

Analyse av utviklingen i statens utgifter til medisinske laboratorie og radiologiundersøkelser

En oppfølgingsanalyse

**Analyse av utviklingen i statens utgifter til
medisinske
laboratorie- og radiologiundersøkelser
– En oppfølgingsanalyse**

**Arbeids- og velferdsdirektoratet
Statistikk og utredning, Pensjon og Ytelser
Mai 2007**

Rapport utarbeidet av:
Espen Halland Dahl og Jostein Ellingsen

Oppsummering

Statens utgifter til laboratorie- og radiologiundersøkelser har vokst relativt sterkt i perioden 2002 til 2006. Arbeids- og velferdsdirektoratet har i den sammenheng blitt bedt om å analysere utviklingen innen disse områdene. Metoden er å sammenligne første halvår 2002 – 2006 og dekomponere utgiftsveksten i effekten av takstendring, volumvekst, og en glidningseffekt. I tillegg fremstilles en analyse av utviklingen i laboratorie- og radiologiområdet i etterkant av endringene i finansieringssystemet fra 1. september 2005.

Hovedobservasjonene fra de empiriske analysene er: Analysen av regnskapsdata - etter korrigeringer av pris- og tiltakseffekter - viser en underliggende volumvekst for både private og offentlige laboratorier og radiologi. Analysen av statistiske data viser at innholdet på regningene har økt i omfang i perioden for både laboratorier og radiologi, med unntak av offentlig radiologi, der det viser seg at antall koder per regning er stabil gjennom hele perioden. Mao. ser det ut til at det er ulike undersøkelser som gjøres i privat og offentlig radiologi. Både innen laboratorieområdet og innen radiologiområdet finner vi at den totale ressursbruken er skjevt fordelt mellom regionene, dersom vi ser på ressursbruk per innbyggertall. Dette skyldes at det private tilbudet er skjevt fordelt, med en konsentrasjon av private laboratorier og røntgeninstitutt i Helseregion Øst og Sør. Ut fra regresjonsanalysen observerer vi at pristiltaket fra 1. september 2005 har hatt en negativ effekt på utgiftsveksten innen radiologi, men ikke for laboratorier.

En tilsvarende analyse ble utført av daværende Rikstrygdeverket, med en resulterende rapport publisert i 2006. Denne analysen er ment som en oppfølging av RTV-rapport 02/06, men med statistikkgrunnlag for en noe lengre periode. Fokuset i analysen i RTV-rapport 02/06 var på radiologiområdet, mens vi her har blitt bedt om å se nærmere på om takstbruken innenfor laboratorieområdet er i tråd med god medisinsk praksis, samt å diskutere hva som kan være potensielle drivere bak utgiftsveksten. Vi har samarbeidet med Sosial- og Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret.

Den statistiske analysen i rapporten har blitt utført av Jostein Ellingsen og Espen Halland Dahl. Diskusjonen rundt spørsmålet om god medisinsk praksis har framkommet gjennom møter mellom deltagere fra Arbeids- og velferdsdirektoratet ved May Britt Sundt Magelssen, Serine Lomeland Jacobsen, Jostein Ellingsen og Espen Halland Dahl, Sosial- og Helsedirektoratet ved Bodolf Hareide og Kunnskapssenteret ved Inger Natvig Norderhaug.

Innhold

Figurliste.....	4
Tabelliste.....	4
1. Innledning.....	6
1.1. Bakgrunn og problemstilling.....	7
1.2. Om refusjonssystemet.....	8
1.3. Data og metode.....	9
1.4. Måling av volum og takstglidning.....	10
Volum.....	10
Takstglidning.....	10
2. Regnskapsutviklingen.....	11
3. Analyse av laboratorieområdet.....	13
3.1. Private laboratorier.....	13
Takstglidning.....	14
Hva slags undersøkelser utføres det?.....	14
Hvor utføres undersøkelsene?.....	15
Hvor kommer pasientene fra?.....	15
3.2. Offentlige laboratorier.....	15
Takstglidning.....	16
Hva slags undersøkelser utføres det?.....	17
Hvor utføres undersøkelsene?.....	17
Hvor kommer pasientene fra?.....	18
4. Analyse av radiologiområdet.....	19
4.1. Privat radiologi.....	19
Takstglidning.....	20
Hva slags undersøkelser gjøres det?.....	20
Hvor utføres undersøkelsene?.....	20
Hvor kommer pasientene fra?.....	21
4.2. Offentlig radiologi.....	21
Takstglidning.....	22
Hva slags undersøkelser gjøres det?.....	23
Hvor utføres undersøkelsene?.....	23
Hvor kommer pasientene fra?.....	24
5. Analyse av utviklingen i etterkant av endringene i finansieringsordningen.....	25
5.1. Metode.....	25
5.2. Resultater av regresjonsanalysen.....	25
6. God medisinsk praksis.....	27
6.1. Teoretisk ramme.....	27
6.2. Legers rolle som portvakt.....	28
6.3. Henvisning eller rekvisisjon?.....	28
6.4. Behov for bedre veiledning.....	29
6.5. Problemer med dagens takstsystem.....	29
6.6. Ressursbruk i et samfunnsøkonomisk perspektiv.....	30
6.7. Sammensatte årsaker til utgiftsveksten.....	31
Referanser.....	33
Artikler og rapporter.....	33
Offentlige proposisjoner, innstillinger og meldinger.....	34
Vedlegg.....	35

Figurliste

Figur 1: Regnskapsutviklingen innen laboratorieområdet, 2000 – 2006, tre måneders glidende gjennomsnitt.....	6
Figur 2: Regnskapsutviklingen innen radiologiområdet, 2000 – 2006, tre måneders glidende gjennomsnitt.....	7
Figur 3: Utvikling av underliggende volumvekst til private og offentlige laboratorie- og radiologitjenester, fremstilt som utgifter 2002-2006 korrigert for pris- og tiltakseffekter (merk at aksene er ulike).....	12
Figur 4: Halvårige utbetalinger, nominelt og reelt, og antall utløste takster for private laboratorietjenester, 2002 – første halvår 2006.....	13
Figur 5: Halvårige utbetalinger, nominelt og reelt, og antall utløste takster for offentlige laboratorietjenester, 2002 – første halvår 2006.....	16
Figur 6: Halvårige utbetalinger, nominelt og reelt, og antall modalitetsregninger for private radiologitjenester, 2002 – første halvår 2006.....	19
Figur 7: Halvårige utbetalinger, nominelt og reelt, og antall modalitetsregninger for offentlige radiologitjenester, 2002 – første halvår 2006.....	22

Tabelliste

Tabell 1: Utvikling av utgiftene til laboratorietjenester, 2002-2006. 2006-priser viser utgifter justert for pris- og tiltakseffekter.	11
Tabell 2: Utvikling av utgiftene til radiologitjenester, 2002-2006. 2006-priser viser utgifter justert for pris- og tiltakseffekter.	12
Tabell 3: Utbetalinger for private laboratorietjenester, 2002 – første halvår 2006. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner, antall takster i 1000.	13
Tabell 4: Utvikling i takster per regning og refusjon per regning, 2002 – 2006, første halvår. Antall takster og antall regninger i 1000 og refusjoner i 1000 kroner. Endring i prosent.....	14
Tabell 5: Oversikt over utbetalte refusjoner fordelt på takstkapitler, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.	14
Tabell 6: Oversikt over hvor undersøkelsene utføres, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.....	15
Tabell 7: Utbetalte refusjoner i 1000 kroner fordelt på pasientens helseregion, 2002 – 2006, første halvår.....	15
Tabell 8: Utbetalinger for offentlige laboratorietjenester, 2002 – første halvår 2006. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner, antall takster i 1000.	16
Tabell 9: Utvikling i takster per regning og refusjon per regning, 2002 – 2006, første halvår. Antall takster og antall regninger i 1000 og refusjoner i 1000 kroner. Endring i prosent.....	16
Tabell 10: Oversikt over utbetalte refusjoner fordelt på takstkapitler, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.	17
Tabell 11: Oversikt over hvor undersøkelsene utføres, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.....	17
Tabell 12: Utbetalte refusjoner i 1000 kroner fordelt på pasientens helseregion, 2002 – 2006, første halvår.....	18

Tabell 13: Utbetalinger for private radiologitjenester, 2002 – første halvår 2006. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner. Antall regninger betegner antall modalitetsregninger.	19
Tabell 14: Utvikling i modaliteter per regning og refusjon per regning, 2002 – 2006, første halvår. Refusjoner i 1000 kroner. Endring i prosent.	20
Tabell 15: Oversikt over utbetalte refusjoner fordelt på modaliteter, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.	20
Tabell 16: Oversikt over hvor undersøkelsene utføres, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.	20
Tabell 17: Utbetalte refusjoner i 1000 kroner fordelt på pasientens helseregion, 2002 – 2006, første halvår.	21
Tabell 18: Utbetalinger for offentlige radiologitjenester, 2002 – første halvår 2006. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner. Antall regninger betegner antall modalitetsregninger.	21
Tabell 19: Utvikling i modaliteter per regning og refusjon per regning, 2002 – 2006, første halvår. Refusjoner i 1000 kroner. Endring i prosent.	22
Tabell 20: Oversikt over utbetalte refusjoner fordelt på modaliteter, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.	23
Tabell 21: Oversikt over utbetalte refusjoner fordelt på regionale helseforetak, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.	23
Tabell 22: Utbetalte refusjoner i 1000 kroner fordelt på pasientens helseregion, 2002 – 2006, første halvår.	24
Tabell 23: Takstindekser. For regnskapstallene regnes en måneds etterslep.	35
Tabell 24: Aggregering av takster til takstgrupper for private laboratorier.	35
Tabell 25: Aggregering av takster til takstgrupper for offentlige laboratorier.	35
Tabell 26: Forklaring på variablene i regresjonsmodellen.	36
Tabell 27: Resultater av tidsserieregresjonene. Forklart variabel er logaritmen til de prekorrigerte månedlige utbetalingene. t-verdier i parentes.	36

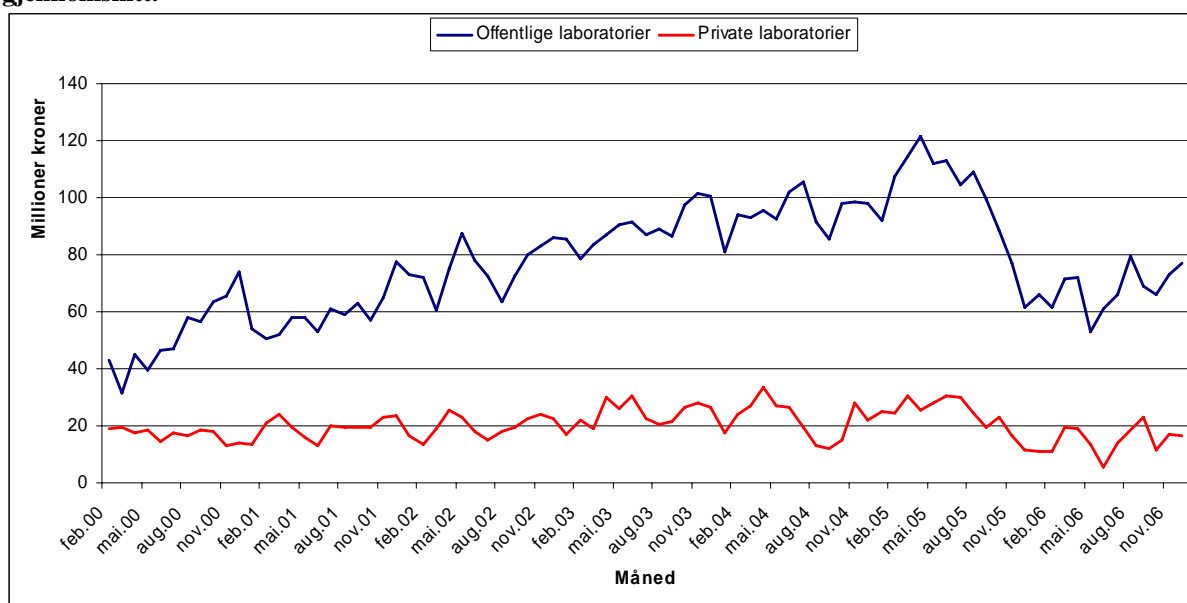
1. Innledning

Staten ved NAV yter stønad for laboratorieprøver og radiologiske undersøkelser som utføres ved private institusjoner og offentlige sykehus. Refusjonssystemet fungerer slik at laboratorieprøver og radiologiske undersøkelser av henviste pasienter fra primærhelsetjenesten refunderes gjennom Folketrygden etter faste takster per konsultasjon eller undersøkelse (Brandtzæg og Ellingsen, 2004).¹

