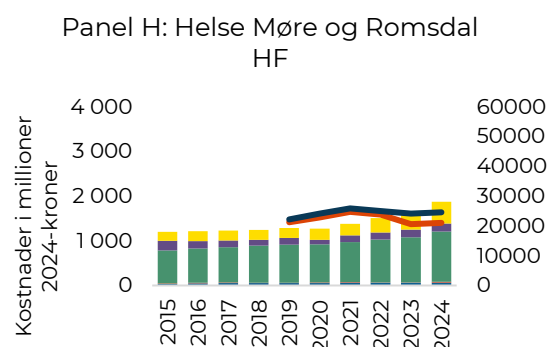
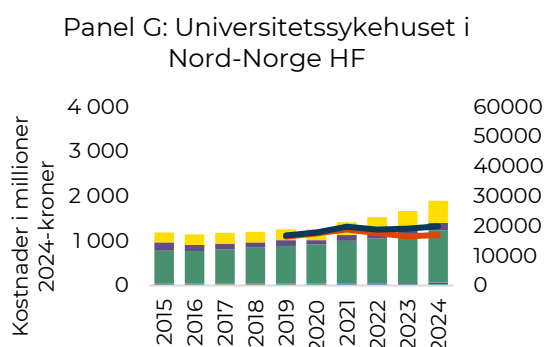
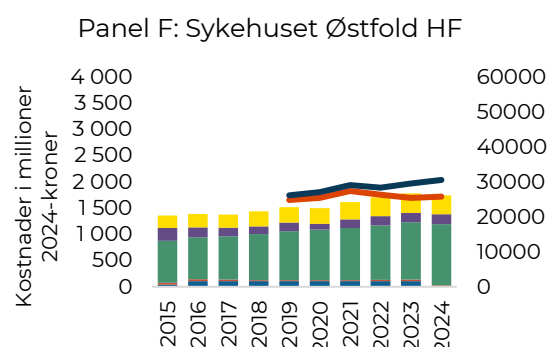
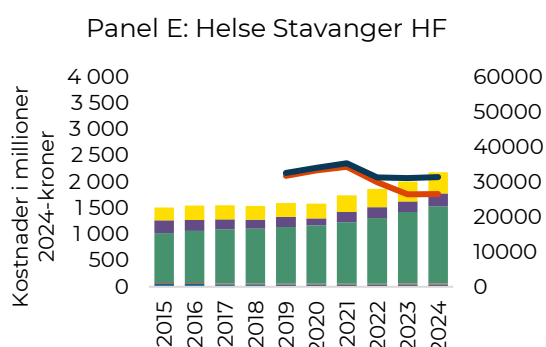
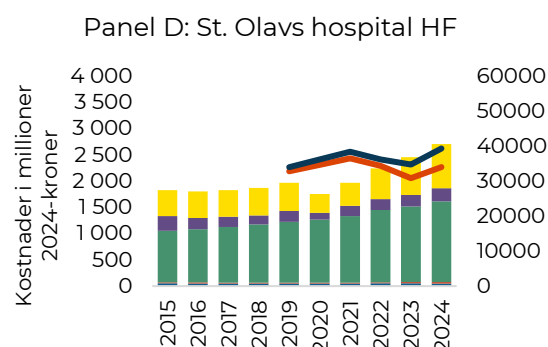
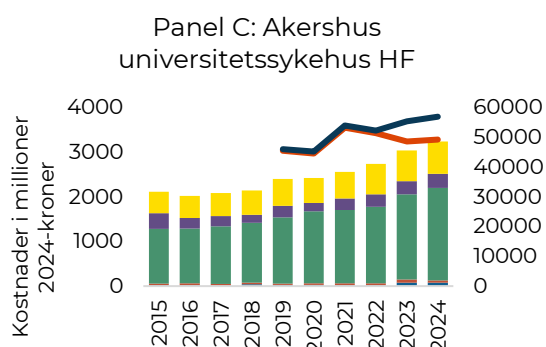
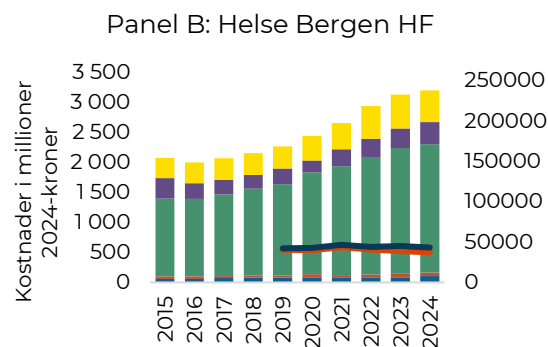
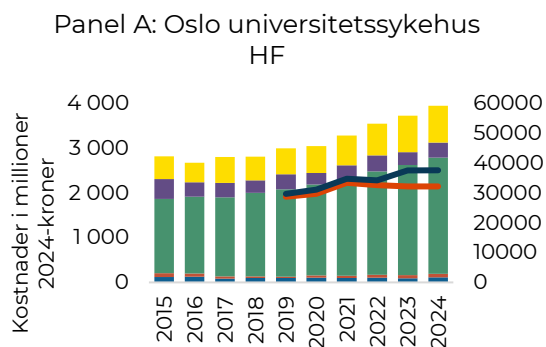
2.2.3 Utvikling på foretaksnivå

Det er betydelig variasjon i kostnadsutviklingen innen TSB og psykisk helsevern på foretaksnivå. Både i absoluttverdier og i vekst i senere år er det

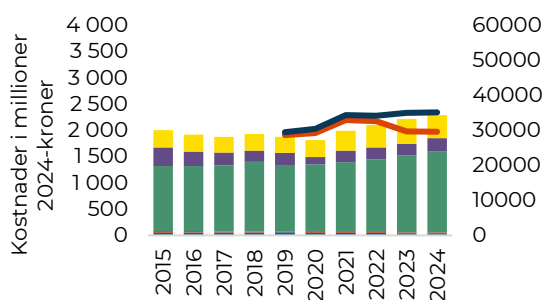
store forskjeller, illustrert under. Gjennomsnittlig vekst på tvers av foretak og kostnadskomponenter er vist i Vedlegg A. I enkelte helseforetak har noen kostnadskomponenter hatt en tosfifret årlig prosentvekst i snitt.

Figur 2-6: Utvikling i kostnadskomponenter for psykisk helsevern og TSB per foretak, nominell

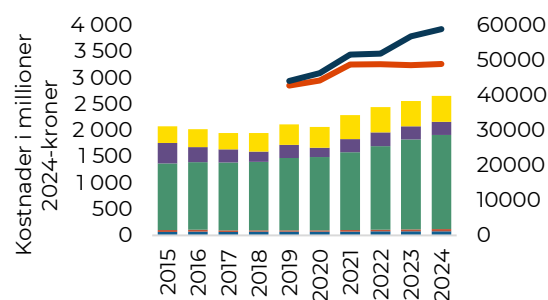




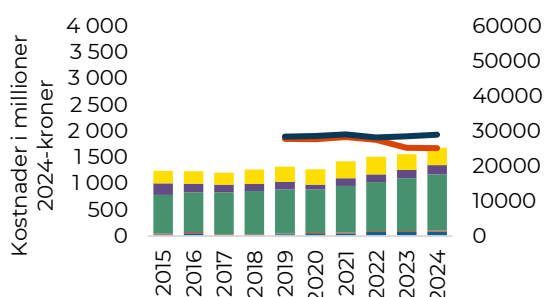
Panel I: Sykehuset Innlandet HF



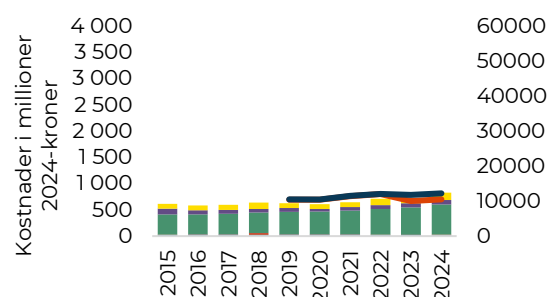
Panel J: Vestre Viken HF



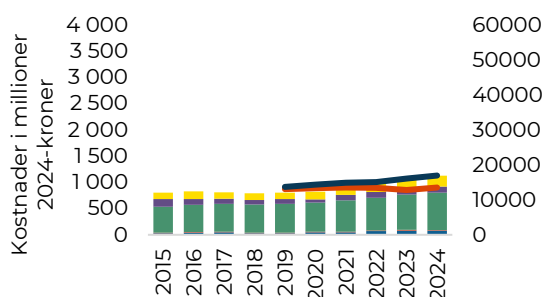
Panel K: Sykehuset i Vestfold HF



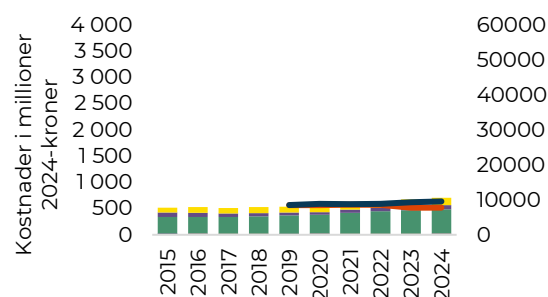
Panel L: Helse Nord-Trøndelag HF



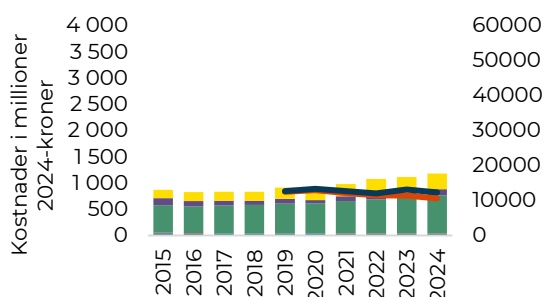
Panel M: Helse Fonna HF



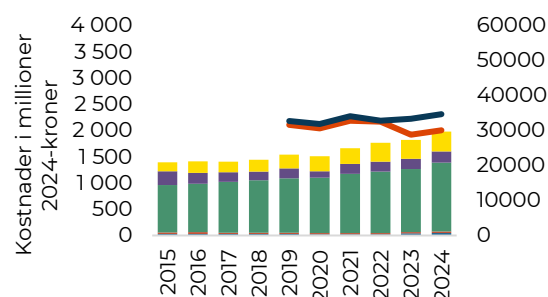
Panel N: Helse Førde HF

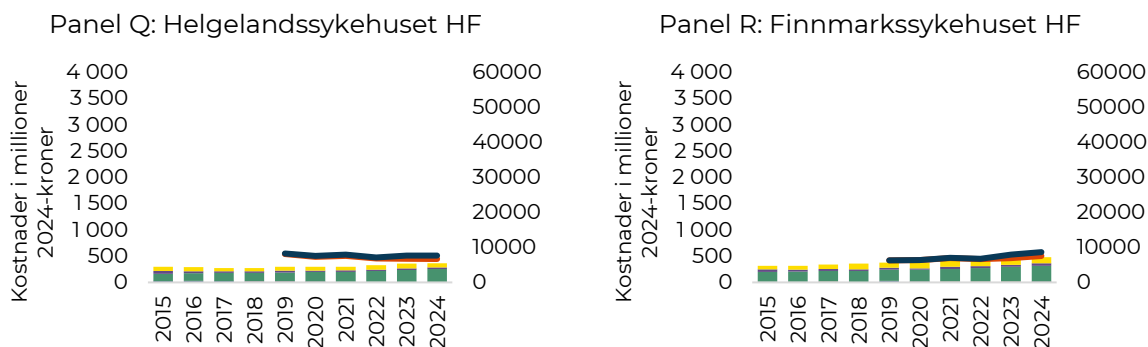


Panel O: Nordlandssykehuset HF



Panel P: Sørlandet sykehus HF





Kilde: Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). Psykisk helsevern og TSB spesialisthelsetjeneste definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Psykisk helsevern for barn og unge», «Psykisk helsevern for voksne», og «Tverrfaglig spesialisert behandling». Priskorrigerings gjort iht SSB sin prisindeks for spesialisthelsetjenesten (2024). Denne prisindeksen tar høyde for svingninger i nivået på pensjonskostnader. DRG- og ISF-poeng hentet fra Helsedirektoratet (2024). Merknad: DRG- og ISF-poeng er i samtlige figurer over vist i en skala fra 0 til 350 000.

2.3 Utvikling i investeringer og finanskostnader

Helseforetakene har i senere år foretatt betydelige investeringer, og i Helse Sør-Øst og Helse Vest har økningen vært særlig sterk. Rentekostnadene, og følgelig finanskostnadene, har også økt i sektoren i senere år. Dette forklares både av at investeringene (som delvis er gjeldsfinansiert) har økt, samt at rentenivåene har vært høyere enn før.

Videre peker helseforetakene på at økte finanskostnader i stor grad kan forklares av forskjeller mellom pensjonspremier (som faktisk betales) og pensjonskostnader (som er en regnskapsmessig kostnad). HOD finansierer forskjellen mellom pensjonskostnad og pensjonspremie med rentebærende driftskreditt, og for 2025 estimerer foretakene at rentekostnadene fra dette utgjorde ca. 1,2 milliarder kroner på nasjonalt nivå.

2.3.1 Historiske investeringer

Av figurene under fremgår det at anleggsmidlene i samtlige regioner har vokst kraftig siden 2020. Anslag for årlige investeringer reflekterer den samme utviklingen. Årlige investeringer er under beregnet som endring i anleggsmidler, justert for avskrivninger. Med andre ord gir beregningen et anslag på hvor store investeringsutgifter (capex) den samlede foretaksgruppen i hvert regionale helseforetak har hatt hvert år. Investeringsveksten

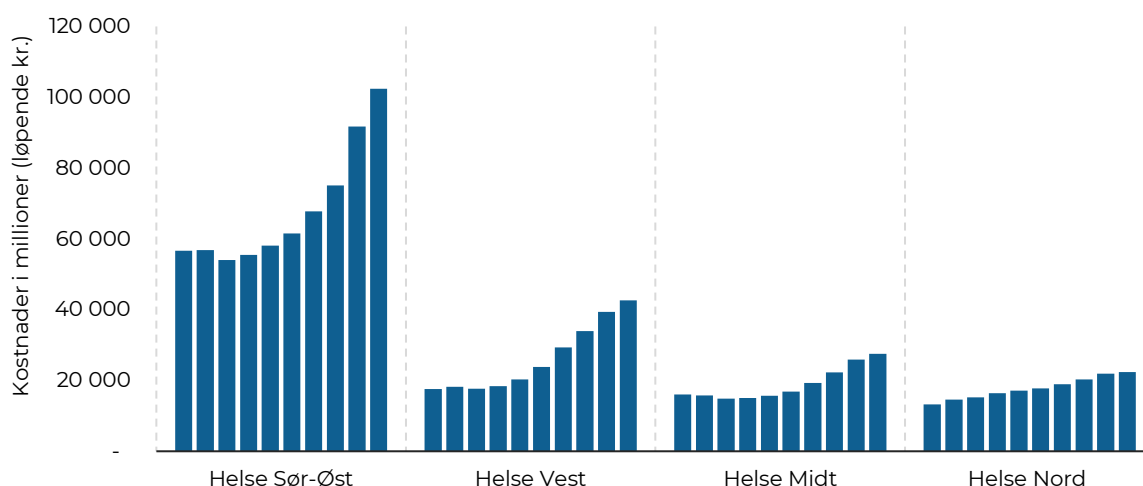
er tilsynelatende sterkest i Helse Sør-Øst, selv om også Helse Midt og Helse Vest har betydelig høyere investeringsnivåer i senere tid enn før pandemien.

Ved å bryte ned utviklingen på foretaksnivå, kan en se at det er enkeltforetak som har drevet mye av utviklingen. Oslo universitetssykehus har hatt svært høye investeringsnivåer i 2023 og 2024, som forklarer mye av økningen i Sør-Øst. Videre har investeringsnivåene vært høye i Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF og Helse Møre og Romsdal HF.

Det bør merkes at det med vårt datagrunnlag ikke er mulig å skille ut andelen av investeringene som er anlegg under utførelse, og som følgelig ikke kan forstås å bidra til produktivitet i dag. Her er det trolig sterk variasjon på tvers, ettersom foretakene er i ulike investeringsfaser. Det er videre utenfor rammene for denne utredningen å se nærmere på reinvesteringer og nyinvesteringer som foretas på HF-nivå og i hvilken grad disse bidrar til produktivitet. I fremtidige utredninger bør en belyse i) andelen av investeringer som er anlegg under utførelse, ii) i hvilken grad investeringene på HF-nivå er tilstrekkelige til å dekke årlig kapitalslit³ og iii) andelen reinvesteringer vs. nyinvesteringer på HF-nivå. Sistnevnte er viktig fordi mens nyinvesteringer bør forventes å gi gevinster gjennom f.eks. samlokalisering og utnyttelse av bygg og teknologi, vil reinvesteringer i større grad være ment å opprettholde dagens vedlikeholdstilstand og situasjon.

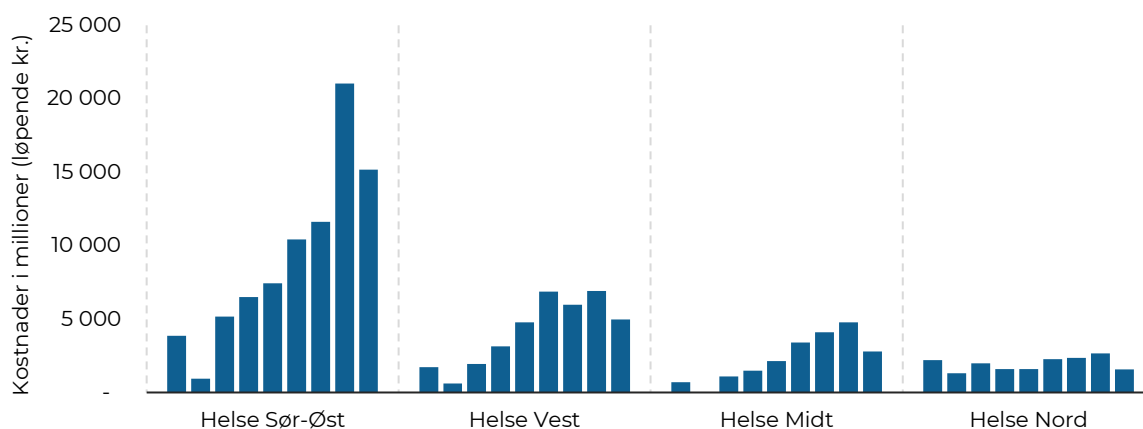
³ En indikasjon for dette kan være å se Figur 2-10 (anslått capex per helseforetak) og figuren i Vedlegg D (avskrivninger per helseforetak).

Figur 2-7: Utvikling i anleggsmidler per region – løpende kroner (2015–2024)



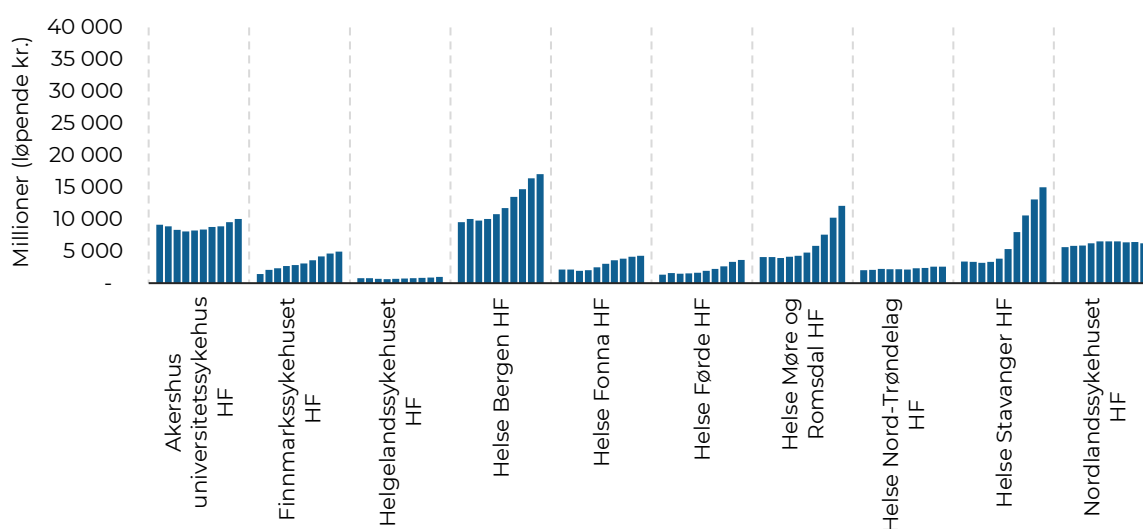
Kilde: Figur utarbeidet av Oslo Economics, basert på regnskapstall hentet fra Proff.no for Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest.

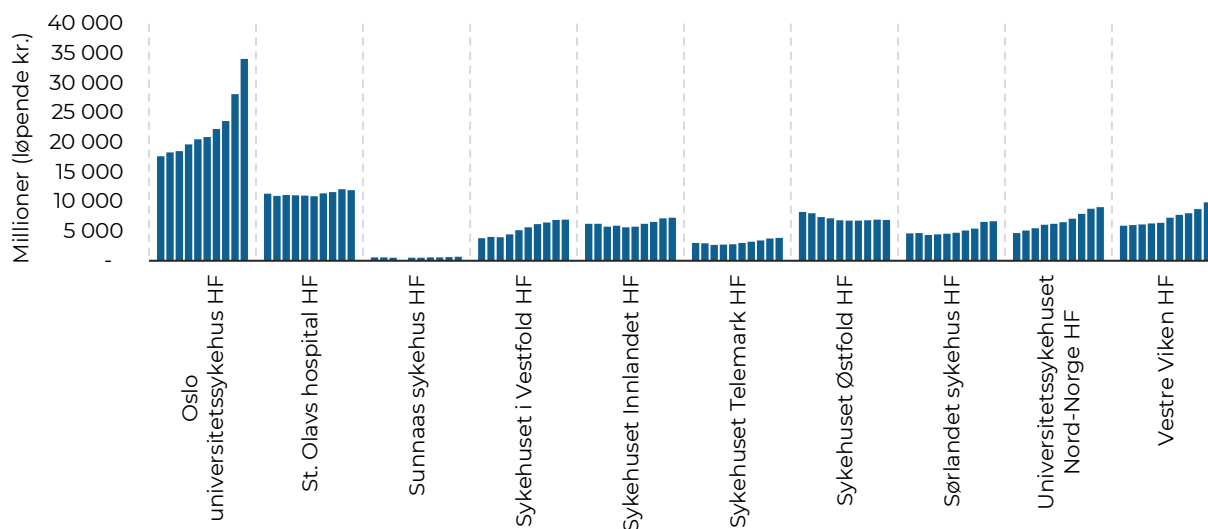
Figur 2-8: Årlige anslåtte investeringer per region (capex) – løpende kroner (2016–2024)



Kilde: Figur utarbeidet av Oslo Economics, basert på regnskapstall hentet fra Proff.no for Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest. Capex er anslått som $\text{anleggsmidler}_t - \text{anleggsmidler}_{t-1} + \text{avskrivninger}$.

