



SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 2/07



## 3 Opptrappingsplanens mål: Status for kostnader og øremerkede tilskudd 1999-2006

Silje L. Kaspersen

Måltallet for vekst i driftskostnader til det psykiske helsevernet er nådd

Opptrappingsplanens mål for vekst i driftskostnadene til det psykiske helsevernet på 2,1 milliarder 1998-kroner ble nådd i løpet av den opprinnelige planperioden 1999-2006. I henhold til Opptrappingsplanen skal driftskostnadene til det psykiske helsevernet øke med 2,1 milliarder 1998 kroner – tilsvarende 2,9 milliarder 2006 kroner – i løpet av planperioden (1999-2008). I 2006 var de totale driftskostnadene til det psykiske helsevernet på 13,2 milliarder kroner, noe som er en økning på tre prosent (386 millioner kroner) fra året før, og en økning på nærmere tre milliarder 2006-kroner (29 prosent) sammenliknet med nivået i 1998.

Driftskostnadene til psykisk helsevern for barn og unge har økt med 72 prosent i perioden 1999-2006. Tilsvarende vekst i psykisk helsevern for voksne ligger på 23 prosent, mens det samlede psykiske helsevernet har hatt en økning fra 1999-2006 på 29 prosent. Opptrappingsmålet om at minst 30 prosent, eller 879 millioner 2006-kroner, skal gå til nivåheving i tjenester for barn og unge er også nådd. I psykisk helsevern for voksne er 99,3 prosent av målet om økning på drøye to milliarder kroner i driftskostnadene nådd. Kun 14 millioner kroner manglet på nasjonalt nivå, for at også måltallet i psykisk helsevern for voksne ble nådd. Sterkere vekst i psykisk helsevern for barn og unge er i tråd med de statlige styrings-signalene som har kommet i løpet av planperioden.

Av utgiftsveksten på nærmere tre milliarder kroner fra 1999-2006, har omtrent én tredjedel blitt finansiert av øremerkede midler samt polikliniske refusjoner. Den største relative økningen i bruk av øremerkede midler kom fra 2005-2006 (ca. 435 millioner kroner, tilsvarende 38 prosent), men dette har sammenheng med at en del av de øremerkede midlene i 2005 ble overført til rammetilskuddet, og at man dermed fikk en kraftig nedgang i øremerkede midler dette året. Også polikliniske refusjoner har hatt en økning fra 2005 til 2006 (5 prosent), etter to år med henholdsvis negativ vekst og nullvekst.

Hvis vi sammenholder økning i driftskostnader med økning i personell, finner vi at den prosentvise endringen i kostnader til det psykiske helsevernet totalt, fra 1999-2006, er to prosentpoeng høyere enn den prosentvise endringen i årsverk (henholdsvis 29 og 27 prosent). Det samme gjelder for psykisk helsevern for voksne, der kostnadsveksten har vært på 23 prosent, mens personellveksten har vært 21 prosent. I psykisk helsevern for barn og unge ligger den prosentvise økningen i antall årsverk ni prosentpoeng lavere enn økningen i driftskostnader. En mulig forklaring på forskjellen mellom de to sektorene kan være endret praksis med hensyn til fordeling av felleskostnader, og omorganisering av virksomheten i forbindelse med eierskapsreformen i 2002.

### 3.1 Innledning

Det psykiske helsevernet har vært satsingsområde i spesialisthelsetjenesten siden 1999. I statsbudsjettet for 2004 ble den opprinnelige planperioden forlenget med 2 år fra 2006, slik at målene i Opptappingsplanen nå skal være nådd i løpet av 2008. Regjeringens utvidelse av planperioden (St.prp. nr. 1 (2003-2004)) kom etter anbefaling fra Stortinget (Innst. S. nr. 141 (2002-2003)), og var basert på Riksrevisjonens evaluering av status for Opptappingsplanen de første årene (Dokument nr. 3:5 (2002-2003)).