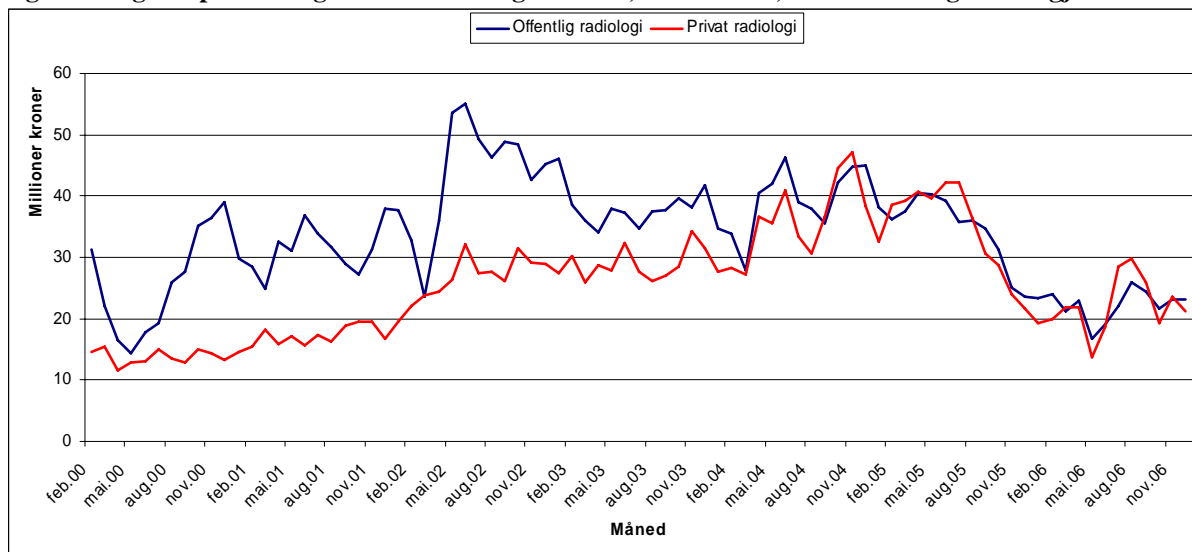
Offentlige laboratorier og radiologi er en del av områdene som finansieres gjennom kapittel 732 post 77 – Offentlige poliklinikker. Private laboratorier og røntgeninstitutt finansieres gjennom kapittel 2711 post 76, og er en del av spesialisthelsetjenesten. Over lengre tid har det vært en kraftig vekst i statens utgifter til disse tjenestene. Figur 1 og Figur 2 fremstiller regnskapsutviklingen per måned over tid. Fallet i utgiftene fra rundt oktober 2005 skyldes halvering av takstene. Vi fremstiller i kapittel 2 utgiftene korrigert for endringer i takstene, og her fremkommer den underliggende volumveksten i en mer eksplisitt form.

Formålet med denne analysen er å undersøke nærmere hva som kan være drivkreftene bak denne utgiftsøkningen.

Figur 1: Regnskapsutviklingen innen laboratorieområdet, 2000 – 2006, tre måneders glidende gjennomsnitt.



¹ <http://www.nav.no/page?id=1073743280>

Figur 2: Regnskapsutviklingen innen radiologiområdet, 2000 – 2006, tre måneders glidende gjennomsnitt

Vi har disponert arbeidet på følgende måte:

Del 1 består av registeranalyser og dekomponering av utgiftene: Kapittel 2 gir en kort analyse av regnskapstallene for utgiftene til laboratorier og radiologitjenester. Kapittel 3 og 4 gir en gjennomgang de fire ulike områdene, dvs. private og offentlige laboratorier og radiologi.

I del 2 presenteres en regresjonsanalyse med fokus på hva som har skjedd etter innføringen av en ny finansieringsmodell fra 1. september 2005.

Del 3 gir en kvalitativ drøfting av god medisinsk praksis og antatte kostnadsdrivere til spesialisthelsetjenesten. Denne diskusjonen har fremkommet i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Kunnskapscenteret, samt gjennom kontrollarbeidet i etaten gjennom flere år.

1.1. Bakgrunn og problemstilling

I 2006 publiserte Rikstrykdeverket rapporten ”Polikliniske laboratorie- og radiologitjenester. En analyse av veksten i statens utgifter” (RTV-rapport 02/06).² Formålet var å analysere veksten i utbetalinger for laboratorie- og røntgentjenester fra 2002 til 2004.

Som en oppfølging av St.meld.nr.5 (2003-2004) ble det foretatt større endringer av takstsystemet for laboratorier og radiologi fra 1. september 2005 (Ot.prp.nr.5 (2004-2005), Innst.O.nr.35 (2004-2005)):

”Formålet med endringene i finansieringsordningen er [...] at de regionale helseforetakene skal få økt ansvar og bedre mulighet til å planlegge og prioritere det samlede tilbudet av laboratorie- og radiologitjenester i egen helseregion.” (St.prp.nr.1 (2005-2006), Helse- og omsorgsdepartementet).

I hovedtrekk ble stykkprisen halvert, og midler tilsvarende provenyet ble overført til de regionale helseforetakenes basisbevilgning. Videre må de private laboratoriene og røntgeninstituttene etter 1. september 2005 ha avtaler med de regionale helseforetakene om

² <http://www.nav.no/page?id=1073743444>

type prøver/ undersøkelser for å kunne utløse takster fra Folketrygden.³ Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) ønsket en oppfølgingsanalyse som kan være med på å forklare utgiftsutviklingen innenfor laboratorie- og radiologiområdet over tid, samt analysere nærmere virkningen av det nevnte tiltaket.

Spørsmålene vi stiller er:

- Hvilke takstgrupper (laboratorier) og modaliteter (radiologi) driver utgiftsveksten?
- Er det en økning i antall konsultasjoner eller er det tegn til indikasjonsglidning (overgang til dyrere takster/ prosedyrer)?
- Er det regionale forskjeller i bruken av laboratorie- og radiologiundersøkelser?
- Er det forskjell mellom offentlige og private institusjoner?
- Kan det sies noe om takst- og kodebruken er i tråd med god medisinsk praksis? Med det mener vi om ressursbruken er medisinsk nødvendig i forhold til standarden i kodeverket og takstsystemet, og i henhold til et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Analysen omhandler perioden 2002 – 2006, med spesielt fokus på endringen i rammebetingelsene i september 2005. Er det slik at volumveksten fortsetter til tross for kutt i taksternes kronegrunnlag og de regionale helseforetakenes økte ansvar? Påvirker prisnivået volumveksten? Selv om vi ikke kan gi noen endelige svar på hvordan endringene i finansieringsordningen påvirker den underliggende volumveksten, kan vi gi noen indikasjoner på eventuelle trendendringer i etterkant av september 2005. Hvorvidt disse trendendringene skyldes det nye finansieringsregimet eller andre bakenforliggende årsaker, kan vi ikke gi noe endelig svar på.

1.2. Om refusjonssystemet⁴

Refusjonssystemet fungerer slik at leger henviser pasienter til radiologiundersøkelser ved røntgeninstitutter og laboratorieprøver for analyse til laboratorier.⁵ Institusjonene utfører undersøkelser og analyser etter rekvisisjonens⁶ ordlyd og krever refusjon fra NAV etter et fastsatt pris- og finansieringssystem av Helse- og omsorgsdepartementet (St.prp. nr. 1 (2006 – 2007), Helse- og omsorgsdepartementet).

Regimet fungerer i praksis slik at institusjonene sender elektroniske regninger til NAV som kontrollerer innholdet og betaler ut refusjon etter gjeldende prisregler. Prisene reguleres av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet i form av forskrifter.⁷

³ Hvordan de regionale helseforetakene valgte å inngå disse avtalene med de private tilbyderne varierer fra RHF til RHF (Regionalt helseforetak). De fleste kontraktene inneholder en volumbegrensning for hvor mye som kan gi tilskudd fra RHFene i løpet av en periode (typisk ett år). Avtalte volumbegrensninger vil ikke ha virkning på refusjonen fra trygden. Se Hagen, Iversen & Kittelsen (2007) for en gjennomgang av RHFenes anbudspraksis.

⁴ Vi konsentrerer beskrivelsen av systemet om refusjoner regulert av Folketrygdens regelverk. For en lengre redegjørelse av refusjonssystemet for laboratorie- og radiologitjenester henviser vi til RTV-rapport 02/06.

⁵ For laboratorieundersøkelser kan i tillegg tannlege eller jordmor rekvirere, og for radiologiundersøkelser tannleger, manuellterapeut eller kiropraktor.

⁶ Hvorvidt det bør hete rekvisisjon eller henvisning, tar vi ikke hensyn til nå, men bruker i det videre rekvisisjon. Imidlertid kommer vi tilbake til diskusjonen i del 3. Se også RTV-rapport 02/06 for en drøfting av begrepsbruken.

⁷ Se <http://rundskriv.nav.no/rtv/lpext.dll/forskr/f20001201nr1389?f=templates&fn=main-j.htm&2.0> for forskrift for offentlige poliklinikker og <http://rundskriv.nav.no/rtv/lpext.dll/forskr/f20030627nr959?f=templates&fn=main-j.htm&2.0> for forskrift for private laboratorier og røntgeninstitutt.

Laboratoriene sender inn regninger etter et fast takstsystem, mens røntgeninstitusjonene sender inn regninger etter et kodesystem med tilhørende enhetspris og kostnadsvekter (NORAKO-kodeverket).

I tillegg til refusjon fra NAV, mottar de private laboratoriene og røntgeninstituttene betaling fra RHFene. Denne betalingen er regulert i egne avtaler. De offentlige virksomhetene blir også delvis finansiert gjennom RHFenes basisbevilgning.⁸

1.3. Data og metode

Denne analysen bruker data for perioden 2002 til og med første halvår 2006. Datakildene er POLK (offentlige poliklinikker, t.o.m. 2005), LABRØNK (private laboratorier og røntgeninstitutt, t.o.m. 2005) og KUHR (alle områder, f.o.m. 2006). I tillegg gjør vi en kort analyse av regnskapstall (basert på faktisk utbetalingsdato).

Fra regningene som sykehusene og de private instituttene sender NAV, genererer vi statistikk. Systemet fungerer slik at et oppgjør fra et institutt eller et sykehus kan inneholde flere regninger og flere takster/ NORAKO-koder for flere datoer.

De private virksomhetene har seks måneders frist fra undersøkelsen finner sted til krav om refusjon sendes, mens de offentlige har fire måneder. Reglene for etterregistrering, dvs. fristen institusjonene har for innsending av regninger, gjør at vi velger å konsentrere analysen av første halvår for hvert år, slik at vi får komplette og nyest mulige datasett.⁹

Arbeids- og velferdsetaten skal revidere og kontrollere regningene og utbetale godtgjørelsen snarest og senest en måned etter at regningen er mottatt. Det betyr at statistikken basert på behandlingsdato og regnskapstall ikke er direkte sammenlignbare. Pga. kontantprinsippet viser regnskapstallene utgiftene i den perioden de faktisk utbetales, og ikke når behandlingen finner sted. Til analysen har vi hentet ut regninger etter konsultasjonsdato.

Vårt hovedperspektiv har vært å dekomponere utgiftsveksten. Veksten er splittet opp i effekten av:

- Takstendring
- Volumvekst
- Glidningseffekt (effekten av endret sammensetning av takster på enkeltregninger over tid)
- Sammenligninger over år skjer med basis i første halvår

For å fange opp om tiltakene innført 1. september 2005 har hatt noen effekt på utgiftsutviklingen, har vi gjort en regresjonsanalyse av de månedsvise utbetalingene til de ulike områdene, dvs. offentlige og private laboratorier og radiologi. Vi har valgt å benytte en tidsserieregresjon på de månedlige utgiftene (etter konsultasjonsdato). Denne modellen beskrives i kapittel 5.

⁸ De offentlige virksomhetene utfører analyser og undersøkelser av både inneliggende og polikliniske pasienter. Analyser og undersøkelser av inneliggende pasienter innebefattes ikke av analysen her. Slike undersøkelser dekkes av overføringer til helseforetakene.

⁹ Nyest mulig og komplette data etter konsultasjonsdato vil her si statistikk til og med første halvår 2006.

1.4. Måling av volum og takstglidning

Volum

Volum kan, slik vi ser det, måles på to ulike måter (jf. RTV-rapport 02/06). Metode én er å si at en prøve og et radiologibesøk representerer én regning.¹⁰ Metode to er å se på innholdet til hver regning. Det være seg hvilke(n) takst(er) som er benyttet innenfor lab og hvilke(n) modalitet(er) som er utført innenfor radiologi. Å benytte begge mål på volum anser vi som fornuftig.

