
Sykehustalen 2024 – hva skjer med sykehusfinansieringen?

INVITERT KOMMENTAR

TERJE P. HAGEN

t.p.hagen@medisin.uio.no

Terje P. Hagen er professor ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol har lansert tre endringer i sykehusfinansieringen. Vil de bedre sykehusenes situasjon?

Statsråd Ingvild Kjerkol varslet i sykehustalen 2024 tre endringer i finansieringen av sykehusene (1): bedre finansiering av sykehusenes aktivitetsvekst, en ny modell for beregning av renter på helseforetakenes lån samt reduserte krav til egenkapital ved investeringer. Forslagene vil bli nærmere presentert i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, som legges fram for Stortinget til våren.

De første årene etter den statlige overtakelsen av sykehusene i 2002 ble planlagt aktivitetsvekst i somatiske sykehus finansiert med 100 % av forventet kostnad. Dette ble endret fra 2008, da regjeringen gikk over til å finansiere forventet aktivitetsvekst med 80 % av forventet kostnad (2). Aktivitetsvekst som gikk ut over planlagt nivå, ble finansiert av den aktivitetsbaserte komponenten i innsatsstyrt finansiering. Denne har ligget på 40–60 % (3). Begrunnelsen for endringen i 2008 var aldri eksplisitt, men antas å være at det å behandle en ekstra pasient når en sykehusavdeling først var i full operativ drift, hadde lavere kostnader enn gjennomsnittskostnaden.

Det siste kan det argumenteres for ut fra økonomisk produksjonsteori (4), men det har vært stilt spørsmål ved hvor lenge en slik finansiering kan fortsette. Hvis veksten over en lengre periode finansieres med 80 % av forventet kostnad, vil det bety at både veksten og en gradvis økende andel av sykehusenes aktivitet finansieres med 80 % av forventet kostnad. Det gir over tid et betydelig effektivitetspress på sykehusene. Det er dette presset regjeringen nå mener har gått langt nok.

Isolert sett vil forslaget gi sykehusene høyere inntektsvekst enn dagens modell for en planlagt aktivitetsøkning som reflekterer demografiske endringer. Samtidig varsler statsråden at den aktivitetsbaserte komponenten skal ned. Dette betyr at aktivitetsvekst ut over det som blir planlagt, finansieres med en lavere andel enn i dag, kanskje så lavt som 10–15 %. Hvordan samlet effekt av endringene blir, vil da avhenge av sykehusenes faktiske aktivitetsvekst. Blir veksten lavere eller tilsvarende det som forventes ut fra demografiske endringer, vil inntektene bli høyere enn i dag. Hvis den blir noe høyere enn det som følger av de rene demografiske endringene, kan sykehusene derimot få lavere inntekter enn før. Dette vil naturligvis svekke de økonomiske insentivene til høyere aktivitetsvekst.

Et særlig interessant spørsmål er hva som vil skje med sykehus som har opptaksområder der folketallet går ned. Disse vil, som i dagens modell, få reduserte inntekter gjennom basisrammen. Mange av disse sykehusene har imidlertid spesialisert seg på elektive behandlinger. Med lavere andel aktivitetsbasert finansiering blir det mindre attraktivt å øke den elektive aktiviteten.

«Med lavere andel aktivitetsbasert finansiering blir det mindre attraktivt å øke den elektive aktiviteten»

Det er ellers verdt å merke seg signalet om høyere andel rammefinansiering. Antakelig innebærer dette at regjeringen ikke innfører «toppfinansieringsmodellen» som er anbefalt av Sykehusutvalget (2), men beholder dagens hovedstruktur for finansiering av de somatiske sykehusene.

Det andre tiltaket er en ny modell for beregning av renter som innebærer overgang fra markedsbasert rente til statens innlånsrente på helseforetakenes investeringslån. Dette vil trolig gi en reduksjon i rentesatsen på opptil 1 %. Statsråden anslår verdien til flere milliarder kroner – men det er når man betrakter sykehusene samlet og summerer gevinsten over lånenes levetid (1).

Det bør også påpekes at statens innlånsrente høyst sannsynlig vil ligge over den markedsrenten Norge hadde for inntil få år siden. Et uavklart spørsmål er også om den nye rentebetingelsen vil gjelde tidligere inngåtte låneavtaler eller om den kun vil gjelde nye lån.

Mange helseforetak har hatt problemer med å sette til side tilstrekkelige midler til investering og dermed oppfylle statens krav til 30 % egenkapital. Helseministeren foreslår derfor som et tredje tiltak å redusere kravene til egenkapital og øke andelen av investeringen som kan lånefinansieres. Forventningen er at den effektiviseringsgevinsten som har vært vanskelig å hente ut før investeringen skjer, skal hentes ut i etterkant. Kravene til effektivisering i etterkant av investeringen vil da bli høyere enn i dag.

Endringen berører et av de mest omdiskuterte elementene i foretaksmodellen: Klarer faktisk sykehusene å sette av de ressursene som er overført for å bygge opp egenkapital, eller blir disse ressursene sugd opp i driften? Her er det stor variasjon mellom helseforetakene og mellom de regionale helseforetakene. Tanken bak forslaget er trolig at når disse utgiftene nå kommer som renter og avdrag i etterkant av investeringen, så «må de» håndteres.

«Klarer faktisk sykehusene å sette av de ressursene som er overført for å bygge opp egenkapital, eller blir disse ressursene sugd opp i driften?»

Regjeringens tre forslag vil samlet sett og under bestemte betingelser lette den økonomiske situasjonen noe. Forslagene er imidlertid ikke veldig kraftfulle. Hvorfor ønsker ikke regjeringen i større grad å forbedre sykehusenes økonomi – vi har da penger nok? Svaret er at vi mangler arbeidskraft. Regjeringen vet at vesentlige økninger i overføringer til sykehusene i en situasjon med mangel på arbeidskraft vil lede til press på lønninger og dermed gi kostnadsøkninger. Det er grunn til å anta at denne situasjonen vil vedvare (5).

REFERENCES

1. Kjerkol I. Sykehustalen 2024. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2024/id3021968/> Lest 23.1.2024.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. St.prp. nr. 1 (2007–2008). For budsjettåret 2008 under Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2007-2008/id483671/> Lest 24.1.2024.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus — Styring, finansiering, samhandling og ledelse. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/> Lest 23.1.2024.
4. Hoel M, Moene KO. Produksjonsteori. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2023: 4 Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/> Lest 23.1.2024.

Publisert: 26. januar 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0051
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.