I dette kapitlet undersøkes utviklingen i utvalgte økonomiske aspekter ved Opptappingsplanen i løpet av den opprinnelige planperioden 1999-2006. Vi ser nærmere på hvordan utviklingen har vært for den planlagte økningen i driftskostnader, og hvordan kostnadene i det psykiske helsevernet blant annet har blitt finansiert av øremerkede midler og polikliniske refusjoner. Videre sammenholdes endringer i kostnader med endring i personelltall. Til slutt gis en kort presentasjon av deflatores betydning for måloppnåelse i Opptappingsplanen.

Opptappingsplanen trådte i kraft fra 1. januar 1999. Vi benytter derfor 1998 som basisår for å beregne økningen i perioden. Som i tidligere SAMDATA-rapporter er deflator for prisvekst i konsumet av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB), benyttet for å beregne 2006-priser tilbake i tid. For kostnads- og finansieringstall på helseregion – og foretaksnivå, vises det til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 og SAMDATAs nettsider.

### 3.2 Utvikling i driftskostnader i perioden 1999-2006

Opptappingsplanen skal innebære en styrking av det psykiske helsevernet tilsvarende 2,1 milliarder 1998-kroner i økte driftskostnader i løpet av planperioden. Omregnet til 2006-kroner innebærer dette en planlagt økning på 2,9 milliarder kroner.<sup>1</sup> Med "totale driftskostnader" forstår vi summen av driftskostnader på institusjons-/foretaksnivå, driftstilskudd til private spesialister og tilskudd til privat pleie - eksklusive avskrivninger. Det er bare for 2005 og 2006 at det har vært mulig å beregne kapitalkostnader (avskrivninger m.v.) for psykisk helsevern, og manglende sammenlikningsgrunnlag tilbake i tid gjør at vi velger å presentere tall uten avskrivninger i dette kapitlet. I 2005 og 2006 har kapitalkostnadene ligget på omkring 1,2 milliarder kroner.

Før Opptappingsplanen ble satt i gang, lå driftskostnadene til det psykiske helsevernet på omtrent 10,2 milliarder 2006-kroner. I 2002, halvveis i den opprinnelige planperioden, hadde de totale driftskostnadene steget med omtrent 1,3 milliarder 2006-kroner, tilsvarende en økning på tolv prosent. Av disse var 368 millioner kroner knyttet til økte driftskostnader i psykisk helsevern for barn og unge (29 prosent økning fra 1998-2002), mens psykisk helsevern for voksne hadde en økning på 910 millioner kroner (10 prosent økning fra 1998-2002). Utviklingen er presentert i tabell 3.1, der årene 1999 og 2003 er utelatt av plassmessige årsaker.

---

<sup>1</sup> 2,9 mrd. kroner er samme beløp som ble beregnet i fjorårets SAMDATA. Beløpet blir likt for 2005 og 2006 fordi akkumulert prisvekst i 2003 og 2004 har blitt nedjustert i ettertid. Beregninger gjort med samme deflatorrekke som ble benyttet på 2005-tallene gir at 2,1 mrd 1998-kroner tilsvarer 3,0 mrd 2006-kroner.

Tabell 3.1 Utvikling i totale driftskostnader (ekskl. avskrivninger) til det psykiske helsevernet – henholdsvis totalt, i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) og i psykisk helsevern for voksne (PHV). Millioner kroner målt i faste 2006-kroner og prosentvis endring. 1998-2006.

	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006
Psykisk helsevern totalt	10 246	10 725	10 896	11 524	12 053	12 831	13 217
Pst. endring fra året før	5	1	2	6	2	6	3
- herav PHBU	1 290	1 377	1 438	1 658	1 928	2 083	2 225
Pst. endring fra året før	6	3	4	15	8	8	7
- herav PHV	8 956	9 348	9 458	9 866	10 124	10 748	10 992
Pst. endring fra året før	5	1	1	4	1	6	2