For laboratorier kan én prøve utløse én regning, men inneholde flere takster (som da henspiller på flere analyser av for eksempel en blodprøve). Dvs. at laboratoriet kan med en prøve utløse flere takster som sendes NAV som refusjonskrav. For radiologi utløser i prinsippet et besøk på et røntgeninstitutt en regning. Hvilke modaliteter som er skrevet på regningen viser hvilke radiologiske undersøkelser som er utført på pasienten, for eksempel RG (røntgen) og UL (ultralyd). For radiologi benytter vi begrepet modalitetsregninger for å måle volumet. Det vil for eksempel si at én undersøkelse som benytter to ulike modaliteter gir to modalitetsregninger.

Takstglidning

Bruk av takster og modalitetsregninger sier noe om aktivitet, og vi kan måle endring over tid. For å måle volum og takstglidning kan vi beregne antall takster per regning og refusjon per regning.

Med takstglidning forstår vi endring av takstbruk over tid. Endringene fanges opp ved å analysere takst- og kodeinnholdet i regningene som sendes fra laboratoriene og røntgeninstituttene.

Et eksempel er å telle antall takster og modaliteter på regningene. Hvis antall takster på hver enkelt regning i gjennomsnitt øker, indikerer det at innholdet i hver prøve øker i omfang. Hvis kroner per regning øker, er det en indikator på at hver undersøkelse blir dyrere. Det vil si at én enkelt undersøkelse kan ha endret stykkpris eller at innholdet på en regning blir mer omfangsrikt (for eksempel flere modaliteter på en regning over tid).

¹⁰ Vi teller kun regninger som har refusjon større enn 0 kroner. Dette gjelder både lab og radiologi.

2. Regnskapsutviklingen

Tabell 1 og Tabell 2 viser utviklingen av utgifter til laboratorie- og radiologiundersøkelser i perioden 2002 til 2006. Vi observerer store variasjoner i utgiftene over hele perioden. Det meste av variasjonen skyldes ulike tiltak.

Tabell 1 viser en sterk vekst i utgiftene til laboratorier. Den underliggende volumveksten har over hele perioden vært på 80 prosent for de offentlige, mens for de private laboratorietjenestene finner vi en vekst på 54 prosent.

Tabell 1: Utvikling av utgiftene til laboratorietjenester, 2002-2006. 2006-priser viser utgifter justert for pris- og tiltakseffekter.

År	Private laboratorier				Offentlige laboratorier			
	Mill. kroner	Endring i pst.	2006-priser		Mill. kroner	Endring i pst.	2006-priser	
			Mill. kroner	Endr. i pst.			Mill. kroner	Endr. i pst.
2002	236		118		917		442	
2003	289	22,5	140	18,2	1 079	17,7	521	17,7
2004	277	-4,1	137	-1,8	1 128	4,5	561	7,7
2005	281	1,2	166	20,6	1 217	7,9	728	29,9
2006	182	-35,3	182	9,8	801	-34,2	801	10,0
2002-2006		-23,0		53,6		-12,7		81,0

For å vise hvordan utviklingen i den underliggende volumveksten har vært, har vi omregnet utgiftene for hvert år til 2006-priser (dvs. vi antar at takstene er på 2006-nivå).¹¹ Den underliggende volumveksten skyldes enten økning i takstbruk eller vridning i takstbruk.

Videre dekomponering for å finne årsaken til utviklingen i veksten er ikke mulig å gjennomføre for regnskapstall. Vi kommer tilbake til hvordan dette er gjort med statistiske data i neste kapittel.

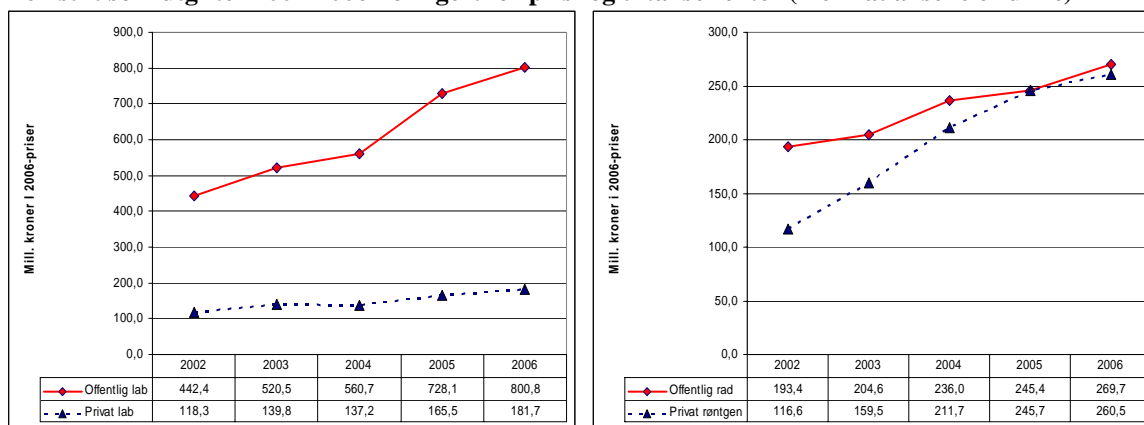
Tabell 2 viser at den underliggende volumveksten har vært sterkest for de private radiologitjenestene, med en total vekst i perioden på 123 prosent. Veksten avtok noe i den siste delen av perioden. Utgiftene til offentlig radiologi har blitt redusert, men det skyldes stort sett reduksjoner i enhetsprisen. Når vi korrigerer for pris- og tiltakseffekter finner vi også her en vekst i volumet, med en underliggende volumvekst på 39 prosent fra 2002 til 2006.

¹¹ Rent teknisk ble dette beregnet på grunnlag av de månedlige regnskapstallene, hvor tiltaks- og prisendringer ble lagt inn i en slags takstindeks med antagelse om én måned etterslep fra tiltaket/prisjusteringen ble innført. Regnskapstallene ble så omregnet til 2006-priser ved formelen: $refusjon_{t-h,t} = refusjon_{t-h,t-h} \left(\frac{indeks_t}{indeks_{t-h}} \right)$, hvor t-h er måneden som vi ser på og t er den siste måneden, dvs. desember 2006. Vi velger januar 2002 som basismåned.

Tabell 2: Utvikling av utgiftene til radiologitjenester, 2002-2006. 2006-priser viser utgifter justert for pris- og tiltakseffekter.

År	Privat radiologi				Offentlig radiologi			
	Mill. kroner	Endring i pst.	2006-priser		Mill. kroner	Endring i pst.	2006-priser	
			Mill. kroner	Endr. i pst.			Mill. kroner	Endr. i pst.
2002	315		117		526		193	
2003	356	12,8	160	36,8	457	-13,1	205	5,8
2004	425	19,5	212	32,7	476	4,2	236	15,4
2005	417	-2,0	246	16,1	413	-13,3	245	4,0
2006	260	-37,5	260	6,0	270	-34,7	270	9,9
2002-2006		-17,4		123,4		-48,7		39,5

Figur 3 sammenligner utviklingen i de pris- og tiltaksjusterte regnskapsutgiftene for offentlige og private laboratorier og radiologi.

Figur 3: Utvikling av underliggende volumvekst til private og offentlige laboratorie- og radiologitjenester, fremstilt som utgifter 2002-2006 korrigert for pris- og tiltakseffekter (merk at aksene er ulike)

Sammenligner vi offentlig og privat lab, utgjør offentlig lab rundt 82 prosent av de totale refusjoner utbetalt i laboratoriesektoren i 2006. Denne andelsfordelinga har holdt seg relativt stabil i perioden, med en noe sterkere vekst i utgiftene til de offentlige virksomhetene.

Innenfor radiologiområdet er fordelinga mellom utgiftene for offentlige og private undersøkelser jevnere, med 51 prosent til de offentlige virksomhetene. Samtidig har andelen av utgiftene til privat radiologi økt over tid.

3. Analyse av laboratorieområdet

3.1. Private laboratorier

Vi ser i Tabell 3 en vekst i antall takster fra 1. halvår 2002 til 2006 på 26 prosent, med en jevn vekst over hele perioden.

Tabell 3: Utbetalinger for private laboratorietjenester, 2002 – første halvår 2006. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner, antall takster i 1000.

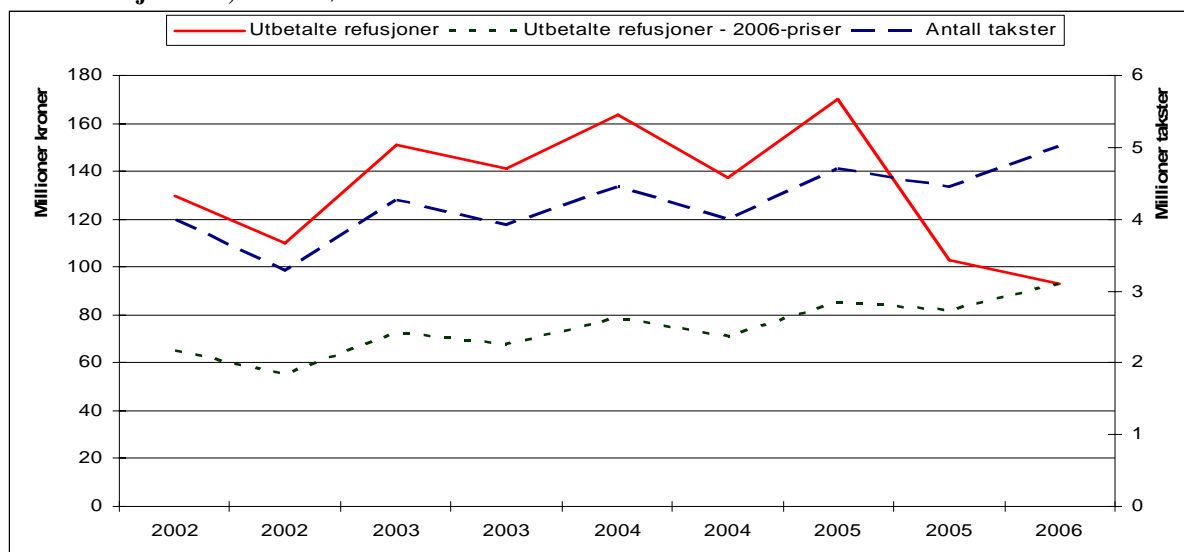
År	Hele perioden		Første halvår		Andre halvår	
	Utbetalte refusjoner	Antall takster	Utbetalte refusjoner	Antall takster	Utbetalte refusjoner	Antall takster
2002	239 842	7 270	129 828	3 985	110 014	3 285
2003	292 301	8 192	151 216	4 273	141 085	3 919
2004	300 930	8 444	163 773	4 455	137 156	3 989
2005	272 816	9 149	169 975	4 699	102 841	4 450
2006	-	-	93 028	5 020	-	-

Generelt utføres det færre undersøkelser i andre halvår i forhold til i første halvår innad i hvert år, noe som stort sett skyldes relativt lav aktivitet spesielt i sommermånedene juli og august. Pga. endringene i refusjonssystemet fra og med 1. september 2005 faller utbetalingene i etterkant av tiltaket. Vi vil diskutere nærmere hvilke effekter som kan observeres i forhold til dette tiltaket (kapittel 5).

Figur 4 viser halvårlige utbetalinger og antall utløste takster. Her vises også utbetalinger korrigert for takstendringer. Utbetalingene er korrigert på samme måte som regnskapstallene, men uten at vi i denne statistikken trenger å ta hensyn til etterslepsproblematikken.

I den etterfølgende statistikken vil vi se spesielt på utviklingen i periodenes første halvår.

Figur 4: Halvårige utbetalinger, nominelt og reelt, og antall utløste takster for private laboratorietjenester, 2002 – første halvår 2006.



Takstglidning

Tabell 4 viser at det i løpet av perioden utføres et økende antall analyser per undersøkelse. Denne trenden synes å ha tiltatt i etterkant av endringen av refusjonssystemet, dvs. at veksten fra første halvår 2005 til 2006 i antall takster per regning er høyere enn for resten av perioden.

Tabell 4: Utvikling i takster per regning og refusjon per regning, 2002 – 2006, første halvår. Antall takster og antall regninger i 1000 og refusjoner i 1000 kroner. Endring i prosent.