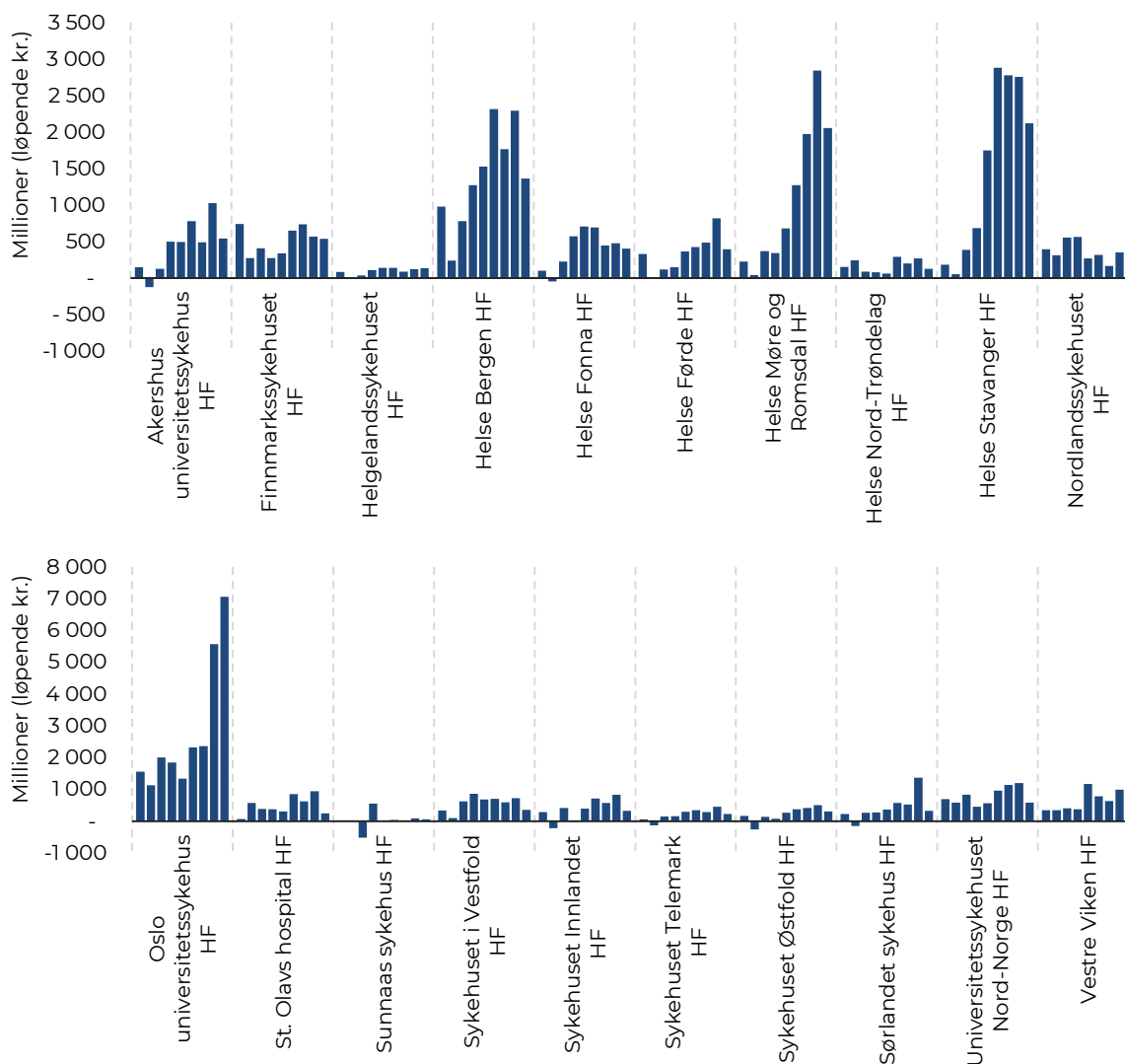
Figur 2-9: Utvikling i anleggsmidler (HF) – løpende kroner (2015–2024)





Kilde: Figur utarbeidet av Oslo Economics, basert på regnskapstall hentet fra Oslo Economics sin database for nasjonal økonomisk aktivitet.

Figur 2-10: Årlige anslåtte investeringer (capex) (HF) – løpende kroner (2016–2024)



Kilde: Figur utarbeidet av Oslo Economics, basert på regnskapstall hentet fra Oslo Economics sin database for nasjonal økonomisk aktivitet. Capex er anslått som: $\text{anleggsmidler}_t - \text{anleggsmidler}_{t-1} + \text{avskrivninger}_t$

2.3.2 Finanskostnader

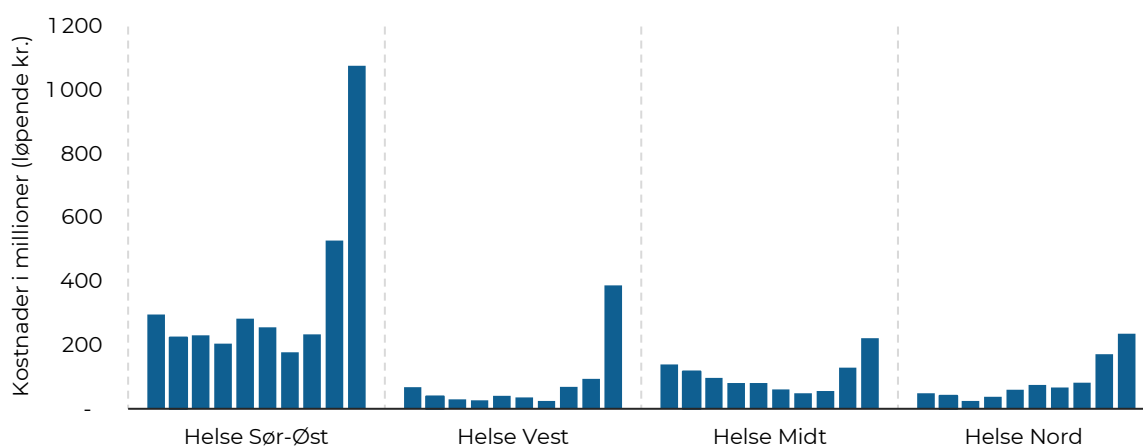
Finanskostnadene har økt betydelig i sektoren de seneste årene. Helse Sør-Øst hadde for eksempel en svært kraftig økning i 2024, i stor grad drevet av OUS. OUS skriver i sin årsrapport at finanskostnadene i 2024 «økte med 211 millioner kroner i forhold til 2023. Økningen forklares i hovedsak med renter på økt utnyttelse av driftskreditt, men også renter på lån knyttet nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet, samt økte renter knyttet til finansielle leieavtaler».⁴ Ifølge informantene skyldes mye av økningen i finanskostnader i Helse Sør-Øst en effekt av at pensjonspremiene er betydelig høyere enn pensjonskostnadene, beskrevet nærmere i delkapittel 3.1.

Netto finanskostnader, altså finanskostnader fratrukket finansinntekter, gir et annet bilde. Det kan observeres at flere av regionene i sum har negative netto finanskostnader (finansinntektene

er større enn finanskostnadene). På foretaksnivå har for eksempel Sykehuset Innlandet HF og Sørlandet sykehus HF finansinntekter som i betydelig grad overstiger finanskostnadene. Ved for eksempel Nordlandssykehuset og Sykehuset Østfold er forholdet motsatt. Den relativt sterke variasjonen i netto finanskostnad på tvers av helseforetakene kan reflektere at det er forskjeller i investeringsintensitet, men også for eksempel renteesponering eller kapitalstruktur. Helseforetakene har påpekt at ulik likviditetsstyring og konserninterne finansieringsordninger i hver region påvirker bildet.

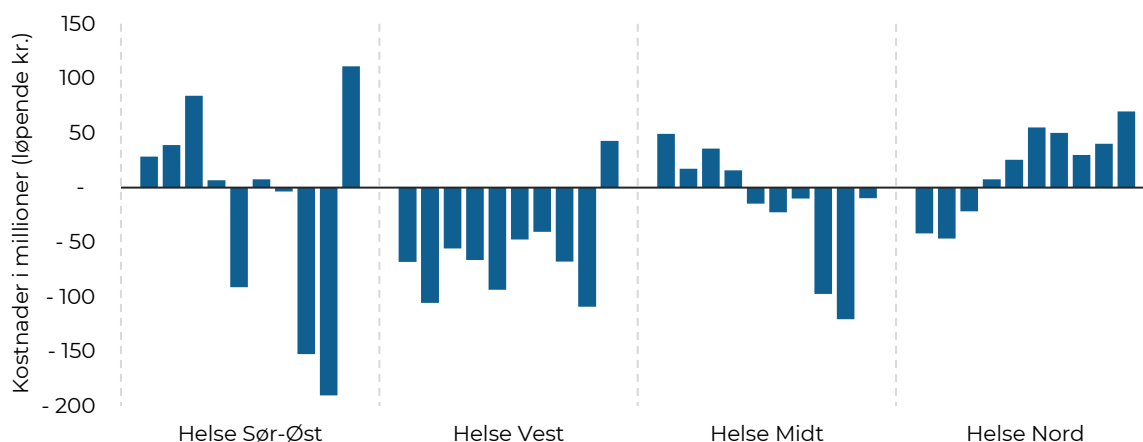
En nærmere gjennomgang av balansen i helseforetakene viser at det er store forskjeller i gjeldsnivå. Gjelden har økt betydelig i mange foretak, som forventes å øke netto finanskostnader. En oversikt over gjelds- og egenkapitalnivå per helseforetak er vist i Vedlegg B.

Figur 2-11: Finanskostnader per region – løpende kroner (2015–2024)



Kilde: Figur utarbeidet av Oslo Economics, basert på regnskapstall fra Proff.no for respektive foretaksgrupper.

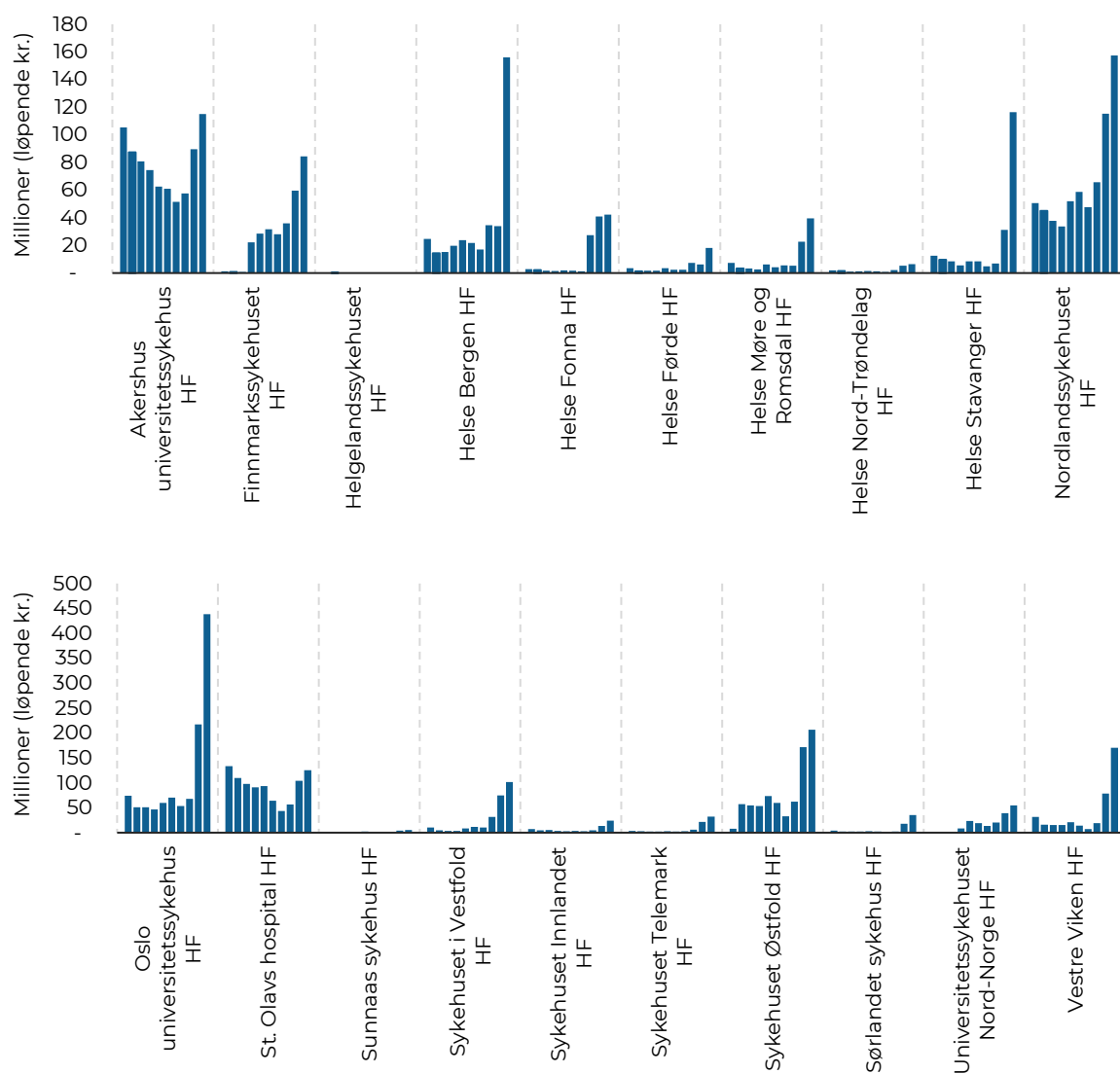
Figur 2-12: Netto finanskostnad per region – løpende kroner (2015–2024)



Kilde: Figur utarbeidet av Oslo Economics, basert på regnskapstall hentet fra Proff.no for Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest. Netto finanskostnad beregnet som: sum finanskostnad - sum finansinntekt.

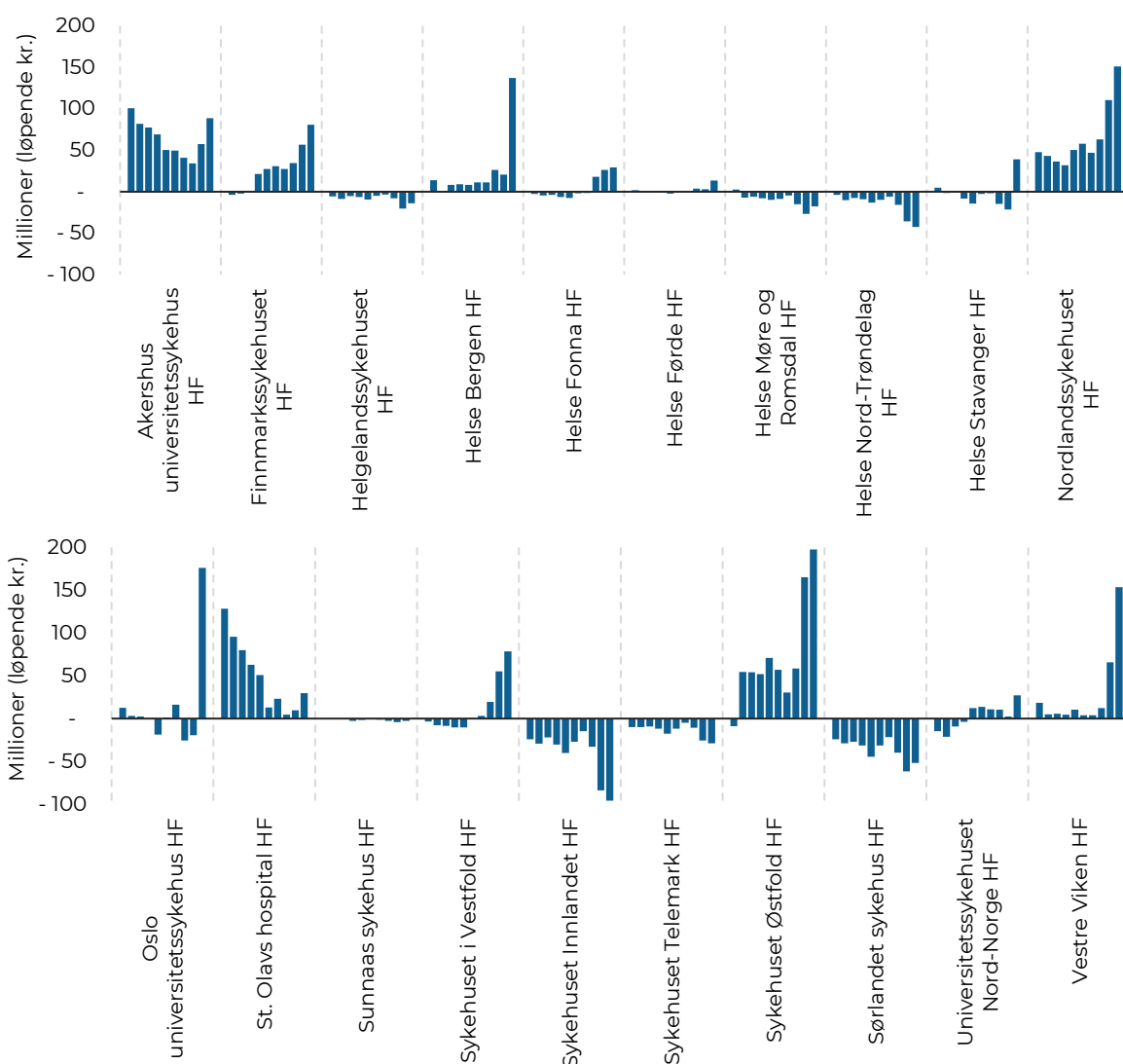
⁴ Se årsrapport Oslo universitetssykehus 2024, side 27.

Figur 2-13: Finanskostnader (HF) – løpende kroner (2015–2024)



Kilde: Figur utarbeidet av Oslo Economics, basert på regnskapstall hentet fra Oslo Economics sin database for nasjonal økonomisk aktivitet.

Figur 2-14: Netto finanskostnad (HF) – løpende kroner (2015–2024)



Kilde: Figur utarbeidet av Oslo Economics, basert på regnskapstall hentet fra Oslo Economics sin database for nasjonal økonomisk aktivitet. Netto finanskostnad beregnet som: sum finanskostnad - sum finansinntekt.

2.4 Utvikling i bemanning og lønn

Fra 2015 til 2024 har antall årsverk økt med om lag 11 000 (18 %) i somatiske tjenester og i underkant av 2000 (9 %) i psykisk helsevern og TSB. Økningen i prosent er størst for psykologer (42 %) og legespesialister (29 %). Fra 2015 til 2024 har den gjennomsnittlige lønnskostnaden per avtalte årsverk i somatisk spesialisthelsetjeneste økt med 33 prosent (Nord og Vest), 36 prosent (Sør-Øst) og 41 prosent (Midt) i nominelle verdier.

Som beskrevet over, bør økningen i bemanning tolkes i lys av det demografidrevne behovet, presentert i Vedlegg C. Videre bør økningen i bemanning tolkes opp mot økningen i aktivitet, der det, som beskrevet under, har vært en betydelig økning i produserte DRG-poeng.

2.4.1 Bemanning

Som beskrevet over, er lønn en sentral driver for driftskostnadene i helsetjenesten. I 2024 utgjorde lønnskostnaden 55 prosent av driftskostnadene, en økning i andel på 5 prosentpoeng fra 2015.

Lønnskostnader henger naturligvis sammen med antall årsverk innenfor de ulike tjenestoområdene. I det følgende viser vi derfor antall årsverk, innenfor ulike yrkesgrupper. Årsverk er definert som avtalte årsverk, og er gruppert på tilsvarende metode som i teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten.

Det er totalt fem grupper – sykepleiere, psykologer, leger, helsefagarbeidere og andre pleiemedarbeidere og annet helsepersonell. I teknisk beregningsutvalg inkluderes også kategori for ledere og andre yrkesgrupper. Årsverk for ledere og andre yrkesgrupper er ikke i grunnlagsdataene

fordelt på somatisk spesialisthelsetjeneste eller psykisk helsevern og TSB, og fordeles av TBU basert på tjenesteområdets andel av totalt antall årsverk. Dette er ikke gjort i følgende beskrivelse, og antall årsverk reflekterer direkte antall avtalte årsverk som rapportert for somatisk sektor og psykisk helsevern og TSB, altså behandlerårsverk.

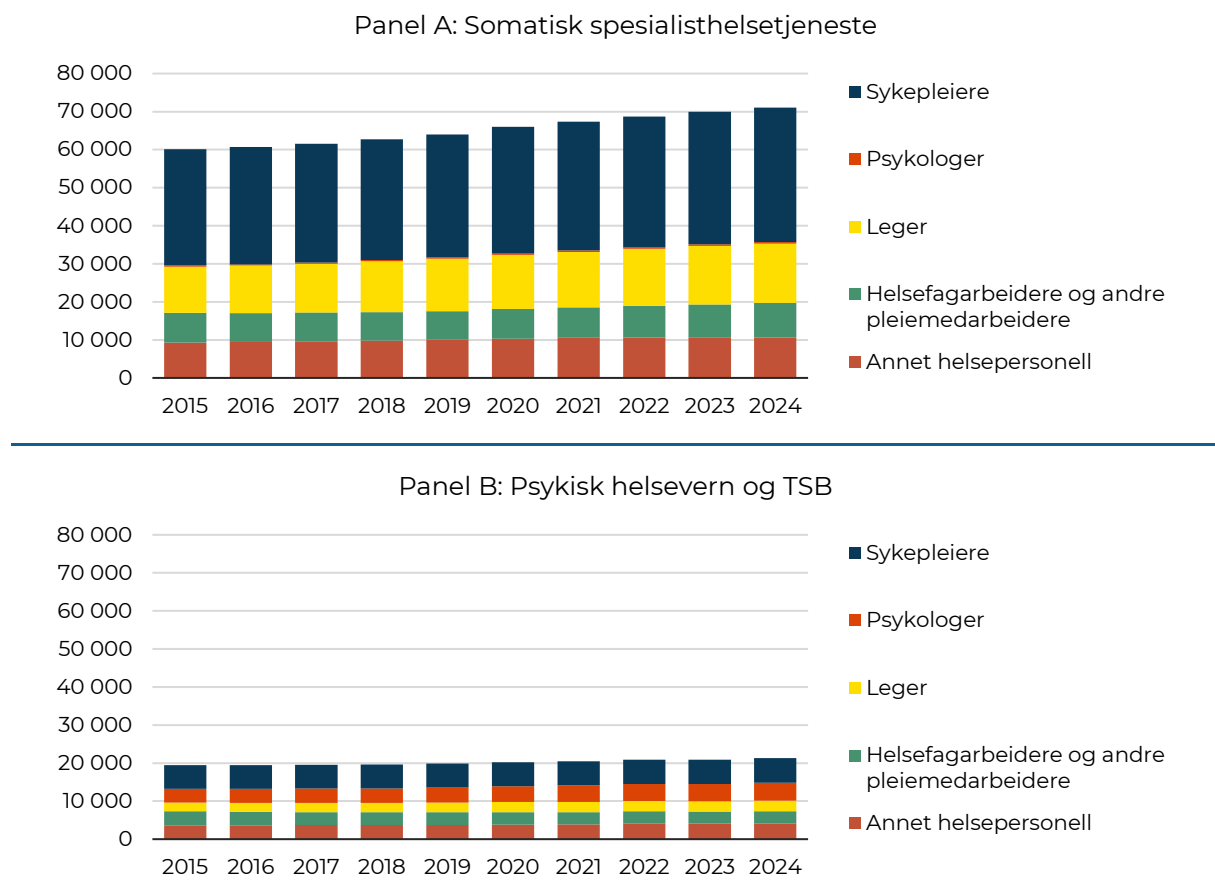
Figuren under viser antall avtalte årsverk i somatisk sektor og psykiske helsevern og TSB. Antallet årsverk i henholdsvis somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern og TSB har økt med 18 og 9 prosent totalt siden 2015. I absolutte tall innebærer dette en økning på henholdsvis omtrent 11 000 årsverk og i underkant av 2000 årsverk.

Økningen er heller ikke jevnt fordelt mellom ulike yrkesgrupper, men alle yrkesgruppene har vokst med over 10 prosent. Økningen er størst for psykologer (42 prosent økning), legespesialister (29

prosent økning) og helsefagarbeidere og andre pleiemedarbeidere (17 prosent). I absolutte tall er det sykepleiere som har vokst mest (omtrent 5000 årsverk), fulgt av leger (i overkant av 3000 årsverk). Veksten i absolutte tall er lavest for psykologer, hvor antallet har økt med omtrent 120 årsverk, men dette utgjør likevel en stor prosentmessig vekst.

Økningen er ikke identisk mellom de ulike regionene. Som det kommer frem fra Figur 2-16 er veksten i absolutte tall klart høyest i Sør-Øst. Dette er naturlig ettersom det også er den klart største helseregionen. Veksten i totalt antall årsverk er omtrentlig lik mellom regionene, på mellom 18 og 20 prosent mellom 2015 og 2024. Vekst i antall leger utgjør en viktig del av veksten i absolutte tall i samtlige regioner, men også vekst i sykepleiere utgjør en viktig del av veksten. Dette er yrker med et høyere lønnsnivå enn andre pleiemedarbeidere og helsefagarbeidere hvor veksten er lavere. Samlet vil dette presse lønnskostnadene opp.