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Ser vi på økningen i driftskostnader mellom de enkelte år i perioden, skiller overgangen mellom 2001 og 2002 seg ut i form av sterk vekst. Særlig utgiftene til psykisk helsevern for barn og unge økte kraftig i 2002; hele 15 prosent økning sammenliknet med året før. De første tre årene av Opptappingsplanen hadde fylkeskommunene ansvaret for spesialisthelsetjenesten, mens dette ansvaret fra og med 2002 ble overført til de regionale helseforetakene. Foretaksreformen innebar at psykiatriske sykehus, distriktpsikiatriske sentra og barne- og ungdomspsykiatriske enheter ble fusjonert inn i helseforetak som også omfattet somatiske sykehus. Omorganiseringen medførte en betydelig samordning med hensyn til administrative fellestjenester, utskiftning av administrative systemer og personell, ny regnskapsføring og ikke minst en ny måte å fordele felleskostnader på. Det er sannsynlig at endring i fordelingen av felleskostnader mellom somatikk og det psykiske helsevernet – og mellom psykisk helsevern for barn og unge og for voksne – kan ha påvirket nivået på de totale driftskostnadene, og at nivåhevingen i 2002 kan tilskrives dette. Ulik regnskapspraksis mellom helseforetakene kan i tillegg påvirke denne fordelingen.

I fjorårets utgave av SAMDATA, med tall for 2005, fremgår det at de årlige driftskostnadene i det psykiske helsevernet hadde økt med 2,3 milliarder 2005-kroner i løpet av de syv første årene av Opptappingsplanen, noe som innebar at 79 prosent av den planlagte økningen i driftskostnader var realisert i 2005. Dersom måltallet om 2,1 milliarder 1998-kroner skulle nås, ble det beregnet at de reelle driftskostnadene måtte øke med om lag 1,6 prosent, eller 195 millioner 2005-kroner årlig, hvert år de siste tre gjenstående årene. Økningen fra 2004 til 2005 var til sammenlikning 5,1 prosent, og det ble beregnet at gjennomsnittlig vekstrate i perioden 1999-2005 hadde vært høyere enn det som trengtes for å nå målet om økning i driftskostnader i Opptappingsplanen – både i psykisk helsevern for barn og unge og for voksne.

I 2006 var de totale driftskostnadene (eksklusive avskrivninger) til det psykiske helsevernet på 13,2 milliarder kroner. I faste 2006-kroner er dette en økning på 386 millioner kroner fra 2005 (tre prosent), og en økning på nærmere *tre milliarder kroner* (29 prosent) sammenliknet med nivået i 1998 (se tabell 3.2). Dette betyr at det økonomiske målet om en nivåheving i driftskostnadene til det psykiske helsevernet på 2,1 milliarder 1998-kroner (ca. 2,9 milliarder 2006-kroner) ble nådd ved utgangen av den opprinnelige opptappingsplanperioden i 2006.

Tabell 3.2 Totale driftskostnader (ekskl. avskrivninger) til det psykiske helsevernet. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner og prosentvis endring, 1998 og 2006.

	1998	2006	Økning i mill. kr 1999-2006	Prosentvis endring 1999-2006
Psykisk helsevern	10 246	13 217	2 971	29
- herav PHBU	1 290	2 225	935	72
- herav PHV	8 956	10 992	2 036	23

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Som vi ser av tabell 3.2 er økningen i driftskostnader til psykisk helsevern for barn og unge på hele 72 prosent i perioden 1999-2006. Andelsmessig har tjenester til barn og unge gått fra ca. 13 prosent av de totale driftskostnadene ved utgangen av 1998, til å utgjøre ca. 17 prosent i 2006. Av den planlagte økningen i driftskostnader i henhold til Opptrappingsplanen skal minst 30 prosent, eller ca. 879 millioner 2006-kroner, gå til nivåheving for tjenester til barn og unge. I 2006 var økningen fra 1998 på 935 millioner – 56 millioner kroner *mer* enn det uttalte målet.

I psykisk helsevern for voksne er 99,3 prosent av målet om nivåheving på drøye to milliarder 2006-kroner nådd. Kun 14 millioner kroner i økte driftskostnader manglet på nasjonalt nivå for at måltallet for psykisk helsevern for voksne ble nådd i 2006. I tråd med intensjonene i Opptrappingsplanen har veksten i psykisk helsevern for barn og unge vært langt sterkere enn kostnadsveksten i psykisk helsevern for voksne. Dette har altså bidratt til at målsettingen om 2,1 milliarder økte driftskostnader til det psykiske helsevernet totalt, satt i 1998, ble nådd i løpet av den opprinnelige opptrappingsplanperioden 1999-2006.