År	Refusjoner		Refusjoner i 2006-priser		Utløste takster		Takster pr regning		Korr. refusjon pr regning	
	Kroner	Endr.	Kroner	Endr.	Antall	Endr.	Antall	Endr.	Kroner	Endr.
2002	129 828		65 044		3 985		6,20		101,2	
2003	151 216	16,5	72 915	12,1	4 273	7,2	6,41	3,4	109,4	8,1
2004	163 773	8,3	78 971	8,3	4 455	4,3	6,55	2,2	116,1	6,1
2005	169 975	3,8	85 243	7,9	4 694	5,4	6,85	4,6	124,5	7,2
2006	93 028	-45,3	93 028	9,1	5 020	6,9	7,27	6,0	134,6	8,2

Hva slags undersøkelser utføres det?

Tabell 5 viser at rundt to tredjedeler av de utbetalte refusjonene til takstgruppa 'Klinisk kjemi', med en vekst i utbetalte refusjoner og utløste takster på linje med veksten totalt for hele posten. Nedgangen i refusjonene fra 2005 til 2006 skyldes det tidligere nevnte tiltaket fra 1. september 2005. Dette gjelder for alle de etterfølgende oversiktene.

Tabell 5: Oversikt over utbetalte refusjoner fordelt på takstkapitler, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.

Takstkapittel	2002	2003	2004	2005	2006
Alminnelige undersøkelser	5 525	6 281	6 621	6 717	3 685
Klinisk nevrofysiologi	465	559	589	565	281
Immunohematologi	2	3	2	2	1
Medisinsk mikrobiologi	13 274	13 101	13 547	14 379	7 921
Patologi	10 281	11 555	12 030	10 539	4 518
Medisinsk genetikk	-	510	1 354	2 718	2 355
Klinisk kjemi	87 148	101 257	109 014	112 353	61 664
Immunologi	12 322	13 006	14 373	14 510	7 881
Andre undersøkelser	810	4 944	6 244	8 191	4 722
Totalt	129 828	151 216	163 773	169 975	93 028

Sterkest vekst finner vi for takstgruppene 'Andre undersøkelser' og 'Medisinsk genetikk'¹², som går fra en andel på henholdsvis 1 og 0 prosent av utbetalte refusjoner til 4 og 3 prosent av utbetalte refusjoner. Begge disse takstgruppene inneholder nye undersøkelser og analysetyper som er innført i løpet av perioden og som er relativt dyre. Analysetypene har kommet til som et resultat av medisinsk og teknologisk utvikling, for eksempel nye allergitester.

¹² DNA- og kromosomundersøkelser.

Hvor utføres undersøkelsene?

Tabell 6: Oversikt over hvor undersøkelsene utføres, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.

Laboratorier	2002	2003	2004	2005	2006
Capio	13 542	15 112	15 264	18 175	11 086
Fürst medisinsk Lab	85 327	102 484	112 932	118 695	70 639
Andre laboratorier	30 216	32 424	34 795	32 481	11 303
Andre røntgeninst.	743	151	782	624	0
Totalt	129 828	151 215	163 773	169 975	93 028

Undersøkelsene utføres i stor grad av ett enkelt medisinsk laboratorium. I første halvår 2002 mottok dette laboratoriet 66 prosent av refusjonene, mens denne andelen økte til 76 prosent i første halvår 2006.

Hvor kommer pasientene fra?

Tabell 7: Utbetalte refusjoner i 1000 kroner fordelt på pasientens helseregion, 2002 – 2006, første halvår.

Bostedsregion	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	84 137	97 741	108 315	109 609	62 050
Helse Sør	33 249	38 221	38 953	41 601	22 026
Helse Vest	9 036	11 575	12 291	13 362	6 155
Helse Midt	1 080	1 443	1 784	2 560	1 460
Helse Nord	1 801	1 938	2 390	2 813	1 326
Ikke oppført	525	297	40	30	11
Totalt	129 828	151 216	163 773	169 975	93 028

Utgiftene til undersøkelser utført ved private laboratorier er i stor grad knyttet til pasienter som er bosatt i Helseregion Øst, med rundt to tredjedeler av totale utbetalinger. Til en viss grad skyldes dette at de fleste private laboratorier er lokalisert i denne regionen. Pasienter fra Helseregion Sør står for rundt en fjerdedel av refusjonene.

Utgiftene til private laboratorietjenester er altså skjevt fordelt i forhold regionenes befolkningstall.¹³

3.2. Offentlige laboratorier

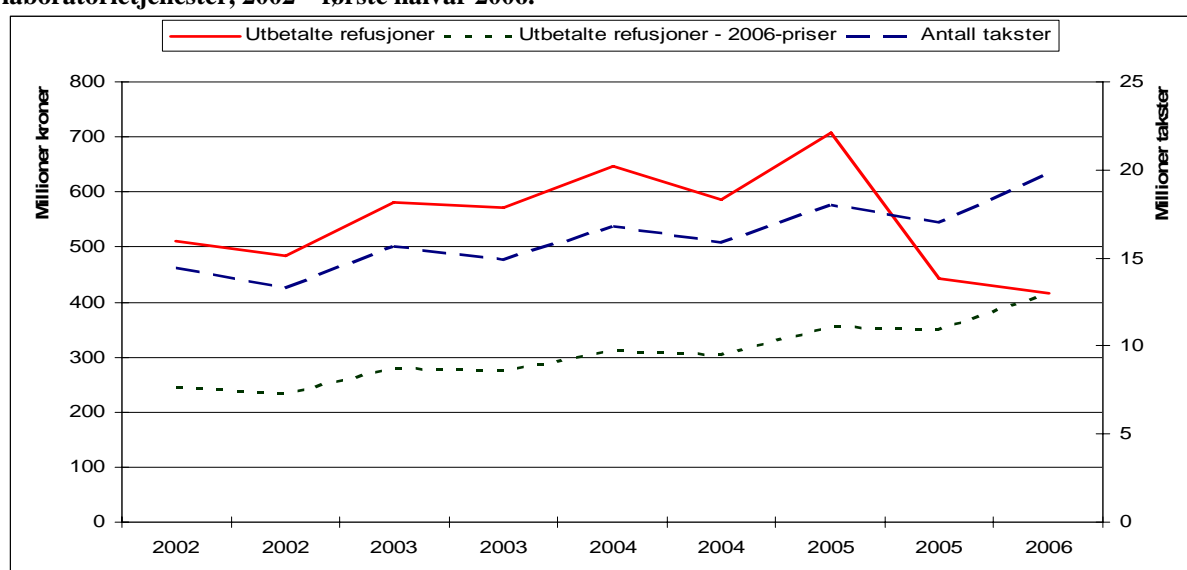
Utgiftene til offentlige laboratorietjenester har over hele perioden vært på et høyere nivå enn nivået til de private. Vi finner en vekst i antall utløste takster fra 1. halvår 2002 til 2006 på 37 prosent. Også for de offentlige virksomhetene finner vi samme tendens som for de private, med lavere aktivitet i andre halvår enn i første.

¹³ Befolkningstall på kommunenivå hentet fra statistikkbanken på <http://ssb.no>.

Tabell 8: Utbetalinger for offentlige laboratorietjenester, 2002 – første halvår 2006. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner, antall takster i 1000.

År	Hele perioden		Første halvår		Andre halvår	
	Utbetalte refusjoner	Antall takster	Utbetalte refusjoner	Antall takster	Utbetalte refusjoner	Antall takster
2002	996 485	27 778	511 490	14 444	484 995	13 334
2003	1 152 676	30 580	581 775	15 653	570 900	14 926
2004	1 234 230	32 625	647 595	16 759	586 635	15 866
2005	1 151 115	35 039	707 353	17 994	443 763	17 044
2006	-	-	415 962	19 768	-	-

Figur 5 viser den halvårlige utviklingen i utbetalte refusjoner, nominelt og reelt og antall utløste takster.

Figur 5: Halvårige utbetalinger, nominelt og reelt, og antall utløste takster for offentlige laboratorietjenester, 2002 – første halvår 2006.

Takstglidning

Tabell 9: Utvikling i takster per regning og refusjon per regning, 2002 – 2006, første halvår. Antall takster og antall regninger i 1000 og refusjoner i 1000 kroner. Endring i prosent.

År	Refusjoner		Refusjoner i 2006-priser		Utløste takster		Takster pr regning		Korr. refusjon pr regning	
	Kroner	Endr.	Kroner	Endr.	Antall	Endr.	Antall	Endr.	Kroner	Endr.
2002	511 490		246 538		14 444	127	4,70		80,2	
2003	581 775	13,7	280 416	13,7	15 653	203	4,71	0,3	84,5	5,3
2004	647 595	11,3	312 141	11,3	16 758	997	4,95	5,0	92,2	9,1
2005	707 353	9,2	354 412	13,5	17 994	205	5,11	3,2	100,6	9,1
2006	415 962	-41,2	415 962	17,4	19 769	252	5,26	3,0	110,6	10,0

Tabell 9 viser at både antall takster og antall regninger øker i løpet av perioden. Det vil si at det utføres et økende antall tester per undersøkelse. Kontrollerer vi for prisendringene, finner vi heller ingen tendens til at denne trenden har endret seg i etterkant av endringene i refusjonssystemet. På den andre siden er det heller ikke tydelig hvilken takst som brukes for hver enkelt analysetype. Med det mener vi at vi ikke finner noen klare tegn på at regningene inneholder takster med høyere pris. Regningene kan også inneholde takster med lavere pris

(jf. også Hagen, Iversen og Kittelsen 2005, 2007). Grunnen til at refusjon per regning i gjennomsnitt øker er heller grunnet i økt omfang av antall takster per regning.

Hva slags undersøkelser utføres det?

Også innen offentlige laboratorietjenester er det takstgruppa 'Klinisk kjemi' som står for de største utgiftene, men riktignok med en litt lavere andel enn for de private. I tillegg ser vi en synkende tendens relativt sett i den perioden som vi ser på.

Tabell 10: Oversikt over utbetalte refusjoner fordelt på takstkapitler, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.

Takstkapittel	2002	2003	2004	2005	2006
Generelle takster	15 269	29 833	48 299	74 918	44 722
Klinisk nevrofysiologi	8 232	8 737	10 026	10 121	5 320
Immunologi og transfusj.	52 451	57 478	61 645	65 037	35 477
Medisinsk mikrobiologi	79 964	85 179	91 269	89 971	48 186
Patologi	39 858	44 356	47 365	49 794	27 564
Medisinsk genetikk	3 704	7 322	5 792	7 812	6 108
Klinisk kjemi	264 571	288 862	313 309	322 441	174 886
Nukleærmedisin	26 438	28 639	34 936	36 289	33 923
Klinisk farmakologi	21 003	31 370	34 954	50 968	39 776
Totalt	511 490	581 775	647 595	707 353	415 962

I 1. halvår 2002 gikk 52 prosent av utbetalingene til klinisk kjemi, men andelen har sunket til 42 prosent i 2006. Selv med denne reduserte andelen av utbetalte refusjoner, ser vi som i hele denne posten en økning i antall utløste takster.

Antall utløste 'Generelle takster' har fra 1. halvår 2002 til 2006 økt med 352 prosent og står nå for en andel på 11 prosent av utbetalte refusjoner. Andre takstgrupper i sterk vekst er 'Medisinsk genetikk' og 'Klinisk farmakologi'.

Hvor utføres undersøkelsene?

Tabell 11: Oversikt over hvor undersøkelsene utføres, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.

Laboratorier	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	176 949	204 576	194 034	214 178	129 311
Helse Sør	85 774	93 398	129 688	152 341	89 963
Helse Vest	102 928	112 884	120 468	136 560	83 048
Helse Midt	84 824	102 274	112 965	120 536	69 079
Helse Nord	61 015	68 643	90 440	83 718	44 561
Totalt	511 490	581 775	647 595	707 353	415 962

De regionale helseforetakene har et "sørge-for"-ansvar for alle pasienter i sin helseregion.¹⁴ Dette innebærer også laboratorietjenester. Det mest vanlige er at rekvirentene sender prøver til

¹⁴ St.prp.nr.1 (2006-2007) Helse- og omsorgsdepartementet, side 123.

det mest nærliggende laboratorium. Til forskjell fra private laboratorier, er det slik at utgiftene til offentlige laboratorier ved sykehus er relativt jevnt fordelt over hele landet. En sannsynlig forklaring på dette er at det private tilbudet er bedre utbygd i Helseregion Øst og Sør. Dette gjenspeiles også i antall avtaler og i volumet på avtalene som de regionale helseforetakene har med de private tilbyderne.¹⁵ Likevel fordeler utgiftene seg noe ulikt mellom de ulike helseregionene. Vi skal se nærmere på dette.

Utgiftene til offentlige laboratorietjenester er størst til poliklinikker som befinner seg i Helseregion Øst, hvor også den største befolkningmengden befinner seg.