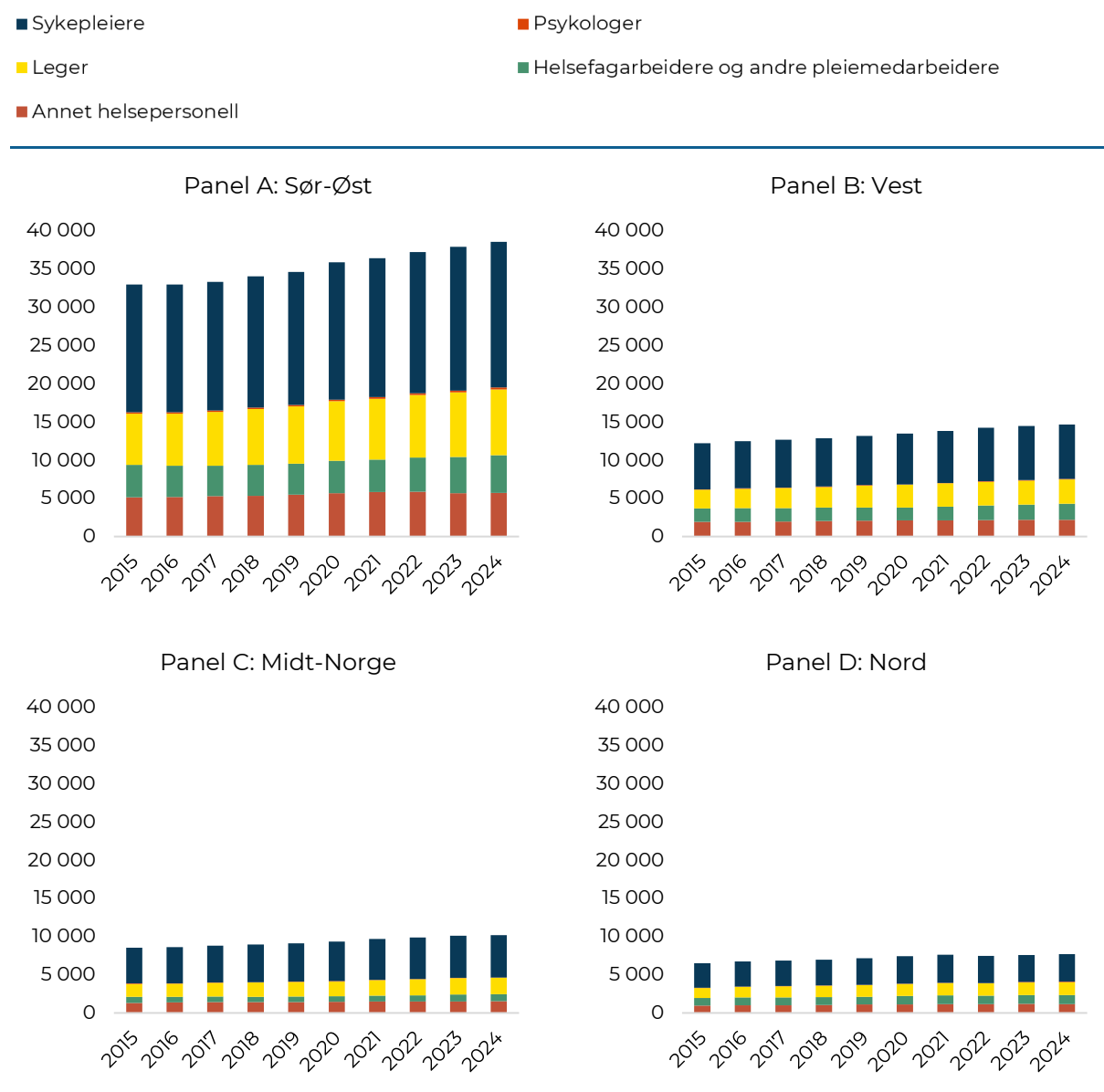
Figur 2-15: Antall avtalte årsverk i somatisk sektor og psykisk helsevern og TSB



Kilde: Data om årsverk hentet fra SSB-tabell 13953: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, etter yrke, statistikkvariabel, år region og tjenesteområde (2025).

Antall avtalte årsverk er definert som summen av avtalte årsverk i de regionale helseforetakene, og inkluderer ikke avtalte årsverk i private foretak.

Figur 2-16: Antall avtalte årsverk i somatisk sektor, fordelt på regioner



Kilde: Data om årsverk hentet fra SSB-tabell 13953: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, etter yrke, statistikkvariabel, år region og tjenesteområde (2025).

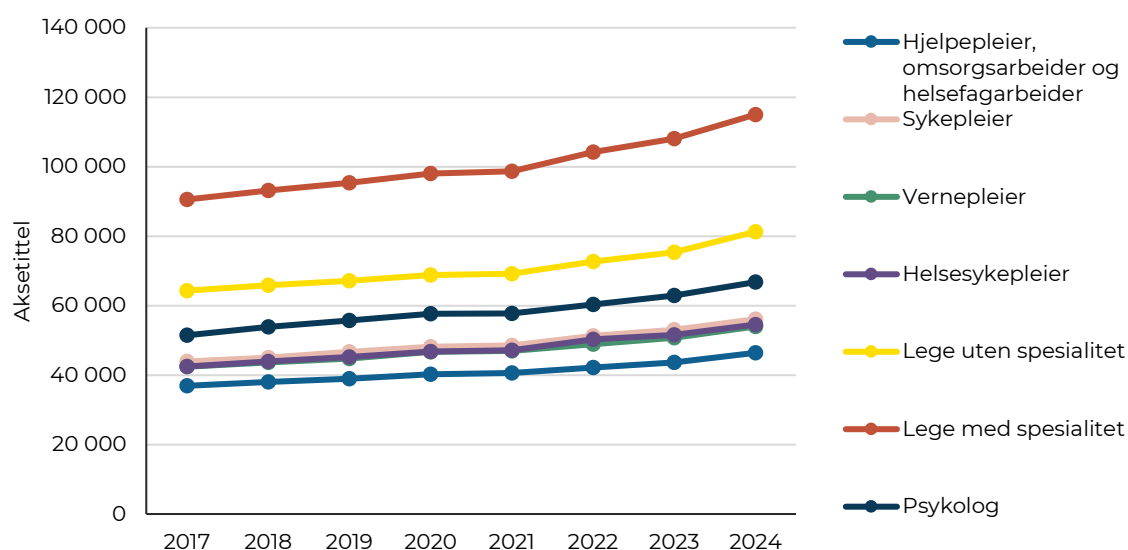
2.4.2 Utvikling i lønnsnivå for ulike typer årsverk

Det er betydelig forskjell i gjennomsnittlig månedslønn for ulike stillingskategorier. Leger med spesialisering tjener i gjennomsnitt betydelig mer enn de andre gruppene. Lønnsveksten på tvers av yrkene er relativt lik, med en sterkere økning i senere år i tråd med også høyere generell prisvekst. Som vist i Figur 2-15 har antallet leger økt, hvilket vil

innebære en høyere kostnadsøkning enn hvis antallet helsefagarbeidere og andre pleiemedarbeidere økte tilsvarende (fordi disse har lavere lønn, se Figur 2-17).

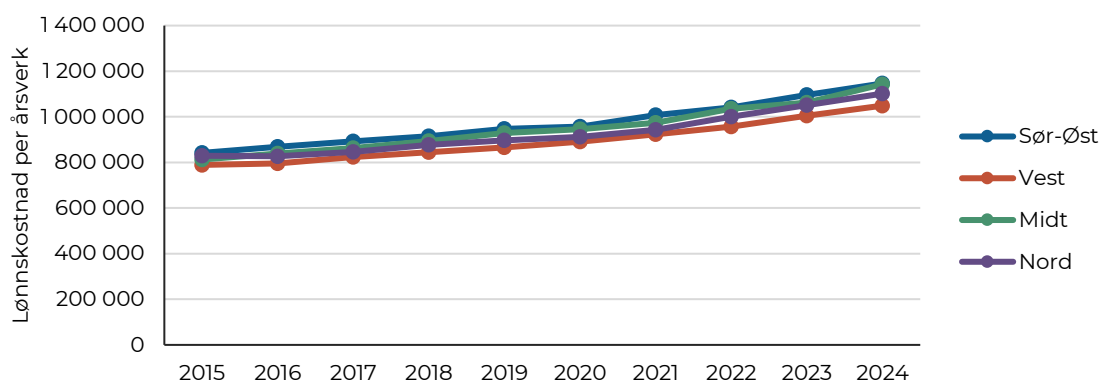
Figur 2-18 viser utviklingen i lønnskostnad per årsverk for de ulike regionene. Lønnskostnadene per årsverk har økt med 33 prosent (Nord og Vest), 36 prosent (Sør-Øst) og 41 prosent (Midt).

Figur 2-17: Gjennomsnittlig månedslønn for helse- og sosialpersonell



Kilde: Informasjon om gjennomsnittlig månedslønn hentet fra SSB-tabell 13848: Månedslønn for helse- og sosialpersonell (2026).

Figur 2-18: Utvikling i lønnskostnad (ekskl. pensjonskostnader) per årsverk i somatikken



Kilde: Data om årsverk hentet fra SSB-tabell 13953: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, etter yrke, statistikkvariabel, år region og tjenesteområde (2025). Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). Somatisk spesialisthelsetjeneste definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Somatisk behandling» og «Lab/røntgen».

2.5 Utvikling i aktivitet og produktivitet

I somatikk har både pasientkostnader og driftskostnader per DRG-poeng økt i perioden 2017-2024 og 2020-2024, i nominelle priser. I psykisk helsevern og TSB har det i samme periode vært vekst i både pasientkostnader og driftskostnader per pasient, kostnader per liggedøgn og kostnader per polikliniske kontakt.

2.5.1 Somatisk sektor

Antall kroner per DRG-poeng (nominelt) har økt betydelig i perioden, med et særlig hopp i 2020. Den gjennomsnittlige veksten i kostnad per DRG-poeng etter pandemien, altså mellom 2020-2024,

har i de fleste helseregioner vært noe høyere relativt til pasientkostnader, enn relativt til driftskostnader. Dette indikerer at det etter pandemien i større grad er vekst i pasientkostnader som driver kostnadene per DRG-poeng oppover, heller enn vekst i andre, ekskluderte kostnadskomponenter. Dette gjelder ikke for Helse Sør-Øst, hvor det er høyere gjennomsnittlige økning i driftskostnader per DRG-poeng, enn i pasientkostnader per DRG-poeng.

Det er Helse Nord som har høyest kostnad per DRG-poeng, men det er i Helse Midt-Norge at de akkumulerte kostnadene per DRG poeng (både sett i lys av pasientkostnader og driftskostnader) stiger mest. For de øvrige regionene er det noe forskjell mellom akkumulert vekst i pasientkostnader per DRG-poeng og akkumulert vekst i driftskostnader

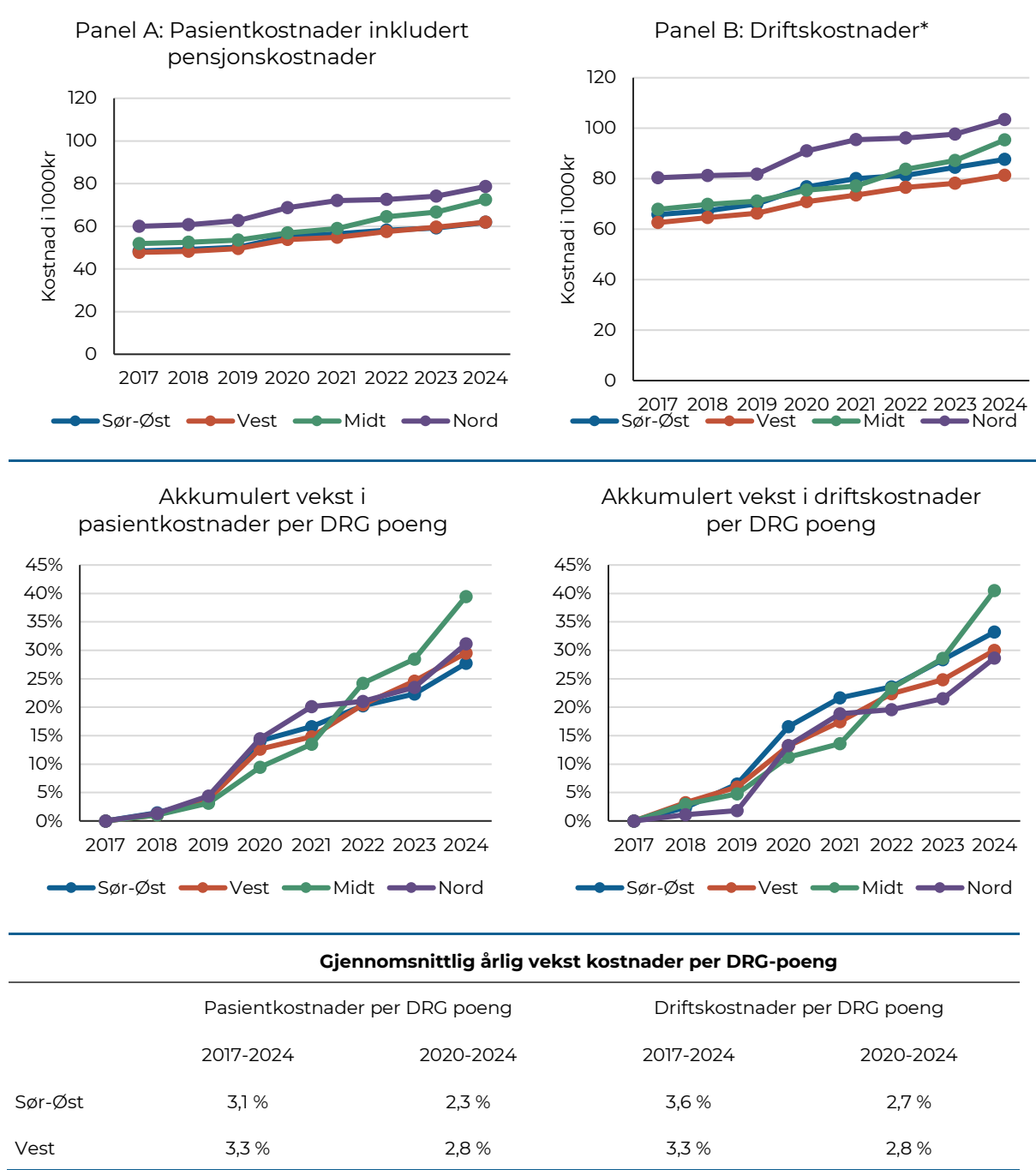
per DRG-poeng. Helse Nord har nest høyest vekst i pasientkostnader per DRG-poeng (dog nesten 10 prosentpoeng lavere enn Helse Midt-Norge), men har lavest vekst i driftskostnader per DRG-poeng.

På helseforetaksnivå er pasientkostnadene per DRG-poeng stort sett ganske like innad i regionene. Det er enkelte helseforetak som skiller seg ut. Sunnaas sykehus HF og til en viss grad OUS har betydelig høyere kostnad per DRG-poeng, enn de øvrige helseforetakene. I Nord skiller

Finnmarkssykehuset seg ut, med betydelig høyere pasientkostnader per DRG-poeng.

Figur 2-19 viser kostnadene ekskludert kostnader til kjøp av pasientbehandling, kostnader til salg og utleie, kostnader til utskrivningsklare pasienter, kostnader til forskning, medikamentkostnader til H-resepter og annen ekstern virksomhet. I panel B er derimot alle driftskostnader inkludert. Figuren anvender samme kostnadsgrunnlag som produktivitetsdataen i Samdata. Dette samsvarer ikke nøyaktig med regnskapsdata fra SSB.

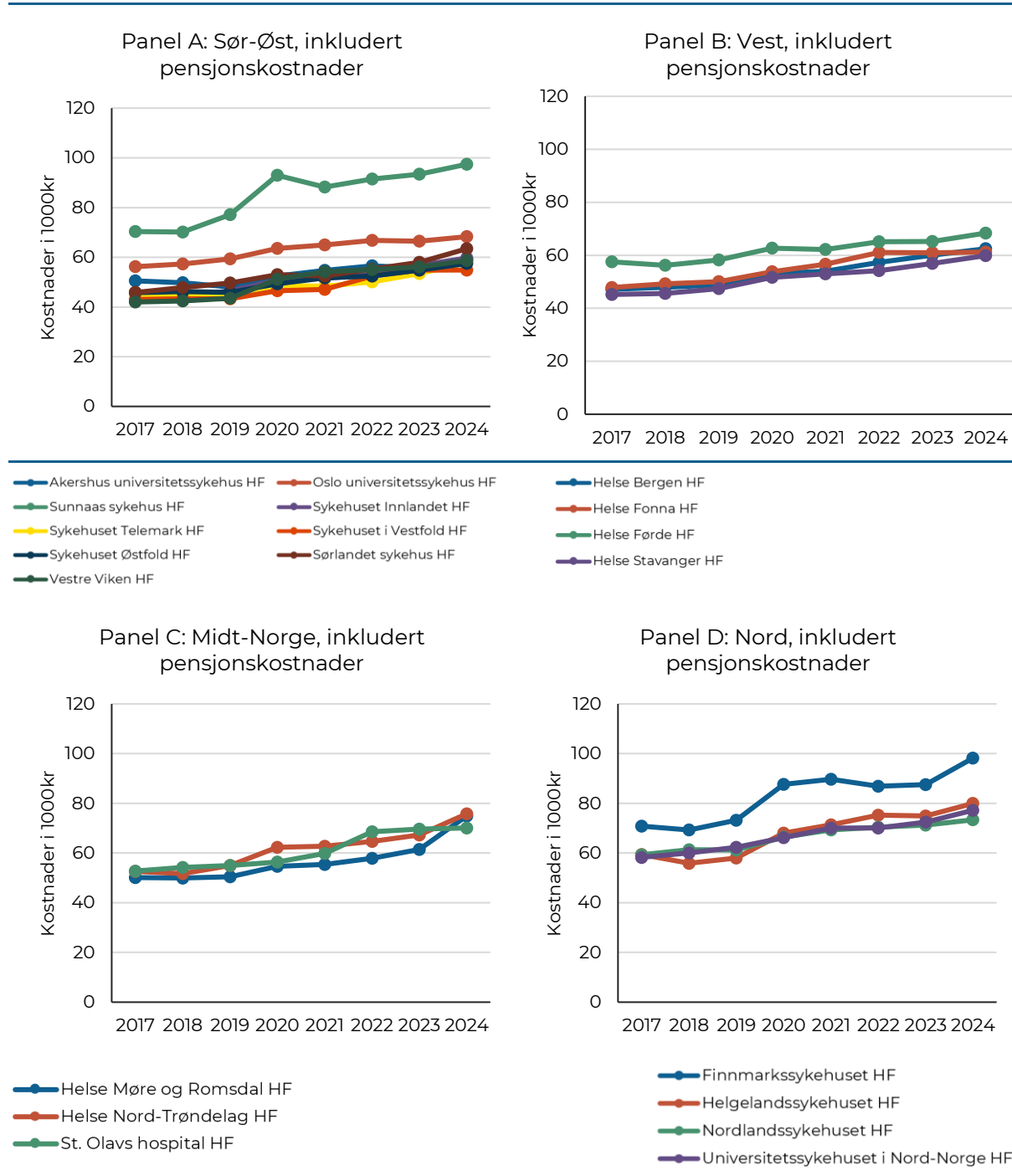
Figur 2-19: Kostnader per DRG-poeng i 1000 kroner (nominelle kroner)



Midt	4,2 %	5,0 %	4,3 %	4,8 %
Nord	3,4 %	2,8 %	3,2 %	2,6 %

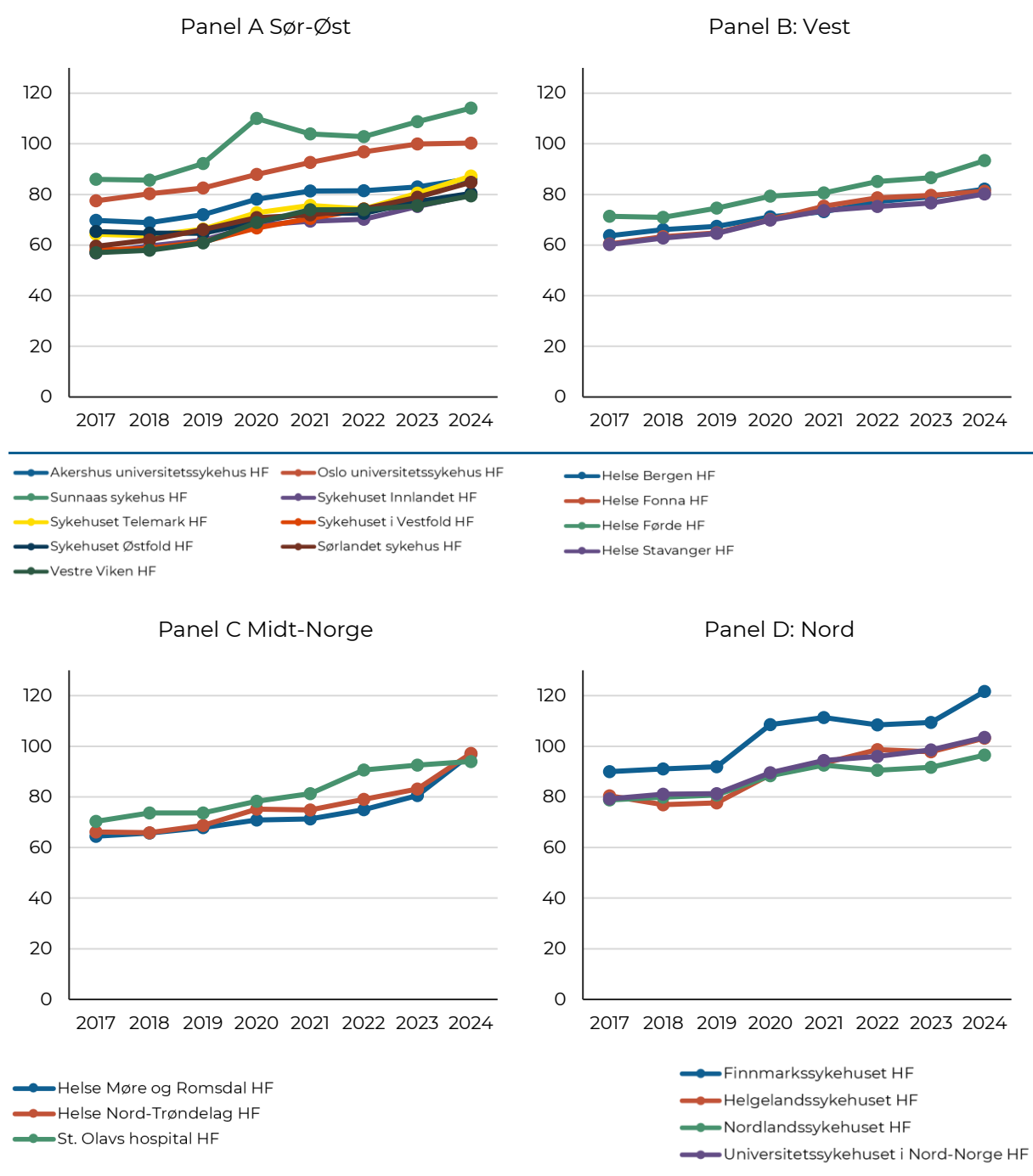
Kilde: Data hentet fra Helsedirektoratet (2024) og bygger på data om DRG-poeng og hhv pasientkostnader inkludert pensjonskostnader og totale driftskostnader. Figuren anvender samme kostnadsgrunnlag som i Samdata for å estimere kostnader per DRG-poeng.

Figur 2-20: Pasientkostnader per DRG-poeng i 1000-kroner, nominelle kroner



Kilde: Data hentet fra Helsedirektoratet (2024) og bygger på data om DRG-poeng og pasientkostnader inkludert pensjonskostnader. Figuren anvender samme kostnadsgrunnlag som i Samdata for å estimere kostnader per DRG-poeng.

Figur 2-21: Driftskostnader per DRG-poeng, nominelle kroner



Kilde: Data hentet fra Helsedirektoratet (2024) og bygger på data om DRG-poeng og totale driftskostnader. Figuren anvender samme kostnadsgrunnlag som i Samdata for å estimere kostnader per DRG-poeng.

2.5.2 Psykisk helsevern og TSB

I det følgende viser vi utvikling i kostnader (både pasientkostnader og totale driftskostnader) per pasient for psykisk helsevern og TSB. Ettersom det ikke finnes noe helhetlig aktivitetsmål for psykisk helsevern og TSB, legger vi i det følgende frem ulike beregninger. Blant annet undersøker vi kostnad per liggedøgn, og kostnad per polikliniske pasient. Samlet gir dette en viss innsikt i utviklingen i aktivitet og produktivitet.