### 3.3 Kostnader finansiert av øremerkede tilskudd 1998-2006

I følge St.prp. nr. 63 (1997-98) skulle Opptrappingsplanen hovedsakelig finansieres av "friske midler" ved hjelp av øremerkede tilskudd, økte polikliniske refusjoner og økt brukerbetalning. Det vil si at de regionale helseforetakene ikke skal måtte omprioritere egne ressurser for å finansiere den planlagte økningen i driftskostnader. I de fire årene før Opptrappingsplanen trådte i kraft (1995-1998), ble det også gitt øremerkede midler til psykisk helsevern på fylkeskommunalt nivå. Disse midlene "fulgte med" inn i opptrappingsplanperioden, og gav således et kunstig høyt nivå på vekstbanen. I statsbudsjettet for 2005 (St.prp. nr. 1 (2004-2005)) ble nivået justert ned ved at vel 460 millioner kroner, et beløp tilsvarende de øremerkede tilskuddene som ble gitt før Opptrappingsplanen startet, ble overført til basisbevilgningen (fra kapittel 743 post 75 til kapittel 732 postene 71-75 i statsbudsjettet).

Å gi en del av opptrappingsplanmidlene for 2005 som rammeoverføring var et rent teknisk grep fra myndighetenes side, gjennomført for å gjøre det enklere å følge de øremerkede bevilgningene over Opptrappingsplanen. I bestillerdokumentene til RHF-ene samme år, het det at de 460 millionene skulle benyttes til å dekke driftskostnader til opptrappingstiltak i det psykiske helsevernet. Når midler gis over basisbevilgningen, kan de imidlertid ikke følges opp rapporteringsmessig på samme måte som de øremerkede midlene. Som følge av denne omfordelingen mellom postene i statsbudsjettet, reduseres *øremerkede* midler med 14 prosent fra 2004 til 2005 (2006-kroner).<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Legger vi sammen de øremerkede midlene benyttet i 2005 og de 460 millionene 2005-kroner som ble omfordelt til basisbevilgningen, får vi imidlertid en økning på ca. 21 prosent i øremerkede midler fra 2004 til 2005.

Helseforetakene og RHF-ene rapporterer årlig om bruken av øremerkede midler til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Tradisjonelt har SINTEF Helse i samarbeid med HOD kvalitetskontrollert disse tallene, blant annet ved å sammenstille dem med regnskapstall og et eget rapporteringsskjema som foretakene leverer til SSB og SINTEF Helse. I 2007 har imidlertid helseforetakene og RHF-ene vært vesentlig forsinket med rapporteringen til HOD, og tidsfrister i SAMDATA-prosjektet gjør at det ikke har blitt tid til kvalitetskontroll av tallene i like stor grad som tidligere. I rapporten SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 (Solstad, 2007) presenterte vi et foreløpig nivå på øremerkede midler *tatt til inntekt* i regnskapene for 2006 på 1,493 milliarder kroner. Etter å ha mottatt rapporteringene til HOD er dette tallet oppjustert med ca. 72 millioner kroner, slik at gjeldende nivå på øremerkede midler som er benyttet til å dekke økte driftskostnader i det psykiske helsevernet i 2006 er 1,565 milliarder kroner. Tatt i betraktning av at Stortingets samlede bevilgning i statsbudsjettets kapittel 743 post 75 *Tilskudd til styrking av psykisk helsevern* for 2006 var 1,541 milliarder kroner, betyr dette at helseforetakene også har benyttet overførte midler fra tidligere år.