Først i perioden er det Helse Midt og Helse Sør som har høyest vekst, men for Helse Midt sin del faller veksten noe fra 2005. Hele perioden sett under ett, så finner vi sterkest vekst i Helse Sør med en økning i antall takster på 45 prosent, og Helse Vest med en tilsvarende vekst på 41 prosent.

Hvor kommer pasientene fra?

Tabell 12: Utbetalte refusjoner i 1000 kroner fordelt på pasientens helseregion, 2002 – 2006, første halvår.

Bostedsregion	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	154 675	183 377	203 621	229 719	135 729
Helse Sør	93 000	104 717	118 240	126 269	74 809
Helse Vest	100 882	114 214	124 710	138 224	83 306
Helse Midt	74 910	88 777	97 377	107 737	63 235
Helse Nord	63 809	70 560	83 384	81 380	45 772
Ikke oppført	24 214	20 129	20 262	24 023	13 111
Totalt	511 490	581 775	647 595	707 353	415 962

Dersom vi fordeler utgiftene på pasientenes helseregion finner vi stort sett igjen det samme bildet som for de offentlige laboratorienes lokalisasjon. Med visse små avvik følger andelen utgifter befolkningmengden i de ulike helseregionene.

I bakgrunnsdata finner vi en viss bevegelse av pasienter til laboratorieundersøkelser i en annen region enn de selv bor i, spesielt mellom Helse Øst og Helse Sør. Det kan observeres en endring fra 1. halvår 2004 til 1. halvår 2005, hvor laboratoriene i Helse Øst behandler færre undersøkelser for pasienter fra Helse Sør, mens laboratoriene i Helse Sør behandler flere undersøkelser for pasienter bosatt i Helse Øst.

¹⁵ Se tabell 2.5 (side 13) i Hagen, Iversen & Kittelsen (2007) for oversikt over avtaler mellom regionale helseforetak og private tilbydere.

4. Analyse av radiologiområdet

4.1. Privat radiologi

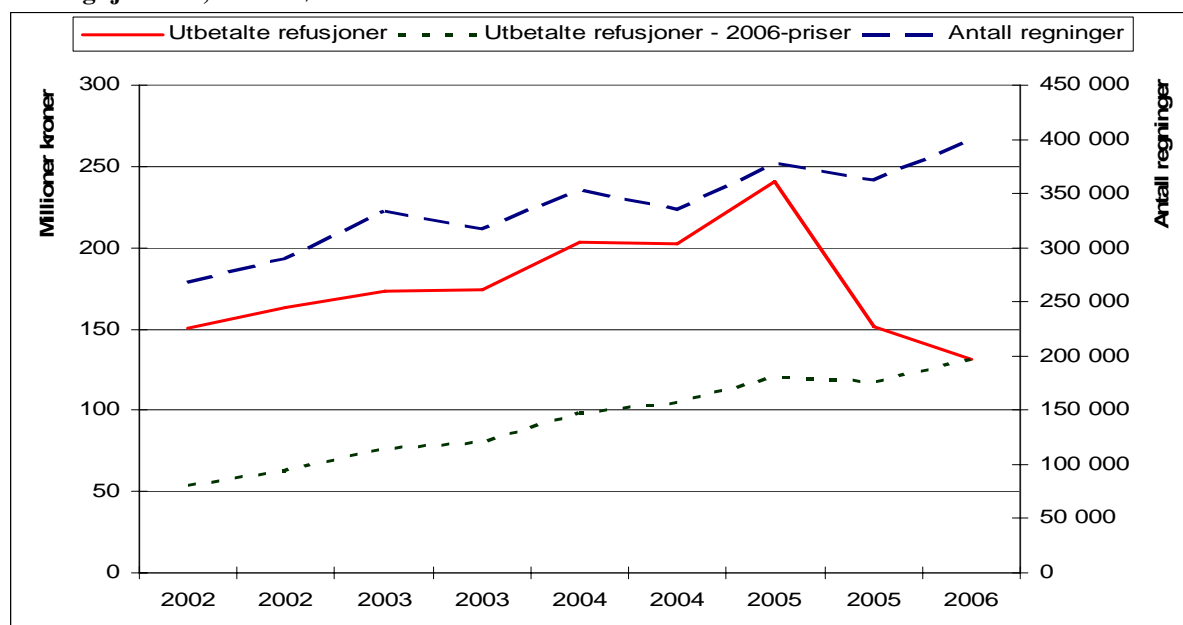
Aktiviteten på det private radiologiområdet målt i antall modalitetsregninger har økt relativt kraftig i den perioden som vi ser på. Fra første halvår 2003 til første halvår 2006 kan vi observere en vekst på 20 prosent.¹⁶

Tabell 13: Utbetalinger for private radiologitjenester, 2002 – første halvår 2006. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner. Antall regninger betegner antall modalitetsregninger.

År	Hele perioden		Første halvår		Andre halvår	
	Utbetalte refusjoner	Antall regninger	Utbetalte refusjoner	Antall regninger	Utbetalte refusjoner	Antall regninger
2002	313 922	557 354	150 332	267 528	163 590	289 826
2003	347 293	651 350	173 308	333 953	173 984	317 397
2004	406 286	687 704	203 472	352 343	202 814	335 361
2005	391 644	740 327	240 683	377 594	150 961	362 733
2006	-	-	131 194	400 051	-	-

Som vi ser av Figur 6, hvor det fremstilles utbetalte refusjoner, nominelt og reelt, og antall modalitetsregninger, virker veksten å være sterkere i den første enn den siste perioden. Det vil altså si at refusjon per modalitetsregning, og også da per behandling, har økt.

Figur 6: Halvårige utbetalinger, nominelt og reelt, og antall modalitetsregninger for private radiologitjenester, 2002 – første halvår 2006.



¹⁶ Vi velger å sammenligne med 2003 pga. innføringsproblemer med Norako-kodeverket i 2002, som førte til at registreringene i de første tre månedene av 2002 ble noe ufullstendig.

Takstglidning

Tabell 14: Utvikling i modaliteter per regning og refusjon per regning, 2002 – 2006, første halvår. Refusjoner i 1000 kroner. Endring i prosent.

År	Refusjoner		Refusjoner i 2006-priser		Modalitetsregninger		Modaliteter pr regning		Korr. refusjon pr regning	
	Kroner	Endr.	Kroner	Endr.	Antall	Endr.	Antall	Endr.	Kroner	Endr.
2002	150 332		53 368		267 528		1,18		235,2	
2003	173 308	15,3	76 906	44,1	333 953	24,8	1,18	0,3	272,3	15,8
2004	203 472	17,4	98 142	27,6	352 343	5,5	1,20	1,1	333,1	22,3
2005	240 683	18,3	120 681	23,0	377 594	7,2	1,20	0,4	383,5	15,1
2006	131 194	-45,5	131 194	8,7	400 051	5,9	1,20	-0,3	392,4	2,3

Vi ser i Tabell 14 at det har vært en utvikling med en svak økning i antall modaliteter per regning. Det vil altså si at det gjøres flere undersøkelser per regning. Dette kan vi se i sammenheng med Tabell 15, hvor vi finner en klar vekst i MR-undersøkelser, en type undersøkelse som virker å gi flere analyser per pasient.

Hva slags undersøkelser gjøres det?

Tabell 15: Oversikt over utbetalte refusjoner fordelt på modaliteter, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.

Modalitet	2002	2003	2004	2005	2006
Røntgen	37 965	37 089	34 975	34 163	17 358
Ultralyd	10 654	11 564	16 508	14 266	7 450
MR	68 459	90 030	115 034	151 311	81 821
CT	33 254	34 626	36 956	40 943	24 566
Totalt	150 332	173 308	203 472	240 683	131 194

I første halvår 2002 gikk 25 prosent av utbetalingene til konvensjonelle røntgenundersøkelser, mens 46 prosent gikk til MR-undersøkelser. I første halvår 2006 var de tilsvarende andelene på 13 og 62 prosent. Det er følgelig en vridning i bruken av radiologiundersøkelser, spesielt fra konvensjonell røntgen til bruk av relativt sett dyrere MR-undersøkelser.

De øvrige modalitetene har opplevd en moderat vekst i perioden, mens andelene av utbetalte refusjoner har vært relativt stabilt, om enn noe redusert.

Hvor utføres undersøkelsene?

Tabell 16: Oversikt over hvor undersøkelsene utføres, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.

Kjede	2002	2003	2004	2005	2006
Capio	65 966	71 228	67 915	75 876	40 087
Sentrum røntgeninst.	43 905	60 964	84 924	96 983	51 173
Andre	40 460	41 117	50 633	67 823	39 934
Totalt	150 332	173 308	203 472	240 683	131 194

Det private radiologimarkedet domineres av to store kjeder. Disse kjedene står for konsultasjoner som ga 70 prosent av de utbetalte refusjonene i første halvår 2006.

I første halvår 2002 gikk 90 prosent av utbetalingene til røntgeninstitutter som var lokalisert i Helse Øst og Helse Sør. Denne fordelingen har blitt litt jevnere i løpet av perioden, hvor vi i første halvår 2006 finner at 64 prosent av utbetalingene går til de nevnte regionene.

Hvor kommer pasientene fra?

Tabell 17: Utbetalte refusjoner i 1000 kroner fordelt på pasientens helseregion, 2002 – 2006, første halvår.

Bostedsregion	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	92 529	96 183	95 955	97 514	53 529
Helse Sør	40 907	41 251	43 809	48 625	27 919
Helse Vest	9 595	16 023	31 902	47 223	24 045
Helse Midt	590	13 124	24 194	31 173	17 957
Helse Nord	6 091	6 382	7 439	15 781	7 579
Ikke oppført	621	345	173	366	165
Totalt	150 332	173 308	203 472	240 683	131 194

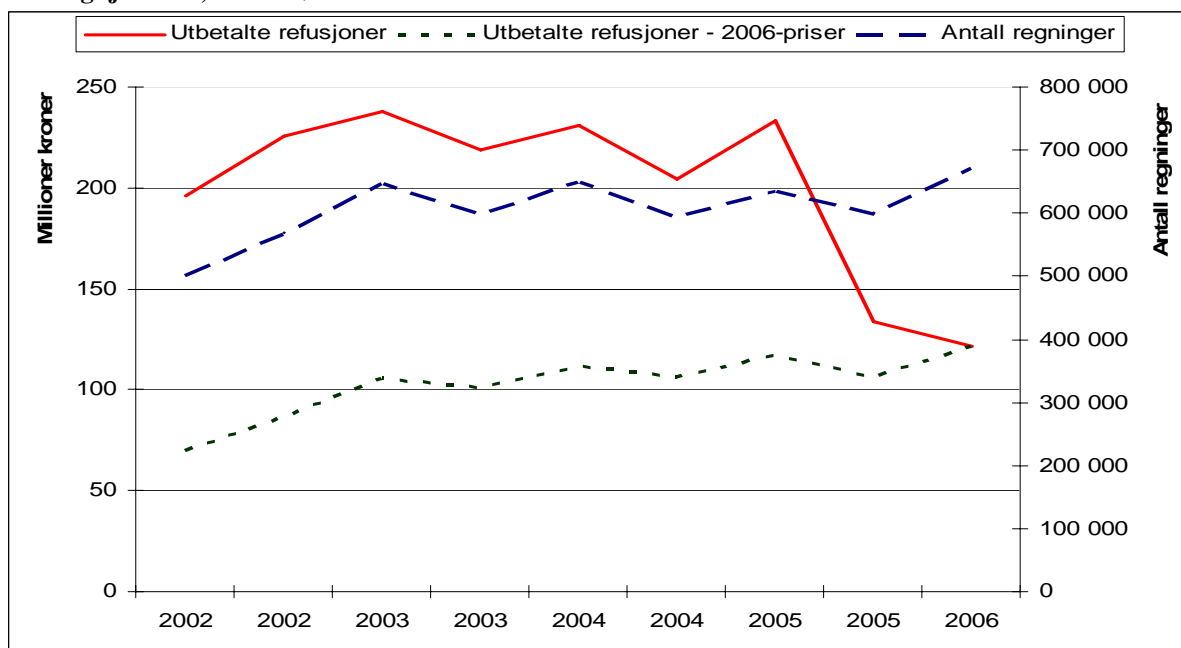
Som en følge av lokaliseringen av de private røntgeninstituttene med konsentrasjon av tilbudet i Øst, Sør og Vest, finner vi en tilsvarende tendens for hvilken region pasientene sogner til. Spesielt sterk vekst i aktiviteten finner vi i Helse Midt. Dette skyldes i stor grad at Helse Midt ikke hadde noen avtaler med private røntgeninstitutt i første halvår 2002, mens de i 2006 hadde avtaler med 7 ulike røntgeninstitutt (Hagen, Iversen & Kittelsen, 2007). Helse Vest opplever i perioden også en relativt sterk vekst, med nesten en tredobling i antall modalitetsregninger.