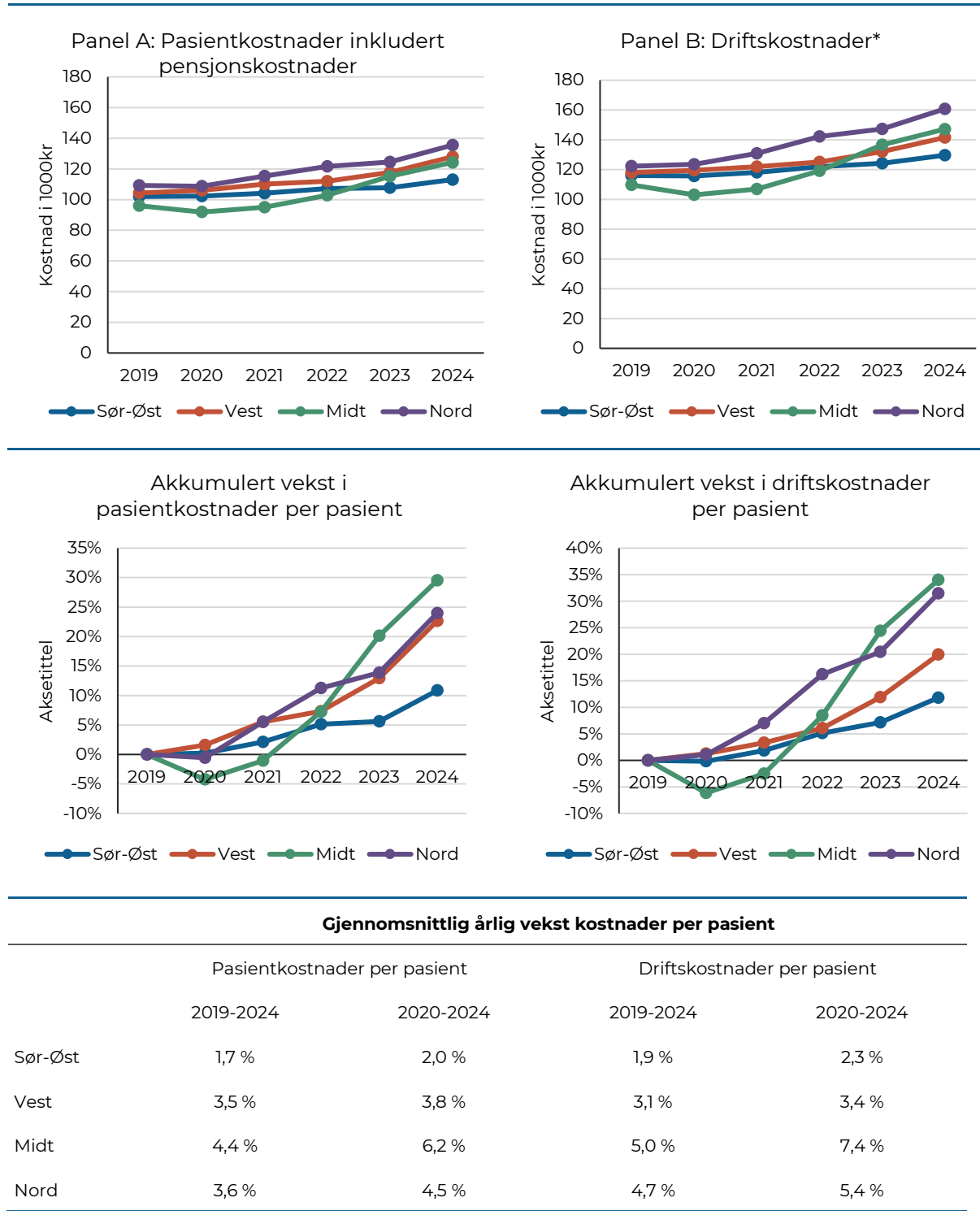
Tilsvarende som for somatisk spesialisthelsetjeneste, hvor målet var kostnad per DRG-poeng, viser figuren under at kostnadene per pasient, både sett i lys av pasientkostnader og totale driftskostnader, er høyere i Helse Nord sammenlignet med øvrige regioner. Forskjellen er mindre relativt til pasientkostnader enn totale driftskostnader. Det er også lignende tendens i akkumulert kostnadsvekst for henholdsvis somatikk og psykisk helsevern/TSB, hvor Helse Midt-Norge

utviser den skarpeste veksten i både akkumulert vekst i pasientkostnader per pasient, og akkumulert vekst i driftskostnader per pasient. For alle regionene ser det ut til å ha vært en skarp vekst i pasientkostnader per pasient, særlig fra 2023 til 2024.

For kostnader per liggedøgn finner vi relativt likt nivå på tvers av regionene (se Figur 2-23).

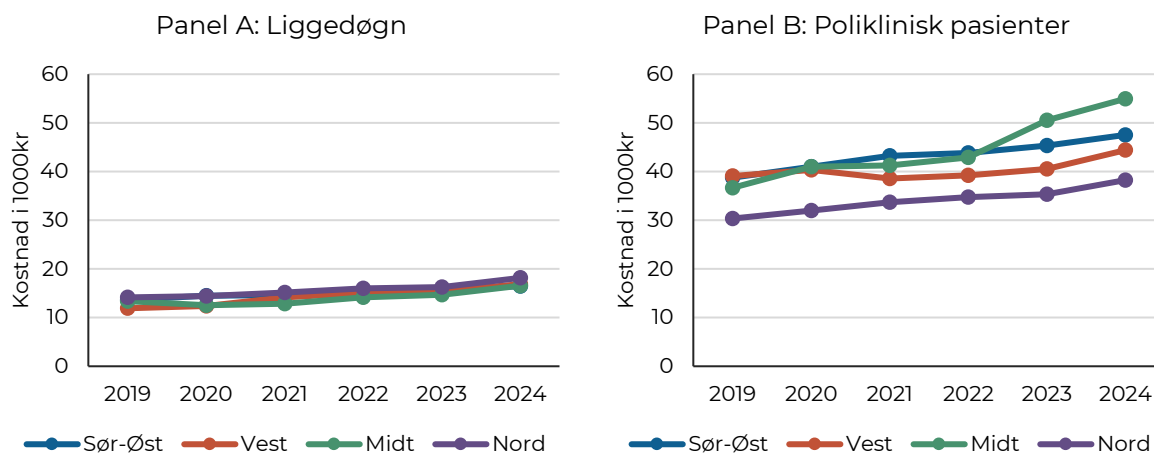
Kostnadene stiger svakt i absolutte verdier, men har en gjennomsnittlig økning på mellom 3,2 (Sør-Øst) og 5,9 prosent (Vest). Det er Helse Nord som har lavest polikliniske kostnader per polikliniske pasient. Dette er igjen i motsetning til analyser fra somatisk spesialisthelsetjeneste, hvor Helse Nord gjennomgående hadde høyere kostnader per DRG-poeng.

Figur 2-22: Kostnader per pasient i 1000 kroner, nominelle kroner



Kilde: Data hentet fra Helsedirektoratet (2024) og bygger på data om DRG-poeng, pasientkostnader og totale driftskostnader som definert i Samdata. Figuren anvender samme kostnadsgrunnlag som i Samdata for å estimere kostnader per DRG-poeng.

Figur 2-23: Gjennomsnittlige kostnader til hhv døgnpasienter og polikliniske pasienter, nominelle verdier



Gjennomsnittlig årlig vekst i kostnader per liggedøgn/polikliniske pasienter

	Gjennomsnittlige kostnader til døgnpasienter per liggedøgn		Gjennomsnittlige kostnader til polikliniske pasienter per pasient	
	2019-2024	2020-2024	2019-2024	2020-2024
Sør-Øst	3,2 %	2,6 %	3,5 %	3,0 %
Vest	5,9 %	6,4 %	2,2 %	1,9 %
Midt	3,6 %	5,7 %	7,0 %	6,0 %
Nord	4,2 %	4,7 %	3,9 %	3,6 %

Kilde: Data hentet fra Helsedirektoratet (2024) og bygger på data om DRG-poeng, pasientkostnader og totale driftskostnader som definert i Samdata. Figuren anvender samme kostnadsgrunnlag som i Samdata for å estimere kostnader per DRG-poeng.

Merknad: Kostnadsmålet i Panel A er kostnader til pasientbehandling i døgnavdelinger. Kostnadsmålet i Panel B er kostnader til pasientbehandling i poliklinikker. Liggedøgn inkluderer overliggerdøgn.

3. Årsaker og drivere av kostnadsutvikling

Overordnet rapporteres det om betydelig prisvekst for både personell og andre varer og tjenester. Særlig kostnader ved personell bidrar til den samlede kostnadsøkningen i spesialisthelsetjenesten. Lønnskostnadene, som utgjør nærmere 60 prosent av totalen, har økt både som følge av flere årsverk, endret bemannings-sammensetning og høyere kostnad per årsverk. Dette er ifølge intervjuer hovedgrunnen til at produktiviteten har gått ned. Andre større drivere har vært økte investeringer, at sykehusene oftere er i høy beredskap og politiske føringer.

Helt generelt vil rent ekstern og bakenforliggende makroøkonomisk utvikling påvirke hvor mye penger befolkningen bruker på helsetjenester. Med høyere velferd i et land, øker også muligheten for å bruke større deler av inntektene på helse og dermed styrke kvaliteten i tjenestene. Over tid vil medisinsk inflasjon og økte kvalitetskrav og forventninger i befolkningen kunne være en kostnadsdriver. Dette vil være generelle

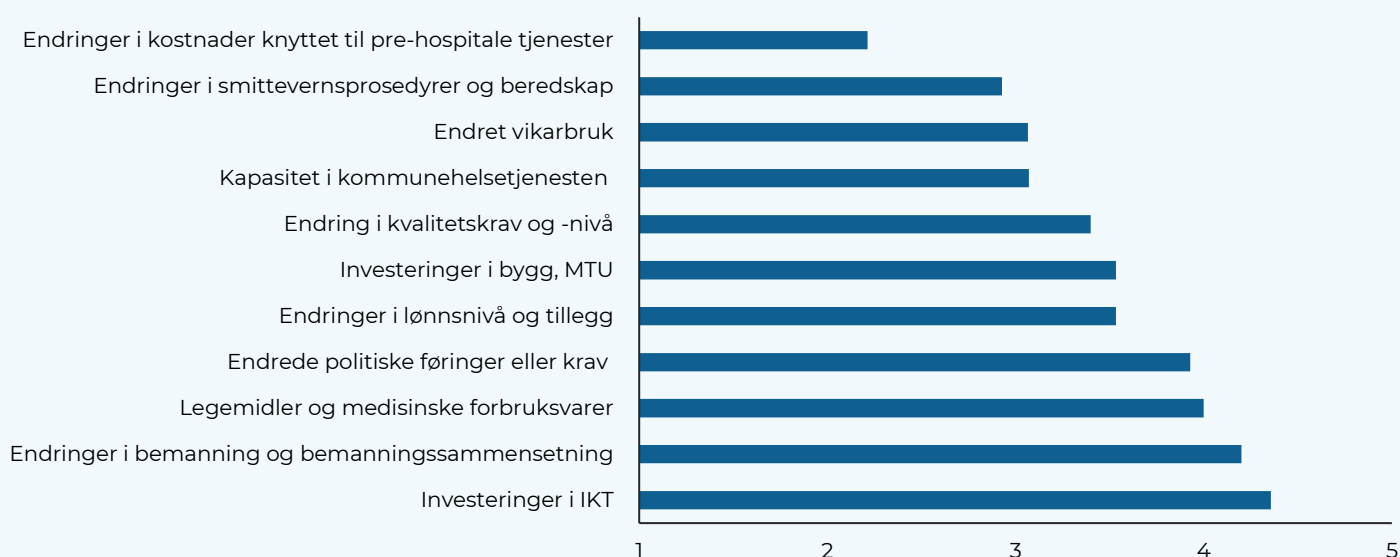
utviklingstrekk som sykehusene i liten grad har kontroll over.

I intervju fremkommer det også andre kostnadsdrivere som det er utfordrende for helseforetakene å kontrollere. Det har vært betydelig prisvekst både for personell og for andre varer og tjenester, med blant annet reallønnsvekst til tross for urolige tider. Andre innsatsfaktorer som byggevarer, medisinsk-teknisk utstyr, og legemidler har også generelt økt i pris, og er både påvirket av internasjonal etterspørsel og en svekket norsk valuta i perioden. I senere tid har også forskjell mellom pensjonspremier og pensjonskostnader bidratt til å øke finanskostnadene.

Imidlertid er det også flere kostnadsdrivere som helsesektoren selv har muligheten til å styre enten politisk eller i forvaltningen – som har stor betydning.

I en spørreundersøkelse distribuert til økonomi- og fagdirektører i RHF og HF-er ble direktørene bedt om å ta stilling til hvilke forhold som i hovedsak hadde drevet den generelle kostnadsutviklingen i somatisk sektor (Figur 3-1). I gjennomsnitt er det investeringer i IKT og endringer i bemanningsnivå og -sammensetning som trekkes frem. Kostnader til pre-hospitale tjenester blir i minst grad trukket frem, hvor helseforetakene i liten grad opplever at

Figur 3-1: Innenfor ditt helseforetak, i hvilken grad har følgende forhold drevet den generelle kostnadsutviklingen i somatisk sektor etter pandemien?



Kilde: Oslo Economics sin spørreundersøkelse til økonomi- og fagdirektører i RHF og HF-er.

Merknad: N=15. Respondentene ble bedt om å vurdere i hvilken grad følgende forhold hadde drevet den generelle kostnadsutviklingen i somatisk sektor etter pandemien fra ikke i det hele tatt (1) til i svært stor grad (5).

dette er en driver til den generelle kostnadsutviklingen.⁶

Årsaker og drivere av kostnadsutvikling, belyst basert på informasjon fra spørreundersøkelser, intervjuer og gjennomgang av dokumentasjon er beskrevet mer i det følgende – under henholdsvis:

- Økning i bemanning og lønnskostnader
- Politiske føringer og beredskap
- Investeringer i bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT
- Kapasitet i kommunehelsetjenesten
- Andre drivere

3.1 Økning i bemanning og lønnskostnader

Betydning av lønn på samlet kostnadsutvikling

Ettersom bemanning er en så viktig kostnadsdriver og lønn utgjør en så stor andel av samlet ressursbruk i tjenesten, vil økninger i disse kostnadene ha relativt stor betydning. Med samlede lønnskostnader i tjenesten på mer enn 100 milliarder kroner, vil hver prosentvis økning i bemanning medføre en milliardøkning i budsjettene. Videre, ettersom lønnskostnadene utgjør nesten 60 prosent av totalkostnaden, vil også samlet kostnad være særlig sensitiv for økt bemanning (1 prosent økning i lønnskostnad øker totalkostnaden med 0,6 prosent). Tiltak, politiske føringer eller endret praksis som driver opp bemanningen, vil derfor ha relativt større betydning for totalen enn andre kostnader.

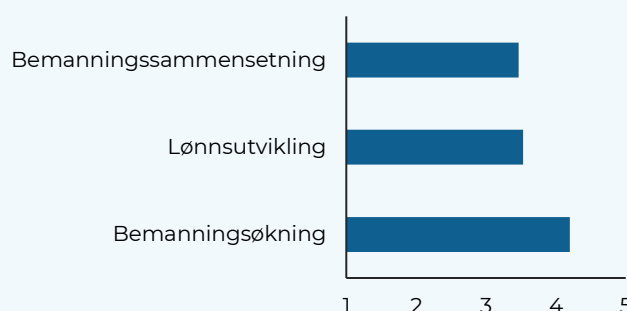
Økningen i lønnskostnader i tjenesten har vært drevet av særlig tre forhold, som vil beskrives nærmere i det følgende:

- Økning i bemanning (antall årsverk)
- Vridning i bemanning mot større andel spesialiserte (og mer kostbare) årsverk
- Økning i lønns-/personalkostnad per årsverk

Av helseforetakene som har svart på spørreundersøkelsen trekkes bemanningsøkning frem som en noe større årsak til endringer i lønnskostnad, men både lønnsutvikling og bemanningssammensetning trekkes også frem som viktige drivere (Figur 3-2).

Bemanningsammensetning og lønnsutvikling er vurdert mellom i noen grad og i stor grad å utgjøre

Figur 3-2: I hvilken grad er følgende viktige drivere av endringene i lønnskostnadene i ditt helseforetak?



Kilde: Oslo Economics sin spørreundersøkelse til økonomi- og fagdirektører i RHF og HF-er.
Merknad: N=15. Respondentene ble bedt om å vurdere i hvilken grad følgende forhold hadde drevet endringene i lønnskostnader i helseforetaket fra Ikke i det hele tatt (1) til I svært stor grad (5).

viktige drivere, mens bemanningsøkning er vurdert mer enn i stor grad.

Økning i bemanning

Som vist over, har antall årsverk i tjenesten økt betydelig, som igjen har gitt en vekst i lønnskostnadene. Denne utviklingen har pågått i lang tid, men økningen har vært særlig sterk etter pandemien. Samlet har ikke sykehusene kommet tilbake til nivåene fra 2019, selv om enkelte helseforetak har evnet å bremse utviklingen. I spørreundersøkelsen til økonomi- og fagdirektører i helseforetak trekker 87 prosent frem endringer i bemanning og bemanningssammensetning som et forhold som i stor eller svært stor grad har drevet den generelle kostnadsutviklingen.

I intervjuer trekker helseforetakene frem at bemanningsnivået generelt har økt mer enn aktivitet. Det pekes på at et høyere bemanningsnivå ble normalisert under pandemien og at det er utfordrende å ta dette ned igjen.

Behovet for økt bemanning har også blitt drevet av nye vaktordninger og økt spesialisering. Med mer spesialisering må det være relativt flere leger på vakt for å ha tilstrekkelig kapasitet. Det trengs flere vaktledere, og pasientene forventer å få behandling fra en spesialist. Dette har både medført at flere er på jobb – og at sammensetningen av ansatte er endret slik at kostnaden per årsverk har økt, se under. I tillegg har noen helseforetak med nye bygg

⁶ I tolkningen av Figur 3-1 kan det merkes at de ulike driverne ikke nødvendigvis er uavhengige hverandre. Endrede kvalitetskrav vil for eksempel være direkte relatert

til endringer i bemanning og bemanningssammensetning, samt muligens behov for investeringer i IKT.

gått fra firesengsrom til ensengsrom, som gjør at behandlingen blir mer bemanningsintensiv.

En annen viktig driver knyttet til bemanning er økt sykefravær. Enkelte peker på at terskelen for å være hjemme ved sykdom, for eksempel ved forkjølelse, feber eller hoste, kan være noe lavere enn før pandemien. Flere foretak har analysert økonomiske konsekvenser av sykefraværet og peker på et trendskifte i utviklingen i henholdsvis netto og brutto månedsverk.

Endret bemanningssammensetning

I tillegg til økningen i total bemanning, har det vært en endring i sammensetningen, der en større andel nå er leger og spesialsykepleiere, som har relativt høyere lønn, se Figur 2-15 og Figur 2-16. At en større andel ansatte har høyere lønn, presser de samlede lønnskostnadene opp.

Ifølge informantene har denne utviklingen delvis blitt drevet av at det er en overgang fra døgn- til dag-/poliklinikk, som gir en endret kompetansemiks. Dette gir behov for både flere leger og psykologer og gjør behandlingsaktiviteten mer spesialistintensiv. Videre har økt spesialiseringsgrad i legeutdanningen bidratt til at en trenger større vaktlag – som igjen gjør at en større andel av de ansatte er leger som også har høyere lønn.

Økt spesialisering er særlig krevende for mindre sykehus, som vil kunne få relativt svekket produktivitet ettersom flere leger må være på jobb uten at aktiviteten nødvendigvis går opp. Videre kan det være krevende å rekruttere spesialister på alle områder. Noen peker på behovet for å rekruttere leger med dobbelspesialisering for å kunne oppnå tilstrekkelig dekning, som illustrerer at situasjonen er krevende.

Økning i lønns-/personalkostnad per årsverk

Flere endringer i senere år har også økt kostnaden per arbeidstime. Som vist i delkapittel 2.4 har lønnsveksten blant årsverkene vært betydelig. Dette påvirker totalkostnaden fordi lønn har en særlig stor kostnadsandel i tjenesten. Endringer i lønnsnivå og tillegg trekkes av i underkant av 50 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen frem som en faktor som i stor eller svært stor grad

har drevet den generelle kostnadsutviklingen i somatisk sektor.

Videre har det ifølge informantene vært en økning i omfanget av ekstraordinær lønn og tilleggssatser. Eksisterende ansatte får høyere lønnsatser ved å jobbe ekstra (f.eks. ifm. ventetidsløftet, se under). Dette gjelder både sykepleiere og leger.

Mange steder var det også etter pandemien økninger i vikarbruk og innleie, som er en betydelig driver av kostnader ved personell. Mer nylig har imidlertid bruken av innleie blitt systematisk redusert i flere foretak, som har gitt kostnadsreduksjoner. Tiltak for å redusere vikarbruk og innleie har vært trukket frem som et viktig virkemiddel i helseforetakene som har bremsset kostnadsveksten, både i Norge og i Norden for øvrig, se casebeskrivelsene i kapittel 4.

En indirekte, men betydelig kostnad per årsverk er knyttet til de ansattes pensjonsordninger. De regnskapsmessige pensjonskostnadene har økt i perioden 2020-2024, og disse drives av en lang rekke forhold som i all hovedsak er utenfor helseforetakenes kontroll. En annen vesentlig, enda mer indirekte effekt knyttet til pensjonsordningene, er at forskjeller mellom pensjonspremier (som faktisk betales) og pensjonskostnader (som er en regnskapsmessig kostnad) gir helseforetakene et økt behov for likviditet, som finansieres med kassekreditt. Dette har vært med på å drive økningen i rentekostnader, vist i kapittel 2.⁷

3.2 Politiske føringer og beredskap

Flere politiske føringer har ifølge informantene i senere år medført kostnadsøkninger. Dette kommer også tydelig frem fra spørreundersøkelsen hvor 78 prosent av informantene oppgir at endrede politiske føringer i stor eller svært stor grad har drevet den generelle kostnadsutviklingen i somatisk sektor etter pandemien. Helseforetakene peker på at slike endringer medfører merkostnader fordi det hindrer langsiktig planlegging og gir mindre forutsigbarhet. Særlig trekkes følgende faktorer frem:

- Ventetidsløftet
- Nytt journalsystem⁸

utgangspunkt i rentesats 1. halvår 2026 på 4,38 prosent tilsier en slik driftskreditt årlige rentekostnader for de fire regionale helseforetakene på 1 025 millioner kroner. For årene 2023-2025 har de fire regionale helseforetakene til sammen hatt renteutgifter fra driftskreditt på 2 800 millioner kroner.»

⁸ Helseforetakene i Midt-Norge har anskaffet en ny digital pasientjournal og samhandlingsløsning kalt «Helseplattformen».

⁷ Helse Sør-Øst har beskrevet følgende i et høringsinnspill (Høring forslag til forskrift om regnskapsføring av pensjonsforhold i helseforetak og regionale helseforetak): «Siste oppdaterte beregninger for 2026 viser anslåtte pensjonskostnader på 10 750 millioner kroner nasjonalt, mens betalbar premie inkludert tillatt bruk av premiefond anslås til 18 763 millioner kroner. Dette tilsier at de fire regionale helseforetakene må få økt sine driftskredittrammer med 8 013 millioner kroner i 2026, fra 15 386 millioner kroner til 23 399 millioner kroner. Med

- Nye retningslinjer ifm. pandemien
- Økt beredskap

Ventetidsløftet

I spørreundersøkelsen peker omtrent 55 prosent av respondentene på at endrede krav og ambisjoner til ventetid har påvirket kostnadene i helseforetaket (Figur 3-3). Informantene trekker frem at ventetidsløftet krevde økt forbruk på kveldspoliklinikk og kjøp fra private for å midlertidig øke kapasiteten, men at dette til en viss grad ble dekt med økt tilskudd.

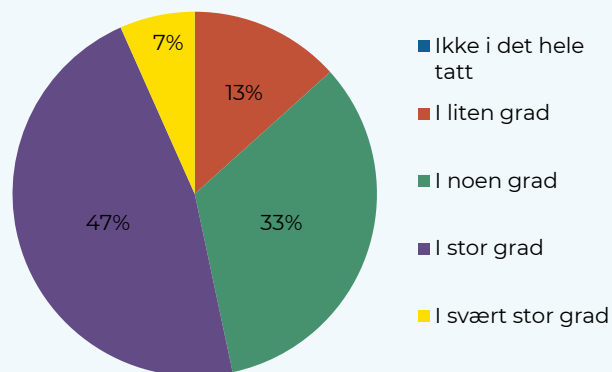
Videre fremkommer det fra både intervju og spørreundersøkelse at utfordringene har oppstått i ettertid, ved at høyere forventninger til lønn, i kombinasjon med høy etterspørsel av personell, gjør det mer utfordrende å få tilstrekkelig bemanning innenfor eksisterende budsjett. Helt generelt pekes det på at ekstraordinære innsatser gir lønnsvekst og økt overtidskompensasjon som det er vanskelige å gå tilbake på i etterkant.