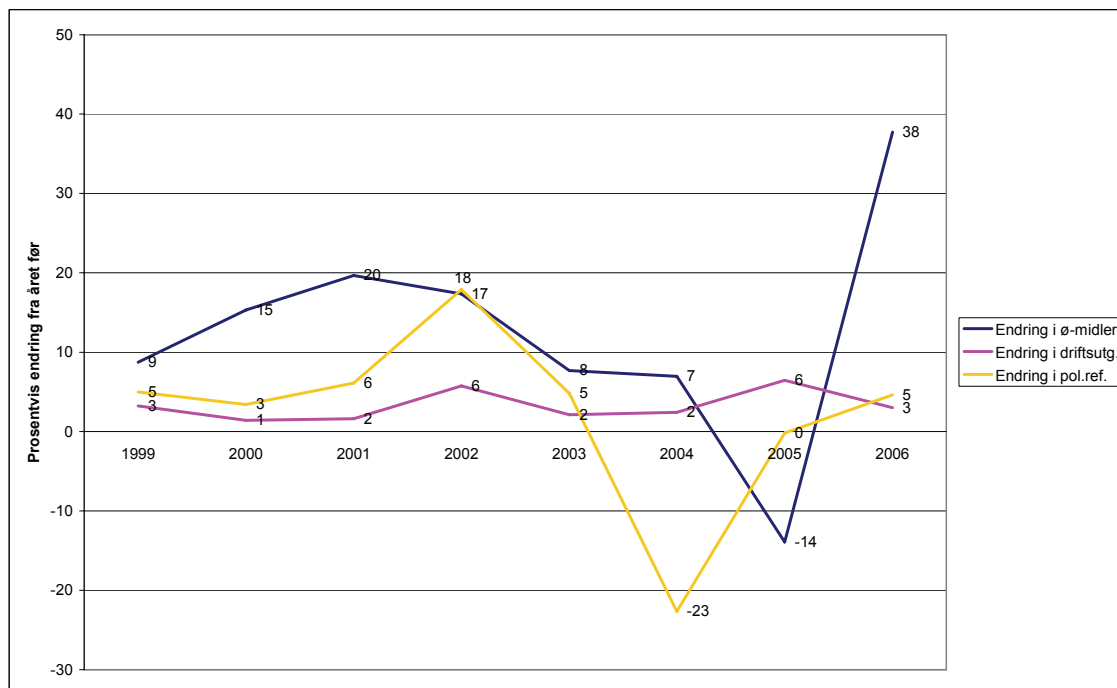
Tabell 3.3 viser *økning* i totale utgifter og *økning* i øremerkede statlige tilskudd for opptrappingsperioden med fylkeskommunalt ansvar for psykisk helsevern 1998-2001 (sett i forhold til nivået i 1998), og for årene 2001-2006 med regionale helseforetak som ansvarlige (sett i forhold til nivået i 2001). Videre presenteres endringene fra 2005-2006 og den samlede endringen i perioden 1998-2006. Sum øremerkede midler består av henholdsvis tilskudd til styrking av psykisk helsevern fordelt etter objektive kriterier (kapittel 743 post 75 i statsbudsjettet), samt aktivitetsbaserte tilskudd for polikliniske konsultasjoner (polikliniske refusjoner - tidligere administrert av Rikstrygdeverket, nå administrert av NAV).

Tabell 3.3 Økning i totale driftskostnader og øremerkede midler til det psykiske helsevernet. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner. 1998-2001. 2001-2006. 2005-2006. 1998-2006.

	Fylkeskommunalt ansvar 1998-2001	RHF-ansvar 2001-2006	Endring siste to år 2005-2006	Perioden 1998-2006
Sum økning totale driftskostnader i psykisk helsevern	650	2 321	386	2 971
Sum økning øremerkede midler	414	587	464	1 001
Herav:				
- endring i øremerkede midler	326	588	434	914
- endring i polikliniske refusjoner	88	-1	30	87

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Sammenliknet med de tre første årene av Opptrappingsplanen, har den gjennomsnittlige årlige veksten i totale driftskostnader til det psykiske helsevernet vært sterkere i årene *etter* enn årene før eierskapsreformen i 2002. Av finansieringskomponentene avtok veksten i øremerkede midler i årene 2001-2005, som vist i figur 3.1 (den negative veksten mellom 2004 og 2005 er forklart over). Fra 2005 til 2006 øker imidlertid de øremerkede opptrappingsmidlene med hele 434 millioner kroner, en realvekst på 38 prosent. Perioden sett under ett har øremerkede midler finansiert omtrent én tredjedel av veksten i kostnadene.