4.2. Offentlig radiologi

Tabell 18: Utbetalinger for offentlige radiologitjenester, 2002 – første halvår 2006. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner. Antall regninger betegner antall modalitetsregninger.

År	Hele perioden		Første halvår		Andre halvår	
	Utbetalte refusjoner	Antall regninger	Utbetalte refusjoner	Antall regninger	Utbetalte refusjoner	Antall regninger
2002	422 320	1 067 646	196 410	501 667	225 910	565 979
2003	456 729	1 242 980	237 817	645 952	218 913	597 028
2004	436 033	1 241 699	231 325	648 380	204 708	593 319
2005	367 005	1 232 857	233 341	635 737	133 664	597 120
2006	-	-	121 399	670 161	-	-

Aktiviteten innen offentlig radiologi har i undersøkelsesperioden variert over tid, med en vekst i aktiviteten fra 2002 til 2004 og en liten nedgang i 2005. Fra første halvår 2005 til 2006 har aktiviteten igjen økt. Veksten i aktivitet over hele perioden er på 34 prosent.

Figur 7: Halvårige utbetalinger, nominelt og reelt, og antall modalitetsregninger for offentlige radiologitjenester, 2002 – første halvår 2006.

Takstglidning

Tabell 19: Utvikling i modaliteter per regning og refusjon per regning, 2002 – 2006, første halvår. Refusjoner i 1000 kroner. Endring i prosent.

År	Refusjoner		Refusjoner i 2006-priser		Modalitetsregninger		Modaliteter pr regning		Korr. refusjon pr regning	
	Kroner	Endr.	Kroner	Endr.	Antall	Endr.	Antall	Endr.	Kroner	Endr.
2002	196 410		69 726		501 667		1,07		149,1	
2003	237 817	21,1	105 531	51,4	645 952	28,8	1,07	-0,1	175,2	17,5
2004	231 325	-2,7	111 577	5,7	648 380	0,4	1,07	-0,2	184,1	5,1
2005	233 341	0,9	117 000	4,9	636 531	-1,8	1,07	0,4	197,5	7,3
2006	121 399	-48,0	121 399	3,8	670 161	5,3	1,07	-0,5	193,7	-1,9

Innen offentlig radiologi finner vi ikke igjen samme tendens i utvikling som i privat radiologi, hvor vi fant at det gjøres flere undersøkelser per regning. Det ser med andre ord ut til at det er noe ulike undersøkelser/ pasientgrunnlag i privat og offentlig radiologi. Vi vet ikke grunnen til hvorfor det innenfor privat radiologi er en tendens til at det påføres flere modaliteter på en regning utover det at de private instituttene faktisk utfører mer omfattende undersøkelser. Det vil si at det er flere koder på regningene, som må tolkes som økt omfang. For å finne ut av dette forholdet må man ettergå pasientjournalene ved sykehusene og de private instituttene.

Hva slags undersøkelser gjøres det?

Tabell 20: Oversikt over utbetalte refusjoner fordelt på modaliteter, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.

Modalitet	2002	2003	2004	2005	2006
Røntgen	78 968	88 806	73 725	69 207	33 049
Ultralyd	17 711	20 320	23 255	24 410	12 511
MR	55 111	75 698	72 650	72 635	38 471
CT	44 620	52 994	61 695	67 089	37 368
Totalt	196 410	237 817	231 325	233 341	121 399

Som innen privat radiologi finner vi også innen offentlig radiologi en reduksjon i andelen av utbetalte refusjoner til vanlig røntgenundersøkelser. I tillegg ser vi dessuten en relativt sett sterkere vridning mot CT-undersøkelser, i motsetning til de private hvor MR-undersøkelsene dominerer veksten.

Siden MR-undersøkelser dominerer utgiftene hos de private instituttene sett i forhold til de offentlige, vil antall behandlinger være høyere for de offentlige. I første halvår 2006 ble det gjort 670 tusen radiologiundersøkelser i offentlige poliklinikker, mens det i private institusjoner ble gjort 400 tusen undersøkelser. Dette viser altså at de private gjennomfører undersøkelser som er relativt sett dyrere enn de offentlige, og dermed får utbetalt høyere refusjon per undersøkelse.

En årsak til at fordelinga av modaliteter mellom de offentlige og private institusjonene er forskjellig, er at pasientgrunnlaget trolig er nokså ulikt. For de private rekvireres undersøkelsene i høy grad av primærleger, mens for de offentlige utføres undersøkelsene stort sett på "egne" pasienter fra eget sykehus. Offentlig radiologi har nok et mer sammensatt pasientgrunnlag enn de private, som følge av deres "sørge-for"-ansvar for pasienter i sin helseregion.

Hvor utføres undersøkelsene?

Tabell 21: Oversikt over utbetalte refusjoner fordelt på regionale helseforetak, 2002 – 2006, første halvår. Utbetalte refusjoner i 1000 kroner.

Helseregion	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	51 651	68 123	75 326	76 756	39 328
Helse Sør	41 632	49 984	50 701	51 910	27 027
Helse Vest	44 545	55 994	43 367	41 328	21 881
Helse Midt	28 146	30 652	32 634	34 332	16 993
Helse Nord	30 436	33 064	29 298	29 015	16 171
Totalt	196 410	237 817	231 325	233 341	121 399

I likhet med de offentlige laboratoriene er utgiftene størst for offentlig radiologi i Helse Øst. Her ser vi dessuten at andelen av utbetalte refusjoner til Helse Øst øker fra 27 prosent i første halvår 2002 til 33 prosent i 2006.

Hvor kommer pasientene fra?**Tabell 22: Utbetalte refusjoner i 1000 kroner fordelt på pasientens helseregion, 2002 – 2006, første halvår.**

Bostedsregion	2002	2003	2004	2005	2006
Helse Øst	54 398	72 788	81 218	83 671	43 030
Helse Sør	37 707	43 750	43 151	43 911	22 804
Helse Vest	44 218	55 723	42 861	40 952	21 634
Helse Midt	28 103	30 068	31 661	33 831	16 788
Helse Nord	30 819	33 783	30 272	29 745	16 495
Ikke oppført	1 164	1 705	2 162	1 231	647
Totalt	196 410	237 817	231 325	233 341	121 399

I likhet med hvor undersøkelsene utføres, har andelen av utbetalte refusjoner til pasienter fra Helse Øst økt fra 27 prosent i første halvår 2002 til 34 prosent i 2006.

Foruten pasienter fra Helse Øst som undersøkes i Helse Sør, er det relativt sett liten bevegelse av pasienter mellom regionene. Dette kan forklares med at selve radiologiundersøkelsen krever oppmøte av pasienten på poliklinikk, slik at de fleste velger å benytte seg av den som ligger nærmest sitt eget bosted. Tolkningen av røntgenbildene kan derimot utføres ved en annen poliklinikk.

5. Analyse av utviklingen i etterkant av endringene i finansieringsordningen

5.1. Metode

For å analysere nærmere utgiftsutviklingen i etterkant av endringene i finansieringsmodellen fra 1. september 2005, har vi valgt å benytte en tidsserieregresjon på de månedlige utgiftene til de ulike områdene. Vi vil da se om utviklingen etter tiltaket har endret seg statistisk signifikant i forhold til utviklingen før tiltaket. Som forklart variabel benytter vi prekorrigerte månedlige utgifter. Med prekorrigerte mener vi i denne sammenhengen utgifter korrigert for takstendringer, det vil si at utgiftene i alle måneder er beregnet ut ifra at takstverdiene var som de var i den siste måneden i perioden.¹⁷ I vårt tilfelle vil dette si som i juni 2006.

Modellen, med tilhørende variabelforklaring er presentert i vedlegget.

Den underliggende veksten i utgiftene fanges opp av en tidsvariabel, som viser en tilnærmet proporsjonal vekst i den forklarte variabel fra én måned til den neste.

Vi korrigerer tidsserien for sesongvariasjoner. Det viser seg at utgiftene i måneder med ferieavvikling er lavere enn andre måneder. Dette finner vi igjen i måneden hvor påsken faller (varierer mellom mars og april), sommermånedene juli og august og i julemåneden desember. Dessuten viser det seg at utgiftene er typisk lavere i februar. Dette kan skyldes at det er færre dager i denne måneden, og dermed færre dager å utføre undersøkelser på, samt at vinterferien faller her.

I tillegg må vi innen radiologi korrigerer for utgiftene i de tre første månedene av perioden (2002). Dette skyldes en feil ved innføringen av Norako-kodeverket, som medførte at ikke alle undersøkelser ble registrert. Vi løser dette ved å benytte en dummyvariabel for disse månedene.

En dummyvariabel benyttes også i alle månedene i etterkant av innføringen av endringene i finansieringsmodellen fra september 2005. Dersom vi finner at denne er statistisk signifikant forskjellig fra null, vil det bety at utgiftsveksten har lagt seg på et nytt nivå enn før tiltaket ble innført. Men om det er tiltaket som fører til den endrede trenden eller om det er andre bakenforliggende årsaker, kan ikke regresjonsmodellen gi svar på.

Resultatene av tidsserieregresjonene gjengis i tabeller i vedlegg, mens kommentarer til resultatene følger her.

5.2. Resultater av regresjonsanalysen

Innen laboratorieområdet finner vi ingen ytterligere effekt på utgiftsutviklingen etter innføringen av endringene i finansieringsmodellen, verken for de offentlige eller de private

¹⁷ Se fotnote 11 for regneteknisk formel.

institusjonene. Den månedlige underliggende veksten i utgiftene for de offentlige laboratoriene er på én prosent. For de private er den tilsvarende veksten på 0,7 prosent.¹⁸ Ellers ser koeffisientene ut til å være relativt like, dvs. med like stor nedgang i refusjonene i månedene med lav aktivitet.

Når vi utfører samme eksersis på de månedlige utgiftene til radiologiske undersøkelser, finner vi derimot en endret trend i etterkant av endringene fra 1. september 2005. For de offentlige virksomhetene har den underliggende volumveksten vært lavere i periodens siste 10 måneder enn i de foregående. Som vi ser i tabellen i vedlegget, viser dummyvariabelen en utgiftsnedgang på sju prosent.¹⁹ Innen privat radiologi finner vi en enda større nedgang i de takstkorrigerede utgiftene. Her viser dummyvariabelen at utgiftene er 17 prosent lavere i perioden etter innføringen av tiltaket.²⁰

Ut ifra disse observasjonene, kan vi konkludere med at tiltaket har hatt en negativ effekt på utgiftsveksten innen radiologi, men ikke innen laboratorietjenester.

Resultatene presenteres i Tabell 27 i vedlegget.

¹⁸ For de private laboratoriene må vi i tillegg korrigere for en uteligger (avvik) i august 2002.

¹⁹ Statistisk signifikant på 5 % -nivå.

²⁰ Statistisk signifikant på 1 % -nivå.

6. God medisinsk praksis

Analysen av statistiske data viser en sterk underliggende volumvekst av henvisninger til laboratorieprøver og radiologiske undersøkelser over tid. Diskusjonen som følger fremstiller noen hypoteser som kan være med på å forklare hva som driver denne utgiftsveksten. Vi vil også diskutere om den økende bruken av henvisninger er i henhold til god medisinsk praksis.

6.1. Teoretisk ramme

Ved mistanke om sykdom kan legen for eksempel velge å ta en laboratorieprøve av pasienten og videresende for analyse til spesialisthelsetjenesten eller analysere prøver selv. Laboratorieanalyser brukes generelt ”for å få bekreftet eller avkreftet legens diagnose” (Fauli, 2000:1).

I tillegg til laboratorieprøver i spesialisthelsetjenesten, gjøres det også et betydelig antall analyser i primærhelsetjenesten. Det vil si at legene selv tar laboratorieprøver og utfører analyser. De får refusjon etter takstene i Normaltariffen (Fauli, 2000, Brandtzæg og Ellingsen, 2004).

De leger som selv utfører laboratorieanalyser vil, slik vi ser det, velge å ikke videresende prøver til analyse hos spesialistlaboratorier nettopp fordi de har kompetanse og utstyr til å analysere prøver selv. Hvis legene på den andre siden velger å videresende prøver til analyse, antar vi det er fordi de ikke har mulighet til å utføre analysene selv. Enten på grunn av medisinsk kompetanse eller fordi de ikke har det nødvendige og spesielle medisinske utstyret som skal til for å gjennomføre analysene. Eksempler på slike prøver og analyser kan være cytologiske og eller histologiske celleprøver. Slike prøver videresendes ofte til et patologisk laboratorium. I den videre diskusjonen velger vi ikke å se på den laboratedelen som omhandler fastleger, men vil konsentrere oss om koplingen mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.