Helse Sør-Øst beregnet for eksempel at det per desember 2025 hadde påløpt 576 millioner kroner som følge av arbeidet med ventetidsløftet (Virksomhetsrapport, HSØ, des 2025).

Nytt journalsystem

Helseforetakene i Midt-Norge har anskaffet et nytt journalsystem som har vært en betydelig driver av merkostnader på kort sikt. Ifølge informantene har innføringen av det nye journalsystemet ført til økte kostnader både som et resultat av redusert effektivitet, ved at det er behov for opplæring av ansatte og at drift er mindre effektiv, samt at det påløper kostnader til utvikling, justering og forbedring. Ifølge informantene observeres det antydninger til gode resultater, men

Figur 3-3: I hvilken grad har kostnadene ved ditt helseforetak blitt påvirket av nye krav og ambisjoner knyttet til ventetid?



Kilde: Oslo Economics sin spørreundersøkelse til økonomi- og fagdirektører i RHF og HF-er.
Merknad: N=15.

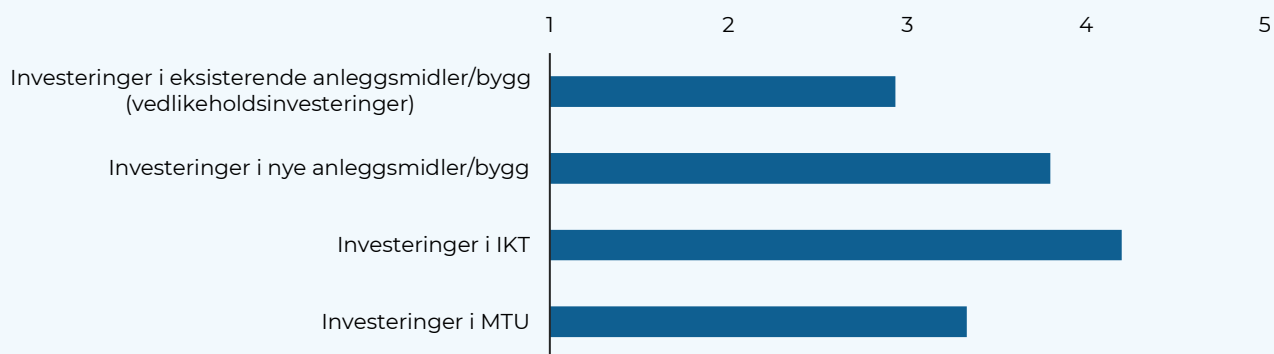
gevinstrealiseringen vil ta tid og etableringskostnadene har vært høye.

Enkelte foretak peker på at innføring og fortsatt utvikling av det nye journalsystemet har medført vesentlige merkostnader og at dette har tatt mye kapasitet og redusert tempoet i nødvendig omstillingsarbeid. Videre har innføringen gitt høyere personellforbruk og høyere forventning om lønn (på samme måte som ventetidsløftet og pandemien).

Retningslinjer ifm. pandemien

Pandemien medførte også mer bruk av smittevernsutstyr og oftere isolering av pasienter,

Figur 3-4: I hvilken grad har følgende bidratt til utviklingen i investeringer (og avskrivninger)?



Kilde: Oslo Economics sin spørreundersøkelse til økonomi- og fagdirektører i RHF og HF-er.

Merknad: N=15. Respondentene ble bedt om å vurdere i hvilken grad følgende har bidratt til utviklingen i investeringer (og avskrivninger) fra Ikke i det hele tatt (1) til I svært stor grad (5).

som presser kostnader opp. De endrede smittevernsrutinene har gitt økt behov for både bemanning og areal, som øker kostnaden per pasient. Pandemien har ifølge informantene vært en av flere drivere som har gitt en økning i lønnsforventninger. I spørreundersøkelsen er dette vurdert å «i noen grad» drive samlede kostnader.

Økt beredskap

En betydelig kostnadsdriver, delvis også drevet av politiske føringer og rammebetingelser, er økt beredskap. Informantene peker på at terskelen for å være «i beredskap» har blitt lavere. Videre pekes det på at kostnader ved beredskap trolig vil øke fremover. Behovet for økt beredskap, som gjør at mer personell er på jobb samtidig uten at det blir mer behandlinger, øker kostnaden per behandling. Dette trenger imidlertid ikke å indikere svekket produktivitet dersom det reduserer risiko (gir mindre negative konsekvenser i dårlige scenarioer). Uansett gir det en kostnadsøkning som er utenfor helseforetakenes kontroll. Som vist over, vurderes både beredskap og smittevernsrutiner å i noen grad å ha drevet samlede kostnader.

3.3 Investeringer i medisinsk-teknisk utstyr, bygg og IKT

Flere helseforetak har foretatt store investeringer i nye bygg og andre anleggsmidler de seneste årene. Dette har gitt en sterk økning i investeringer, som følgelig har medført økte avskrivninger og kapitalkostnader. Fordi større deler av investeringene er gjeldsfinansiert, har rentekostnadene økt i perioden, vist i kapittel 2.⁹ Helseforetakene som har besvart spørreundersøkelsen trekker særlig frem investeringer i IKT som en viktig årsak til utviklingen. Videre pekere flere helseforetak på nødvendige investeringer i nye anleggsmidler og bygg.

Det er sterk variasjon på tvers av sykehusene i hvor mye som er investert i senere år og følgelig hvor stor andel av samlede kostnader som knytter seg til kapital. Det er også forskjeller på tvers i andelen nyinvesteringer og reinvesteringer. Det er derfor også variasjon i hvilken grad en har mulighet til å oppnå effektiviseringsgevinster som følge av investeringene og å ta i bruk bedre egnede bygg.

Noen helseforetak peker på at det brukes for mye på drift relativt til investeringer, mens andre har motsatt oppfatning. Variasjonen gjør at det ikke er et entydig bilde av hvilken betydning kapital og investeringer har som kostnadsdriver. Det er likevel

en generell oppfatning at tekniske krav ved bygg har blitt strengere over tid, som øker investeringsbehovet.

For medisinsk-teknisk utstyr er det en oppfatning om at det har vært sterk prisvekst, som har drevet den samlede kostnadsøkningen. Det er også vurdert at det er betydelige etterslep i slike investeringer, som kan tyde på at det blir større investeringsbehov fremover.

Innen IKT har det vært betydelige satsinger, som har medført store investeringer. Dette er blant annet beskrevet nærmere om «nytt journalsystem» over. Som vist i Figur 3-1 er investeringer i IKT det forholdet som er vurdert å ha drevet den generelle kostnadsutviklingen i størst grad.

Ifølge noen har ressursbruk på IKT og digitalisering foreløpig gitt kvalitetsforbedring, ikke kostnadseffektivisering. Det kan forventes at gevinstrealisering på kostnadssiden vil kunne skje fremover.

3.4 Kapasitet i kommunehelsetjenesten

En velfungerende kommunehelsetjeneste trekkes frem som flere som svært viktig for å kunne holde kostnadene ved sykehusene nede. For eksempel vil lavere fastlegedekning eller for lite ressurser i primærhelsetjenesten gi større belastning på sykehusene.

Enkelte informanter peker på at det har vært en økning i antall overliggerdøgn, som gir behov for økt bemanning og drift av sengeposter som kunne vært brukt til klinisk aktivitet. Noen informanter har presentert kostnadsanslag for et overliggerdøgn for helseforetak versus kostnad for kommunen, som viser at total kostnadene i helseforetakene øker betydelig mer enn det som ville ha vært tilfellet dersom pasienten ble overført til de kommunale tjenestene. Selv om sykehusene får betalt fra kommunen for overliggere, dekker ikke dette hele kostnaden, ifølge informantene. En beregning gjort av enkelte helseforetak tyder på at mens kompensasjonen en får fra kommunen er litt over 6000 kroner, koster pasienten rundt 20 000 kroner (inkludert tapt aktivitet). Informanter peker på at tidligere ordninger med kommunal medfinansiering ga bedre insentiver og at disse gjorde at kommuner hadde sterkere interesse av at pasientene ikke skulle ligge for lenge på sykehuset.

Høyt belegg grunnet mange overliggere gjør det også mer krevende å begrense vekst i bemanning

⁹ Økte finanskostnader har også delvis blitt drevet av forskjeller mellom pensjonspremier og -kostnader, se over.

og bruk av overtid. Enkelte informanter, både i spørreundersøkelsen og i intervjuer, peker videre på at høyt belegg som et resultat av overligger også hindrer sykehusene i å drifte effektivt og gjør det mer utfordrende å bedre produktivitet gjennom økt aktivitet.

3.5 Andre drivere

Faglige retningslinjer og kvalitetskrav

Flere peker også på at nye faglige retningslinjer og rutiner, ofte fra spesialistgrupper, påvirker kostnadene. Et eksempel som trekkes frem er fødeområdet, der det har blitt strengere krav til hvordan en skal behandle fødende. Et annet eksempel er evalueringen av kreftforløp, der for eksempel anbefalingen om at gynekologisk kreft ikke bør inngå i ordinær vaktordning, fører til etablering av et nytt og kostbart vaktlag.

Pre-hospitale tjenester

Enkelte helseforetak peker også på betydelig kostnadsvekst ved pre-hospitale tjenester. Denne driveren er imidlertid vurdert som minst betydningsfull i spørreundersøkelsen, se Figur 3-1. Økonomien på tvers av helseforetakene vil i ulik grad være sensitiv for endringer i prehospitale tjenester. Helseforetak som opererer i relativt store geografiske områder – og som følgelig har et

høyere antall ambulansestasjoner relativt til befolkningsgrunnlaget – vil treffes relativt kraftigere av økninger i disse kostnadene. Lovfesting av normtider for utrykning eller høyere kostnader ved luftambulanse kan medføre et press på kostnadene for disse foretakene.

Legemidler

Legemiddelkostnader ligger som en relativt stabil andel av totalen og er således ikke den viktigste forklaringen på samlet kostnadsvekst. Effekten av mer kostbare legemidler motvirkes av at patent på andre går ut. Det forventes imidlertid økte kostnader til innovative legemidler fremover, som følge av persontilpasset medisin og som følge av «nærtjenester»/DMS. Helseforetakene oppgir i spørreundersøkelsen at legemidler og medisinske forbruksvarer i betydelig grad har drevet den generelle kostnadsutviklingen, se Figur 3-1. Fordi kostnadsandelen som legemidler utgjør imidlertid er begrenset, er den samlede betydningen mindre.

Lovendringer innen psykisk helsevern

Informantene peker på at det har vært lovendringer i perioden som har senket terskelen for dom til tvungent psykisk helsevern. Helseforetakene har beskrevet at dette har gitt en økning i antall pasienter, som også har påvirket kostnadsutviklingen i PHV, se delkapittel 2.2.

4. Sykehuseksemppler

Enkelte helseforetak og sykehus har i senere år lyktes i relativt stor grad med å få ned kostnadene. Selv om alle foretak i nominelle kroner har hatt en kostnadsøkning, er det noen foretak og sykehus som har hatt relativt større besparelser. I det følgende beskrives nærmere tiltak i henholdsvis Sykehuset i Vestfold, Helse Førde, St. Olavs hospital og Finnmarkssykehuset. Vi beskriver også utviklingen ved enkelte sykehus i Danmark, Sverige og Finland.

4.1 Casebeskrivelse: Sykehuset i Vestfold

Om helseforetaket og utviklingen siden pandemien

Sykehuset i Vestfold (HF) er et lokalsykehus med ansvar for å levere spesialisthelsetjenester til befolkningen i fylket. Helseforetaket har hoveddelen av sin aktivitet sentrert rundt sykehuset i Tønsberg, i tillegg til drift i egne og leide lokaler flere andre steder i Vestfold, blant annet ved sykehuset i Larvik og ved Kysthospitalet i Stavern. Totalt omfatter helseforetaket åtte klinikker og en divisjon.

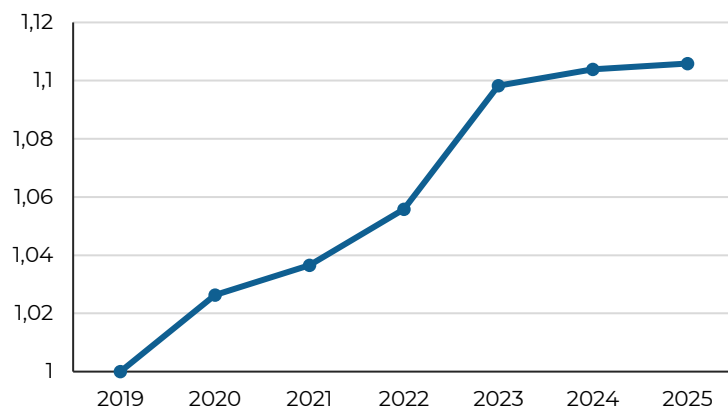
Sykehuset har ansvar for rundt 247 000 innbyggere og har årlig i overkant av 100 000 pasienter. Fra 2019 har kostnadene per DRG-poeng økt med omtrent 30 prosent, hvor veksten i kostnad per DRG-poeng var særlig høy mellom 2021 og 2023. Fra 2023 til 2024 har kostnaden per DRG-poeng stabilisert seg, og er på uendret nivå. Hvis kostnadene per DRG-poeng i somatisk sektor ved SiV hadde økt tilsvarende som for de andre helseforetakene i regionen mellom 2023 og 2024 hadde dette medført en merkostnad på omtrent 2,6 kroner per DRG-poeng.

Ifølge SSB-tall hadde sykehuset i Vestfold totalt 4 502 årsverk i 2025. Antall årsverk har økt i samtlige deler av helseforetaket siden utgangsåret i 2019. Veksten var særlig stor mellom 2021 og 2023. Utviklingen i sammensetningen av de økte årsverkene samsvarer med utviklingen på nasjonalt nivå, hvor bemanningsøkning særlig domineres av økt antall leger og psykologer. Hensyntatt redusert innleie har bemanningen blitt redusert med

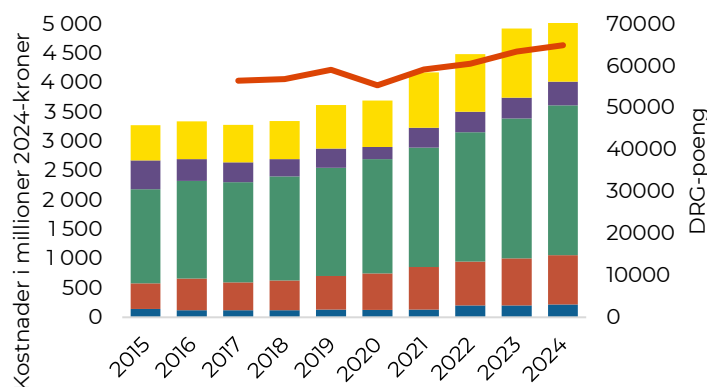
omtrent 15 årsverk fra 2024 til 2025 (Sykehuset i Vestfold, 2026).

I intervju med økonomidirektører i diverse RHF- og HF trekkes sykehuset i Vestfold frem som et av de sykehusene som i større grad har greid å bremse kostnadsveksten etter pandemien (sett i lys av

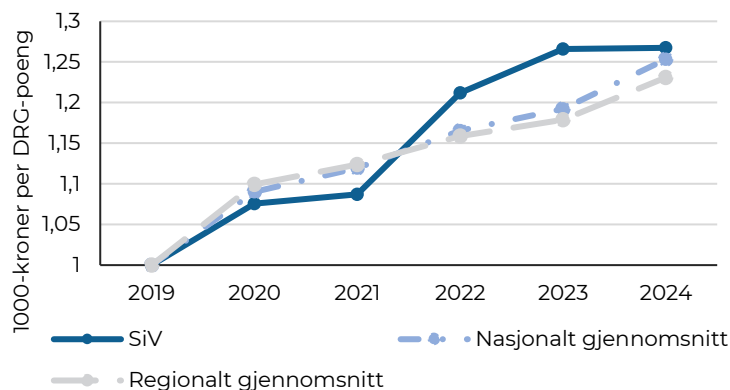
Antall årsverk i SiV (2019 = 1)



Kostnadsutvikling i somatisk sektor - ikke justert



Kostnad per DRG i somatisk sektor - ikke justert (2019 = 1)



aktivitetsveksten). De har i relativt stor grad lyktes med å styre og bremse økningen i bemanning uten at aktiviteten har falt, etter skarp bemanningsvekst under pandemien. Sykehuset har også gjennomført flere investeringer i bygg, blant annet nytt sykehusbygg for psykisk helse i 2019 og nytt akuttmottak åpnet i 2022.

Tiltak og oppnådde gevinster

Etter pandemien har Sykehuset i Vestfold arbeidet målrettet med tiltak for bedre kostnadskontroll og mer effektiv ressursutnyttelse, særlig gjennom styrket ledelse og tydeligere ansvarliggjøring på klinikk- og avdelingsnivå. Viktigheten av å holde budsjett har vært tydeliggjort, særlig som et resultat av en omorganisering som gir mindre lederspenn på nivå 2 og skifte i ledelse til flere ledere med legebakgrunn. Ifølge ledelsen har foretaket dermed oppnådd høyere samlet aktivitet uten tilsvarende vekst i antall årsverk.

Ledelse som tiltak for å bedre kostnadskontroll blir særlig trukket frem av sykehuset i Vestfold. Det pekes på at det er sentralt at ledere, også for klinikker, skjønner at de er nødt til å holde budsjettene sine, og at det kun er gjennom god kostnadsstyring at klinikken får mulighet og handlingsrom til å videreutvikle klinikken, avdelingen, seksjonen og den enkelte medarbeider. Det er også en opplevelse av at leger og ledere har større forståelse for at de må skape sitt eget handlingsrom innenfor budsjett, heller enn å lene seg på at det er et behov for mer finansiering.

Søkelyset på ledelse og tydelig ansvarliggjøring av budsjettansvar også på klinikknivå har bidratt til å redusere bruken av innleie og økt effektiviteten i bemanning. Dette er også bidragsytende inn i arbeidet med oppgavedeling, hvilket sikrer effektiv utnyttelse av ressurser.

Effekt av tiltak målt i kroner eller produktivitet

Effektene av tiltakene ved Sykehuset i Vestfold har kommet til uttrykk både gjennom forbedret produktivitet og dokumenterte, varige kostnadsbesparelser. Ledelsen viser til at foretaket etter skifte av direktør for to år siden har hatt en økning i samlet aktivitet på om lag ti prosent uten tilsvarende økning i bemanning, noe som innebærer høyere aktivitet per årsverk. Dette tolkes som et resultat av tydeligere ledelse, bedre arbeidsflyt og mer konsekvent oppfølging av budsjett- og aktivitetskrav på klinikknivå.

I 2025 hadde foretaket et overskudd på omtrent 265 millioner kroner. Overskuddet har oppstått som et

resultat av både redusert bemanning og andre positive avvik. Reduksjon i bruk av overtid og vakans, som er de to mest kostbare formene for bemanning, er totalt er 17 millioner kroner lavere enn 2024. For foretaket er det ifølge informantene nødvendig å drive med overskudd, for å sikre mulighet til fremtidige investeringer, nødvendige oppgraderinger av bygg og MTU.

Barrierer og arbeidsmetoder for å overkomme disse

Det er flere strukturelle og organisatoriske barrierer for videre kostnadsreduksjon i SIV. En sentral utfordring er at bemannings- og kostnadsnivåer etablert under pandemien i stor grad har vist seg vanskelige å reversere, selv etter at aktivitet og pasienttyngde har normalisert seg. Dette er en utfordring som også går igjen for øvrige helseforetak. Det påpekes også at økende spesialiseringsgrad og utformingen av avlønningssystemene til leger er en utfordring for videre kostnadsreduksjon. Det oppleves som at vaktordninger bærer preg av å være lønnsordninger, hvilket fører til at ressurser brukes på legeberedskap heller enn pasientbehandling. En gjennomgang av vaktordninger og avlønningsmetoder for leger kan ifølge foretaket være nødvendig for å sikre god bruk av det tilgjengelige kliniske personellet.

En annen barriere er kostnader knyttet til nye bygg. Sykehuset i Vestfold skulle realisere produktivitetsgevinster gjennom IKT-funksjoner og digitalisering som skulle bidra til at nytt bygg kunne tas i bruk uten økt bemanning. Dette har ikke vært mulig ettersom løsningene ikke har vært tilstrekkelig utviklet. Gjennomgående pekes IKT på som en utfordring, hvor det er utfordrende å realisere gevinster, og hvor kostnadene er høye. Dette bidrar til å drive kostnadene ved nye bygg opp, parallelt med at gevinstene ved bygg ikke realiseres. Videre er krav til målbare effektivitetsgevinster en utfordring. Ved utbyggingen av Sykehuset i Vestfold ble det stilt krav om å dokumentere at investeringen ville gi målbare gevinster som kunne finansiere renter og avskrivninger. Ifølge ledelsen er dette et krav som i praksis er vanskelig å oppfylle for sykehusbygg. I stedet må finansieringen av renter og avskrivninger ses i et foretaks- og porteføljeperspektiv. Det er derfor ifølge foretaket viktig at avskrivninger som faller bort ikke brukes til å dekke løpende drift, men avsettes for å finansiere fremtidige store investeringer. Ledelsen ved sykehuset prøver å realisere dette ved å motivere ansatte og ledere til effektiv drift med motivasjon om nye bygg og investeringer i MTU.

4.2 Casebeskrivelse: Helse Førde

Om helseforetaket og utviklingen siden pandemien

Helse Førde (HF) er et helseforetak i Helse Vest, med ansvar for å levere spesialisthelsetjenester til befolkningen i tidligere Sogn og Fjordane fylke. Arbeidet i helseforetaket er fordelt på mange steder i opptaksområdet. Hovedfunksjonen er ved sentralsykehuset i Førde, med to lokalsykehus i Lærdal og Sunnfjord.

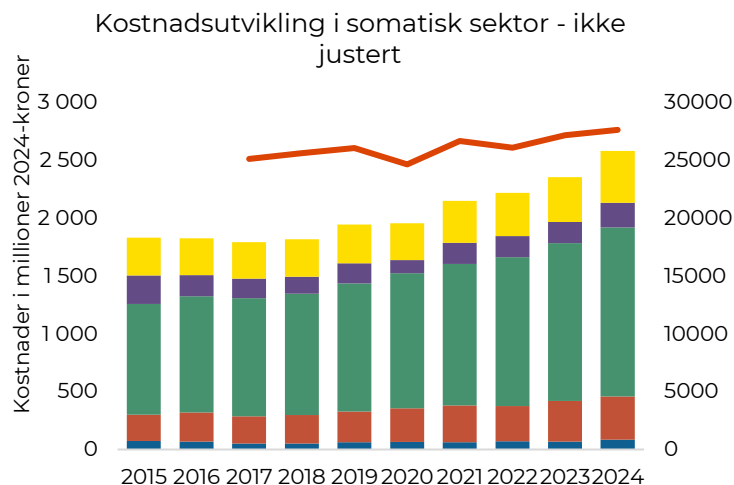
Helse Førde har ansvar for rundt 108 000 innbyggere. Ifølge SSB-tall hadde Helse Førde totalt 2 440 årsverk i 2025. Fra 2019 har kostnadene per DRG-poeng økt med omtrent 18 prosent frem til 2024, og foretaket er fortsatt på en stigende trend. Sammenlignet med regionale og nasjonale trender for kostnader per DRG-poeng siden 2019, ligger Helse Førde under den nasjonale trenden. Det skal likevel bemerkes at Helse Førde hadde et betydelig høyere utgangspunkt i 2019, både sett i lys av nasjonale og regionale gjennomsnitt. Hvis Helse Førde hadde hatt en lik kostnadsvekst per DRG-poeng som det regionale gjennomsnittet ville hvert DRG-poeng vært omtrent 3,8 kroner dyrere i 2024, med en økt kostnad på omtrent 103 millioner kroner innad i året 2024.

Til tross for negative resultat og at helseforetaket ikke er tilbake på kostnadsnivået før pandemien, er Helse Førde et interessant case ettersom foretaket tilsynelatende har kommet lengre i å stabilisere kostnadsutviklingen, sammenlignet med øvrige foretak i Helse Vest. Helse Førde har siden 2023 hatt et eksplisitt og vedvarende fokus på å bremse veksten i antall årsverk og «knekke kurven» i produktivitetsutviklingen. Foretaket skiller seg også ut ettersom opptaksområdet har en nedadgående befolkningstrend, og foretaket opererer i et område med store geografiske avstander og begrenset pasientgrunnlag. Helse Førde er derav relevant case for å belyse hvordan små og geografisk spredte helseforetak arbeider systematisk med omstilling og kostnadskontroll i møte med både demografiske og strukturelle utfordringer.