Figur 3.1 Prosentvis realendring fra året før i totale driftskostnader, øremerkede midler og polikliniske refusjoner. Perioden 1999-2006.

Nivået på tilskudd mottatt som polikliniske refusjoner var stigende frem til og med 2003, da 828 millioner 2006-kroner ble refundert, men har fra 2004 vært synkende. Hovedsakelig skyldes dette en omlegging av takstsystemet, der satsene for polikliniske refusjoner ble justert ned i 2004. Dette ble gjort både innen somatikk og psykisk helsevern som et forsøk på å motvirke uønskede vridningseffekter innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste som følge av at refusjonssatsen innen Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble satt ned fra 60 til 40 prosent. Bakgrunnen var et ønske om å rette økt styringsmessig oppmerksomhet mot at ressursene brukes på prioriterte områder, og reduksjon av den aktivitetsfinansierte delen av RHF-enes inntekter skulle bidra til dette (St.prp. nr. 1 (2003-2004)). Mens RHF-ene i 2005 finansierte 82,3 prosent av de totale kostnadene til psykisk helsevern, sank denne andelen til 79,7 prosent i 2006. Hovedsakelig skyldes denne nedgangen veksten i øremerkede tilskudd, da RHF-enes egenandel tilsvarer totale driftskostnader fratrukket polikliniske refusjoner, øremerkede tilskudd, pasientbetaling og andre refusjoner/tilskudd/salgsinntekter. I motsetning til intensjonen i Opptappingsplanen om øremerkede midler som viktigste finansieringskilde, har ca. to tredjedeler av veksten kommet via egenfinansiering via RHF-enes basisramme.

Økt pasientbetaling var også nevnt som kilde til finansiering av Opptappingsplanen da denne ble vedtatt. Pasientbetaling er bare aktuelt i psykisk helsevern for voksne, og finansierer en relativt beskjedne del av de totale kostnadene. I 2005 og 2006 var nivået på pasientbetaling på henholdsvis 69 og 77 millioner kroner – tilsvarende 0,5 og 0,6 prosent av de totale driftskostnadene det respektive år. Sammen med RHF-enes egenfinansiering er øremerkede tilskudd fortsatt den klart største finansieringskomponenten i Opptappingsplanen.



### 3.4 Økning i kostnader sammenholdt med økningen i personell

Personell er den dominerende innsatsfaktoren i det psykiske helsevernet, og av de 13,2 milliarder kronene som gikk til driftskostnader i denne sektoren i 2006, besto 82,2 prosent av lønn og sosiale kostnader. Med personell som desidert viktigste innsatsfaktor er det naturlig å forvente at kostnadene i det psykiske helsevernet vil følge nivået på personellinnsatsen. For å vurdere kostnadsveksten i opptrappingsplanperioden har vi i tabell 3.4 sammenholdt veksten i totale driftskostnader til psykisk helsevern med veksten i personell (målt som årsverk).

Tabell 3.4 Prosentvis endring i driftskostnader (2006-kroner) og årsverksinnsats i det psykiske helsevernet, fordelt på tjenester for barn og unge og tjenester for voksne. 1998-2006.

	Prosent endring i kostnader 1998-2006	Prosent endring i årsverk 1998-2006
Psykisk helsevern	29	27
- herav psykisk helsevern for barn og unge	72	63
- herav psykisk helsevern for voksne	23	21

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Både for det samlede psykiske helsevernet og for psykisk helsevern for voksne har utviklingen i driftskostnader og antall årsverk vært relativt lik i perioden 1999-2006. I begge tilfeller ligger veksten i årsverk to prosentpoeng lavere enn utgiftsveksten - når vi sammenlikner nivået ved utgangen av 2006 med nivået ved utgangen av 1998. I psykisk helsevern for barn og unge ligger kostnadsveksten ni prosentpoeng høyere enn veksten i personell. Som vi tidligere har vært inne på kan dette skyldes endret praksis med hensyn til fordeling av felleskostnader. Hvis det er slik at omfordeling av kostnader har vært annerledes enn omfordeling av personellressurser i helseforetakene, vil dette påvirke tallene våre.

Anthun og Torvik (2006) finner at flere helseforetak rapporterer om endrede rutiner for fordeling av felleskostnader, og i de fleste tilfellene dreier det seg om økt kostnadsbelastning for psykisk helsevern i forhold til somatisk sektor. Endring i fordelingen av felleskostnader mellom tjenestene, uten en tilsvarende omfordeling i personellstatistikken, vil slå sterkere ut for barn og unge enn for voksne fordi kostnadsnivået i psykisk helsevern for barn og unge i utgangspunktet er mye lavere. Det er også knyttet en viss usikkerhet til personelltallene generelt. For eksempel kan registreringspraksis for innleid personell, både når det gjelder kostnader og årsverk, variere mellom helseforetakene. Det kan også være slik at innleid personell til å betjene fellestjenester ikke registreres i personellstatistikken til helseforetaket, mens kostnadene likevel påløper, og kostnadsveksten dermed blir noe høyere enn personellveksten. Tilsvarende vil kostnadsveksten bli høyere enn personellveksten hvis det er slik at de nyansatte er høyt utdannet og har høyere lønn enn gjennomsnittet, eller at etablering av nye enheter og nye bygg gir økning i "faste" kostnader.

Dersom vi antar at den prosentvise kostnadsøkningen i psykisk helsevern for barn og unge i perioden 1999-2006 hadde vært like stor som den prosentvise økningen i personell, ville driftskostnadene ha økt med 813 millioner 2006-kroner. Differansen mellom den estimerte veksten og de observerte 935 millioner kronene er 122 millioner kroner, eller 13 prosent av den observerte veksten. Dette betyr at en kostnadsvekst i psykisk helsevern for barn og unge lik personellveksten, ville innebære at det samlede målet om 30 prosent økning (879 millioner kroner) i driftskostnader fra 1999-2006 ikke ville være nådd i løpet av den opprinnelige opptrappingsperioden. En tilsvarende beregning gjort på det samlede psykiske helsevernet viser at det ville manglet 134 millioner 2006-kroner (4,5 prosent) på å nå målet om 2,9 milliarder i 2006, dersom kostnadsveksten hadde vært lik personellveksten i opptrappingsplanperioden.

### 3.5 Deflatorens betydning for måloppnåelse i Opptrappingsplanen

Graden av økonomisk måloppnåelse i Opptrappingsplanen skal evalueres med hensyn på *endring*, og da helst *økning*, over en gitt tidsperiode. For å ta hensyn til prisveksten mellom år, og for derved å kunne beregne den reelle endringen over tid, har SAMDATA valgt å prisjustere de nominelle størrelsene med deflator for prisvekst i konsumet av helsestell, sosial trygd og velferdstjenester i statsforvaltningen. Denne deflatoren er den samme som benyttes av SSB. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) benytter imidlertid en annen deflator, beregnet av Finansdepartementet, som benyttes for beregning av realvekst både i kommunal virksomhet og i spesialisthelsetjenesten.

Som vi var inne på innledningsvis i dette kapitlet har SSB i ettertid nedjustert prisveksten i 2003 og 2004 fra 2,6 til 1,9 prosent, noe som innebærer at målet om økning på 2,1 milliarder 1998-kroner ble beregnet til 2,9 milliarder *både* i årets og fjorårets SAMDATA-utgave. Hadde vi benyttet den "opprinnelige" deflatorrekken på 2006-tallene, ville 2,1 milliarder 1998-kroner tilsvart omtrent 3 milliarder 2006-kroner. De siste fire årene har opptrappingsmålet "vokst" med ca. 0,1 prosentpoeng hvert år som følge av prisstigning, og det kan derfor virke forvirrende at måltallet ikke endrer seg fra ett år til et annet tross økt prisnivå. Nedjustering av SSB-deflatoren får konsekvenser for alle økonomiske realstørrelser beregnet i årets SAMDATA. I det følgende skal vi kort vurdere betydningen valget av deflator har for måloppnåelse i Opptrappingsplanen.

Prisvekst i forhold til påfølgende år og akkumulert prisvekst til 2006, både i henhold til beregningene i SSB og i HOD, er presentert i tabell 3.5. I tabell 3.6 har vi deflatert nominelle brutto driftskostnader i utvalgte år av opptrappingsperioden med henholdsvis deflator fra SSB og HOD. Som følge av at SSBs beregnede akkumulerte prisvekst fram mot 2006 ligger på et høyere nivå enn tilsvarende beregninger fra Finansdepartementet i årene 1998-2000, gir dette høyere reelle driftskostnader til psykisk helsevern med SSB-deflator de nevnte tre årene. I perioden 2001-2004 er situasjonen den motsatte; SSB-deflatoren gir lavere reelle driftskostnader enn HOD-tallene. Prisveksten fra 2005 til 2006 er beregnet likt i de to indeksene.

Tabell 3.5 Prisvekst i perioden 1998-2006.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
SSB: Prisvekst i forhold til påfølgende år	1,037	1,048	1,081	1,048	1,055	1,019*	1,019*	1,034
SSB: Akkumulert prisvekst til 2006	1,395	1,345	1,283	1,187	1,133	1,074	1,054	1,034
HOD: Prisvekst i forhold til påfølgende år	1,085	1,0425	1,028	1,037	1,036	1,039	1,034	1,034
HOD: Akkumulert prisvekst til 2006	1,388	1,279	1,227	1,193	1,151	1,111	1,069	1,034

\* Opprinnelig prisvekst før nedjustering i 2003 og 2004 var 2,6 prosent.

Tabell 3.6 Totale driftskostnader ekskl. avskrivninger prisjustert med henholdsvis deflator beregnet av SSB og HOD. 1998, 2000, 2002, 2004-2006. Millioner kroner målt i faste 2006-kroner.

	1998	2000	2002	2004	2005	2006	Prosent endring 1998-2006
<b>Reelle tall - SSB-deflator</b>							
Totale driftskostnader psykisk helsevern	10 246	10 725	11 524	12 053	12 831	13 217	29,0
<i>Endring fra forrige år</i>		1,4	5,8	2,4	6,5	3,0	
- Herav PHBU	1 290	1 377	1 658	1 928	2 083	2 225	72,5
<i>Endring fra forrige år</i>		3,4	15,3	7,7	8,0	6,8	
- Herav PHV	8 956	9 348	9 866	10 124	10 748	10 992	22,7
<i>Endring fra forrige år</i>		1,1	4,3	1,5	6,2	2,3	
<b>Reelle tall - HOD-deflator</b>							
Totale driftskostnader psykisk helsevern	10 195	10 254	11 709	12 230	12 831	13 217	29,6
<i>Endring fra forrige år</i>		2,0	6,9	0,4	4,9	3,0	
- Herav PHBU	1 284	1 317	1 685	1 957	2 083	2 225	73,3
<i>Endring fra forrige år</i>		4,0	16,5	5,7	6,5	6,8	
- Herav PHV	8 912	8 937	10 024	10 274	10 748	10 992	23,3
<i>Endring fra forrige år</i>		1,7	5,4	-0,5	5	2,3	
<b>Differanse SSB - HOD</b>							
Totale driftskostnader psykisk helsevern	51	471	-184	-177	0	0	
PHBU	6	61	-27	-28	0	0	
PHV	44	411	-158	-149	0	0	

Datakilde: SSB og SINTEF Helse

Slik det går frem av tabellen over, gir bruk av HOD-deflatoren et noe høyere estimat på økningen i driftskostnader i perioden 1999-2006, enn den økningen vi har presentert i SAMDATA. Forskjellene er imidlertid ikke så store at de påvirker konklusjonene våre i vesentlig grad perioden sett under ett, men mellom det enkelte år avviker veksten med opptil flere prosentpoeng, avhengig av hvilken deflator man bruker. Det er derfor nyttig å være seg bevisst at marginale forskjeller i deflator kan gi betydelige utslag i realendringene over tid.