Den videre drøftingen vil blant annet ta utgangspunkt i økonomisk valghandlingsteori (Fauli, 2000). Fauli har sett på hvilke valg fastleger står overfor i forhold til valget om å ta prøve eller ikke, og sier at legen står overfor en beslutningssituasjon på to nivåer: A) om han skal ha eller ikke ha laboratorieanalyser tilgjengelig i sin legepraksis, og B) om hvorvidt han skal bruke eller ikke bruke laboratorieanalyser i ett gitt pasienttilfelle. Fauli antar at legen tar avgjørelser basert på sine preferanser, og at avgjørelsene varierer fra lege til lege avhengig av hans preferanser. Disse to valgene antas i teorien å være gjensidig utelukkende (Fauli, 2000).

Denne teoretiske antakelsen kan vi anta gjelder i situasjonen om legen skal ta prøve eller ikke og hvis ja, videresende den til et spesialistlaboratorium for videre analyse. Legen står overfor et tilsvarende valg angående henvisning til radiologiske undersøkelser. Vi skal nå se nærmere på legens valg og drøfte valgene om videresending av laboratorieprøver knyttet opp mot diskusjonen om hyppig prøvetaking er i henhold til god medisinsk praksis og kostnadsnyttig i forhold til et samfunnsøkonomisk perspektiv.

6.2. Legers rolle som portvakt

Laboratoriemedisin er et spesialfelt innenfor medisinfaget, det vil si et såkalt diagnostisk felt. Laboratorieprøver benyttes først og fremst for å stille rett diagnose på en pasient. Det er i utgangspunktet fastlegene som er portvakter overfor pasientene og spesialisthelsetjenesten med hensyn til videresending av laboratorieprøver.

Med portvakt forstår vi fastlegens rolle i forhold til å prioritere helsetilbud for sine pasienter. Legen sorterer ut hvem som skal henvises og ikke henvises i forhold til en gitt klinisk problemstilling. I denne sammenheng innebærer det å rekvirere eller ikke rekvirere videre til spesialisthelsetjenesten. Leder i Rådet for legeetikk, Trond Markestad mener at legene i seg selv kan bli kostnadsdrivere (Andersen, 2006):

”Undersøkelser tyder [...] på at leger er mindre villige til å påta seg en portvaktfunksjon og mer lar seg styre av pasientens krav. Bruk av takster er et vanskelig spørsmål, og det kan være et overforbruk.” (s. 2567)

Hvis det er slik at fastlegene i større grad enn tidligere lar seg styre av pasientenes krav til videre undersøkelser i spesialisthelsetjenesten, har dette betydning for utgiftsveksten. Å gi et empirisk svar på denne problemstillingen krever derimot en annen type gjennomgang, og går utenfor denne analysens omfang.

6.3. Henvisning eller rekvisisjon?²¹

I følge Folketrygdloven er det et vilkår for rett til stønad ”at lege er søkt for sykdom eller mistanke om sykdom...” (se Forskriften kap. 1, § 1). I praksis fungerer det slik at pasient oppsøker lege. Legen mistenker en sykdom og tar diverse prøver av pasienten og sender disse videre til analyser hos spesialisthelsetjenesten.

En skriftlig henvendelse kan derfor forstås på to måter. For det første kan en henvendelse forstås som en beskrivelse av en klinisk problemstilling med for eksempel en blodprøve som ønskes videre undersøkt. Laboratoriet mottar beskrivelsen og prøven, og bruker sin spesialistkompetanse til å analysere prøven og løser ut takst som svarer til den eller de analysene som er utført. Svaret på prøven sendes tilbake til legen. I et slikt perspektiv snakker vi om henvisning.

På den andre siden kan prøven og skjemaet fra legen sees på som en helt konkret bestilling av en helt spesiell analyse som ønskes utført. Legen har fått besøk av en pasient og fått mistanke om en sykdom. Videre sender legen inn en prøve til analyse. Laboratoriet utfører den bestilte analysen og velger den eller de takster som svarer til analysen de har utført. Regning med takst sendes NAV med krav om refusjon. En slik forståelse assosieres med betegnelsen rekvisisjon.

Vi har altså med to nokså like, men likevel noe forskjellige oppfatninger av legens prøvetakning og videresending å gjøre. I Folketrygdloven står det imidlertid ikke i hvilken grad rekvisisjonen skal være bindende for laboratoriet eller radiologiinstituttet.

²¹ Det vises til en utførlig drøfting av denne problemstillingen i RTV-rapport 02/2006.

Siden det er laboratoriet som innehar spesialistkompetanse på analyser av prøver, vil det være et argumentet for å bruke forståelsen henvisning. Men dersom en slik forståelse muliggjør flere takstutløsninger per undersøkelse, vil denne forståelsen være kostnadsdrivende. På den andre side vil det ut fra et controllerperspektiv være argumenter for rekvisisjonsforståelsen. Det vil si at staten i et kostnadsregime som dette har bedre kontroll på utbetalingene og de avtaler som inngår mellom staten gjennom de regionale helseforetakene og utførerne av laboratorieprøver.

6.4. Behov for bedre veiledning

Både laboratoriemedisin og radiologi er, som påpekt, spesialfelt innenfor medisinfaget. Ved rekvisisjon av laboratorieprøver og videresending av pasienter til radiologisk undersøkelse, kan det være slik at fastlegene ikke alltid er sikre på hva som er rett spesialistbehandling.

Hvis det ble utformet en god veiledning – bygget på forståelsen av god medisinsk praksis – overfor fastlegene, ville det kanskje fungere som en kostnadsdemper. Rekvirentene har liten kunnskap om hvordan forskriften skal forstås (Andersen, 2006). En mulig løsning kan være at laboratoriespesialistene har en veilederfunksjon overfor rekvirentene i form av når man skal rekvirere prøver og hvilke analyser det er fornuftig å rekvirere i forhold til mistanke om sykdom. For laboratoriene selv er det også et behov for en veilederfunksjon i forhold til hvilke takster som skal benyttes for en gitt analyse. Slik det diskuteres senere, kunne et uavhengig laboratorieutvalg med en rådgivende funksjon være en farbar vei for å sikre at takstbruken er i tråd med god medisinsk praksis, i den forstand at det er en felles forståelse for hva som er god medisinsk praksis.²²

6.5. Problemer med dagens takstsystem

I forlengelsen av en enhetlig forståelse av rekvisisjonsbegrepet og en konsensus omkring riktig takstbruk, er det viktig at vi har et realistisk takstsystem. Med det mener vi et fleksibelt og moderne system, som også kan fange opp de raske endringene som skjer i den medisinske og teknologiske utviklingen.

Vi oppfatter i vår kontakt med laboratoriene at bransjen mener dagens takster ikke passer med dagens moderne laboratorieanalyser og ”koding” av disse. Det vil si at laboratoriefeltet har endret seg betraktelig i løpet av de siste tiårene – i form av medisinske muligheter og teknologiske kapasiteter – mens takstsystemet ikke har endret seg tilsvarende. En for stor mismatch mellom analyseprotokollen og takstsystemet kan i seg selv være kostnadsdrivende.

Sett fra et controllerperspektiv, er en mulig løsning at vi får et nytt takstsystem som bedre kan brukes til styring og kontroll. På denne måten kan vi oppnå og styre de knappe ressursene på en bedre måte enn hva som er tilfelle i dagens system.

²² For å sikre uavhengighet, må et utvalg være sammensatt av aktører fra de offentlige og private virksomhetene, og være styrt av helseforvaltningen. Et tilsvarende utvalg finnes som sagt for radiologi.

6.6. Ressursbruk i et samfunnsøkonomisk perspektiv

Ressursbruken i spesialisthelsetjenesten, herunder til laboratorie- og radiologiundersøkelser, er en del av et begrenset budsjett. Dette betyr at det må foretas en prioritering av ressursforbruket, som det diskuteres i Hagen, Iversen og Kittelsen (2007):

”Det samfunnsøkonomisk riktige omfanget av laboratorie- og røntgentjenester avhenger av verdien for pasientene og folkehelsen av at analysene utføres, og av kostnadene ved å få dem utført.” (s. 32).

Ulvestad (2000) fokuserer også på denne problemstillingen, og konkluderer med at kunnskap om testers muligheter og begrensninger må økes gjennom større satsing på forsknings- og utviklingsarbeid, og at det finnes muligheter for effektivisering gjennom automatisering og reorganisering av virksomhetene i spesialisthelsetjenesten.

Det økte prøvevolumet medfører sannsynligvis at man finner flere ”ekte” sykdomstilfeller på et tidligere stadium, men det kan også føre til mange falske positive og falske negative resultater.²³ Dette kan i neste omgang medføre videre behandling med tilhørende økte utgifter. I ytterste konsekvens kan dette føre til at feil medisinsk behandling blir igangsatt. Sandberg (2000) hevder at dette problemet kan møtes med innføring av kunnskapsbaserte retningslinjer for riktig prøvebruk og riktig tolking av prøvedata.²⁴

På oppdrag fra Nasjonal strategigruppe for prioriteringer²⁵ har Gjelsvik et. al. (2005) analysert trygderefusjonsutbetalinger til spesialisthelsetjenesten til enkelte laboratorieområder. Gjelsvik finner for det første en betydelig vekst i bruken av laboratorietjenester, og økt bruk av mer kostbare takster.²⁶ For det andre finner de en betydelig geografisk variasjon i takstbruken i form av at det i regioner med godt utbygd laboratorietilbud utføres flere prøver. Med dette antyder de at tilbudet av tjenestene genererer etterspørsel. Hva som er riktig nivå på prøvetakingen mener de imidlertid det er vanskelig å si noe om.

På bakgrunn av de funn som gjøres, kommer Gjelsvik et. al. med et forslag for å få en riktigere bruk av laboratoriemedisin. Hovedforslaget er:

”[...] at det opprettes et sentralt fagråd innen laboratorievirksomhet i spesialisthelsetjenesten som skal legge premisser for bruk av laboratorietjenester, og vurdere bruken av laboratorietjenester i helseregionene opp mot disse premisene.” (s. 50).

Til sammenligning har NAV opprettet et rådgivende utvalg innen radiologi. I tillegg finnes en NORAKO-redaksjon som lager retningslinjer for riktig koding av radiologiske undersøkelser.

²³ Med falsk positiv menes en prøve som gir positivt svar, men pasienten egentlig ikke har et slikt sykdomstilfelle, mens med falsk negativ menes en prøve som gir negativt svar, hvor pasienten faktisk har et slikt sykdomstilfelle.

²⁴ For en oversikt over kunnskapsbaserte retningslinjer innen laboratoriemedisin, se for eksempel Oosterhuis et al. (2004).

²⁵ Gruppe nedsatt av RHFene. Gruppen har blant annet som målsetting å utrede hvordan en ved hjelp av faglig styring kan oppnå en riktigere bruk av laboratorietjenester (Nasjonal strategigruppe for prioriteringer, 2006)

²⁶ Deres analyse begrenser seg til å se på trygderefusjonsutbetalinger til medisinsk biokjemi, medisinsk genetikk, klinisk farmakologi og molekylærgenetiske teknikker i perioden 2002–04. Det er disse områdene som står for den største andelen av utgiftene, og vil derfor være dekkende for hele laboratoriefeltet.

Nok et eksempel er avregningsutvalget for ISF, som gjennomgår journaler for inneliggende pasienter i forhold til riktig DRG-koding.²⁷

Et tilsvarende utvalg har av NAV blitt vurdert innført for laboratorietjenester. NAV har valgt å ikke etablere takstutvalg av følgende grunner: Et takstutvalg vanskeliggjøres av at laboratoriefaget er oppdelt i en rekke spesialiteter. For å dekke den faglige bredden og den sterke graden av spesialisering innen laboratoriefaget, vil det trolig være nødvendig med flere takstutvalg for å sikre tilstrekkelig kompetanse i behandlingen av saker. Nytteten av å opprette et takstutvalg er i tillegg usikker, så lenge det er klare mangler ved dagens regelverk. Laboratorietakstene er lite presise og gir store tolkningsmuligheter, fordi takstene også anses å være lite oppdaterte i forhold til senere års utvikling innen faget. I tillegg er det to forskjellige takstsystemer for laboratoriemedisin; ett for offentlig og ett for privat.

Et nettverk basert på enkeltpersoner i de ulike fagmiljøene er i nåværende situasjon, og som følge av de ovennevnte grunner, vurdert å være et mer gjennomførbart og hensiktsmessig verktøy for takstbruk i henhold til god medisinsk praksis i laboratoriesektoren enn et omfattende takstutvalg.