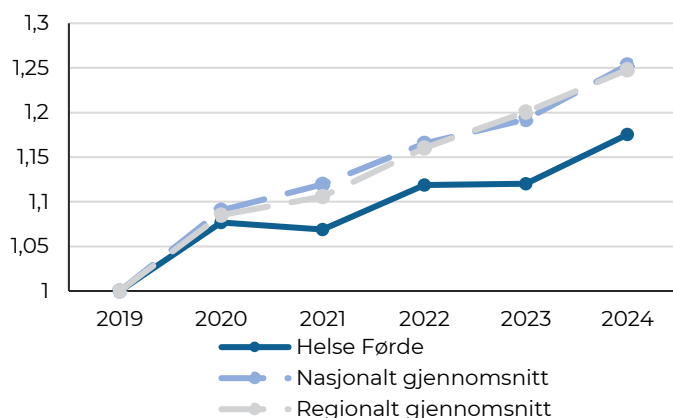
Tiltak og oppnådde gevinster

Foretaket har iverksatt en rekke tiltak for å tilpasse tjenestetilbudet til fremtidig redusert behov, blant annet gjennom samling av funksjoner, økt bruk av kombinasjonsstillinger, endringer i organisering av sengeposter og poliklinikk, samt justering av hvor man tilbyr ulike typer tjenester. Samtidig opplever foretaket forventninger fra befolkningen, lovverk og politiske føringer som gjør det utfordrende å gjennomføre ønskede tiltak og tilpasninger.

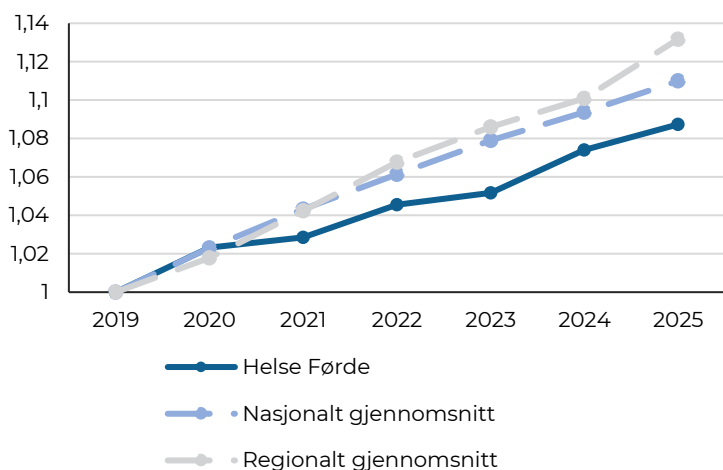
Det mest sentrale grepet som har blitt gjort i foretaket for å redusere kostnader har vært å prøve å bremse veksten spisskompetanse der dette vurderes som faglig forsvarlig gjennom konsentrasjon av enkelte behandlingstilbud. I sammenstillingsprosessen har hovedfokuset vært å



Kostnad per DRG i somatisk sektor - ikke justert (2019 = 1)



Antall årsverk i Helse Førde (2019 = 1)



samle spisskompetanse noen steder, gitt at fagmiljøet mener det er forsvarlig. Eksempelvis ble rusenheten i Tronvik lagt ned 1. mai 2024 og aktiviteten er samla i Nordfjord. I 2026 vedtok styret at all ortopedisk virksomhet skulle samles ved sentralsykehuset i Førde. Sammenstilling og nedleggelse har både direkte økonomiske gevinster og ledelsen peker på at dette også kan gi både et bedre pasienttilbud og en mer robust tjeneste.

Videre arbeider Helse Førde aktivt med driftsmessige tiltak og har tatt i bruk mer fleksible bemanningsløsninger, som kombinasjonsstillinger mellom sengepost og poliklinikk, lengre vakter og endrede arbeidsformer for å bedre utnytte tilgjengelig personell. Tiltak knyttet til endringer i drift er under tett oppfølging i organisasjonen, med månedlige oppfølgingsmøter i alle klinikker med fokus på framdrift og oppdatering av det økonomisk potensialet (Helse Førde, 2025).

Effekt av tiltak målt i kroner eller produktivitet

Helse Førde gikk i 2025 med et underskudd på 92,4 millioner kroner, hvor det budsjetterte underskuddet var på totalt 50 millioner kroner. De økte kostnadene var ikke sammenfallende med økt aktivitet. Dette underskuddet kommer til tross for omstillingstiltak gjort for å tilpasse driften til de økonomiske rammevilkårene.

Det har påløpt besparelser fra en rekke av de innførte tiltakene. Eksempelvis førte nedleggelsen av rusbehandling i Tronvik til en estimert besparelse på 25 millioner kroner. Samlingen av ortopedi i Førde, som gjennomføres i 2026, har en estimert besparelse på 24 millioner kroner. Dette er ikke hensyntatt mulige besparelser til pasientreiser, laboratorietjenester, investeringer eller liknende. I Helse Førdes styredokumenter fremkommer det at

prosjektleder anser 24 millioner kroner som et konservativt estimat. Det er også forventet at en samling av tjenestene vil kunne gi en mer robust tjeneste og bidra til et sterkere fagmiljø.

Barrierer og arbeidsmetoder for å overkomme disse

Helse Førde peker på flere strukturelle barrierer som gjør kostnadskontroll og omstilling særlig krevende. En sentral utfordring er smådriftsulempen knyttet til foretaksstørrelse og geografi. Lov- og kvalitetskrav treffer små helseforetak i like stor grad som store, og mindre foretak er særlig utsatt ved økte kostnader til legemidler og prehospitale tjenester. I tillegg fremheves økende krav til spesialisering, bemanning og kvalitet som drivere for vekst i kostnader, hvor mindre helseforetak får relativt høyere kostnader for å tiltrekke seg kompetanse og opprettholde beredskaps- og vaktlagslinjer.

Geografisk dekker Helse Førde omtrent 40 prosent av arealet til Helse Vest, men har kun 10 prosent av pasientvolum. Dette medfører høye og i stor grad faste kostnader til prehospitale tjenester og beredskap. For å dekke inn merkostnader ved eksempelvis økte krav til prehospitale tjenester eller legemiddelkostnader, er foretaket avhengig av å finne besparelser i andre poster.

Videre trekkes det frem at politiske føringer og detaljerte vedtak om videre drift i noen sammenhenger vil begrense foretakets handlingsrom til å tilpasse tjenestene til demografisk utvikling og tilgjengelige ressurser. Dette kan medføre høyere bemannings- og driftskostnader enn det pasientgrunnlaget isolert sett tilsier. For foretaket innebærer dette også at prosesser blir dratt ut over lengre tid og at virksomhetsstyring blir mer utfordrende.

4.3 Casebeskrivelse: St. Olavs hospital

Om helseforetaket og utviklingen siden pandemien

St. Olavs hospital (HF) er et universitetssykehus og regionsykehus i Helse Midt-Norge, med ansvar for å levere spesialisthelsetjenester til befolkningen i Trøndelag og deler av Midt-Norge. Helseforetaket fungerer både som lokalsykehus for Trondheim og sørlige deler av Trøndelag, og som regionsykehus med landsdelsfunksjoner innen en rekke fagområder. Hoveddelen av virksomheten er samlet i Trondheim, men foretaket har også lokalsykehus i Orkdal og Røros, samt virksomhet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på flere lokasjoner i Trøndelag. St. Olavs hospital er ett av Norges største helseforetak og har en kompleks organisasjonsstruktur, med ansvar for både pasientbehandling, forskning, utdanning og samhandling.

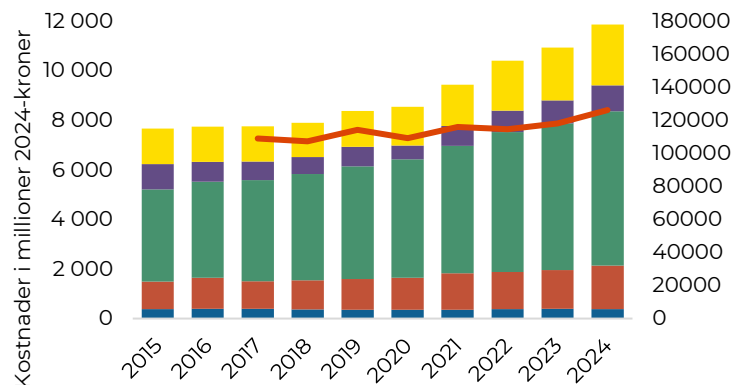
Helseforetaket har ansvar for et stort opptaksområde som dekker omtrent 350 000 innbyggere, og behandler årlig et betydelig antall pasienter innen somatikk, psykisk helsevern og TSB. I 2025 hadde St. Olavs hospital 9 225 årsverk. Bemanningen har økt med omtrent 11 prosenten siden 2019, men har vært på en svakt nedadgående trend siden 2023. Kostnaden per DRG-poeng i somatisk sektor har økt med i overkant av 27 prosent siden 2019, hvor den store brorparten av kostnadsveksten påløp mellom 2020 og 2022. Mellom 2022 og 2024 har kostnaden per DRG-poeng fortsatt å øke, men veksttakten er redusert. Dette blir særlig tydelig i sammenligning med den regionale veksten i kostnad per DRG-poeng. Hvis kostnadene ved St. Olavs hospital hadde økt tilsvarende som det regionale gjennomsnittet mellom 2022 og 2024, ville hvert DRG-poeng vært i underkant av 7 kroner dyrere i 2024, ville gitt en merkostnad på om lag 861 millioner kroner for den samlede produksjonen av DRG-poeng i somatisk sektor.

Det er flere årsaker til at St. Olavs hospital er et interessant case. St. Olavs er et stort universitetssykehus med både regionale og nasjonale funksjoner, samt en utdanningsfunksjon. Helseforetaket har gjennomgått en omfattende digitaliseringsprosess med implementeringen av ny journalløsning fra slutten av 2022. Videre etablerte foretaket i 2024 et tydelig og konkretisert innsparingsprogram og gikk i 2025 med et overskudd på 206 millioner kroner, 46 millioner over det vedtatte resultatmålet.

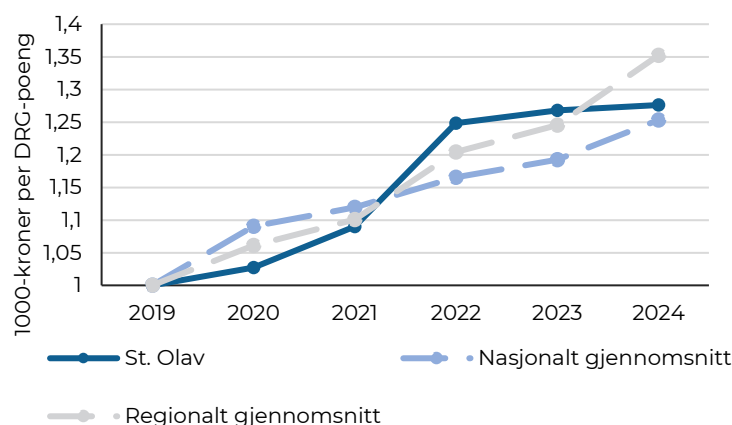
Tiltak og oppnådde gevinster

Siden 2024 har St. Olavs hospital hatt et innsparingsprogram med mål om å kutte kostnader og kontrollere kostnadsutviklingen.

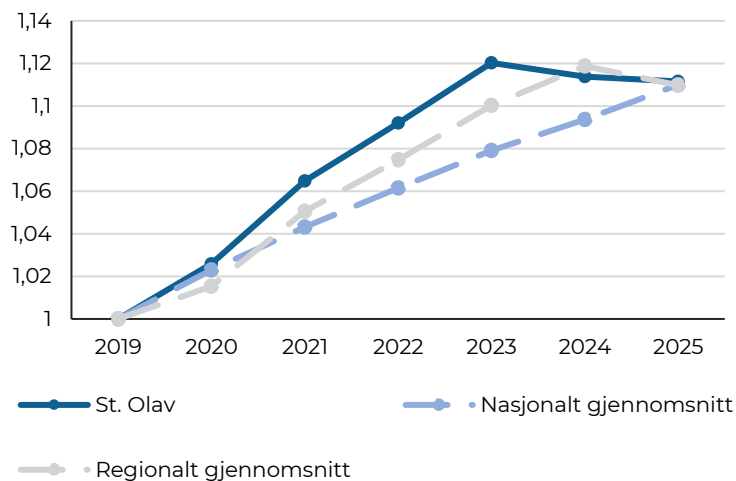
Kostnadsutvikling i somatisk sektor - ikke justert



Kostnad per DRG i somatisk sektor - ikke justert (2019 = 1)



Antall årsverk i St. Olavs hospital (HF) (2019 = 1)



Innsparingsprogrammet innebærer en omfattende tiltaksliste, hvor organisasjonen jobber aktivt med å utrede og gjennomføre ulike innsparingstiltak. En sentral del av innsparingsprogrammet er også organisering i arbeidsgrupper og forankring og gjennomføring av de ulike innsparingstiltakene på klinikknivå.

Som en del av pandemien og ettervirkningene av denne oppgir ledelsen i St. Olavs hospital at foretakets bemanning har vokst med omtrent 250 stillinger mer enn det aktiviteten skulle tilsi. Reduksjon i bemanning, innleie og redusert bruk av mertid og overtid er derfor en særlig viktig del av innsparingsprogrammet som trekkes frem i både spørreundersøkelse, intervju og i styrepapirer. Foretaket har innført streng kontroll på bruk av innleie, hvor administrerende direktør og HR-direktør må godkjenne all ekstern innleie. I 2025 ble det også stilt spesifikke og differensierte krav til klinikkene om at overtid og mertid skulle reduseres med opptil 33 prosent sammenlignet med det faktiske forbruket i 2024. Disse kravene ble fordelt ned til hver klinikk, divisjon og sentrale stab. For begge disse tiltakene opplever ledelsen at de har fått med seg organisasjonen og at foretaket har evnet å omstille seg og redusere bruk av både innleie, overtid og mertid.

Effekt av tiltak målt i kroner eller produktivitet

Effekten av tiltakene er særlig reflektert i en kombinasjon av et positivt årsresultat, at kostnaden per DRG i somatisk sektor har stabilisert seg og at antall årsverk i foretaket er på en avtagende trend. Det er likevel utfordrende å peke på den konkrete effekten av tiltak målt i kroner eller produktivitet ettersom St. Olavs hospital også har vært i en særstilling med innføring av ny journalløsning. Innføringen av ny journalløsning har krevet mye av organisasjonen og gjør at det er utfordrende å sammenligne mellom perioder ettersom den gradvise implementeringen og forståelsen for plattformen også har hatt en effekt på kostnadsbildet i foretaket.

Barrierer og arbeidsmetoder for å overkomme disse

Det pekes på en rekke barrierer for videre kostnadsreduksjon ved St. Olav hospital. Eksempelvis trekkes arbeidstidsregelverk frem som en utfordring for å bedre kunne tilpasse bemanningen etter faktiske fortløpende behovene. Det pekes på at manglende fleksibilitet i bemanningen gir ofte turnusutfordringer som fører til høyere kostnader enn det som i utgangspunktet ville vært nødvendig, særlig i forbindelse med ferieavvikling. St. Olav hospital er også organisert med en sentermodell som gir enkelte fordeler, men kan gi økte kostnader for enkelte fagfelt ettersom det kan være vanskeligere å samarbeide om fysiske ressurser og personell mellom senter.

Videre pekes det på at forståelse for foretakets økonomiske rammer innad i organisasjonen kan være en barriere for effektivt arbeid med kostnadskontroll. På ulike nivåer i organisasjonen er det ulike oppfatninger av hvordan økonomien faktisk påvirkes av beslutninger, og graden av lojalitet til overordnede prioriteringer kan variere. For å adressere behovet for økonomisk kompetanse har foretaket lagt vekt på kontinuerlig opplæring og tydelig kommunikasjon av helhetlige sammenhenger mellom aktivitet, kostnader og langsiktige investeringsmuligheter. Et sentralt grep har vært å sikre solid forankring i hovedledelsen og å etablere tydelig ansvar hos klinikksefene, samt å gjennomføre klinikkvise møter hvor økonomidirektøren har holdt foredrag om sykehusøkonomi. Sykehuset har lenge hatt en relativt flat styringsstruktur uten mellomliggende ledernivå, noe ledelsen mener gjør det enklere å sikre forankring nedover i organisasjonen for behovene for god økonomistyring. I tillegg fremhever ledelsen at Administrerende direktør konsekvent omtaler økonomien og de økonomiske sammenhengene i alle sine møter ute på sykehuset. Samtidig har foretaket knyttet behovet for en god økonomi med fremtidige investeringer i bygg og medisinteknisk utstyr, da det oppfattes som lettere å skape engasjerte organisasjonen rundt innsparingskravene når disse kan muliggjøre ønskede investeringer i nær fremtid.

4.4 Casebeskrivelse: Finnmarkssykehuset

Om helseforetaket og utviklingen siden pandemien

Finnmarkssykehuset HF er lokalsykehuset i Finnmark, med ansvar for å levere spesialisthelsetjenester til befolkningen i fylket. Helseforetaket har hoveddelen av sin aktivitet sentrert til de to akuttssykehusene i Hammerfest og Kirkenes, i tillegg til betydelig drift ved klinikk Alta samt et tilbud ved Sami Klinikk i Karasjok. Foretaket har også en stor klinikk for prehospitale tjenester, i tillegg til klinikk for psykisk helsevern og avhengighet. Finnmarkssykehuset kan beskrives som et allsidig akuttssykehus og er ut ifra størrelse på opptaksområde og struktur sammenlignbart med Helgelandssykehuset HF.

Sykehuset har ansvar for rundt 75 000 innbyggere i landets nest største fylke, målt i areal. Avstanden mellom de to akuttssykehusene er 48 mil, marginalt lenger enn korteste vei mellom OUS Rikshospitalet og Haukeland. Kostnadene ved Finnmarkssykehuset HF har økt jevnt fra 2015 til 2024, med særlig markant vekst i perioden 2021 til 2024. Spesielt har kostnad per DRG-poeng i somatisk sektor økt betydelig i denne perioden, og ligger godt over landsgjennomsnittet. Dette skyldes kombinasjonen av nedgang i DRG-poeng i 2024 og økende kostnader, sammenlignet med 2023. Bemanningen har økt i perioden, i tråd med nasjonale trender, med særlig vekst i antall leger og psykologer. Fra 2024 til 2025 har bemanningen blitt redusert, blant annet som følge av redusert innleie.

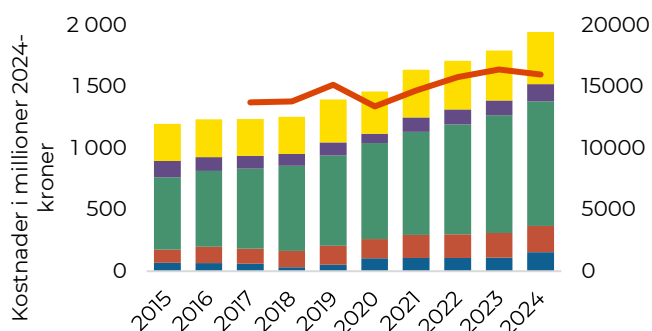
Tiltak og oppnådde gevinster

Finnmarkssykehuset har etter pandemien arbeidet målrettet med å tilpasse bemanningsnivået til aktivitetsnivået for å oppnå bedre kostnadskontroll. Hammerfest sykehus har kommet lengst i dette omstillingsarbeidet, hvor de har gjennomgått bemanningsfaktorer på sengeposter, rutiner for overlapp og redusert innleie av personell. Disse tiltakene har bidratt til betydelige besparelser og mer effektiv ressursbruk.

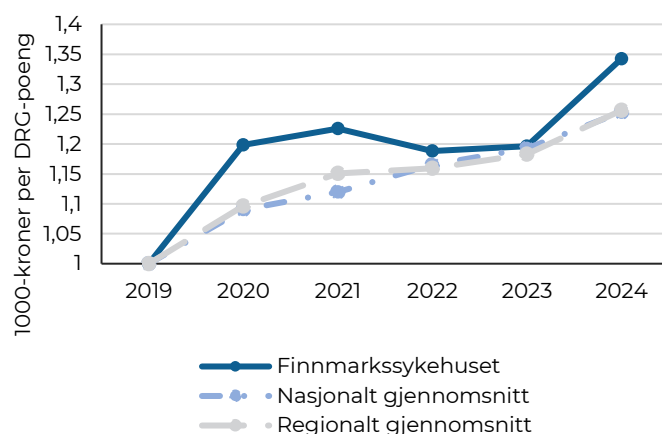
Foretaket har også etablert økonomiske buffere for å kunne håndtere uforutsette utfordringer og sikre stabil drift. Det legges stor vekt på å opprettholde kvalitet og beredskap, samtidig som bemanningsnivået justeres, noe som krever tett oppfølging og ansvarliggjøring på klinikk- og avdelingsnivå.

I tillegg arbeides det med å tydeliggjøre ledelsesansvar og styrke kostnadsbevisstheten blant ansatte, slik at alle nivåer i organisasjonen

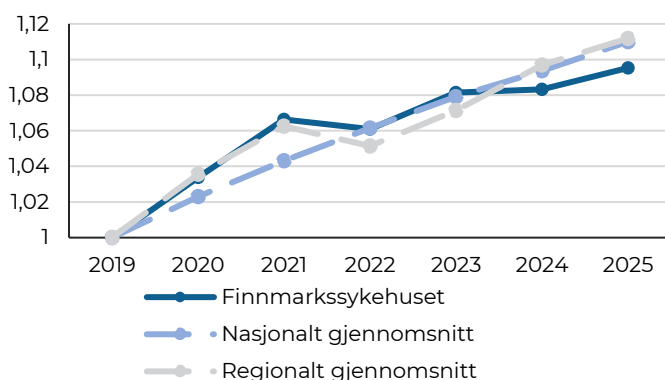
Kostnadsutvikling i somatisk sektor - ikke justert



Kostnad per DRG i somatisk sektor - ikke justert (2019 = 1)



Antall årsverk i FIN HF (2019 = 1)



forstår viktigheten av å holde budsjetter og bidra til effektiv drift. Dette inkluderer også tiltak for bedre oppgavedeling og optimal utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

Effekt av tiltak målt i kroner eller produktivitet

Effektene av tiltakene er at Finnmarkssykehuset, etter flere år med negative resultater, har lyktes med å snu utviklingen og oppnådd i 2025 positivt resultat for første gang siden 2016.

Omstillingsarbeidet forventes å gi ytterligere positive resultater i 2026, med bedre balanse mellom aktivitet og ressursbruk. Dette er et tydelig tegn på at omstillingsarbeidet gir resultater.

Barrierer og arbeidsmetoder for å overkomme disse

Finnmarkssykehuset står overfor flere utfordringer som hemmer effektiv kostnadskontroll og omstilling. En av de største utfordringene er ifølge informantene den sterke politiske innblanding, både på lokalt og nasjonalt nivå, som ofte fører til motstand mot nødvendige endringer i organisering og tjenestetilbud. Dette begrenser muligheten til å gjennomføre strukturelle grep som kan gi bedre ressursutnyttelse og kvalitet.

En sentral utfordring er at bemannings- og kostnadsnivåer etablert under pandemien i stor grad har vist seg vanskelige å reversere, selv etter at aktivitet og pasienttyngde har normalisert seg. Dette er en utfordring som også går igjen for øvrige helseforetak. Videre har Finnmarkssykehuset over tid vært avhengig av innleide vikarer, hvor krav om spesifikt medisinsk utstyr fra vikarleger har skapt utfordringer både økonomisk og rekrutteringsmessig.

I tillegg opplever Finnmarkssykehuset en betydelig andel utskrivningsklare pasienter på sine sengeposter, noe som i stor grad skyldes kapasitetsutfordringer i kommunehelsetjenesten. Dette legger ekstra press på sykehusets ressurser og kompliserer pasientflyten. Samtidig dekker ikke kommunenes betaling for overliggerdøgn i sykehuset i nærheten av de faktiske kostnadene sykehuset sitter igjen med for å ha disse pasientene inneliggende, noe som skaper økonomiske utfordringer for foretaket.