Kompetansesenter for IT i Helse- og sosialsektoren AS (KITH) har de senere år utviklet Norsk Enhetlig Kodeverk for LABORatoriefagene (NEKLAB) for alle laboratoriefagene (KITH, 2005). Kodeverket skal gjelde både for privat og offentlig sektor. På sikt er det planlagt at NEKLAB skal danne grunnlag for utvikling av en ny finansieringsløsning for laboratorietjenester.

6.7. Sammensatte årsaker til utgiftsveksten

I denne rapporten har vi sett på mulige faktorer som ligger til grunn for den kraftige veksten i utgiftene til laboratorieprøver og radiologiske undersøkelser. Vi har diskutert forhold som legenes rolle som portvakt, henvisning kontra rekvisisjon, laboratorienes mulige veiledningsfunksjon, problemer med dagens takstsystem, og sett på ressursbruken i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Årsakene til volumveksten i laboratorie- og radiologitjenester er sammensatte og kompliserte, og vi vil avslutningsvis se nærmere på andre utviklingstrekk som trolig fungerer som ”drivere” i forhold til å utløse nye undersøkelser og analyser. Disse faktorene er mer ment som en oversikt over mulige forklaringer, uten at vi diskuterer dem gjennomgående eller kan dokumentere at de har en målbar forklaringskraft. Diskusjonen rundt disse forklaringsfaktorene har fremkommet i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Kunnskapssenteret.

I den statistiske analysen fant vi på laboratorieområdet en spesielt stor vekst innen blant annet takstgruppene medisinsk genetikk og klinisk farmakologi. Den stadig større bruken av analyser innenfor medisinsk genetikk kan forklares med en økende bruk blant annet i psykiatrien. Økt bruk av tester i forbindelse med rus- og medikamentbruk, samt at rusområdet er inkludert i spesialisthelsetjenesten, har ført til en vekst i antall analyser innenfor klinisk farmakologi. Den teknologiske utviklingen gir videre muligheter for nye tester, som igjen vil generere økte utgifter.

²⁷ ISF står for innsatsstyrt finansiering, og DRG står for diagnoserelaterte grupper og er pris- og grupperingssytemet for ISF. ISF er finansieringssystemet for inneliggende pasienter ved sykehus.

Endringer i befolkningens helsetilstand kan medføre økt etterspørsel etter diagnostiske undersøkelser. Forhold som antibiotikaresistens, sykehusinfeksjoner og svekket immunitetstilstand i befolkning, tilsier større krav til tilpasset behandling for den enkelte og skreddersydde tester og medikamenter, med en tilhørende økt ressursbruk. Nye ”folkesykdommer” som for eksempel diabetes, allergier, hepatitt B og C genererer økt prøvevolum. Økt overlevelse ved sykdom, økning i levealder og et økende antall eldre øker etterspørsel etter helsetjenester, herunder også laboratorie- og radiologitjenester.

Økt tilbudskapitet gir økt etterspørsel etter diagnostiske undersøkelser. Dette gjenfinner vi i statistikken, hvor for eksempel det private tilbudet av radiologitjenester i Helse Midt-Norge i løpet av perioden vi ser på øker i omfang, med en etterfølgende økning i konsumet av disse private tjenestene uten at bruken av offentlige radiologitjenester reduseres tilsvarende. Innen laboratorieområdet gjenfinner vi ikke den samme utviklingen. Dette kan skyldes at radiologiske undersøkelser krever at pasientene selv møter ved instituttene, mens ved laboratorieprøver kan disse sendes til nær sagt hvilket som helst sted i landet.

Vi ser også en utvikling og markedsføring av nye tester som personer kan foreta selv (Parliamentary Office of Science and Technology, 2003). Det er vanlig å dele disse testene inn i fire underkategorier: Screeningprøver, diagnostiske prøver, overvåkningsprøver og prediksjonsprøver. Eventuelle funn eller usikkerhet ved disse prøvene kan i neste omgang generere et besøk hos en lege, med påfølgende videresending av prøver til spesialisthelsetjenesten. Slike tester er et fenomen som er mer og mer utbredt i den vestlige verden, også i Norge. Vi tror dette vil generere fremtidige utgifter til spesialisthelsetjenesten generelt, og til laboratorieprøver spesielt.

Referanser

Artikler og rapporter

- Andersen, Ellen Juul (2006): "Legen som leverandør og portvakt". *Tidsskr Nor Lægeforen*; 126: 2567.
- Brandtzæg, Halfdan og Ellingsen, Jostein (2004): "Offentlige poliklinikker ved sykehus – Aktivitets- og kostnadsvekst", i *Arbeid, Velferd og Samfunn*. Rikstrygdeverket. 2004.
- Fauli, Siri (2000): "En analyse av tilgjengelighet og bruk av en laboratorieanalyse i primærhelsetjenesten". *Helseøkonomisk forskningsprogram 2000*:7. Universitetet i Oslo.
- Gjelsvik, Roar, Kaarbøe, Oddvar, Sandberg, Sverre, Haukland, Hanne Husom & Monsen, Anne-Lise Bjørke (2005): "Riktigere bruk av laboratorietjenester". *Notatserie i helseøkonomi Nr. 13/05*. Program for helseøkonomi i Bergen.
- Hagen, Terje P., Iversen, Tor & Kittelsen, Sverre A.C. (2005): "Kartlegging av produksjon og kostnader til offentlige og private leverandører av laboratorie- og røntgentjenester". *Helseøkonomisk forskningsprogram Skriftserie 2005*:14. Universitetet i Oslo.
- Hagen, Terje P., Iversen, Tor & Kittelsen, Sverre A.C. (2007): "Laboratorie- og røntgenvirksomheten i kjølvannet av sykehusreformen: Mer privatisering og lavere kostnader?" i *Helseøkonomisk forskningsprogram, Skriftserie 2007*:2. Universitetet i Oslo.
- KITH (2005): "NEKLAB, Norsk enhetlig kodeverk for laboratoriefagene – Sluttrapport fra utviklingsprosjektet". *KITH rapport 25/05*. KITH.
- Nasjonal Strategigruppe for Prioriteringer (2006): "Rapport". Regionale helseforetak.
- Oosterhuis, Wytze P., Bruns, David E., Watine, Joseph, Sandberg, Sverre & Horvath, Andrea R. (2004): "Evidence-Based Guidelines in Laboratory Medicine: Principles and Methods". *Clinical Chemistry*, 50:5, 806-818.
- Parliamentary Office of Science and Technology (2003): "Medical Self-Test Kits", *POSTnote*, Mars. 2003.
- Rikstrygdeverket (2006): "Polikliniske laboratorie- og radiologitjenester: En analyse av veksten i statens utgifter". *RTV-Rapport 02/2006*. Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen.
- Sandberg, Sverre (2000): "Kan laboratoriesvaret få konsekvenser for pasienten?". *Tidsskr Nor Lægeforen*; 120: 2241.

Ulvestad, Elling (2000): ”Økende bruk av laboratorietjenester – en kontrollerbar prosess?”.
Tidsskr Nor Lægeforen; 120: 2315-9.

Offentlige proposisjoner, innstillinger og meldinger

Innst.O.nr.35 (2004-2005): Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (Folketrygdloven) m.m.

Ot.prp.nr.5 (2004-2005): Lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (Folketrygdloven) m.m.

St.meld.nr.5 (2003-2004): Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten

St.prp.nr.1 (2005-2006): Helse- og omsorgsdepartementet

St.prp.nr.1 (2006-2007): Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg

Tabell 23: Takstindekser. For regnskapstallene regnes en måneds etterslep.

Periode	Tiltak	Priv. lab.	Off. lab.	Priv. radiologi	Off. radiologi
Jan02-sep02		100,0	100,0	100,0	100,0
Okt02-des02	Red. i enh.prisen i radiologi med 13 %	100,0	100,0	87,0	87,0
Jan03-jun03	- Red. i enh.prisen i radiologi med 8 % - Priv.lab-takster prisjustert 3,9 %	103,9	100,0	80,0	80,0
Jul03-des03	Økte egenandeler i radiologi	103,9	100,0	76,8	76,8
Jan04-jun04	Økte egenandeler i radiologi	103,9	100,0	73,6	73,6
Jul04-des04	Takstreduksjon på 7 %	96,6	93,0	68,5	68,5
Jan05-aug05	Prisjustering på 3,4 %	99,9	96,2	70,8	70,8
Sep05-des05	Takstreduksjon på 50 %	50,0	48,1	35,4	35,4
Jan06-jun06	Prisjustering på 0,3 %	50,1	48,2	35,5	35,5

Tabell 24: Aggregering av takster til takstgrupper for private laboratorier.

Takster	Takstgruppe
703 – 710	Alminnelige undersøkelser
720a – 723	Klinisk nevrofysiologi
728b – 730d	Immunhematologi
731a – 739a	Medisinsk mikrobiologi
742a – 745	Patologi
748	Medisinsk genetikk
752a – 759a	Klinisk kjemi og endokrinologi
791 – 796b	Immunologi
800d – 871	Andre undersøkelser

Tabell 25: Aggregering av takster til takstgrupper for offentlige laboratorier.

Takster	Takstgruppe
701a – 701k	Generelle takster
702a – 702g	Klinisk nevrofysiologi
703a – 703hh	Immunologi og transfusjonsmedisin
704a – 704s	Medisinsk mikrobiologi
705a – 705r	Patologi
706a – 706j	Medisinsk genetikk
707a – 707e	Klinisk kjemi
708a – 708g	Nukleærmedisin
709a – 709c	Klinisk farmakologi

Vi har i analysen benyttet en regresjonsmodell på de månedlige utbetalte refusjonene på denne formen:

$$\log(\text{refusjon}_{t,2006}) = \beta_0 + \beta_1 t + \delta_{12} \text{ferie}_{1t} + \dots + \delta_n \text{ferie}_{nt} + \gamma_1 \text{dummy}_1 + \dots + \gamma_n \text{dummy}_n + u_t$$

Variablene er forklart i Tabell 26 og resultatene fra regresjonene fremkommer i Tabell 27.

Tabell 26: Forklaring på variablene i regresjonsmodellen.

$\log(\text{refusjon}_{t,2006})$	Logaritmen til refusjonen i måned t, prekorrigert med en takstindeks.
t	Tidstrendvariabelen, t=1..54
ferie_{nt}	Dummyvariabler for sesongvariasjon.
dummy_n	Dummyvariabler for korrigering av feilutbetalinger (i radiologi og privat lab.) og for å kontrollere for tiltaksendringer.
u_t	Restleddet, antas uavhengig identisk fordelt $\sim (0, \mu^2)$

Logaritmen til refusjonen i måned t, prekorrigert med en takstindeks.

Tabell 27: Resultater av tidsserieregresjonene. Forklart variabel er logaritmen til de prekorrigerte månedlige utbetalingene. t-verdier i parentes.

	Priv. lab.	Off. lab.	Priv. radiologi	Off. radiologi
Konstantledd	16,2 (874)*	17,5 (1147)*	16,1 (605)*	16,6 (611)*
Måned	0,00686 (9,94)*	0,0102 (18,1)*	0,0205 (21,0)*	0,00735 (7,42)*
Februar	-0,121 (-4,47)*	-0,0612 (-2,70)*	-0,0645 (-1,78)**	-0,0632 (-1,71)**
Påske	-0,170 (-6,31)*	-0,159 (-7,01)*	-0,225 (-6,18)*	-0,107 (-2,88)*
Juli	-0,649 (-21,5)*	-0,452 (-17,8)*	-0,429 (-10,9)*	-0,482 (-12,0)*
August	-0,184 (-5,27)*	-0,193 (-7,60)*	-0,201 (-5,07)*	-0,201 (-4,97)*
Desember	-0,247 (-8,29)*	-0,198 (-7,90)*	-0,227 (-5,81)*	-0,198 (-4,71)*
Tiltaks-dummy	0,0223 (0,80)	0,0282 (1,23)	-0,168 (-4,59)*	-0,0726 (-1,95)**
Feilkorr.-dummy1			-0,157 (-3,05)*	-0,443 (-8,44)*
Feilkorr.-dummy2	-1,04 (-15,6)*			
R^2	0,966	0,961	0,959	0,906

* Signifikant på 5 % - nivå.

** Signifikant på 10 % - nivå.

Liste over tidligere publikasjoner:

NAV-rapport 01/2007 – Pensjonsreform på trappende: Hva vet befolkningen om pensjon?

Nav-rapport 02/2007 – Analyse av utviklingen i statens utgifter til medisinske laboratorie- og radiologiundersøkelser – En oppfølgingsanalyse