En annen utfordring er at uttellingen per DRG-poeng er lav (lav ISF-andel), noe som reduserer insentivene til å drifte effektivt og kan føre til redusert aktivitet. Dette påvirker både økonomi og produktivitet negativt. Videre har endringer i regnskapsføringen gjort at småinnkjøp som tidligere kunne føres som investeringer, nå må belastes i driftsbudsjettet. Dette øker driftskostnadene og legger ytterligere press på foretakets økonomi, uten at det nødvendigvis gir handlingsrom for nødvendige investeringer.

For å møte disse barrierene arbeides det med å styrke lederansvar, forbedre samhandling med kommunehelsetjenesten og motivere ansatte til effektiv drift innenfor gjeldende rammer.

4.5 Casebeskrivelse: Nordiske sykehus

I tillegg til de norske casebeskrivelsene finnes det flere eksempler i Norden på sykehus som nylig har lyktes med å bremse kostnadsveksten. I det følgende presenteres tre utvalgte cases fra Sverige, Danmark og Finland som illustrerer ulike tilnærminger til kostnadskontroll i sykehussektoren.

Karolinska universitetssykehus

Karolinska universitetssykehus er et av Europas største universitetssykehus og dekker spesialisert og høyspesialisert behandling for Region Stockholm, i tillegg til nasjonale funksjoner innen blant annet kreftbehandling og avansert barnemedisin. Sykehuset er også blant verdens høyest rangerte. I *Newsweek* sin globale sykehusrangering for 2026 (*World's Best Hospitals 2026*) ble Karolinska rangert som verdens fjerde beste sykehus og det best rangerte i Europa (Kayser, 2026).

I 2025 nådde og overgikk Karolinska regionens mål for tilgjengelighet og behandlingsvolum, samtidig som sykehuset leverte et positivt økonomisk resultat (Karolinska Universitetssjukhuset, 2026). Ventetidene til operasjoner og spesialistkonsultasjoner ble redusert betydelig gjennom året, og samlet produksjon oversteg bestilt aktivitet fra regionen (Karolinska Universitetssjukhuset, 2026). Årsresultatet for 2025 var svakt positivt og i tråd med budsjett, noe sykehusledelsen knytter til mer effektiv ressursbruk og lavere bruk av innleid personell (Karolinska Universitetssjukhuset, 2026).

Sjællands Universitetshospital (SUH)

Sjællands Universitetshospital er et stort regions- og universitetssykehus i Region Sjælland. Virksomhetene er fordelt på flere lokasjoner blant annet i Roskilde, Køge og Nykøbing Falster. Sykehuset har et årlig samlet budsjett på over 5,77 mrd. danske kroner og over 7 000 ansatte (Region Sjælland, 2026a).

Sykehuset har over flere år vært preget av betydelige økonomiske utfordringer, blant annet knyttet til gjennomføringen av en omfattende sykehusfusjon og et høyere aktivitetsnivå enn forutsatt. I tillegg peker enhetsleder for Økonomi og analyse på at driftsløsninger etablert under covid-19-pandemien i stor grad ble videreført etter pandemiens slutt.

Ved inngangen til 2024 hadde foretaket et akkumulert merforbruk på om lag 350 mill. kroner. I respons ble det etablert en toårig økonomisk

Storbritannia

Flere av funnene fra Lord Darzis gjennomgang av NHS er gjenkjennbare for situasjonen i Norge: Det har vært en fallende produktivitet i tjenesten, med en økning i bemanning uten tilsvarende økning i behandlinger. Det har vært underinvesteringer i NHS, og knapphet i kapital hindrer ifølge Darzi produktivitetsøkninger. Videre pekes det på utfordringer i samspillet lokalt: «Too many people end up in hospital, because too little is spent in the community. This is because we have underinvested in the community. We have almost 16 per cent fewer fully qualified GPs than other high income countries (OECD 19) relative to our population. “

handlingsplan for 2024–2025, med klare mål om å redusere merforbruket og gjenopprette økonomisk kontroll (Region Sjælland, 2026b). Ifølge sykehusledelsen ble innsparinger i hovedsak hentet utenfor kjernevirksomheten, blant annet gjennom kutt i «øvrige drift», kvalifisert ansettelsesstopp, redusert bruk av private leverandører og hjemtaking av aktivitet som tidligere ble sendt til privatsykehus eller andre regioner (Region Sjælland, 2026b).

I løpet av 2024 og 2025 ble merforbruket redusert med om lag 150 mill. kroner årlig. Samtidig viser det seg at SUH også i 2025 hadde betydelige økonomiske utfordringer, og at full balanse ennå ikke var oppnådd ved utgangen av året. For å sikre løpende drift ble det gitt ekstra regional finansiering, kombinert med nye effektiviseringskrav og fortsatt streng økonomistyring inn i 2026 (TV2 Øst, 2025).

Helsingfors universitetssykehus (HUS)

Helsingfors universitetssykehus (HUS) er Finlands største universitetssykehus og inngår i HUS-sammenslutningen, som har ansvar for spesialisthelsetjenester til Helsingfors og Nylandsområdet med om lag 1,7 millioner innbyggere. Sykehuset har en sentral rolle innen høyspesialisert behandling, forskning og undervisning, og har omtrent 27 000 ansatte (HUS, 2026a).

De siste årene har HUS stått overfor betydelige økonomiske utfordringer, med akkumulert underskudd og et stramt finansieringsgrunnlag. Som følge av dette var det overordnede målet for 2025 å gjenopprette økonomisk balanse og dekke tidligere underskudd i tråd med lovpålagte krav. Ifølge HUS' årsrapport for 2025 lyktes foretaket med å balansere økonomien og dekke underskudd fra foregående år innen fastsatt tidsfrist (HUS, 2026b).

For å nå dette målet ble det iverksatt et omfattende økonomisk balanseprogram, kombinert med

strengere økonomistyring. Samlet har HUS gjennomført innsparinger på rundt 320 millioner euro over en treårsperiode, hvorav om lag 140 millioner euro var knyttet til budsjettåret 2025 (HUS, 2026b). Innsparingene har vært et resultat av både strukturelle og driftsrettede tiltak.

Blant de viktigste tiltakene i 2025 var betydelige reduksjoner i kjøp av IKT-tjenester og bruk av innleid arbeidskraft, som samlet bidro til besparelser på om lag 40 millioner euro (HUS, 2026c). Videre ble det gjennomført samarbeidsforhandlinger som omfattet hele

organisasjonen høsten 2024, noe som ga innsparinger på rundt 43 millioner euro i 2025 (HUS, 2026c).

Parallelt lanserte HUS et eget produktivetsprogram med mål om å øke tjenesteproduksjonen innenfor uendrede ressursrammer. Programmet omfattet blant annet bedre styringsinformasjon og mer effektiv organisering av sengepostdrift, noe som ga virksomheten økt kapasitet uten tilsvarende økning i kostnadsnivået (HUS, 2026c).

5. Tiltak og barrierer

En særlig viktig faktor som har bidratt til kostnadsreduksjoner i enkelte sykehus er bremset vekst i bemanning gjennom tydelige prioriteringer fra ledelsen. Noen foretak beskriver også at de har lyktes i relativt stor grad med tiltak for å styrke samspillet med primærhelsetjenesten og i utnyttelse av nye bygg og teknologi. Flere barrierer begrenser mulighetene for å oppnå reduksjoner i kostnader, blant annet kvalitetskrav fra spesialistkomiteer, forskjell i befolkningsutvikling og politiske føringer.

5.1 Tiltak for kostnadsbesparelser

Innspill i intervjuer og beskrivelser i styresaker tyder på at samtlige helseforetak og sykehus jobber kontinuerlig med kostnadsreduksjoner og har programmer for dette. Likevel er det varierende utvikling i kostnader og aktivitet på tvers.

Den svært ulike skalaen på helseforetakene gjør at relativt like besparelser vil ha ulik betydning i kroner. Som beskrevet i kapittel 2, utgjør Oslo universitetssykehus' samlede kostnader i somatikk i overkant av 25 milliarder, som er nesten 13 ganger høyere enn f.eks. Finnmarkssykehuset (1,9 mrd.). Mens en samlet nedgang i kostnadene på 1 prosent vil utgjøre 19 millioner i Finnmarkssykehuset, vil relativt samme reduksjon ved OUS tilsvare 250 millioner. Selv om det vil være ulike muligheter for effektivisering på tvers av større og små sykehus,

bør det observeres at den samlede effekten av relativt like effektiviseringsgevinster er ulik i kroner.

Det er variasjon i hva foretakene vurderer som mulighetsrommet for kostnadsbesparelser og effektivisering. Innenfor somatikk oppgir 87 prosent av helseforetakene som har besvart spørreundersøkelsen at de kun tror at det i noen eller i liten grad er rom for å effektivisere drift i helseforetaket i årene fremover (se Figur 5-1).

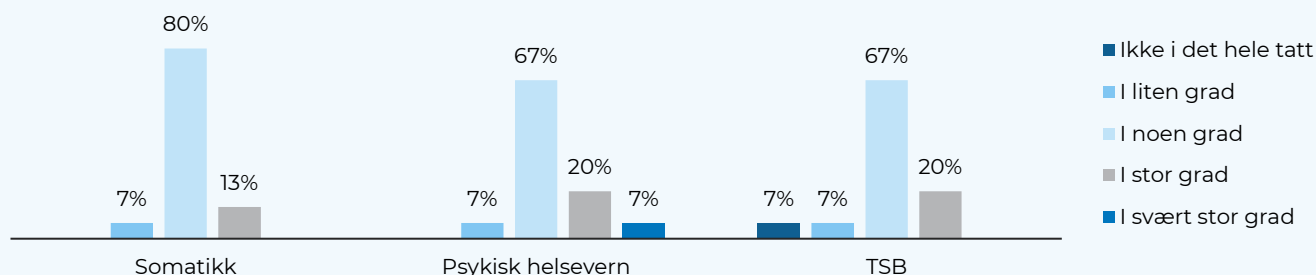
Foretakene har noe større tro på effektiviseringsmulighetene innenfor psykisk helsevern hvor 27 prosent oppgir at det i stor eller svært stor grad er rom for effektivisering.

Fra spørreundersøkelsen er det videre også et relativt begrenset antall svar knyttet til konkrete tiltak for kostnadsbesparelser og hvilke effekter disse tiltakene har hatt. Gjennomgående har helseforetakene i større grad beskrevet utfordringsbildet og mindre grad trukket frem løsninger. Dette er trolig en refleksjon av at mange helseforetak fortsatt står midt i krevende omstillingsprosesser.

Likevel fremgår det av vårt informasjonsgrunnlag at enkelte foretak har lyktes i relativt stor grad med å holde kostnadsnivået lavere og dermed opprettholdt produktiviteten. I det følgende beskriver vi følgende tiltak som enkelte foretak har realisert gevinster ved:

- Styring av bemanning og strukturelle endringer
- Samspill med kommuner og mer hjemmeoppfølging
- Utnyttelse av teknologi og nye bygg
- Reduksjon av overbehandling

Figur 5-1: I hvilken grad opplever du at det er mulig å effektivisere drift i ditt helseforetak i årene fremover?



Kilde: Oslo Economics sin spørreundersøkelse til økonomi- og fagdirektører i RHF og HF-er.
Merknad: N=14.

Styring av bemanning og strukturelle endringer

Både i intervju og i spørreundersøkelsen peker en rekke helseforetak på bemanning som et sentralt kostnadselement hvor det både er behov for og rom for å redusere kostnader. Bemanningen økte under pandemien og foretakene peker videre på at det er krevende å sikre effektiv drift med et høyt antall vaktlinjer.

Ifølge informantene har tydelig ledelse og sterk bemanningsstyring vært et kjennetegn i sykehusene som har oppnådd kostnadsreduksjoner gjennom større endringer og prosesser. Dette gjelder ifølge informantene både Finnmarkssykehuset og Sykehuset i Vestfold, beskrevet i casene over.

Hvis en ser til helseforetakene som har evnet å bremse bemanningsveksten, har disse hatt en langt lavere kostnadsøkning enn de ville hatt uten dette arbeidet. Som en forenklet illustrasjonsberegning, hvis helseforetakene i snitt hadde klart å holde bemanningsveksten lik for eksempel Helse Førde i perioden 2019 til 2024, se casebeskrivelse i delkapittel 4.2, ville samlede lønnskostnader i tjenesten kunne vært mer enn en milliard kroner lavere, ettersom differansen i samlet (akkumulert) vekst utgjør 2 prosent og samlet lønnskostnad i tjenesten utgjorde over 80 milliarder i 2019.

Noen av helseforetakene har innført strukturelle grep med å samle noen aktiviteter på enkelte sykehus, en form for sentralisering. Politiske føringer begrenser mulighetene for å gjøre slike grep, men enkelte helseforetak peker på betydelige besparelser ved dette og at slik omstilling er nødvendig i lys av økt spesialiseringsgrad i tjenesten og forventninger i befolkningen om tilgang på spisskompetanse.

Foretak peker i intervju på at de ser på ulike former for bemanningsmodeller for å forsøke å redusere kostnadene. Eksempelvis trekkes aktivitetsbasert bemanning frem. Et foretak trekker også frem at de anvender digitale verktøy som bidrar til bemanningsplanlegging og som i større grad gir mulighet til å se helheten i helseforetaket. Foretakene oppgir at de arbeider med å holde oversikt over nye arbeidsformer fra andre sykehus – i Norge og internasjonalt, som det er mulig å dra lærdom fra.

Andre tiltak som trekkes frem er større grad av standardisering av bemanning på sengeposter, mer effektiv gjennomstrømning av pasienter og arbeid med å optimalisere arbeidsflyter.

Samspill med kommuner og mer hjemmeoppfølging

Godt samspill med kommuner – og en velfungerende kommunehelsetjeneste – er ifølge informantene svært viktig for å kunne ha en kostnadseffektiv drift (f.eks. unngå overliggerdøgn). Dette er delvis utenfor helseforetakenes kontroll. Det samme gjelder velfungerende hjemmetjenester, som påvirker belastningen for sykehuset. Samhandlingsmidlene for helsefellesskapene har ifølge flere helseforetak gitt positive resultater og medført høyere produktivitet

Det er stor variasjon på tvers av helseforetakene i hvilken grad en opplever at samarbeidet med kommunehelsetjenesten er velfungerende. Noen helseforetak, herunder Ahus, har arbeidet bevisst med å styrke digital hjemmeoppfølging, som reduserer behovet i poliklinikken ved sykehuset. Sykehuset har også innført Ahus hjemme, med formål om at flere pasienter skal være på hjemmesykehus. Hensikten er å etablere et bedre samarbeid med kommunen – og at integrerte helsetjenester skal bidra til bedre forebygging og redusert belastning på sykehuset. I arbeidet med integrerte helsetjenester er det beregnet gevinster både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Data fra både helseforetaket og kommunen har ifølge informantene vist at forbruket har gått ned.

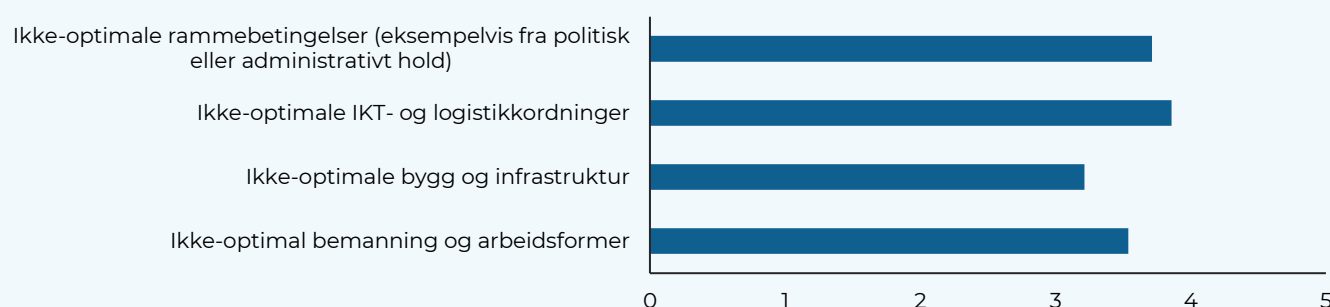
Utnyttelse av teknologi og nye bygg

Noen helseforetak peker på at nye bygg har muliggjort mer kostnadseffektiv drift og høyere produktivitet. Ved disse foretakene arbeides det bevisst med å sikre best mulig flyt ut og inn av sykehuset. Det er også en oppfatning om at det omfattende digitaliseringsarbeidet i senere år så langt i større grad har medført høyere kvalitet enn lavere kostnad. Likevel forventer enkelte foretak at digitalisering vil kaste av seg i økt effektivitet og reduserte kostnader i tiden fremover, nå som større digitaliserings- og omstillingsprosesser nærmer seg fullført.

Reduksjon av overbehandling

Fra spørreundersøkelsen fremkommer det at flere av helseforetakene arbeider aktivt med å redusere overbehandling, som et tiltak for å kutte kostnader. Arbeidet med reduksjon av overbehandling er forankret i de ansatte, eksempelvis gjennom «Gjør kloke valg»-kampanjen fra Den norske legeforening. Reduksjon av overbehandling og «kloke valg» bidrar både til å øke kvaliteten på tjenesten for pasienten, samt å redusere kostnadene til unyttig behandling fra foretakenes perspektiv.

Figur 5-2: Hva er viktige barrierer for kostnadseffektivisering?



Kilde: Oslo Economics sin spørreundersøkelse til økonomi- og fagdirektører i RHF og HF-er.

Merknad: N=14. Respondentene ble bedt om å vurdere hvor viktig følgende faktorer er som barriere fra kostnadseffektivisering fra Ikke i det hele tatt (1) til I svært stor grad (5).

5.2 Barrierer for å redusere kostnader

Sykehusstrukturen og demografi pekes på som grunnleggende begrensninger for muligheten til å ta ned kostnadene. Mindre sykehus peker på mulige smådriftsulemper, som delvis forsterkes av behov for større vaktlag over tid. Ifølge informantene vil det i helseforetak med befolkningsvekst og ved universitetssykehus og andre store sykehus kunne være mer fleksibilitet og mulighet til å vokse ut av problemene, fordi foretakene har mulighet til å øke aktiviteten, heller enn å redusere kostnadene.

Mindre foretak, hvor det er færre pasienter og reduksjon i befolkningen i opptaksområdet, vil være avhengig av å redusere kostnadene sine for å opprettholde produktiviteten. Dette krever kutt i bemanning eller andre kostnader, som kan være svært utfordrende å gjennomføre. Videre blir de mindre foretakene, i like stor grad som de større foretakene, truffet av økte kostnader som inntreffer eksternt. Eksempelvis trekkes det frem at mindre foretak blir særlig hardt truffet av økte kostnader til IKT eller legemidler, ettersom kostnadsøkningen utgjør en større del av deres totale budsjett. Enkelte mindre foretak, men også enkelte større foretak, peker videre på at politisk styring av sykehusstruktur og motstand mot nedleggelse og samling av enkelte funksjoner gjør det utfordrende å effektivt kunne drifte foretaket.

Ulik kapasitetsutnyttelse vil kunne gjøre at det også forventes ulikt effektiviseringspotensial. I helseforetak med relativt lavere utnyttelse, vil økninger i aktivitet kunne skje til en lavere merkostnad.

En faktor som legger betydelige barrierer og som i hovedsak er utenfor helseforetakenes kontroll, er situasjonen i primærhelsetjenesten og kommunene. Noen steder i landet er det lavere fastlegedekning, som gir relativt større belastning på sykehusene. Større utfordringer i enkelte kommunehelsetjenester gir også flere overliggerdøgn, beskrevet over.

Andre barrierer som trekkes frem i intervjuer og spørreundersøkelser er blant annet:

- Sykefravær: En betydelig barriere for å bremse bemanningsveksten er sykefraværet, som helseforetakene bare delvis har kontroll over.
- Krav fra spesialistkomiteer og forventninger i befolkningen: Spesialistkomiteer og krav fra disse, samt faglige vurderinger fra leger, legger visse barrierer for å redusere ressursbruk. Dette har ifølge informantene vært en vesentlig kostnadsdriver.
- Politiske føringer og reformer: Politiske føringer begrenser helseforetakenes handlingsrom og mulighet til å gjøre større strukturelle grep. Et eksempel på dette er muligheten til å legge ned tilbud ved enkelte lokasjoner og samle spesialiteter. Noen peker på at det er behov for en kulturendring der fokus på effektiv ressursbruk i større grad er med på å sette rammer.
- Annen regulering: Annen type regulering begrenser også handlingsrommet for å gjøre større endringer. For eksempel gjør personvern hensyn at større grep på utredes. Selv om slik regulering naturligvis er nødvendig, begrenser det mulighetene til å gjøre større endringer raskt.

6. Samlet vurdering og konklusjoner

På tross av barrierer knyttet til demografi, sykehusstruktur, kvalitetskrav, medisinsk inflasjon og politiske føringer, finner vi at enkelte helseforetak har lyktes i stor grad med tiltak for å bremse kostnadsveksten i senere år. Vår vurdering er derfor at det bør ses til de foretakene som har hatt relativt god utvikling og at det tas initiativ til å lære av god praksis og effektive tiltak.

Den største driveren av samlede kostnader i spesialisthelsetjenesten er bemanningsvekst. Vårt informasjonsgrunnlag tyder på at det er større bemanning per pasient enn før. Å få redusert denne veksten vil ha stor betydning for å kunne holde kostnadsnivået lavere og å sørge for økonomisk bærekraft i tjenesten. Sektorens tilpasninger på bemanning, og hvordan denne styres og prioriteres, vil følgelig ha stor betydning også fremover.

Å hente gevinster og å forbedre produktiviteten som følge av utskifting til nye bygg og teknologi, vil også være sentralt. Ifølge informanter har mye av gevinstene ved disse investeringene så langt vært kvalitetsforbedringer, samt at det har gitt nye muligheter for eksempel knyttet til nye driftsformer og arbeidsmiljø. Det bør arbeides for at det i større grad også realiseres gevinster på kostnadssiden.

Vi anbefaler at det i fremtidige utredninger nærmere undersøkes variasjonen på tvers av helseforetakene i investeringsnivåer og -behov i dag, i hvilken grad det foretas nyinvesteringer versus reinvesteringer, andelen anlegg under utførelse over tid og hvorvidt investeringer er store nok til å dekke kapitalslit.

Helseforetakene peker på at det beste for kostnadsstyringen vil være å ha stabile, stramme rammer. Forutsigbarhet vil kunne gi bedre mulighet til å planlegge og innrette seg kostnadseffektivt. Enkelte informanter peker på et ønske om tydeligere støtte fra overordnet hold i prioriteringer. Videre løftes et ønske om mindre grad av føringer på spesifikke tjenesteområder. Generelt finner vi at hyppige endringer i rammebetingelser vil være negativt for effektiviteten.

Et viktig funn i analysen av kostnader og aktivitet på tvers av helseforetak er at det er betydelig variasjon i utviklingen. Enkelte helseforetak har i senere år klart å bremse kostnadsveksten, som har gjort at disse har oppnådd betydelige besparelser relativt til andre. Vi finner derfor at helseforetakene bør ta initiativ til å lære av beste praksis og forsøker å utjevne forskjellene på tvers. Selv om tiltak noen steder ikke nødvendigvis alltid er overførbare, vil noen generelle funn kunne være det, f.eks. knyttet til ledelse. Flere informanter har pekt på at sterke lederlinjer øker sannsynligheten for å lykkes.

Sykehusstruktur og demografiske forskjeller skaper naturlige forskjeller i målt produktivitet. Tidligere utredninger har vist at det finnes skalafordeler ved sykehus. At produserte DRG-poeng per krone er relativt høyere ved større sykehus, er som forventet og ikke mulig å gjøre noe med innenfor dagens sykehusstruktur. Eksempler på mindre helseforetak som har fått ned kostnadene, har gjort dette delvis gjennom funksjonsdeling. I hvilken grad dette skal være mulig for helseforetakene å påvirke, er i stor grad politiske spørsmål.

Vedlegg A : Gjennomsnittlig årlig kostnadsvekst i helseforetakene, løpende priser

I følgende tabeller er gjennomsnittlig kostnadsvekst markert som rødt hvis veksten har vært over 2 prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnitt og grønt hvis 2 prosentpoeng eller mer lavere.

Gjennomsnittlig kostnadsvekst i somatisk spesialisthelsetjeneste mellom 2015-2024

Sør-Øst									
	Akershus universitets- sykehus	Oslo universitets- sykehus	Sunnaas sykehus	Sykehuset i Vestfold	Sykehuset Innlandet	Sykehuset Telemark	Sykehuset Østfold	Sørlandet sykehus	Vestre Viken HF
Avskrivninger	-2,1 %	2,9 %	0,5 %	4,4 %	-1,0 %	-1,6 %	14,5 %	0,6 %	4,3 %
Legemidler etc	8,0 %	4,1 %	4,6 %	6,8 %	4,2 %	6,4 %	6,7 %	6,1 %	6,7 %
Lønnskostnader	7,3 %	4,3 %	3,9 %	4,8 %	3,0 %	4,0 %	5,6 %	4,7 %	5,3 %
Øvrige kostnader	8,0 %	2,8 %	3,5 %	7,1 %	3,4 %	5,3 %	5,9 %	6,0 %	6,8 %
Totale driftskostnader	6,5 %	3,2 %	2,5 %	4,8 %	2,5 %	3,8 %	5,5 %	4,3 %	5,0 %

	Vest				Midt		
	Helse Stavanger HF	Helse Fonna HF	Helse Bergen HF	Helse Førde HF	Helse Møre og Romsdal HF	St. Olavs hospital HF	Helse Nord-Trøndelag HF
Avskrivninger	-0,1 %	3,7 %	4,6 %	1,4 %	2,0 %	-0,2 %	3,7 %
Legemidler etc	6,0 %	6,7 %	5,3 %	5,2 %	5,6 %	4,7 %	5,2 %
Lønnskostnader	5,0 %	4,9 %	4,8 %	4,3 %	5,1 %	5,3 %	5,6 %
Øvrige kostnader	5,1 %	4,0 %	5,2 %	3,2 %	4,9 %	5,6 %	6,4 %
Totale driftskostnader	4,5 %	4,3 %	4,4 %	3,5 %	4,4 %	4,5 %	5,0 %

	Nord			
	Helgelandssykehuset HF	Nordlandssykehuset HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Finnmarkssykehuset HF
Avskrivninger	1,1 %	4,1 %	4,0 %	8,3 %
Legemidler etc	7,5 %	5,5 %	5,2 %	7,3 %
Lønnskostnader	5,5 %	4,8 %	4,1 %	5,6 %
Øvrige kostnader	3,7 %	3,8 %	4,0 %	3,4 %
Totale driftskostnader	4,8 %	4,1 %	3,7 %	5,0 %

Kilde: Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). Somatisk spesialisthelsetjeneste definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Somatisk behandling» og «Lab/røntgen».

Merknad: Gjennomsnittlig vekst for pensjonskostnader er ikke inkludert i tabellen. Kostnaden er kalkulatorisk og kan i begrenset grad styres av helseforetaket. Renteutvikling, avkastning og andre økonomiske rammer er av størst betydning for kostnadsutviklingen.

Gjennomsnittlige kostnader i somatisk spesialisthelsetjeneste mellom 2020-2024

Sør-Øst									
	Akershus universitets- sykehus	Oslo universitets- sykehus	Sunnaas sykehus	Sykehuset i Vestfold	Sykehuset Innlandet	Sykehuset Telemark	Sykehuset Østfold	Sørlandet sykehus	Vestre Viken HF
Avskrivninger	-1,1 %	1,7 %	-1,8 %	11,6 %	-1,2 %	-1,0 %	9,3 %	2,8 %	3,6 %
Legemidler etc	4,5 %	5,1 %	9,5 %	6,3 %	5,2 %	5,8 %	6,0 %	4,9 %	5,2 %
Lønnskostnader	7,2 %	4,3 %	3,7 %	5,6 %	5,0 %	5,2 %	5,9 %	5,6 %	5,3 %
Øvrige kostnader	10,2 %	4,9 %	6,0 %	8,7 %	7,8 %	7,8 %	7,6 %	9,0 %	7,4 %
Totale driftskostnader	7,3 %	4,4 %	3,9 %	7,2 %	6,0 %	6,4 %	7,0 %	6,5 %	6,0 %

Vest				Midt			
	Helse Stavanger HF	Helse Fonna HF	Helse Bergen HF	Helse Førde HF	Helse Møre og Romsdal HF	St. Olavs hospital HF	Helse Nord- Trøndelag HF
Avskrivninger	1,5 %	5,2 %	5,5 %	5,2 %	4,6 %	1,0 %	4,1 %
Legemidler etc	5,9 %	5,3 %	5,1 %	5,3 %	5,8 %	6,3 %	5,7 %
Lønnskostnader	5,0 %	5,7 %	5,3 %	4,6 %	6,2 %	5,4 %	5,7 %
Øvrige kostnader	7,2 %	5,6 %	7,6 %	7,0 %	8,8 %	9,5 %	8,9 %
Totale driftskostnader	6,1 %	6,2 %	6,2 %	5,7 %	7,1 %	6,8 %	6,7 %

Nord				
	Helgelandssykehuset	Nordlandssykehuset	Universitetssykehuset	Finnmarkssykehuset
	HF	HF	Nord-Norge HF	HF
Avskrivninger	-5,5 %	0,0 %	2,8 %	8,3 %
Legemidler etc	8,7 %	4,4 %	4,8 %	6,4 %
Lønnskostnader	6,4 %	4,9 %	3,9 %	5,3 %
Øvrige kostnader	5,1 %	5,2 %	6,2 %	4,3 %
Totale driftskostnader	6,4 %	5,0 %	4,9 %	5,9 %

Kilde: Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). Somatisk spesialisthelsetjeneste definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Somatisk behandling» og «Lab/røntgen».

Merknad: Gjennomsnittlig vekst for pensjonskostnader er ikke inkludert i tabellen. Kostnaden er kalkulatorisk og kan i begrenset grad styres av helseforetaket. Renteutvikling, avkastning og andre økonomiske rammer er av størst betydning for kostnadsutviklingen.

Gjennomsnittlig kostnadsvekst i psykisk helsevern og TSB mellom 2015-2024

Sør-Øst									
	Akershus universitets-sykehus	Oslo universitets-sykehus	Sunnaas sykehus	Sykehuset i Vestfold	Sykehuset Innlandet	Sykehuset Telemark	Sykehuset Østfold	Sørlandet sykehus	Vestre Viken HF
Avskrivninger	12,5 %	-0,8 %		11,7 %	-1,7 %	-6,4 %	-31,2 %	4,1 %	1,9 %
Legemidler etc	4,1 %	0,0 %		0,9 %	-5,1 %	3,4 %	-2,2 %	0,3 %	0,3 %
Lønnskostnader	5,4 %	4,6 %		3,8 %	2,2 %	3,6 %	3,8 %	3,8 %	3,5 %
Øvrige kostnader	4,1 %	4,8 %		3,4 %	3,1 %	3,4 %	4,1 %	8,1 %	4,5 %
Totale driftskostnader	4,3 %	3,4 %		3,1 %	1,4 %	2,3 %	2,5 %	3,6 %	2,5 %

	Vest				Midt		
	Helse Stavanger HF	Helse Fonna HF	Helse Bergen HF	Helse Førde HF	Helse Møre og Romsdal HF	St. Olavs hospital HF	Helse Nord-Trøndelag HF
Avskrivninger	-2,4 %	10,6 %	6,0 %	-2,5 %	6,5 %	-0,2 %	-1,9 %
Legemidler etc	0,9 %	1,6 %	4,4 %	7,2 %	3,2 %	1,8 %	-2,5 %
Lønnskostnader	4,5 %	3,7 %	5,1 %	4,0 %	4,3 %	4,6 %	4,3 %
Øvrige kostnader	5,1 %	5,0 %	4,6 %	4,6 %	9,4 %	5,4 %	4,2 %
Totale driftskostnader	3,7 %	3,4 %	4,4 %	3,2 %	4,6 %	4,0 %	3,1 %

	Nord			
	Helgelandssykehuset HF	Nordlandssykehuset HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Finnmarkssykehuset HF
Avskrivninger	-16,4 %	-4,5 %	3,4 %	6,5 %
Legemidler etc	14,9 %	1,7 %	-1,1 %	11,6 %
Lønnskostnader	5,7 %	3,3 %	4,9 %	4,6 %
Øvrige kostnader	0,4 %	6,4 %	8,4 %	5,8 %
Totale driftskostnader	2,2 %	3,1 %	4,8 %	4,2 %

Kilde: Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). Psykisk helsevern og TSB spesialisthelsetjeneste definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Psykisk helsevern for barn og unge», «Psykisk helsevern for voksne», og «Tverrfaglig spesialisert behandling».

Gjennomsnittlig kostnadsvekst i psykisk helsevern og TSB mellom 2020-2024

Sør-Øst									
	Akershus universitets- sykehus	Oslo universitets- sykehus	Sunnaas sykehus	Sykehuset i Vestfold	Sykehuset Innlandet	Sykehuset Telemark	Sykehuset Østfold	Sørlandet sykehus	Vestre Viken HF
Avskrivninger	24,6 %	0,9 %		14,1 %	-2,2 %	-2,6 %	-60,7 %	13,4 %	2,7 %
Legemidler etc	7,9 %	11,0 %		7,5 %	-1,0 %	4,9 %	4,0 %	6,2 %	7,9 %
Lønnskostnader	5,1 %	5,0 %		5,2 %	3,7 %	4,3 %	3,9 %	4,4 %	5,2 %
Øvrige kostnader	5,3 %	6,4 %		2,4 %	6,3 %	-0,2 %	3,5 %	5,9 %	4,3 %
Totale driftskostnader	6,0 %	5,3 %		5,7 %	4,8 %	3,9 %	3,0 %	5,6 %	5,2 %

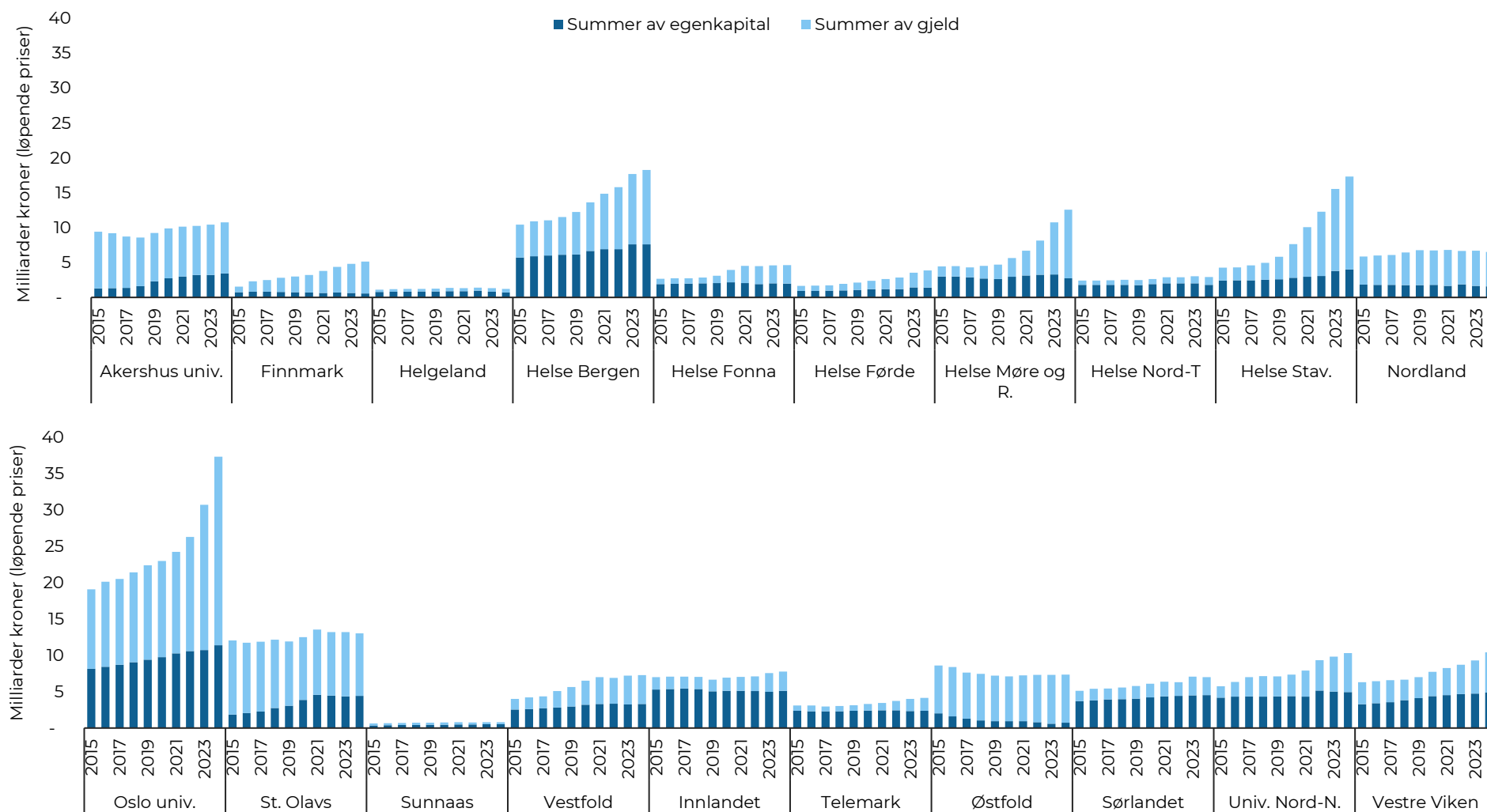
Vest				Midt			
	Helse Stavanger HF	Helse Fonna HF	Helse Bergen HF	Helse Førde HF	Helse Møre og Romsdal HF	St. Olavs hospital HF	Helse Nord- Trøndelag HF
Avskrivninger	0,0 %	11,8 %	4,3 %	-0,9 %	3,1 %	0,8 %	-6,8 %
Legemidler etc	1,8 %	1,5 %	3,7 %	8,4 %	14,9 %	5,6 %	3,1 %
Lønnskostnader	5,8 %	5,2 %	4,7 %	5,4 %	5,5 %	5,1 %	5,9 %
Øvrige kostnader	7,5 %	7,2 %	5,4 %	3,5 %	14,0 %	18,7 %	8,4 %
Totale driftskostnader	6,7 %	6,5 %	5,6 %	5,1 %	8,0 %	9,1 %	6,3 %

Nord				
	Helgelandssykehuset	Nordlandssykehuset	Universitetssykehuset	Finnmarkssykehuset
	HF	HF	Nord-Norge HF	HF
Avskrivninger	-25,1 %	-0,8 %	8,0 %	-2,5 %
Legemidler etc	5,9 %	5,4 %	4,0 %	0,0 %
Lønnskostnader	6,1 %	4,8 %	6,0 %	6,2 %
Øvrige kostnader	2,2 %	8,6 %	15,1 %	1,8 %
Totale driftskostnader	4,4 %	6,2 %	8,6 %	5,3 %

Kilde: Kostnadsdata hentet fra SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten (2025). Psykisk helsevern og TSB spesialisthelsetjeneste definert tilsvarende som i Helsedirektoratets oversikt over kostnader til spesialisthelsetjenesten, og inkluderer tjenesteområder «Psykisk helsevern for barn og unge», «Psykisk helsevern for voksne», og «Tverrfaglig spesialisert behandling».

Merknad: Gjennomsnittlig vekst for pensjonskostnader er ikke inkludert i tabellen. Kostnaden er kalkulatorisk og kan i begrenset grad styres av helseforetaket. Renteutvikling, avkastning og andre økonomiske rammer er av størst betydning for kostnadsutviklingen.

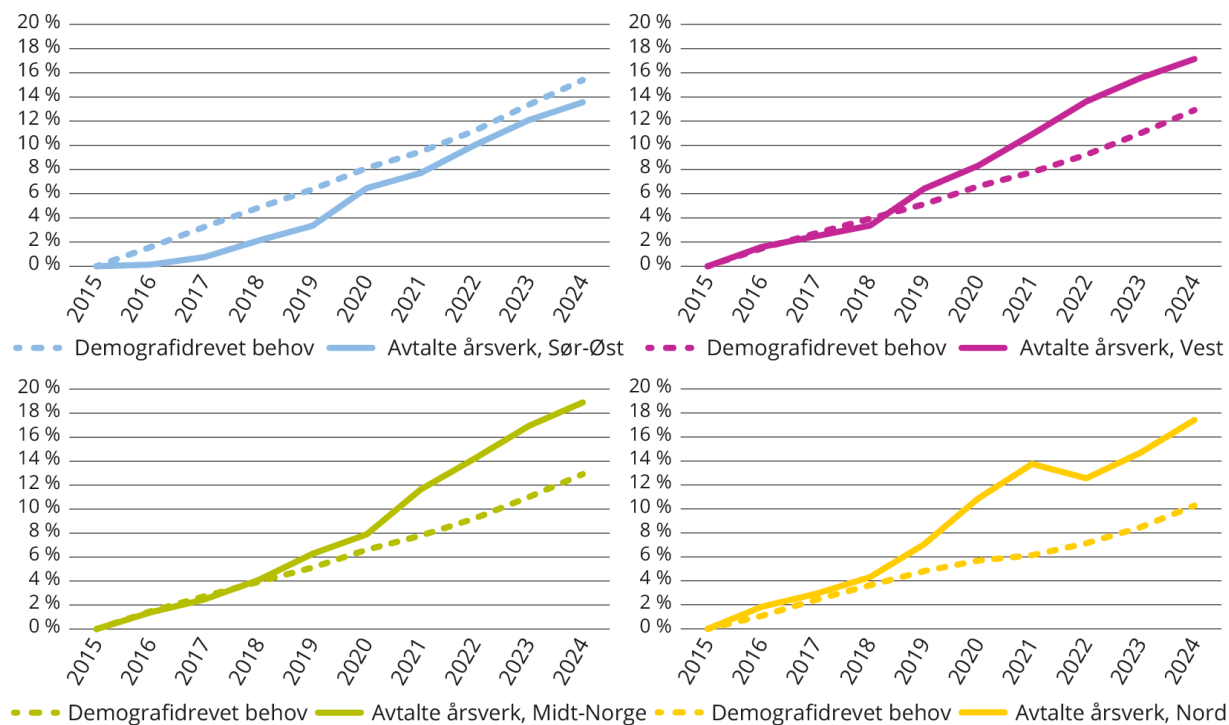
Vedlegg B : Gjeld og egenkapital i helseforetakene



Kilde: Figur utarbeidet av Oslo Economics, basert på regnskapstall hentet fra Oslo Economics sin database for nasjonal økonomisk aktivitet.

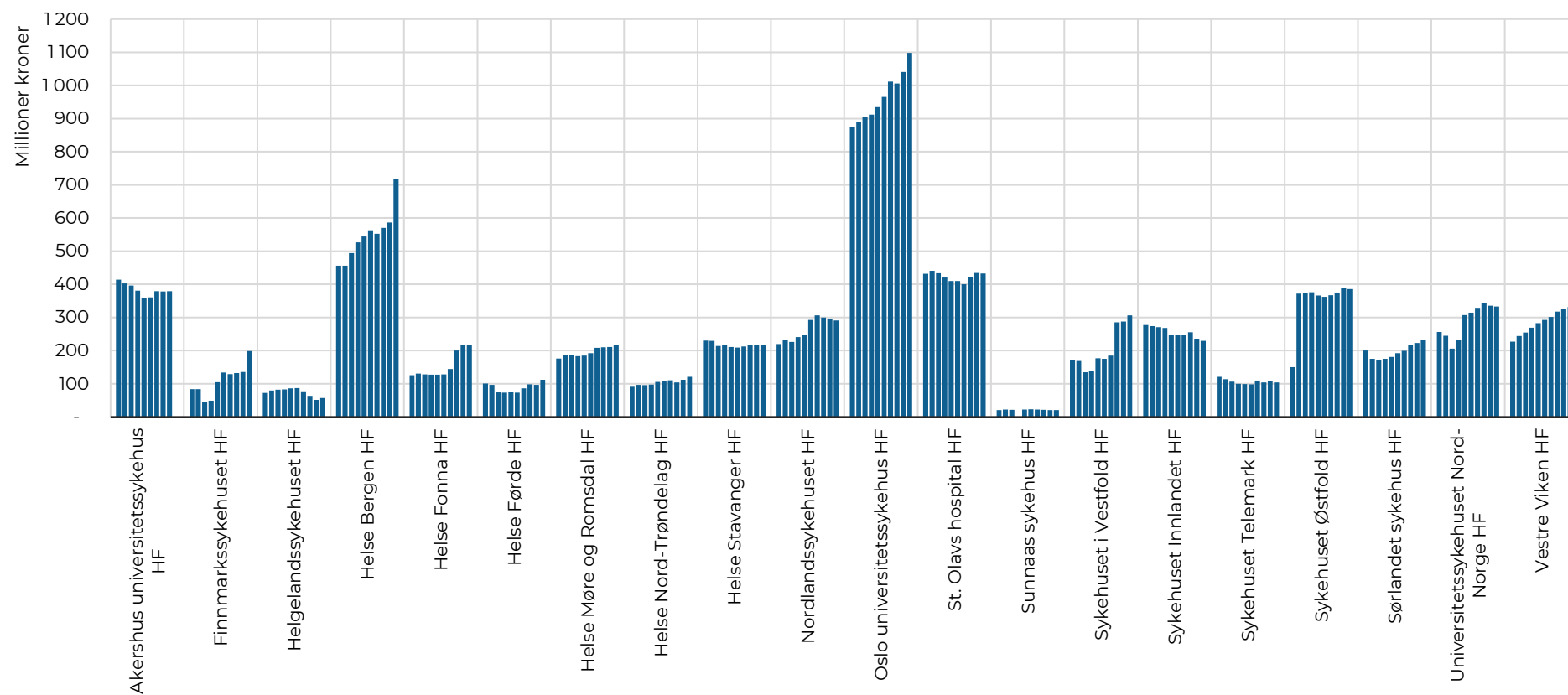
Vedlegg C : Demografidrevet behov og vekst i årsverk per region

Akkumulert vekst i avtalte årsverk og demografidrevet behov per region. 2015 til 2024



Kilde: Faksimile fra TBU-S (2025), s. 40. Basert på data fra SSB og Helsedirektoratet

Vedlegg D : Avskrivninger per helseforetak (2015-2024)



7. Referanser

Helse Førde, 2025. *Styresak 60/25 - Økonomi oppfølging tiltak 2025*. s.l.:s.n.

Helsedirektoratet, 2024. *Produktivitet i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling [nettdokument]*, Oslo: s.n.

Helsedirektoratet, 2024. *Produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste [nettdokument]*, Oslo: Helsedirektoratet.

HUS, 2026a. *About us*, s.l.: s.n.

HUS, 2026b. *Chief Executive Officer: Balancing the finances and covering the deficits has created a more stable foundation for the coming years*, s.l.: s.n.

HUS, 2026c. *HUS year 2025: Sustainable economy*, s.l.: s.n.

HUS, 2026d. *HUS year 2025: Customer*, s.l.: s.n.

Karolinska Universitetssjukhuset, 2026. *Hög tillgänglighet, kortare väntetider och ett positivt resultat för Karolinska Universitetssjukhuset*, s.l.: s.n.

Kayser, A., 2026. *World's Best Hospitals 2026*, s.l.: Newsweek.

Region Sjælland, 2026a. *Nøgletal om Sjællands Universitetshospital*, s.l.: s.n.

Region Sjælland, 2026b. *5 skarpe til Charlotte Kundakci om SUH's økonomi*, s.l.: s.n.

Statistik sentralbyrå, 2026. *Månedslønn for helse- og sosialpersonell. 4. kvartal, etter fagutdanning, statistikkvariabel, år og arbeidstid*. s.l.:s.n.

Statistisk sentralbyrå, 2025. *SSB kildetabell 13953: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, etter utdanning, statistikkvariabel, år, region og tjenesteområde*. s.l.:s.n.

Statistisk sentralbyrå, 2025. *SSB kildetabell 14022: Kostnader og inntekter i spesialisthelsetjenesten, etter tjenesteområde, statistikkvariabel, region, inntekts- eller kostnadstype og år*, s.l.: s.n.

Statistisk sentralbyrå, 2026. *SSB kildetabell: 14709: Konsumprisindeks (2025=100), etter måned, statistikkvariabel og år*, s.l.: s.n.

Statistisk sentralbyrå, 2025. *SSB kildetabell 11419: Månedslønn, etter statistikk mål. Månedslønn i kr, gjennomsnitt*, s.l.: s.n.

Sykehuset i Vestfold, 2026. *Årsberetning 2025*. s.l.:s.n.

Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi, 2025. *Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for spesialisthelsetjenestens økonomi*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

TV2 Øst, 2025. *Budgetoverskridelse på 295 millioner kroner tvinger hospital til fyringer*, s.l.: s.n.

A decorative diagonal line runs from the top-left corner towards the bottom-right corner, separating the white background from a light blue area.

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo