



Riksrevisjonen

Dokument nr. 3:3
(2005–2006)

Riksrevisjonens undersøkelse
av tjenester fra laboratorie-
og røntgenvirksomheter

Dokument nr. 3:3

(2005–2006)

Riksrevisjonens undersøkelse av tjenester fra laboratorie- og røntgenvirksomheter

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument nr. 3:3 (2005–2006) Riksrevisjonens undersøkelse av tjenester fra laboratorie- og røntgenvirksomheter.

Riksrevisjonen, 21. oktober 2005.

For riksrevisorkollegiet

Bjarne Mørk-Eidem
riksrevisor

Innhold

	Side
1 Innledning	1
2 Oppsummering av undersøkelsen	1
3 Departementets kommentarer	4
4 Riksrevisjonens bemerkninger	5
5 Helse- og omsorgsdepartementets svar	6
6 Riksrevisjonens uttalelse	7
Vedlegg: Rapport	9

Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av tjenester fra laboratorie- og røntgenvirksomheter

1 INNLEDNING

Medisinske laboratorier og røntgeninstitutt inngår i spesialisthelsetjenesten, og i henhold til spesialisthelsetjenesteloven skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester. De regionale helseforetakene kan yte slike tjenester selv, eller de kan inngå avtale med andre tjenesteytere.

Statens samlede utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt var 897,3 mill. kroner i 2004. Av dette utgjorde folketrygdens utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 702,6 mill. kroner, mens de regionale helseforetakene utbetalte til sammen 194,7 mill. kroner til private laboratorier og røntgeninstitutt dette året. I tillegg kommer polikliniske refusjoner fra folketrygden til laboratorie- og røntgen-tjenester utført ved helseforetakene med totalt 1 604,4 mill. kroner i 2004. De samlede utgiftene til poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet i 2004 var dermed 2 504,7 mill. kroner.

Ifølge St. prp. nr. 1 (2002–2003) for Helsedepartementet har få områder hatt en tilsvarende inntektsvekst som private laboratorier og røntgeninstitutt, og folketrygdens totale utgifter til refusjoner til private laboratorier og røntgeninstitutt økte med 92 prosent fra 2000 til og med 2004 målt i løpende kroner. Det er særlig folketrygdens utgifter til private røntgeninstitutt som har økt. Denne økningen har vært på hele 156 prosent.

Med hjemmel i folketrygdloven § 5-5 yter folketrygden stønad til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt og i private sykehus som driver laboratorie- eller røntgenvirksomhet. For å kunne kreve refusjon fra folketrygden, må private laboratorier og røntgeninstitutt opprettet etter 1. juni 1987 ha en særskilt godkjenning fra Helsedepartementet.

Refusjonskravene fra de private laboratoriene og røntgeninstituttene innleveres elektronisk til trykde-etaten gjennom et eget elektronisk kontrollprogram LABRØNK. For laboratorieanalyser er det ett takstsystem for analyser utført i offentlig virksomhet og ett takstsystem for analyser utført i privat virksomhet. For røntgenvirksomhet er det et felles takstsystem for undersøkelser utført i offentlig og privat virksomhet som ble implementert 1. januar 2002. Takstsystemet bygger på at alle undersøkelser skal

kodes i NORAKO som er et eget kodeverk for røntgenundersøkelser.

Per januar 2005 hadde 39 private laboratorier og røntgeninstitutt rett til refusjon fra folketrygden.

Formålet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å klarlegge i hvilken grad forvaltningen av godkjenningsordningene og avtalene med private laboratorier og røntgeninstitutt bidrar til et tilgjengelig, likeverdig og kvalitativt godt tjenestetilbud som er tilpasset pasientenes behov og til god ressursutnyttelse. I tillegg skulle forvaltningsrevisjonen belyse hvilken styring og kontroll det er med virksomheten til laboratorie- og røntgenvirksomheter. Undersøkelsen omhandler blant annet

- hvordan departementets godkjenningsordning og avtaleverk med private laboratorier og røntgeninstitutt ivaretas
- hvordan trykde-etaten ivaretar kontrollen av oppgjørene med private laboratorier og røntgeninstitutt
- omfanget av helsetjenester utført i offentlige og private laboratorie- og røntgenvirksomheter

Utkastet til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 27. mai 2005. Utkastet ble samtidig sendt til Rikstrygdeverket, som ble bedt om å sende sine merknader via Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 5. juli 2005 avgitt uttalelse til de forholdene som er tatt opp i rapporten. Departementet har også oversendt Rikstrygdeverkets svar til rapportutkastet. Mottatte merknader til rapportens faktadel er tatt hensyn til og innarbeidet i rapporten. Helse- og omsorgsdepartementets merknader til rapportens vurderinger er gjengitt i kapittel 3. Riksrevisjonens rapport om undersøkelsen følger som trykt vedlegg.

2 OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

2.1 Metode

Undersøkelsen er basert på en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode og på bruk av ulike datakilder. Undersøkelsen omfatter dokumentanalyse, innhenting av regnskapstall, intervjuer, gjennomgang av saker og avtaler og innhenting av produksjons- og kostnadsdata.

Revisjonskriteriene er i hovedsak utledet av lover, forskrifter og stortingsdokumenter som vedrører bruk og finansiering av private laboratorie- og røntgenvirksomheter.

Dokumentanalysen omfattet også en gjennomgang av de årlige styringsdokumentene til regionale helseforetak fra Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg har gjennomgangen av Arbeids- og sosialdepartementets tildelingsbrev til Rikstrygdeverket, rundskriv til folketrygdlovens bestemmelser og trygdeetatens interne kontroll- og strategidokumenter vært viktig for undersøkelsen.

For å belyse de offentlige utgiftene til private laboratorier og røntgeninstituttt ble det innhentet regnskapstall for årene 2002, 2003 og 2004 fra trygdestaten og fra de regionale helseforetakene. Regnskapstallene for folketrygdens utgifter til private laboratorier og røntgeninstituttt ble hentet fra Trygdeetatens hovedboksdata. Regnskapstallene fra de fem regionale helseforetakene ble innhentet per brev.

For å belyse Sosial- og helsedirektoratets saksbehandling av søknader om faglig godkjenning ble alle saker som direktoratet behandlet fra januar 2002 til februar 2004, innhentet. Det ble i alt gjennomgått ti saker som hadde blitt behandlet av direktoratet i undersøkelsesperioden. For å belyse Helse- og omsorgsdepartementets behandling av søknader om godkjenning til refusjonsrett ble alle saker som departementet hadde behandlet fra februar 2002 til desember 2003, innhentet. I alt ble det gjennomgått 13 saker som hadde blitt behandlet av departementet i undersøkelsesperioden. I tillegg er det gjennomført intervju med ansvarlige for godkjenningsordningene både i Sosial- og helsedirektoratet og i Helse- og omsorgsdepartementet.

For å belyse de regionale helseforetakenes inngåelse og forvaltning av avtalene med private laboratorier og røntgeninstituttt ble det gjennomført intervjuer med alle de regionale helseforetakene i november og desember 2003. Samtidig ble avtalene med private laboratorie- og røntgenvirksomheter som gjaldt på det daværende tidspunkt, innhentet. I tillegg er alle avtalene mellom de regionale helseforetakene og private laboratorier og røntgeninstituttt som gjaldt i løpet av 2004, gjennomgått. Det ble avholdt møte i Helse- og omsorgsdepartementet i februar 2005 om eierstyringen av de regionale helseforetakene i forbindelse med deres avtaler med private laboratorier og røntgeninstituttt. I møtet gjorde departementet også rede for hvilke følger behandlingen av St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystemet for spesialisthelsetjenesten vil få for finansieringen av private laboratorier og røntgeninstituttt.

For å belyse trygdeetatens kontroll med oppgjør fra private laboratorier og røntgeninstituttt ble det foretatt intervju med Rikstrygdeverket i november 2004. Det ble videre gjennomført møter med Nasjonal oppgjørsenhet og Regional oppgjørsenhet Oslo i januar 2005. Nasjonal oppgjørsenhet har ansvaret

for å koordinere den totale virksomheten i trygdeetatens oppgjørsorganisasjon og har også et overordnet fagansvar for behandleroppgjør. Trygdeetatens oppgjørsorganisasjon er delt inn i seks regionale oppgjørsenheter og Regional oppgjørsenhet Oslo har det operative ansvaret for kontroll og utbetaling av alle refusjonene til private laboratorier og røntgeninstituttt. I tillegg til intervju ble det i møtet med Regional oppgjørsenhet Oslo også gjennomgått et tilfeldig utvalg på ti saksmapper til private laboratorier og røntgeninstituttt for å kartlegge innhold og dokumentasjon av gjennomførte kontroller.

For å belyse forskjeller i tjenesteproduksjon og kostnader mellom offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet, ble det i juni 2004 sendt ut registreringsskjemaer til 65 offentlige og 5 private laboratorieenheter innenfor spesialiteten medisinsk biokjemi og 66 offentlige og 26 private røntgenenheter. Informasjonen fra de offentlige enhetene om produksjon og kostnader var av varierende kvalitet. Kartleggingen av produksjon er derfor dels basert på faktiske opplysninger, dels estimert. Informasjonen om kostnader hadde så store mangler at det ikke lot seg gjøre å sammenligne kostnadene mellom offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet. For å beskrive ressursbruken ble laboratorieanalysene og røntgenundersøkelsene vektet.

Det ble engasjert eksterne konsulenter for å belyse forskjeller i tjenesteproduksjon og kostnader mellom offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet, jf. vedlegget til hovedanalyserapporten.

2.2 Godkjenning av private laboratorier og røntgeninstituttt

For å kunne yte helsetjenester må private laboratorier og røntgeninstituttt ha faglig godkjenning. Godkjenningen skal ifølge forskrift om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet bidra til rettferdig fordeling av helsetjenester, forsvarlige helsetjenester og rasjonell utnyttelse av ressurser. Ved behandling av godkjenningssøknader legger Sosial- og helsedirektoratet vekt på om den planlagte virksomheten er faglig forsvarlig. Direktoratet legger også vekt på personellsituasjonen i helseregionen og om det er behov for tjenestene. Undersøkelsen viser at når de private laboratoriene og røntgeninstitutttene er etablert, er det liten kontroll av om virksomheten faktisk er i overensstemmelse med den informasjonen som framgikk av søknaden.

Private laboratorier og røntgeninstituttt etablert etter 1987 skal fram til 1. september 2005 i tillegg til den faglige godkjenningen ha en særskilt godkjenning fra Helse- og omsorgsdepartementet for å ha rett til refusjon fra folketrygden. Formålet med ordningen har vært å holde kontroll med folketrygdens ressurser til private laboratorie- og røntgentjenester og sikre geografisk spredning av tjenestene. Undersøkelsen viser at folketrygdloven gir få vilkår eller

kriterier som søknader om særskilt godkjenning kan vurderes opp mot. Det framgår videre at ordningen med særskilt godkjenning for å ha rett til refusjon fra folketrygden ikke i særlig utstrekning har bidratt til å holde kontroll med folketrygdens utgifter slik som forutsatt.

Helse- og omsorgsdepartementet har siden 2002 lagt til grunn at private laboratorier og røntgeninstitutt må ha inngått avtale med ett eller flere regionale helseforetak for å få rett til trygderefusjon. Ifølge departementet gir slike avtaler uttrykk for at det er behov for laboratorie- og røntgentjenester i helseregionen.

2.3 Vurdering av behov for laboratorie- og røntgentjenester

De regionale helseforetakene må ifølge St.prp. nr. 1 (2002–2003) for Helsedepartementet ha nødvendig kunnskap om hvordan behovet for tjenester vil utvikle seg framover, og hvordan de skal møte dette i sin region, både gjennom egne foretak og gjennom tjenester som er sikret gjennom avtaler med andre.

Undersøkelsen viser at helseforetakene ikke har tilfredsstillende systemer for å registrere og rapportere aktivitet i egen virksomhet, og det har ikke vært mulig å beregne kostnadene knyttet til tjenesteproduksjonen i offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet. Blant annet går det fram av undersøkelsen at ved offentlige laboratorieenheter blir det benyttet mange ulike navn på en og samme analyse innenfor de laboratoriemedisinske fagområdene. HEROs undersøkelse viste at informasjonen som er registrert i offentlige røntgenavdelinger, ikke automatisk kunne overføres til primærkodene i kodeverket NORA-KO. HERO antar i sin undersøkelse at mange sykehus ikke har tilstrekkelig god informasjon om omfanget og sammensetningen av egen virksomhet. Halvparten av de offentlige røntgenenhetene registrerer ikke undersøkelsen hastegrad. De offentlige enhetene kunne heller ikke gi relevant informasjon om hva det koster å produsere laboratorie- og røntgentjenester.

I undersøkelsen reises det spørsmål om de regionale helseforetakene har et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for å vurdere i hvilken grad det er behov for å kjøpe tjenester fra private laboratorie- og røntgenvirksomheter, og hva som er riktig pris når det inngås avtaler med private leverandører.

2.4 Avtaler mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstitutt

Alle de regionale helseforetakene har inngått en eller flere avtaler med private laboratorier og røntgeninstitutt om kjøp av helsetjenester. Undersøkelsen viser at en del av disse avtalene er inngått uten at regelverket om offentlige anskaffelser er fulgt. Flere avtaler er inngått uten at det har vært gjennomført anbudskonkurranse.

Kjøp av laboratorie- og røntgentjenester fra private leverandører skal være basert på at regionale helseforetak har inngått avtale om kjøp av tjenester fra den private leverandøren. Det har likevel forekommet kjøp av slike tjenester uten at det foreligger avtale.

Flere regionale helseforetak har i de avtalene som er inngått med private laboratorier og røntgeninstitutt, gitt adgang til at det enkelte helseforetak kan inngå avtale med de private tjenesteleverandørene. Dette er ikke i samsvar med det årlige styringsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene, der det forutsettes at avtaler skal inngås på regionalt nivå.

Avtalene mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstitutt skal ifølge forskrift om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet omfatte omfang og pris på tjenestene, og de skal inneholde bestemmelser om hvilke kategorier av tjenester som skal utføres. Undersøkelsen viser at det kan reises spørsmål ved om det er tilstrekkelig konkretisert i forskriften hvordan omfang og kategorier av tjenester skal beskrives i avtalene.

Det går fram av undersøkelsen at mange av avtalene ikke regulerer hvilket omfang av tjenester som skal produseres. Det er også usikkert om det er godt nok spesifisert i avtalene hvilke kategorier av tjenester som de private laboratoriene og røntgeninstituttene skal utføre.

Undersøkelsen viser at noen av de regionale helseforetakene har liten oppfølging av de private laboratorienes og røntgeninstituttenes tjenesteproduksjon. I den grad regionale helseforetak mottar dokumentasjon på utførte tjenester, består den ofte av kopier av refusjonskrav som de private laboratoriene og røntgeninstituttene sender til trygdeetaten, det vil si refusjonskrav som først senere eventuelt blir kontrollert av trygdeetaten. Undersøkelsen viser også at det ikke utveksles informasjon mellom trygdeetaten og regionale helseforetak om utførte laboratorie- og røntgentjenester og om utbetaling og kontroll av refusjoner.

2.5 Trygdeetatens kontroll med oppgjør fra private laboratorier og røntgeninstitutt

Et privat laboratorium eller røntgeninstitutt som har rett til refusjon fra folketrygden, kan inntil 1. september 2005 kreve refusjon fra folketrygden for alle laboratorie- og røntgentjenester det har utført. Refusjonskravene fra private laboratorier og røntgeninstitutt blir behandlet ved Regional oppgjørsenhet Oslo, og er gjenstand for både maskinelle og manuelle kontroller.

Riksrevisjonen påpekte i Dokument nr. 1 (2002–2003) mangler ved trygdeetatens kontroll av oppgjør med private laboratorier og røntgeninstitutt. Fra Sosialdepartementet ble det i den sammenheng framhevet at Rikstrygdeverket ville sette i verk tiltak for bedre styring av refusjonene og oppgjørsordningene.

Undersøkelsen viser at trygdeetatens kontroll med refusjonene fortsatt er mangelfull på flere områder.

I generelt rundskriv til folketrygdloven har Rikstrygdeverket opplyst at det er utarbeidet mønsteravtaler som skal regulere ulike forhold knyttet til oppgjør mellom trygdeetaten og ulike grupper av private tjenesteytere. Undersøkelsen viser at Rikstrygdeverket har utarbeidet en mønsteravtale for private laboratorier og røntgeninstitutter i 1999 som ble revidert vinteren 2004. Verken mønsteravtalen fra 1999 eller den reviderte utgaven er tatt i bruk. Dette skyldes ifølge Rikstrygdeverket dels opprettelsen av trygdeetatens oppgjørsorganisasjon, dels lovendringen som innebærer at private laboratorier og røntgeninstitutt må ha avtale med et regionalt helseforetak for å kunne motta trygdefusjon. Rikstrygdeverket uttaler at folketrygdloven ikke stiller krav til form og innhold i oppgjørsavtalene, og at individuelle oppgjørsavtaler vil kunne inngås muntlig. Rikstrygdeverket har senere ønsket å bemerke at prosessen med å utarbeide en ny avtakte ble startet, men arbeidet ble utsatt på grunn av uklarhet i hvem som skulle være avtalepartner. For å unngå en siutasjon der Rikstrygdeverket måtte endre avtalen kort tid etter at en ny avtale var inngått, valgte Rikstrygdeverket å vente til trygdeetatens oppgjørsorganisasjon var opprettet og fylketrygdloven § 5–5 var endret. Denne beslutningen ble fattet etter en juridisk gjennomgang av avtalesituasjonen på området. Etter Rikstrygdeverkets oppfatning er det ikke hensiktsmessig å søke å sikre hensynet til hensiktsmessig kontroll gjennom detaljregulering i individuelle oppgjørsavtaler.

Undersøkelsen viser også at det er svakheter ved takstsystemene som ligger til grunn for beregning og utbetaling av refusjoner for både laboratorie- og røntgenundersøkelser. Takstsystemene for både offentlig og privat laboratorievirksomhet har vide kategorier. En laboratorieanalyse kan dermed klassifiseres slik at den utløser ulike takster. Takstsystemet for offentlig og privat røntgenvirksomhet bygger på det kompliserte kodeverket NORAKO. En røntgenundersøkelse beskrives med en eller flere NORAKO-koder, og det er vanskelig å avgjøre hvorvidt undersøkelsene er korrekt kodet. Det er derfor usikkert i hvilken utstrekning det er mulig å kontrollere om refusjonskravene fra de private laboratoriene og røntgeninstituttene er korrekte.

Undersøkelsen viser at Rikstrygdeverket ikke har opprettet et tilstrekkelig faglig støtteapparat som kan avklare spørsmål om takstbruk ved behandlingen av refusjonskravene for private laboratorier og røntgeninstitutt. Det går fram av undersøkelsen at Rikstrygdeverket på undersøkelsestidspunktet ikke hadde opprettet takstutvalg som kan avklare spørsmål om takstbruk ved behandlingen av refusjonskravene for private laboratorier og røntgeninstitutt. Rikstrygdeverket har opplyst at det er opprettet et takstutvalg for radiologi i februar 2005. Laboratiefaget er delt opp i en rekke spesialiteter, og det vil

kunne være nødvendig med opptil sju forskjellige takstutvalg for å dekke hele laboratoriefeltet. Rikstrygdeverket påpeker at det vil kreve store ressurser å administrere og finansiere så mange takstutvalg.

Ifølge undersøkelsen gir mangelen på mønsteravtaler, formålstjenlige takstsystemer for oppgjørskontrollen og et faglig støtteapparat grunn til å stille spørsmål ved om Regional oppgjørsenhet Oslo kan utføre en målrettet og betryggende kontroll av oppgjørene slik at feilutbetalinger og misligheter unngås.

Rikstrygdeverket har utarbeidet en overordnet kontrollstrategi for direkte oppgjør med behandlere, leverandører og tjenesteytere. Oppgjørsenhetene skal selv gjennomføre en risikovurdering for å identifisere hvilke private leverandører som skal kontrolleres, og hvilke kontroller som skal gjennomføres. Undersøkelsen viser at de kontrollene som Regional oppgjørsenhet Oslo gjør av oppgjør med private laboratorier og røntgeninstitutt, ikke synes å være basert på risikovurderinger.

I forbindelse med undersøkelsen har Riksrevisjonen etterspurt skriftlige rutiner som oppgjørskontrollen skal være basert på fra trygdeetaten, men trygdeetaten har ikke framlagt denne dokumentasjonen for Riksrevisjonen. Saksgjennomgangen som ble gjort i forbindelse med undersøkelsen, viser at det i svært liten grad er dokumentert hvilke kontroller som er gjennomført. Mulighetene for innsyn i og kontroll med oppgjørsenhetens arbeid er dermed begrenset.

3 DEPARTEMENTETS KOMMENTARER

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 5. juli 2005 avgitt uttalelse til Riksrevisjonens rapport.

Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med at det mangler en standardisering (navn eller betegnelse) på laboratorieanalyser. Departementet opplyser at utviklingen av et felles klassifiseringssystem (kodeverk) for offentlig og privat laboratorievirksomhet ble presentert som et av flere tiltak i St.meld.nr.5 (2003–2004). Utviklingen av dette klassifiseringssystemet ble satt i verk i 2004 og skal kunne tas i bruk til finansieringsformål senest i 2008, men kan anvendes til aktivitetsregistrering så tidlig som 2006.

Helse- og omsorgsdepartementet tilkjenner at det ikke er kjent med systematisk mangelfull eller gal registrering mellom innlagte og polikliniske pasienter i offentlige røntgenenheter. Aktivitet registrert som pasientopphold finansieres gjennom ISF, mens aktivitet registrert som poliklinikk finansieres gjennom polikliniske takster eller refusjoner. Dersom registreringen ikke skiller mellom disse to type opphold, kan det utløses «feil refusjon», spesielt dersom innlagte pasienter registreres som polikliniske. Feilregistrering som følge av dårlig internkontroll er uheldig. Departementet opplyser at det vil undersøke saken nærmere.

Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med at de offentlige virksomhetene ikke kan gi dekkende informasjon om hva det koster å produsere laboratorie- og røntgentjenester. I 2004 er det derfor startet opp et arbeid med sikte på å utarbeide norske kostnadsvekter i ISF-systemet basert på «kostnad per pasient» (KPP -et opplegg som tar sikte på å henhøre de forskjellige typer kostnader til den enkelte pasient). Et slikt system vil kunne gi mer presis kostnadsinformasjon om for eksempel laboratorie- og røntgentjenester.

Når det gjelder spørsmålet om de regionale helseforetakene har et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag for behovsvurderinger for kjøp fra private, og om hva som er riktig pris, uttaler Helse- og omsorgsdepartementet at det i enkelte deler av landet (spesielt sentralt på Østlandet) er et stort antall potensielle tilbydere i det private segmentet slik at en form for prisme-kanisme fungerer. I et velfungerende marked vil konkurranse avdekke «riktig pris».

Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med at de regionale helseforetakene har inngått avtaler med private laboratorier og røntgeninstitutt der regelverket om offentlige anskaffelser ikke er overholdt, og departementet opplyser at det har fulgt opp de regionale helseforetakene gjennom foretaksmøtene for å sikre at de etterlever regelverket om offentlige anskaffelser. Departementet framsatte også krav om at regionale helseforetak måtte etablere og vektlegge internkontroll av innkjøp.

Vedrørende spørsmålet om hvem som skal være avtalepart med private laboratorier og røntgeninstitutt, viser Helse- og omsorgsdepartementet til at Styringsdokumentet for 2003 til en viss grad åpner opp for at avtaler kunne skrives med helseforetak som avtalepart i de tilfeller der opplegget ikke inngikk i det samlede opplegget for oppfyllelsen av «sørge for»-ansvaret. (Et slikt tilfelle kunne for eksempel tenkes å være dersom et sykehuslaboratorium skulle bygges om og man i en midlertidig periode hadde behov for en kapasitetsmessig avlastning.). Ut fra det som framkommer i rapporten, mener departementet det er grunn til å anta at problemet er lite.

Når det gjelder utformingen av forskrift om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet og kravet der til avtaleinnhold, anser departementet at forskriften i § 10 fastsetter ganske detaljert hva avtalene skal inneholde.

Når det gjelder trygdeetatens oppfølging og kontroll, viser Helse- og omsorgsdepartementet til Rikstrygdeverkets brev av 23. juni 2005 som er oversendt Riksrevisjonen. Rikstrygdeverket opplyser at det har satt i verk et omfattende arbeid som skal sikre bedre kvalitet og dokumentasjon og rapportering i Trygdeetatens oppgjørsorganisasjon. Arbeidet blir avsluttet ved utgangen av 2005. Rikstrygdeverket opplyser videre at en beskrivelse av saksbehandlingsrutiner for stikkprøvekontroller av refusjons-

krav fra private laboratorier og røntgeninstitutt er planlagt ferdigstilt innen 30. juni 2005.

Etter Rikstrygdeverkets vurdering gir undersøkelsen et bilde av situasjonen i trygdeetaten slik den var for noen tid tilbake. Ettersom trygdeetatens oppgjørsorganisasjon ble opprettet 1. september 2004, hadde denne organisasjonen eksistert i noen måneder på det tidspunktet Riksrevisjonen beskriver. Siden den gang har det foregått et målbevisst arbeid med både laboratorie- og røntgenfeltet, det generelle kontrollarbeidet og rutiner for saksbehandling. Dette arbeidet omfatter flere av områdene Riksrevisjonen kommenterer i sin forvaltningsrevisjonsrapport.

4 RIKSREVISJONENS BEMERKNINGER

I 2004 var de statlige utgiftene til poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet til sammen 2,5 mrd. kroner. Private laboratorier og røntgeninstitutt mottok rundt 900 mill. kroner fra folketrygden og regionale helseforetak. Offentlige laboratorie- og røntgenvirksomheter mottok 1,6 mrd. kroner i polikliniske refusjoner. Det har vært en kraftig vekst i folketrygdens utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt fra 2000 til 2004, og Riksrevisjonen har merket seg at finansieringsordningen for private laboratorier og røntgeninstitutt vil bli lagt om med virkning fra 1. september 2005, blant annet for å få bedre styring med folketrygdens utgifter på området.

Blant årsakene til den store utgiftsveksten har departementet i de årlige budsjettproposisjonene pekt på at det 1. januar 2002 ble innført et nytt refusjonssystem for røntgenundersøkelser som ikke fungerte som planlagt det første året. Andre årsaker kan være en glidning mot bruk av mer kostnadskrevede former ved diagnostisering (MR-undersøkelser) og at det er innrømmet rett til trygderefusjon til et antall nye private røntgeninstitutt. Det har dessuten vært en aktivitetsøkning som kan forklare noe av utgiftsveksten.

I forbindelse med Dokument nr. 1 (2002–2003) opplyste Sosialdepartementet at Rikstrygdeverket ville sette i verk tiltak for bedre styring av refusjonene og oppgjørsordningene. Etter Riksrevisjonens vurdering er det derfor alvorlig at kontrollen fortsatt har så vidt klare mangler. Det vises i denne sammenheng til at det mangler mønsteravtaler og et faglig støtteapparat for kontrollen av oppgjør fra private laboratorier og røntgeninstitutt. Det er et komplekst regelverk og takst- og refusjonssystem som ligger til grunn for folketrygdens utbetalinger til private laboratorier og røntgeninstitutt, og faglig veiledning under saksbehandlingen er derfor av betydning for god kontroll med oppgjørene. Det er vanskelig å forstå hvorfor mønsteravtaler som er utarbeidet i 1999 og revidert i 2004, fortsatt ikke er tatt i bruk. Uten skriftlige oppgjørsavtaler er det neppe mulig å vurdere hvilke forhold knyttet til oppgjør mellom tryg-

deetaten og de private laboratoriene og røntgeninstituttene som skal kontrolleres.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det også lite betryggende at trygdeetaten heller ikke har vært i stand til å framlegge dokumentasjon for den oppgjørskontrollen som gjennomføres. Det foreligger ikke skriftlige risikovurderinger eller skriftlige rutiner for oppgjørskontrollen ved Regional oppgjørsenhet Oslo. Kontrollene var heller ikke dokumentert i saksmappene. Riksrevisjonen vil i denne sammenheng bemerke at det er et lite antall private laboratorier og røntgeninstitutt som mottar relativt store inntekter fra folketrygden.

Riksrevisjonen registrerer ellers at Helse- og omsorgsdepartementet har satt i verk utviklingen av et felles klassifiseringssystem for laboratorieanalyser som skal kunne tas i bruk til finansieringsformål senest i 2008, men vil kunne anvendes til aktivitetsregistrering fra 2006. Departementet opplyser at det er kjent med at offentlige virksomheter ikke kan gi dekkende informasjon om hva det koster å produsere laboratorie- og røntgentjenester. Det er også satt i gang et arbeid med sikte på å utarbeide norske kostnadsvekter i ISF-systemet som vil kunne gi mer presis kostnadsinformasjon om for eksempel laboratorie- og røntgentjenester. Etter Riksrevisjonens vurdering kan det på grunnlag av undersøkelsen reises spørsmål om dette er tilstrekkelige tiltak for at de regionale helseforetakene skal være i stand til å foreta en velbegrunnet avveining mellom bruk av egne foretak og avtaler med private laboratorier og røntgeninstitutt. Det vises i denne sammenheng til at de regionale helseforetakene ikke har tilstrekkelige systemer for å registrere og rapportere aktivitet i egen virksomhet. Mangelfull informasjon om aktivitet og produserte laboratorie- og røntgentjenester innebærer en risiko for at de regionale helseforetakene ikke klarer å bidra til et likeverdig og kvalitativt godt tjenestetilbud som er tilpasset pasientenes behov og til en best mulig ressursutnyttelse.

5 HELSE- OG OMSORGS- DEPARTEMENTETS SVAR

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet som i brev av 19. september 2005 har svart:

«Det vises til Riksrevisjonens ekspedisjon av 31.08.05. Departementet har enkelte merknader til hvordan rapporten fremstår etter at Riksrevisjonen har innarbeidet de fleste av merknadene i vårt brev av 05.7.05.

Kartlegging av produksjon og kostnader

På side 9, 3 avsnitt, siste setning under 3. Departementets kommentarer heter det nå at «Departementet vil undersøke saken nærmere». Dette har departementet ikke uttalt.

Departementet har i brevet til Riksrevisjonen datert 05.07.05 uttalt at «Feilregistrering som følge av dårlig internkontroll er uheldig». Departementet viste til rapportens vedlegg Kartlegging av produksjon og kostnader til offentlige og private leverandører av laboratorie- og røntgentjenester (HERO 31.01.2005) og problemstilling knyttet til at de offentlige sykehusene har levert rådata i formater som ikke har vært direkte lesbare i POLK [= RTVs kontrollprogram] og til problemer med å skille polikliniske konsultasjoner fra opphold for noen sykehus. Det var denne problemstillingen departementet ville følge opp nærmere.

Departementet har derfor vært i kontakt med HERO vedr. skillet mellom pasientopphold og poliklinikk ved registrering av aktivitet, jf. rapportens kapittel 2.3 og kapittel 3. Departementet viser i denne anledning til HEROs brev av 14.09.05 (vedlagt). Som det går frem av brevet, skyldes problemet mindre egnet tilpasning av programvaren som henter data fra sykehusenes databaser til bruk i HEROs kartlegging. Det kan ikke trekkes den slutning at det forekommer mangelfull registrering av skille mellom pasientopphold og poliklinikk på bakgrunn av at HERO har opplevd IT-tekniske vanskeligheter med å fremskaffe valide data. Helse- og omsorgsdepartementet anser derfor sin oppfølging av denne saken som avsluttet.

Omlegging av inntektssystemet for private laboratorie- og røntgenvirksomhet

I utkast til rapport datert 27. mai 2005 ble det vist til at vilkåret om at nye private laboratorier og røntgeninstitutt måtte ha avtale med regionale helseforetak for å få rett til trygdefusjon er vedtatt lovfestet fra 1. september 2005. Denne omtalen er ikke med i den endelige rapporten.

Departementet vil understreke at omleggingen av inntektssystemet for private laboratorier og røntgeninstitutt fra 1. september 2005 gir mulighet for bedre styring av dette området. Endringene innebærer at det kun skal ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom tjenesteyter og regionale helseforetak. I Ot.prp. nr. 5 (2004–2005) viste departementet til at formålet med endringene var at de regionale helseforetakene skulle få økt ansvar og bedre mulighet til å planlegge og prioritere det samlede tilbudet på laboratorie- og radiologitjenester innen egen helseregion. Det ble videre vist til at det var nødvendig å innrette finansieringsordningene slik at disse tjenestene ble sett i sammenheng med øvrig behandling og diagnostikk og at dette ikke skjedde på en tilfredsstillende måte.

Etter departementets vurdering bør denne viktige omleggingen nevnes eksplisitt i en rapport om privat laboratorie- og røntgenvirksomhet.

Annet

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker avslutningsvis å gjøre oppmerksom på en unøyaktighet i rapportens kapittel 1, første avsnitt der det heter at «De regionale helseforetakene kan yte slike tjenester selv, eller de kan inngå avtale med andre tjenesteytere». De regionale helseforetakene er administrative enheter som skal sørge for spesialisthelsetjenester til regionens befolkning, enten ved bruk av egne helseforetak eller ved bruk av private virksomheter. Det foreslås at teksten justeres i tråd med dette.»

6 RIKSREVISJONENS UTTALELSE

Riksrevisjonen har tatt hensyn til departementets merknader til den tekstlige framstillingen.

Riksrevisjonens undersøkelse viser imidlertid at trykdeetaten ikke har en tilstrekkelig oppgjørskontroll av refusjonskravene fra private laboratorier og røntgeninstitutter. Riksrevisjonen finner dette alvor-

lig, og vil framheve nødvendigheten av at Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Rikstrygdeverket snarlig gjennomgår og forbedrer kontrollen av refusjonskravene fra private laboratorier og røntgeninstitutter.

Undersøkelsen viser at det er behov for å forbedre informasjonen om produksjon og kostnader knyttet til laboratorie- og røntgentjenester. Etter Riksrevisjonens vurdering er god informasjon om produksjon og kostnader knyttet til slike tjenester nødvendig for å kunne følge med på utviklingen i utgiftene, prise tjenestene riktig og være i stand til å dempe utgiftsveksten. Riksrevisjonen vil påpeke at informasjon om produksjon og kostnader også er en forutsetning for å kunne gjøre en rasjonell avveining av i hvilken grad tjenestene skal produseres ved helseforetakene eller kjøpes fra private aktører.

Riksrevisjonen forutsetter at regelverket for offentlige anskaffelser følges når de regionale helseforetakene skal inngå avtaler med private laboratorier og røntgeninstitutter.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 28. september 2005

Annelise Høegh fratrådte under behandlingen av saken.

Bjarne Mørk-Eidem

Jan L. Stub

Wenche Lyngholm

Helga Haugen

Therese Johnsen

Vedlegg

Rapport

**Riksrevisjonens undersøkelse om tjenester fra
laboratorie- og røntgenvirksomheter**

Innhold

	Side
1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Mål og problemstillinger	12
2 Metodisk tilnærming og gjennomføring	13
2.1 Dokumentbevis	13
2.2 Intervju- og spørreskjema-bevis	13
2.3 Analytiske bevis	14
3 Revisjonskriterier	16
3.1 Krav til styring i staten	16
3.2 Godkjenning av private laboratorier og røntgeninstituttt	16
3.3 Avtaler mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstituttt	17
3.4 Trygdeetatens kontroll med oppgjør til private laboratorier og røntgeninstituttt	18
3.5 Dokumentasjon av produksjon og kostnader	18
4 Fakta	19
4.1 Statlige utgifter til private laboratorier og røntgeninstituttt	19
4.2 Godkjenningsordninger for private laboratorier og røntgeninstituttt	23
4.3 Avtaler mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstituttt	26
4.4 Trygdeetatens kontroll med oppgjør til private laboratorier og røntgeninstituttt	32
4.5 Tjenesteproduksjon i offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet	37
5 Vurderinger	46
Undervedlegg	49

1 Innledning

1.1 BAKGRUNN

Medisinske laboratorier og røntgeninstitutt inngår i spesialisthelsetjenesten, jf. lov om spesialisthelsetjenester (spesialisthelsetjenesteloven) § 2–1a. Laboratorie- og røntgentjenester¹ er vesentlige for å sikre riktig diagnose, behandling og etterkontroll, og pasientene skal derfor sikres god tilgang til slike tjenester, jf. Ot. prp. nr. 5 (2004–2005) Lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) m.m.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester. De regionale helseforetakene kan yte slike tjenester selv, eller de kan inngå avtale med andre tjenesteytere. Private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt² er ifølge St.prp. nr.1 (2004–2005) for Helse- og omsorgsdepartementet et supplement til det statlige tilbudet.

Statens samlede utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt var 897,3 mill. kroner i 2004. Av dette utgjorde folketrygdens utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 702,6 mill. kroner, mens de regionale helseforetakene utbetalte til sammen 194,7 mill. kroner til private laboratorier og røntgeninstitutt dette året. I tillegg kommer polikliniske refusjoner fra folketrygden til laboratorie- og røntgentjenester utført ved helseforetakene med totalt 1 604,4 mill. kroner i 2004. De samlede utgiftene til poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet i 2004 var dermed 2 504,7 mill. kroner.

Ifølge St. prp. nr. 1 (2002–2003) for Helsedepartementet har få områder hatt en tilsvarende inntektsvekst som private laboratorier og røntgeninstitutt. Refusjoner fra folketrygden til private laboratorier og røntgeninstitutt gis over statsbudsjettets kapittel 2711 spesialisthelsetjenester mv., post 76 private laboratorier og røntgeninstitutt. Den samlede veksten i utgiftene for laboratorier og røntgeninstitutt var ifølge St.prp. nr. 1 (2004–2005) 17 prosent i 2003. For

private laboratorier var veksten fra 2002 til 2003 på 23 prosent, mens den i samme periode var 13 prosent for private røntgeninstitutt.

Med hjemmel i folketrygdloven § 5–5 yter trygden stønad til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt og i private sykehus som driver laboratorie- eller røntgenvirksomhet. Hovedvilkåret for refusjon er at lege er søkt for sykdom eller mistanke om sykdom,³ jf. § 1 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter.

Private laboratorier og røntgeninstitutt har rett til å inngå avtale med trygdeetatens om direkte oppgjør, jf. § 22–2 i folketrygdloven.⁴ Riksrevisjonen bemerket i Dokument nr. 1 (2002–2003) at en vesentlig del av oppgjørene skjer uten at det er foretatt kontroll mot grunnlagsdokumentasjonen.

Før 1. juni 1987 hadde alle private laboratorier og røntgeninstitutt som var godkjent etter sykehusloven, *automatisk* rett til trygderefusjon. Stortinget vedtok 14. mai 1987 å endre folketrygdloven slik at nye virksomheter som får innvilget faglig godkjenning⁵ etter 1. juni 1987, bare kan kreve refusjon etter et særskilt vedtak fra Helsedepartementet. De virksomhetene som allerede hadde refusjonsrett, opprettholdt denne. Formålet med å gå bort fra automatisk refusjonsrett var å sikre geografisk spredning av laboratorie- og røntgentjenester og å holde trygdens utgifter til disse tjenestene under kontroll.

Helse- og omsorgsdepartementet har fra 2002 stilt som vilkår at nye private laboratorie- og røntgenvirksomheter må ha avtale med regionalt helseforetak for å få rett til trygderefusjon.⁶ Dette vilkåret er nå lovfestet, og virksomheter som har avtale, vil fra og med 1. september 2005 få rett til å utløse tryg-

¹ I denne rapporten brukes konsekvent begrepet «røntgen» om all bildediagnostikk (radiologi), både konvensjonell røntgen, ultralyd, CT og MR.

² «Private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt» vil heretter bli omtalt som «private laboratorier og røntgeninstitutt».

³ Leger og tannleger kan rekvirere laboratorie- og røntgentjenester. Røntgentjenester kan også rekvireres av kiropraktorer. Rekvirentene har fri henvisningsrett, det vil si at de står fritt i valget av tjenesteleverandør.

⁴ Det er opplyst i Ot.prp. nr. 5 (2004–2005) at alle private laboratorier og røntgeninstitutt som har rett til å utløse trygderefusjon, i dag har avtaler om direkte oppgjør. Regional oppgjørssenhet Oslo kontrollerer og utbetaler trygderefusjon til alle private laboratorier og røntgeninstitutt.

⁵ Den godkjenningsordningen det her vises til, betegnes både som «faglig godkjenning», «helsefaglig godkjenning» og «etableringsgodkjenning». Godkjenningsordningene blir nærmere omtalt i kapitlene 3.2 og 4.2.

⁶ Jf. St. meld nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten

derefusjon uten særskilt vedtak fra departementet.⁷ Informasjon om produksjon og kostnader i både offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet har betydning for å vurdere vilkår for godkjenningene, vurdere kjøp av tjenester fra private laboratorier og røntgeninstitutt og sikre korrekte oppgjør.

1.2 MÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Forvaltningsrevisjonen skal klarlegge i hvilken grad forvaltningen av godkjenningsordningene og avtalene med private laboratorier og røntgeninstitutt bidrar til et tilgjengelig, likeverdig og kvalitativt godt tjenestetilbud som er tilpasset pasientenes behov og til god ressursutnyttelse. I tillegg skulle forvaltningsrevisjonen belyse hvilken styring og kontroll det er med virksomheten til laboratorie- og røntgenvirksomheter.

Undersøkelsen omhandler følgende problemstillinger:

Problemstilling A: Utviklingen i statens utgifter

1. Hvordan har statens utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt utviklet seg fra 2000 til 2004?

Problemstilling B: Godkjenningsordninger

2. Hvilke kriterier vektlegger Sosial- og helsedirektoratet ved faglig godkjenning, og hvilken opp-

følgning er det av virksomheter som er faglig godkjent?

3. Hvilke vilkår stiller Helse- og omsorgsdepartementet for rett til trygderefusjon, og hvilken oppfølgning er det av virksomhetene som har fått innvilget refusjonsrett?

Problemstilling C: Avtaler med regionale helseforetak

4. Hvordan inngås og forvaltes avtaler mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstitutt?

Problemstilling D: Trygdeetatens oppgjørskontroll

5. Hvordan har trygdeetaten organisert kontrollen av oppgjør med private laboratorier og røntgeninstitutt, og hvilke kontroller utføres?

Problemstilling E: Tjenesteproduksjon

6. Hvilke systemer finnes for å gi informasjon om utførte laboratorie- og røntgentjenester og beregnede refusjoner?
7. Hvilke forskjeller er det i produksjon og kostnader mellom offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet?

⁷ Jf. Besl. O. nr. 34 (2004–2005). Denne endringen er del av en større omlegging av finansieringsordningen for private laboratorier og røntgeninstitutt som trer i kraft 1. september 2005, jf. Innst. S. nr. 82 (2003–2004). Den nye finansieringsordningen er nærmere omtalt i kapittel 4.1.

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene er belyst gjennom en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode, og ulike typer revisjonsbevis er benyttet. Revisjonsbevis er data som blir brukt i faktabeskrivelsen for å underbygge vurderingene. Det har blitt benyttet

- dokumentbevis, som er revisjonsbevis i form av foreliggende dokumenter
- intervjubevis, som er revisjonsbevis innhentet gjennom muntlige spørsmål.
- analytiske bevis, som er revisjonsbevis basert på analyser av foreliggende data gjennom beregninger, sammenlikninger og fortolkninger.

2.1 DOKUMENTBEVIS

Lover og forskrifter, stortingsdokumenter, tildelingsbrev og årlige styringsdokument m.m. er gjennomgått og benyttet til å utlede revisjonskriterier og beskrive fakta. Følgende dokumenter har vært de mest sentrale:

- Lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19 (folketrygdloven) og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61 (spesialisthelsetjenesteloven) og forskrift om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet av 1. desember 2000 nr. 1276
- Lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 nr. 69 og forskrift om offentlige anskaffelser av 15. juni 2001 nr. 1424.
- Årlige budsjettproposisjoner for Helse- og omsorgsdepartementet⁸ i perioden fra 2001–2002 til 2004–2005, jf. Budsj. Innst. S. nr 11.
- Ot.prp.nr.32 (1986–1987) Om lov om endring i lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd og i andre lover (Om medisinske laboratorier og røntgeninstitutt), jf. Innst. O. nr. 45 (1986–87)
- St.meld. nr. 50 (1993–94) Samarbeid og styring, jf. Innst. S. nr. 165 (1994–95)
- St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystemet for spesialisthelsetjenesten, jf. Innst. S. nr. 82 (2003–2004)
- Ot. prp. nr. 5 (2004–2005) Lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd m.m., jf. Innst. O. nr. 35 (2004–2005).

⁸ Sosial- og helsedepartementet (2001–2002) Helsedepartementet (2002–2003) og (2003–2004).

- Reglement for økonomistyring i staten, fastsatt ved kronprinsregentens resolusjon 12. desember 2003 og Bestemmelser om økonomistyring i staten, fastsatt av Finansdepartementet 12. desember 2003⁹.
- Årlige styringsdokument¹⁰ fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene
- Tildelingsbrevene for perioden 2002–2004 fra Arbeids- og sosialdepartementet¹¹ til Rikstrygdeverket, trygdeetatens mål- og prioriteringsdokumenter og Kontrollstrategien for direkte oppgjør av desember 2001.

2.2 INTERVJUBEVIS

De regionale helseforetakene ble intervjuet i november og desember 2003. Formålet med intervjuene var å innhente informasjon om avtaleinnngåelse, avtaleinnhold og avtaleoppfølging mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstitutt.

I mai 2004 ble det avholdt møte med Sosial- og helsedirektoratet om saksbehandlingen av søknader om faglig godkjenning for private laboratorie- og røntgeninstitutt. Helse- og omsorgsdepartementet ble intervjuet i juni 2004 om hvordan saker om rett til refusjon fra folketrygden behandles.

Det ble avholdt møte med Rikstrygdeverket i november 2004 for å motta informasjon om oppgjørssystemet på Regional oppgjørsenhet Oslo, og hvilke krav og kriterier som stilles til behandlingen og utbetalingen av refusjonskrav. I tillegg ble det orientert om det elektroniske oppgjørssystemet LA-BRØNK og hvilke kontroller som skjer elektronisk, og hvilke kontroller som gjøres manuelt.

Det ble gjennomført et intervju på nasjonal oppgjørsenhet i januar 2005 for å innhente informasjon om den nye oppgjørsorganisasjonen i trygdeetaten.

Regional oppgjørsenhet Oslo ble intervjuet i januar 2005. Intervjuet dreide seg om hvordan oppgjørskontrollen foregår, hvilke risikovurderinger som ligger til grunn for saksbehandlingen, og hvil-

⁹ Ved kronprinsregentens resolusjon 12. desember 2003 er det fastsatt revidert reglement for økonomistyring i staten, som trådte i kraft 1. januar 2004. Fra samme dag fastsatte Finansdepartementet reviderte bestemmelser om økonomistyring i staten. Det gamle økonomireglementet av 26. januar 1996 ble opphevet fra samme dato, 1. januar 2004.

¹⁰ Bestillerdokument fra 2005.

¹¹ Sosialdepartementet fram til 1. oktober 2004.

ken kontrollstrategi oppgjørsenheten har. Rapportering av kontrollene ble også tatt opp i intervjuet. Saksbehandleren gav deretter en kort innføring i hvordan det elektroniske kontrollprogrammet LABRØNK blir brukt.

Det ble avholdt møte i Helse- og omsorgsdepartementet i februar 2005. Temaet var eierstyringen av de regionale helseforetakene i forbindelse med deres avtaler med private laboratorier og røntgeninstitut. Videre ble det fra departementet gjort rede for hvilke følger behandlingen av St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystemet for spesialisthelsetjenesten vil få for finansieringen av private laboratorier og røntgeninstitut.

Det er utarbeidet referat fra alle intervjuer. Referatene er verifisert.

2.3 ANALYTISKE BEVIS

Det er innhentet regnskapsdata både fra Rikstrygdeverket og fra de regionale helseforetakene for å belyse de statlige utgiftene til private laboratorier og røntgeninstitut.

Folketrygdens utgifter til refusjoner til private laboratorier og røntgeninstitut er innhentet fra trygdeetatens hovedboksdata fra regnskapssystemet Millennium.

De regionale helseforetakene ble i brev bedt om å gi informasjon om utgiftene de hadde til private laboratorier og røntgeninstitut i årene 2002, 2003 og 2004. Ett av de regionale helseforetakene gav kun informasjon om utgifter i 2003 og 2004. Disse to årene danner derfor grunnlaget for beskrivelsen av de regionale helseforetakenes utgifter i denne undersøkelsen. I samme brev ble de regionale helseforetakene bedt om å oppgi om de hadde utlyst anbuds-konkurranse på laboratorie- og røntgentjenester.

Alle gjeldende avtaler mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstitut i perioden 2003–2004 er gjennomgått. Gjennomgangen la blant annet vekt på å belyse om avtalene var i tråd med forskriften om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet § 10 og føringer fra Helsedepartementet i det årlige styringsdokumentet til de regionale helseforetakene.

Sosial- og helsedirektoratets saksbehandling av søknader om faglig godkjenning fra nye laboratorier og røntgeninstitut er belyst ved en gjennomgang av ti søknader fra perioden januar 2002 til februar 2004.¹²

Helsedepartementets saksbehandling av søknader om rett til trygderefusjon er belyst ved en gjennomgang av 13 søknader fra perioden februar 2002 til desember 2003.¹³

Kontrollstrategien for elektronisk innsendte oppgjør fra offentlige poliklinikker/private laboratorier og røntgeninstitut er innhentet desember 2004 fra Regional oppgjørsenhet Oslo.

For å belyse hvilken informasjon som ligger i saksmappene, og hvordan gjennomførte kontroller er dokumentert, ble et tilfeldig utvalg på ti saksmapper til private laboratorier og røntgeninstitut gjennomgått. Til sammen har 39 private laboratorier og røntgeninstitut saksmapper på Regional oppgjørsenhet Oslo.

2.3.1 Bruk av eksterne konsulenter

Helseøkonomisk Forskningsprogram ved Universitetet i Oslo (HERO) ved professor Tor Iversen, professor Terje P. Hagen, og forsker Sverre A. C. Kittelsen fikk i oppdrag fra Riksrevisjonen å kartlegge produksjon¹⁴ og kostnader innenfor offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet. Rapporten fra HERO følger vedlagt.

I juni 2004 ble det sendt ut registreringsskjemaer til offentlige og private laboratorie- og røntgenenheter. Respondentene skulle gi informasjon om produksjon og kostnader. Registreringsskjema ble sendt til 65 offentlige og 5 private laboratorieenheter og 66 offentlige og 26 private røntgenenheter. Alle laboratorieenheter unntatt en offentlig enhet har besvart henvendelsen.¹⁵ Fire offentlige og to private røntgenenheter besvarte ikke henvendelsen.

Det var kun laboratorieenheter innenfor spesialiteten medisinsk biokjemi som fikk tilsendt registreringsskjema. Medisinsk biokjemi ble valgt fordi laboratorier for medisinsk biokjemi finnes på alle offentlige sykehus. Det er også flere private enheter innenfor denne spesialiteten enn innenfor andre spesialiteter.

Flere offentlige laboratorie- og røntgenenheter kunne ikke gi fullstendig informasjon om produksjon i registreringsskjemaene.¹⁶ Kartleggingen av produksjon er derfor dels basert på faktiske opplysninger, dels estimert. Informasjonen de offentlige enhetene gav om kostnader hadde så store mangler at det ikke lot seg gjøre å kartlegge kostnadene innenfor offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet.

¹² Dette er alle saker i perioden med unntak av én klagesak.

¹³ Beskrivelsen av produksjon innbefatter laboratorieprøver, laboratorieanalyser, røntgenundersøkelser, vaktberedskap og forskning og undervisning.

¹⁴ Sykehuset Østfold fant det ikke mulig å sende inn separate skjemaer for laboratoriene i Fredrikstad, Moss, Sarpsborg, Halden og Askim. De besvarte derfor kun ett skjema for hele helseforetaket. Diakonissehuset Haraldsplass returnerte ikke utfylt skjema.

¹⁵ Det var hovedsakelig røntgenavdelinger og laboratorier ved de offentlige sykehusene som ikke kunne gi informasjon om produksjon og kostnader.

¹² Dette er alle saker i perioden med unntak av én sak som på undersøkelsestidspunktet ikke var i arkivet.

Både laboratorieanalyser og røntgenundersøkelser er ulike når det gjelder graden av kompleksitet og hvor ressurskrevende de er å gjennomføre. For å kunne beskrive hvilke laboratorieanalyser og røntgenundersøkelser det blir brukt mest ressurser til, vektet HERO analysene og undersøkelsene. Vektningen ble gjort med utgangspunkt i takstsystemet. HERO brukte begrepene analyseaktivitet for vektete laboratorieanalyser og røntgenpoeng for vektete røntgenundersøkelser. I denne forvaltningsrevisjonen er ressurspoeng brukt som fellesbegrep for røntgenpoeng og analyseaktivitet.

HERO engasjerte spesialist i medisinsk biokjemi Knut Lande ved Ullevål universitetssykehus og spe-

sialist i medisinsk biokjemi Sven Chr. Enger ved Capio til å utarbeide et klassifiseringssystem for laboratorieanalyser. Klassifiseringssystemet ble utarbeidet for å kunne sammenlikne offentlig og privat laborativirksomhet. Administrerende direktør Kjell Torgeir Stokke ved Først Medisinsk laboratorium, sjeffbioingeniør Anne Grete Mathisen ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik og avdelingsoverlege Erling Saltrøe, Nordlandssykehuset har kvalitetssikret klassifiseringen.

HERO engasjerte Jostein Bruflot ved Classic IT¹⁷ til å løse IT-problemer knyttet til det innleverte datamaterialet om røntgenaktivitet.

¹⁷ Jf. Besl. O. nr. 34 (2004–2005). Denne endringen er del av en større omlegging av finansieringsordningen for private laboratorier og røntgeninstitutt som trer i kraft 1. september 2005, jf. Innst. S. nr. 82 (2003–2004). Den nye finansieringsordningen er nærmere omtalt i kapittel 4.1.

3 Revisjonskriterier

Staten har ifølge lov om spesialisthelsetjeneste m.m. av 2. juli 1999 nr. 61 det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Ifølge St.prp. nr. 1 (2004–2005) inngår private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt i det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester som et supplement til det statlige tilbudet.¹⁸

3.1 KRAV TIL STYRING I STATEN¹⁹

Alle statlige virksomheter skal innenfor sine ansvarsområder fastsette mål og resultatkrav og sikre at disse oppnås på en effektiv måte. Virksomhetene skal rapportere om måloppnåelse internt og til overordnet myndighet.

Virksomhetene skal etablere ordninger som sikrer kontroll med at måloppnåelse og resultater er i samsvar med fastsatte mål og resultatkrav. Kontrollen skal også bidra til å forebygge, avdekke og korrigere vesentlige avvik. Departementet har et overordnet ansvar for at det er etablert tilfredsstillende systemer og rutiner i den enkelte virksomhet.

Det skal i alle virksomheter gjennomføres evalueringer for å få informasjon om effektivitet, måloppnåelse og resultater. Frekvens og omfang av evalueringene skal bestemmes ut fra virksomhetens egenart, risiko og vesentlighet.

Tilskuddsforvalter skal kontrollere den informasjonen tilskuddsmottakeren sender inn som har betydning for beregningen av tilskuddsbeløpet. Gjennomførte kontrolltiltak skal dokumenteres på en tilfredsstillende måte. Departementet skal sørge for at det blir fastsatt regler om nødvendig kontroll med opplysninger som ligger til grunn for tildeling av tilskudd.

¹⁸ St.prp. nr. 1 (2004–2005) for Helse- og omsorgsdepartementet. Omtalen av post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt. Tilsvarende formulering er å finne igjen i St.prp. nr. 1 (2002–2003) og St.prp. nr. 1 (2003–2004) for det daværende Helsedepartementet.

¹⁹ Ved kronprinsregentens resolusjon 12. desember 2003 er det fastsatt revidert reglement for økonomistyring i staten, som trådte i kraft 1. januar 2004. Fra samme dag fastsatte Finansdepartementet reviderte bestemmelser om økonomistyring i staten. Det gamle økonomireglementet av 26. januar 1996 ble opphevet fra samme dato, 1. januar 2004. Hovedprinsippene for økonomistyring i staten er videreført i det nye regelverket, men det har generelt skjedd en forenkling, og det er i større grad tydeliggjort at økonomistyringen må tilpasses virksomhetens egenart samt risiko og vesentlighet.

Virksomheter som har overordnet ansvar for statsaksjeselskap, statsforetak, særlovsselskaper eller andre selvstendige rettssubjekt som staten eier helt eller delvis, skal utarbeide skriftlige retningslinjer om hvordan styrings- og kontrollmyndigheten skal utøves overfor disse.

3.2 GODKJENNING AV PRIVATE LABORATORIER OG RØNTGENINSTITUTT

Ved behandlingen av Ot.prp. nr. 32 (1986–1987) Om lov om endring av lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd og andre lover (Om medisinske laboratorier og røntgeninstitutt) ble det vedtatt å skille behandlingen av helsefaglig godkjenning og godkjenning til rett til refusjonsrett.

Sosialkomiteen pekte i Innst. O. nr. 45 (1986–87) på at en ved å skille spørsmålene om helsefaglig godkjenning av medisinske laboratorier og røntgeninstitutt og spørsmålet om refusjon fra fylkeskommune eller trygden, kunne legge opp til en mer fleksibel vurdering av søknader om godkjenning og etablering av slik virksomhet. Sosialkomiteen uttalte videre at en slik oppdeling av saksbehandlingen ville bedre den økonomiske styringen på området og derved også lette den økonomiske kontrollen med bruk av trygdemidler.

3.2.1 Faglig godkjenning av medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet

Spesialisthelsetjenestelovens formål er ifølge § 1–1 blant annet å bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet og å bidra til et likeverdig tjenestetilbud som er tilgjengelig for pasientene.

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 4–1, må sykehus godkjennes av departementet før det kan yte helsetjenester, og departementet kan gi forskrift om at det kreves godkjenning av departementet også for andre typer helseinstitusjoner og helsetjenester.

Forskriften om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet regulerer ordningen med faglig godkjenning. Ifølge forskriftens § 1 er formålet å bidra til rettferdig fordeling av helsetjenester, forsvarlige helsetjenester og rasjonell utnyttelse av ressurser.

Ifølge forskriften om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet § 5 er det et vilkår for faglig godkjenning at det er ansatt legespesialist innen det relevante fagområdet.

Departementet skal etter forskriften § 6 vurdere

den faglige godkjenningen på nytt ved endringer i virksomheten som innebærer utvidelse av tjenestetilbudet til å omfatte nye medisinske fagområder. Den faglige godkjenningen skal også vurderes på nytt ved opprettelse av mer enn tre nye stillinger i løpet av to år samlet for radiografer eller legespesialister innen medisinske laboratoriefag eller radiologi.²⁰

I forskriften § 8 er det nevnt hvilke faktorer det blant annet *kan* legges vekt på ved vurdering om faglig godkjenning skal gis. Følgende momenter er nevnt:

- a) Om den virksomhet som søkes etablert er faglig forsvarlig
- b) Om laboratoriet eller røntgeninstituttet har inngått avtale med ett eller flere regionale helseforetak
- c) Om det foreligger et behov for tjenesten
- d) Om etableringen eller endringen vil bidra til en rimelig geografisk fordeling av og tilgjengelighet til helsetjenester
- e) Om etableringen eller endringen vil bidra til en forsvarlig, effektiv og hensiktsmessig utnyttelse av tilgjengelige ressurser, som for eksempel helsepersonell

3.2.2 Godkjenning av medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet til refusjonsrett

Ifølge folketrygdloven § 5–5 yter trygden stønad til prøver og undersøkelser ved private medisinske laboratorier og radiologiske undersøkelser og behandling ved private røntgenavdelinger eller røntgeninstitutt som er godkjent etter sykehusloven før 1. juni 1987. Departementet kan bestemme at trygden også skal dekke utgifter til prøver og undersøkelser utført ved private laboratorier og røntgeninstitutt som er godkjent etter 1. juni 1987.

Formålet med å innføre en slik særskilt godkjenning var ifølge Ot.prp. nr. 32 (1986–87) å holde bruken av trygdens ressurser til laboratorie- og røntgen-tjenester under kontroll og å sikre geografisk spredning av disse tjenestene.

3.3 AVTALER MELLOM REGIONALE HELSEFORETAK OG PRIVATE LABORATORIER OG RØNTGEN-INSTITUTT

I St.meld. nr. 50 (1993–1994) Samarbeid og styringsmål og virkemidler for en bedre helsetjeneste foreslo regjeringen at fylkeskommunene skulle gis adgang til å inngå avtaler med private laboratorier og røntgeninstitutt når det gjelder hvilke undersøkelser og

analyser de ønsket utført og omfang og pris for dette. Fylkeskommunene kunne derved bestemme hvor legene skal sende prøvene for at fylkeskommunen skal (del)finansiere analysene.

Ved behandlingen av meldingen i Innst. S. nr. 165 (1994–1995) støttet sosialkomiteens flertall forslaget og uttrykte at omleggingen var nødvendig for å gi fylkeskommunene oversikt og styring over utgiftene. Sosialkomiteen uttalte videre at det var viktig at avtaleperioden med private laboratorier og røntgeninstitutt var av en slik varighet at virksomhetene har nødvendig planleggingsmulighet av drift og investeringer.

Ifølge Ot. prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m., jf. Innst. O. nr. 118 (2000–2001), skulle eksisterende avtaler mellom fylkeskommunene og private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt videreføres med de regionale helseforetak som avtalepart ved den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten.

Staten er eier av de regionale helseforetakene og utøver den øverste myndighet i foretaket i foretaks-møtet, jf. helseforetaksloven § 16. Departementets mulighet til å stille vilkår for bevilgningene til de regionale helseforetakene er også hjemlet i § 16. Dette gjøres i de årlige styringsdokumentene.²¹

Statens ansvar for spesialisthelsetjenester er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven § 2–1. Blant annet skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester. De regionale helseforetakene kan yte medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester ved sine egne helseforetak eller ved å inngå avtale med private tjenesteytere.

Ved offentlige anskaffelser skal statlige, kommunale og fylkeskommunale organer følge regelverket for offentlige anskaffelser, jf. lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 nr. 69 §§ 2 og 3. Regelverket gjelder direkte anskaffelser²² der verdien overstiger 200 000 kroner. I slike tilfeller skal anskaffelsen foretas ved åpen eller begrenset anbuds-konkurranse eller ved konkurranse med forhandlinger, jf. forskrift om offentlige anskaffelser §§ 1–4 og 11–2.

Av St.prp. nr. 1 (2002–2003) for Helsedepartementet går det fram at regionale helseforetak må sikre at de vet hvordan behovet vil utvikle seg framover og hvordan de skal møte dette, både gjennom egne helseforetak og gjennom tjenester som er sikret gjennom avtaler med andre.

Foretakenes beslutningsprosesser og kjøp av tjenester skal tilstrebes gjennomført på måter som ivaretar de private virksomheters rammebetingelser og

²⁰ Ifølge forskriften er det departementet (Helse- og omsorgsdepartementet) som skal foreta ny vurdering av faglig godkjenning. I praksis er denne oppgaven lagt til Sosial- og helsedirektoratet.

²¹ Fra 2005 kalt «bestillerdokument».

²² Anskaffelser som skjer ved direkte henvendelse til en eller flere leverandører.

også gir virksomhetene rimelige forutsetninger for langsiktig planlegging. Beslutningene må legge vekt på «riktig prising» og at effekter ved fornuftig bruk av konkurranse utnyttes.

Ifølge St.prp. nr. 1 (2002–2003) for Helsedepartementet vil det være en gal praktisering av «sørge for»-oppgaven dersom regionale helseforetak gir prioritet til å understøtte egne eide foretak der plassering av oppgavene annet sted ville gi bedre realisering av oppgavene. Departementet vil ha dialog med de regionale helseforetakene og med private virksomheter med sikte på å klargjøre gode rammer for bruken av private virksomheter.

Ifølge forskriften om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet § 10 skal de regionale helseforetakenes avtaler med private laboratorier og røntgeninstitutt

- inneholde bestemmelser om omfang og pris på tjenestene og bestemmelser om betaling dersom det avtalte prøve- og analysevolumet nås før avtalen utløper
- inneholde bestemmelser om hvilke kategorier av tjenester som skal utføres av den enkelte virksomhet.
- være toårige dersom annet ikke er avtalt mellom partene

Ifølge St.prp. nr. 1 (2002–2003) for Helsedepartementet er det en sentral styringsmessig oppgave for regjeringen og Helsedepartementet at de overordnede mål, rammer og retningslinjer for hva som inngår i det nasjonale «sørge for»-ansvaret blir formidlet til de regionale helseforetakene.

3.4 TRYGDEETATENS KONTROLL MED OPPGJØR TIL PRIVATE LABORATORIER OG RØNTGENINSTITUTT

Refusjon fra folketrygden til private laboratorier og røntgeninstitutt er hjemlet i folketrygdloven § 5–5. Etter folketrygdloven § 22–2 kan den som gir behandling, eller yter tjenester som trygden er stønadspliktig for, etter avtale få rett til direkte oppgjør med trygden. Stønad blir ved inngått avtale om direkte oppgjør utbetalt direkte til behandleren eller tjenesteyteren, og medlemmets betalingsplikt blir tilsvarende redusert. Rikstrygdeverket fastsetter ifølge forskriften om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter nærmere retnings-

linjer for direkte oppgjør, jf. rundskriv til kapittel 5 i folketrygdloven.

I Budsj. Innst. S. nr. 11 (2001–2002) tilkjennevir sosialkomiteen at den er tilfreds med at alle refusjonskrav nå skal rapporteres elektronisk til Rikstrygdeverket. Dette vil gi en god oversikt over både offentlige og private virksomheter, og gjøre det lettere å fange opp uønskede effekter i omleggingen av refusjonssatsene.

Ifølge St.prp. nr. 1 (2001–2002) for folketrygden er korrekte oppgjør et hovedmål for behandlere og andre med rett til refusjon fra folketrygden. Oppgjørskontrollen skal være basert på risikovurderinger og fastsatt kontrollstrategi.

Ifølge Sosialdepartementets tildelingsbrev til Rikstrygdeverket skal trygdeetaten sikre god kvalitet i kontrollen av oppgjør. Trygdeetaten skal følge opp arbeidet med direkte oppgjør ved å foreta kritiske vurderinger av om fastsatt kontrollstrategi er implementert og fungerer etter hensikten.

I tildelingsbrevet for 2004 er Rikstrygdeverket bedt om å etablere et bedre grunnlag for å avgi styringsinformasjon og for interne analyseformål. Det skal etableres en statistikkdatabase som reflekterer refusjonskrav og faktiske utbetalinger, og utvikles resultatindikatorer.

3.5 DOKUMENTASJON AV PRODUKSJON OG KOSTNADER

I forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten, jf. Innst. O. nr. 118 (2000–2001) og Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m., uttalte en samlet sosialkomité at det var nødvendig med et sterkere fokus på at helsetjenestetilbudet er effektivt, og på systemer for dokumentasjon og kvalitetssikring. Komiteen påpekte derfor at det burde være en prioritert nasjonal oppgave å etablere sammenhengende og helhetlige systemer for dokumentasjon, overvåking og sikring av kvalitet i helsetjenesten.

Et nytt refusjonssystem for radiologiske polikliniske undersøkelser ble implementert 1. januar 2002 (St.prp. nr. 1 (2002–2003) for Helsedepartementet).²³ Refusjonssystemet er både grunnlaget for rapportering av aktivitet og for utbetalingene fra folketrygden. Ifølge St.prp. nr. 1 (2001–2002) for folketrygden skulle det nye refusjonssystemet gi bedre sammenlikningsdata for produksjonen mellom offentlige og private aktører. Dette skulle også gi de regionale helseforetakene et bedre beslutningsgrunnlag ved valg av leverandør av røntgentjenester.

²³ Refusjonssystemet NORAKO. Jf. kapittel 4.5.

4 Fakta

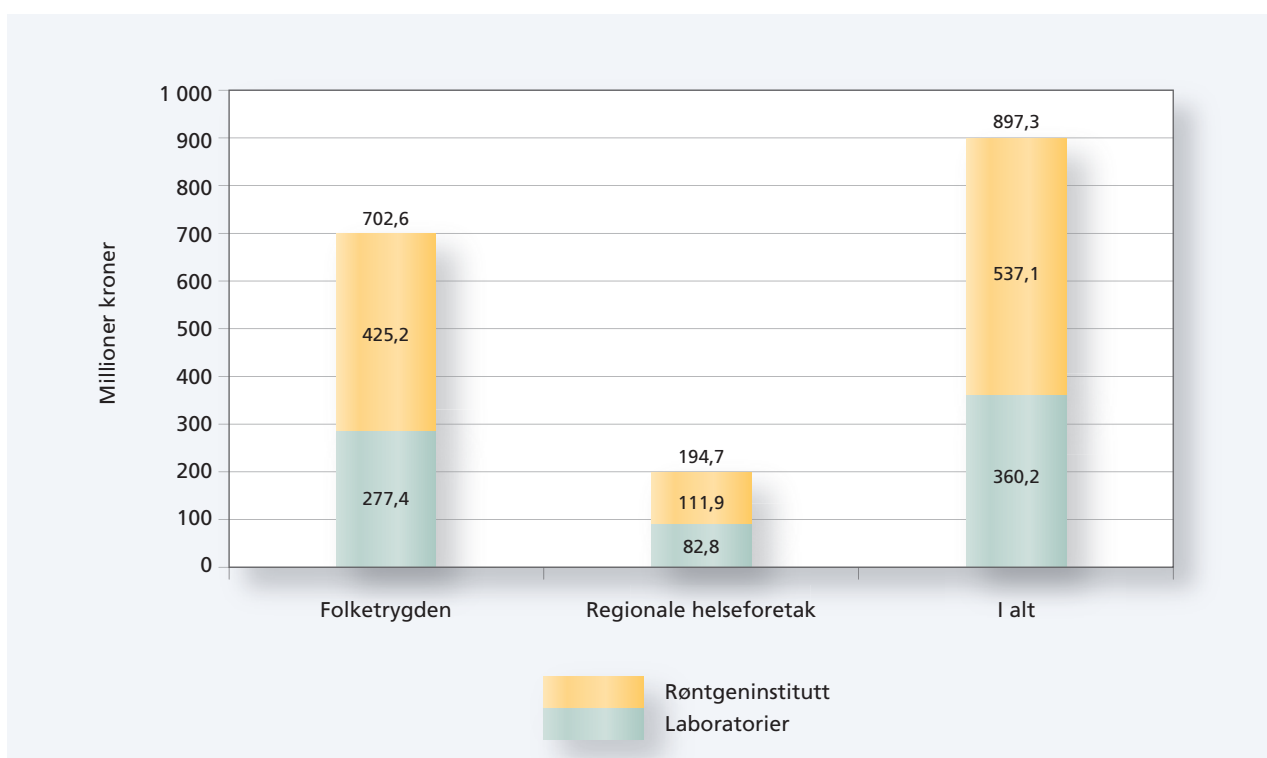
4.1 STATLIGE UTGIFTER TIL PRIVATE LABORATORIER OG RØNTGENINSTITUTT

Statlige utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt består dels av refusjoner fra folketrygden, dels av refusjoner fra regionale helseforetak.

Refusjonene fra folketrygden til private laboratorier og røntgeninstitutt er basert på takster som går fram av forskriften om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter.²⁴ Refusjonene betales direkte til alle private laboratorier og røntgeninstitutt som har rett til refusjon fra folketrygden.²⁵ Retten til å utløse refusjoner fra folketrygden er ikke avgrenset til å gjelde et bestemt omfang av laboratorie- og røntgentjenester.

Private laboratorier og røntgeninstitutt vil som oftest ha inngått avtale med ett eller flere regionale helseforetak om levering av laboratorie- og røntgentjenester, og vil da i tillegg motta avtalefestede refusjoner fra de regionale helseforetakene de har avtale med.²⁶ Avtalene vil kunne være begrenset til å gjelde et bestemt omfang av tjenester, og de private laboratoriene og røntgeninstituttene vil da vanligvis ikke motta betaling fra de regionale helseforetakene for tjenester som går utover avtalefestet volum. For røntgenundersøkelser kommer pasientenes egenandeler i tillegg.²⁷

Figur 4.1 viser statens totale utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt og fordelingen mellom folketrygdens utgifter og de regionale helseforetakenes utgifter i 2004.



Figur 4.1 Statens totale utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt i 2004. Mill. kroner

Kilde: Regnskapstall fra Rikstrygdeverket og de regionale helseforetakene.

²⁴ Forskrift av 27. juni 2003 nr. 959.

²⁵ Jf. kapittel 4.2.

²⁶ Jf. kapittel 4.3.

²⁷ Pasientene vil vanligvis ikke betale egenandeler for laboratorieprøver siden disse enten er tatt i forbindelse med en innleggelse eller av en eksternt rekvirent.

Figur 4.1 viser at utgiftene til private laboratorier og røntgeninstituttt var 897,3 mill. kroner i 2004 for folketrygden og de regionale helseforetakene samlet. Folketrygdens utgifter til private laboratorier og røntgeninstituttt var 702,6 mill. kroner som utgjør 78,3 prosent av de totale utgiftene. De regionale helseforetakenes utgifter til private laboratorier og røntgeninstituttt var 194,7 mill. kroner som utgjør 21,6 prosent av de totale utgiftene.

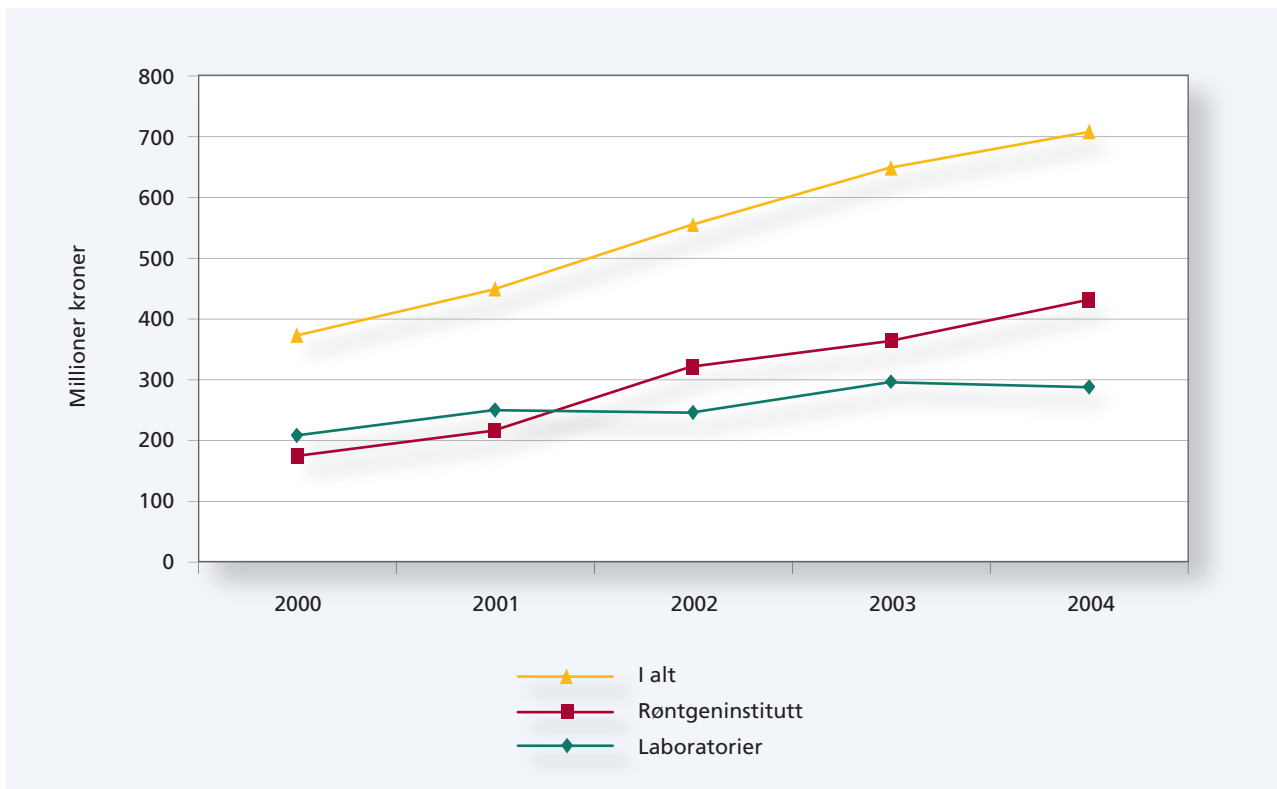
Av de totale utgiftene gikk 40,1 prosent (360,2 mill. kroner) til private laboratorier og 59,9 prosent (537,1 mill. kroner) til private røntgeninstituttt. Denne fordelingen av utgifter mellom laboratorier og røntgeninstituttt er omtrent den samme for folketrygden og for de regionale helseforetakene.

4.1.1 Utviklingen i folketrygdens utgifter til private laboratorier og røntgeninstituttt

Utviklingen i folketrygdens utgifter til refusjoner til private laboratorier og røntgeninstituttt går fram av figur 4.2.

Figur 4.2 viser at det har vært en betydelig økning i folketrygdens utgifter til private laboratorier og røntgeninstituttt fra 2000 til 2004.

Utgiftene til private laboratorier er redusert enkelte år, men økte totalt. Utgiftene til private røntgeninstituttt har økt hvert år. I 2000 var utgiftene til private laboratorier høyere enn utgiftene til private røntgeninstituttt, men fra 2001 har utgiftene til private røntgeninstituttt vært høyere enn utgiftene til private laboratorier.



Figur 4.2 Folketrygdens utgifter til refusjoner til private laboratorier og røntgeninstituttt fra 2000 til 2004. I mill. kroner. Løpende kroner

Kilde: Regnskapstall fra Rikstrygdeverket

Tabell 4.1 Folketrygdens utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt fra 2000 til 2004. Løpende kroner

År	Privat laboratorievirksomhet	Privat røntgenvirksomhet	Sum
2000	200 261 948	165 911 559	366 173 507
2001	239 427 475	205 344 956	444 772 431
2002	236 148 611	315 135 726	551 284 337
2003	289 205 008	355 545 551	644 750 559
2004	277 400 283	425 211 193	702 611 476

Kilde: Regnskapstall fra Rikstrygdeverket

Tabell 4.1 viser folketrygdens utgifter til refusjoner til private laboratorier og røntgeninstitutt i løpende kroner.²⁸

Tabell 4.1 viser at folketrygdens totale utgifter til refusjoner til private laboratorier og røntgeninstitutt økte fra 366,2 mill. kroner i 2000 til 702,6 mill. kroner i 2004. Dette er en vekst på 91,8 prosent (336,4 mill. kroner).

Målt i løpende kroner økte utgiftene til private laboratorier fra 200,2 mill. kroner i 2000 til 277,4 mill. kroner i 2004. Dette gir en utgiftsøkning på 77,1 mill. kroner eller 38,5 prosent. Utgiftene til private røntgeninstitutt økte i samme periode fra 165,9 mill. til 425,2 mill. kroner, det vil si en utgiftsøkning på 156,3 prosent (259,3 mill. kroner).

Ifølge data mottatt av Regional oppgjørsenhet Oslo mottok Først medisinske laboratorium, Capiogruppen og Sentrum Røntgeninstitutt til sammen 70,8 prosent av folketrygdens utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt i 2004. Dette utgjorde 497,4 mill. kroner. Først medisinske laboratorium mottok 208,4 mill. kroner. Capiogruppen mottok til sammen 173,8 mill. kroner og virksomhetene til Sentrum Røntgeninstitutt 137,4 mill. kroner i refusjon fra folketrygden i 2004.

I St.prp. nr. 65 (2002–2003) varslet departementet at det vil følge nøye med på utgiftsøkningen og at det var i gang med å gjennomføre ekstraordinære kontrolltiltak for tilskuddene til poliklinikk og privat og offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet. Ifølge St.prp. nr. 1 (2004–2005) for Helse- og omsorgsdepartementet resulterte dette i en rapport der det ble foreslått en rekke tiltak for bedre styring og kontroll av midlene.²⁹

I de tre siste års budsjettproposisjoner har departementet pekt på flere årsaker til den store utgiftsveksten. Det ble 1. januar 2002 satt i verk et nytt refusjonssystem for røntgenundersøkelser.³⁰ Refusjonssystemet fungerte ikke som planlagt det første året, og utgiftene ble høyere enn forutsatt dette året.

Den store utgiftsveksten kan ifølge departementet også skyldes at det synes å være en glidning mot bruk av mer kostnadskrevenne former ved diagnostisering (MR-undersøkelser). I 2002 ble det i tillegg innrømmet rett til trygderefusjon til et antall nye private røntgeninstitutt. Det har dessuten vært en aktivitetsøkning som kan forklare noe av utgiftsveksten.

Takstreduksjoner har fra departementets side vært et av tiltakene for å forsøke å få bukt med den stadige økningen i folketrygdens utgifter. I perioden fra oktober 2002 til juli 2004 ble det foretatt tre større takstreduksjoner. Etter den store utgiftsveksten for private røntgeninstitutt i 2001 ble enhetsprisene nedjustert to ganger med til sammen 21 prosent, jf. St.prp. nr. 1 (2003–2004) for Helsedepartementet. Takstene for både private laboratorier og private røntgeninstitutt ble i 2004 nedjustert med 7 prosent etter behandlingen av St.prp. nr. 63 (2003–2004), jf. Innst. S. nr. 250 (2003–2004) og St.prp. nr. 1 (2004–2005) for Helse- og omsorgsdepartementet. I 2004 ble takstene til private laboratorier og røntgeninstitutter nominelt videreført, samtidig som egenandelen økte for å dempe veksten i folketrygdens utgifter til private røntgeninstitutt.

Allmennlegene står for mellom 60 og 80 prosent av rekvisisjonene til private laboratorier og røntgeninstitutt ifølge Ot.prp. nr 5 (2004–2005) Lov om endringer i lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven). Allmennlegene har ikke økonomiske insitamenter til å begrense unødvendige prøver og røntgenundersøkelser. Departementet vurderer ifølge proposisjonen å engasjere Sosial- og helsedirektoratet i et arbeid for å utvikle bedre veiledere til henvisende helsepersonell.

4.1.2 De regionale helseforetakenes utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt

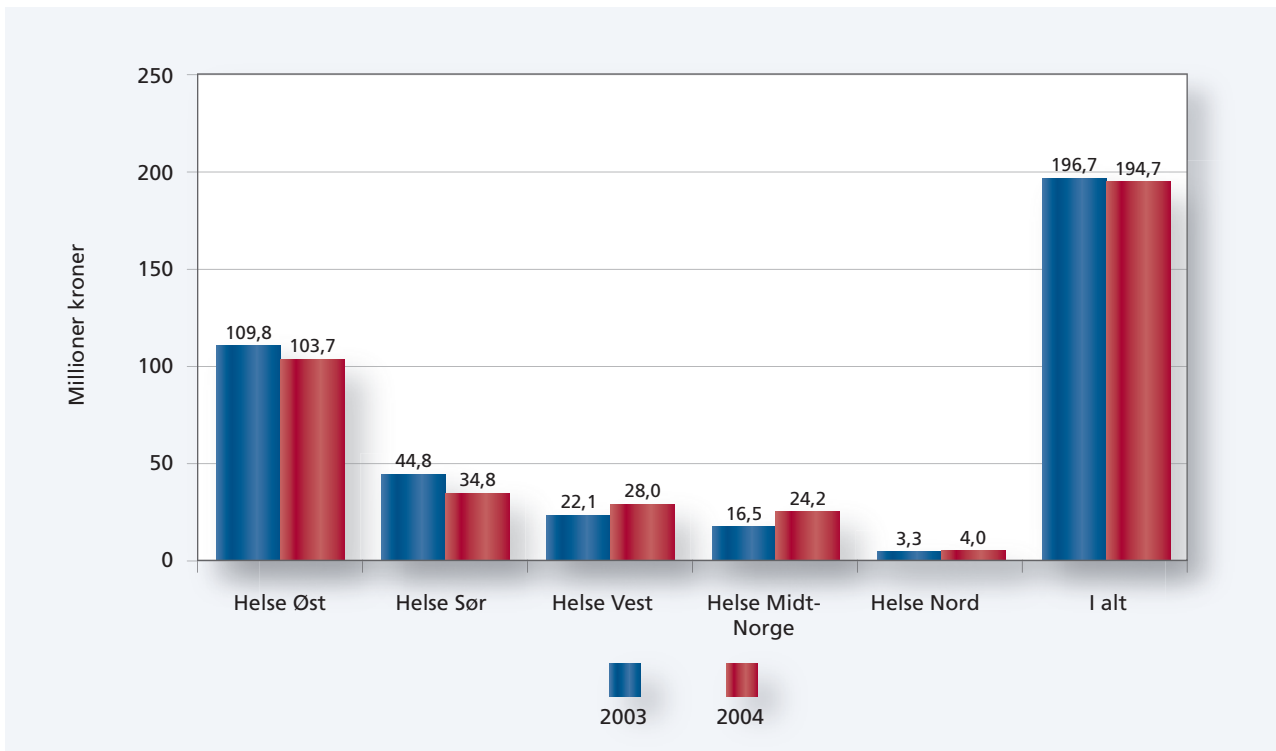
Figur 4.3 viser forskjellene mellom de regionale helseforetakenes i kjøp av tjenester fra private laboratorier og røntgeninstitutt i 2003 og 2004.

Figur 4.3 viser at det er stor forskjell på i hvilken grad de regionale helseforetakene kjøper tjenester fra private laboratorier og røntgeninstitutt. Helse Øst RHF og Helse Sør RHF kjøper en større andel av tje-

²⁸ De årlige utgiftstallene er vist i løpende kroner slik det er gjort i de årlige budsjettproposisjonene.

²⁹ Riksrevisjonen har mottatt nevnte rapport. Jf. kapittel 4.4.

³⁰ Kodeverket NORAKO for offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet. Jf. kapittel 4.5.



Figur 4.3 De regionale helseforetakenes kjøp av tjenester fra private laboratorier og røntgeninstitutt i 2003 og 2004. I mill. kroner.

Kilde: Regnskapstall fra de regionale helseforetakene.

nester fra private laboratorie- og røntgenvirksomheter enn de øvrige regionale helseregionene.³¹

De fleste private laboratorier og røntgeninstitutt befinner seg på Østlandet. I januar 2003 fantes det 32³² private laboratorier og røntgeninstitutt. Dette antallet har økt med sju enheter på to år, og i januar 2005 fantes det 39 enheter.³³ Av disse var 15 enheter

private laboratorier. Bare tre av dem lå utenfor Oslo. Det fantes 24 private røntgenenheter ved inngangen til 2005. 16 av de 24 enhetene inngår i Capiogruppen eller Sentrum røntgeninstitutt som er de største leverandørene av røntgentjenester. 11 av røntgenenheterne var i Helse Øst, men ellers var det private røntgeninstitutt i alle helseregionene.

Tabell 4.2 De regionale helseforetakenes utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt i 2003 og 2004³⁴

	Laboratorier		Røntgeninstitutt		I alt	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Helse Øst	59 930 000	56 268 500	49 900 000	47 400 000	109 830 000	103 668 500
Helse Vest	5 904 557	5 416 555	16 234 653	22 550 090	22 139 210	27 966 645
Helse Sør	26 086 058	20 379 648	18 762 727	14 453 302	44 848 785	34 832 950
Helse Midt Norge ..	0	0	16 521 422	24 181 111	16 521 422	24 181 111
Helse Nord	850 823	720 739	2 477 899	3 292 208	3 328 722	4 012 947
I alt	92 771 438	82 785 442	103 896 701	111 876 711	196 668 139	194 662 153

Kilde: Regnskapstall fra de regionale helseforetakene.

³¹ Jf. kapittel 4.5 om fordelingen av utførte laboratorie- og røntgentjenester i offentlige og private virksomheter.

³² Adresseliste mottatt i e-post fra Rikstrykdeverket februar 2003.

³³ Informasjonen er basert på adresseliste mottatt av Regional oppgjørsenhet Oslo januar 2005 og gjelder virksomheter med rett til trygderefusjon. Det kan også eksistere private laboratorier og røntgeninstitutt som ikke har krav på refusjon fra folketrygden.

³⁴ Enkelte regionale helseforetak oppgir at det er noe usikkerhet rundt tallene. Dette gjelder i første rekke tallene for 2004, fordi avsetningen for 2004 ikke var endelig ved informasjonsinnhenting. Aktivitet kan også etterregistreres.

Tabell 4.2 viser de regionale helseforetakenes utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt.

Tabell 4.2 viser at de regionale helseforetakenes totale utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt ble redusert fra 196,7 mill. kroner i 2003 til 194,7 mill. kroner i 2004. To av de regionale helseforetakene har i denne perioden hatt en reduksjon i utgiftene, mens det for de tre andre regionale helseforetakene har vært en kraftig utgiftsvekst. Tabellen viser at utgiftene i Helse Øst og Helse Sør i de to årene er redusert fra 154,7 mill. til 138,5 mill. kroner. Dette er en reduksjon på 11,7 prosent. I Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord har utgiftene økt fra 42 mill. til 56,2 mill. kroner, som er en utgiftsvekst på 25,3 prosent.

Tabellen viser videre at det er betydelige forskjeller mellom de regionale helseforetakene når det gjelder fordelingen av utgifter mellom laboratorie- og røntgenvirksomhet. I Helse Øst RHF og Helse Sør RHF gikk over halvparten av utgiftene til private laboratorier i 2004. I de øvrige helseregionene gikk det meste av utgiftene til private røntgentjenester. I Helse Vest RHF og Helse Nord RHF gikk over 80 prosent av utgiftene til private røntgeninstitutt. Helse Midt-Norge kjøpte ikke laboratorietjenester, og alle utgiftene gikk derfor til private røntgeninstitutt. Helse Øst RHF har opplyst at i anbudskonkurransen høsten 2003 ble prisene forhandlet ned, og at for 2004 er det inngått avtaler for en samlet pris på 103 mill. mot 109 mill. kroner året før.³⁵ I avtalen for 2004 mellom Helse Øst RHF og Først medisinske laboratorium var for eksempel avtalt totalpris redusert med 10,7 prosent (3,5 mill. kroner) sammenliknet med avtalen som gjaldt i 2003.³⁶

Helse Sør RHF har opplyst at en del avtaler med private laboratorier var inngått av fylkeskommunene og ble videreført av Helse Sør RHF ved sykehusreformen. Disse avtalene opphørte i løpet av 2003, og det ble antatt at det var mulig for Helse Sør RHF å redusere kjøpet av tjenester fra private laboratorier.

Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF uttrykte at kapasiteten på laboratorietjenester i helseforetakene var god. I Helse Midt Norge RHF var det derfor ikke kjøpt laboratorietjenester fra private leverandører.

4.1.3 Ny finansieringsordning for private laboratorier og røntgeninstitutt

Ved behandlingen av Innst. S. nr. 82 (2003–2004) jf. St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, sluttet Stortinget seg til en større endring i finansieringsordningen for private laboratorier og røntgeninstitutt. Omleggingen vil tre i kraft 1. september 2005.

³⁵ Jf. kapittel 4.3 om avtalene mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstitutt.

³⁶ Avtalt volum var samtidig økt med 6,8 prosent.

Omleggingen av finansieringsordningen for private laboratorie- og røntgenvirksomhet innebærer at de regionale helseforetakene får et større finansieringsansvar og et større ansvar for å planlegge og prioritere det samlede tilbudet om laboratorie- og røntgentjenester i helseregionen. Folketrygdens takster vil reduseres og basisbevilgningen til de regionale helseforetakene økes.

Den nye finansieringsordningen innebærer at bare private laboratorier og røntgeninstitutt som har avtale med regionale helseforetak, får adgang til å utløse trygderefusjon.³⁷ Virksomheter som har avtale, vil automatisk få rett til å utløse trygderefusjon. Ordningen med særskilt vedtak fra departementet bortfaller.³⁸ Den nye ordningen medfører videre at refusjoner fra folketrygden kun utløses for de undersøkelsene avtalene med regionale helseforetak omfatter, jf. Ot. prp. nr. 5 (2004–2005) Lov om endringer i lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygdloven m.m. og Innst. O. nr. 35 (2004–2005).

4.2 GODKJENNINGSORDNINGER FOR PRIVATE LABORATORIER OG RØNTGENINSTITUTT

I den perioden undersøkelsen gjelder har private laboratorier og røntgeninstitutt vært omfattet av to godkjenningsordninger. Nedenfor omtales først ordningen med faglig godkjenning.³⁹ Det er Sosial- og helsedirektoratet som i den aktuelle perioden har behandlet søknader om faglig godkjenning.⁴⁰ Videre omtales ordningen med godkjenning til refusjonsrett.⁴¹ Søknader om refusjonsrett er i den aktuelle perioden blitt behandlet av Helsedepartementet.

4.2.1 Faglig godkjenning

Behandling av søknader om faglig godkjenning

Sosial- og helsedirektoratet har opplyst at den faglige godkjenningen er en forhåndsgodkjenning, etter som private laboratorier og røntgeninstitutt trenger godkjenning før de etablerer seg. Det er den planlagte virksomheten direktoratet vurderer ved behandlingen av søknaden, blant annet lokaler og bemanning.

³⁷ Helse- og omsorgsdepartementet har siden 2002 stilt som vilkår at nye private laboratorie- og røntgenvirksomheter må ha avtale med regionalt helseforetak for å få rett til trygderefusjon, uten at vilkåret har vært nedfelt i lov.

³⁸ Jf. Besl. O. nr. 34 (2004–2005).

³⁹ Helse- og omsorgsdepartementet opplyste i møte i februar 2005 at det vurderes om ordningen med faglig godkjenning skal bortfalle og erstattes med kvalitetskrav til virksomhetene, jf. Ot. prp. nr. 5 (2004–2005).

⁴⁰ Helse- og omsorgsdepartementet er klageinstans i saker om faglig godkjenning og har ansvar for å endre forskriften vedrørende faglig godkjenning.

⁴¹ Den nye finansieringsordningen som treer i kraft 1. september 2005 innebærer at denne godkjenningsordningen faller bort, jf. Ot. prp. nr. 5 (2004–2005).

Direktoratet presiserte at godkjenningen ikke er en garanti for at virksomheten vil bli faglig forsvarlig.

Det er et vilkår for faglig godkjenning at det er ansatt legespesialist innen det relevante fagområdet.⁴² Dersom dette vilkåret ikke er oppfylt, vurderer ikke direktoratet virksomheten som faglig forsvarlig. Det er ifølge Sosial- og helsedirektoratet ikke satt krav til hvor stor stillingsprosent den ansvarlige spesialisten må ha, men direktoratet mener at spesialisten må ha et medisinsk faglig arbeidstakerforhold og har satt 20 prosent stilling som et minimumskrav. Utover dette vil krav til stillingsprosent ifølge direktoratet være avhengig av type undersøkelser og volum.

Lov om spesialisthelsetjenesten § 4.1 og forskrift om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet av 1. desember 2000 ligger til grunn for saksbehandlingen. Ifølge Sosial- og helsedirektoratet gir forskriftens § 8 Retningslinjer viktige vilkår og er en god veiledning ved vurdering av godkjenningen.

Direktoratet opplyste at det legger særlig vekt på faren for å tappe det offentlige for personell og kompetanse. Det vurderes hva slags spesialisering virksomheten vil tilby, hvilken kompetanse som vil bli benyttet, og hvilke planer virksomheten har for helsepersonell og volum. Videre legger direktoratet vekt på om tjenestetilbudet passer for privat virksomhet. Direktoratet anser utprøvende virksomhet og forskning for å være en offentlig oppgave. De private skal ifølge Sosial- og helsedirektoratet tilby undersøkelsestyper som er dokumentert gode. I noen saker innhenter direktoratet bistand fra eksterne sakskyndig, for eksempel fra aktuelle spesialistforeninger, for å vurdere undersøkelsestypene.

Tabell 4.3 gir en oversikt over vedtak og hovedbegrunnelse for vedtak for ti søknader om faglig godkjenning i perioden januar 2002 til februar 2004. Tabellen viser også hvilke instanser Sosial- og helsedirektoratet har kontaktet i forbindelse med saksbehandlingen.⁴³

Tabell 4.3 Oversikt over vedtak og hovedbegrunnelse for vedtak om faglig godkjenning i perioden januar 2002 til februar 2004

Søker	Vedtak	Hovedbegrunnelse	Høringsinstanser
Etablering av privat laboratorium	Innvilgelse	Faglig forsvarlighet Behov for tjenesten	Ingen
Etablering av privat laboratorium	Avslag	Ikke behov for tjenesten Personellsituasjonen	Fylkeslege RHF Spesialistforening
Etablering av privat laboratorium	Avslag	Ikke oppfylt vilkår om legespesialist	
Etablering av privat røntgeninstitut	Innvilgelse	Faglig forsvarlighet Behov for tjenesten	RHF
Etablering av privat røntgeninstitut	Innvilgelse	Faglig forsvarlighet Behov for tjenesten Deltakelse i anbudskonkurranse	Ingen
Etablering av privat røntgeninstitut	Avslag	Ikke behov for tjenesten Personellsituasjonen	Fylkeslege RHF
Etablering av privat røntgeninstitut	Avslag	Behovet for tjenesten	Ingen
Utvidelse av privat røntgeninstitut	Ikke nødvendig med ny faglig godkjenning	Utvidelsen krever ikke ny godkjenning, jf. forskriften	Fylkesmannen
Utvidelse av privat røntgeninstitut	Ikke nødvendig med ny faglig godkjenning	Utvidelsen krever ikke ny godkjenning, jf. forskriften	Ingen
Utvidelse av privat røntgeninstitut	Ikke nødvendig med ny faglig godkjenning	Utvidelsen krever ikke ny godkjenning, jf. forskriften	Ingen

⁴² Jf. forskrift om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet.

⁴³ Dette går fram enten av saksmappen eller i svarbrev til søker.

Tabell 4.3 viser at av de ti sakene som er gjennomgått, er tre søknader om faglig godkjenning innvilget, fire søknader er avslått og tre søknader hadde ikke behov for ny faglig godkjenning. Når det gjelder de søknadene direktoratet har avslått, gjelder det for én av disse at forskriftens krav om legespesialist ikke er innfridd. For øvrig er det behovet for tjenesten og hensynet til personellsituasjonen som er tilagt vekt i direktoratets behandling av søknadene. Tabellen viser videre at flere virksomheter har søkt om ny faglig godkjenning uten at det har vært nødvendig med slik søknad. Når det gjelder den geografiske fordelingen av de virksomhetene som fikk innvilget søknadene, er det to virksomheter i Helse Nord og én i Helse Øst.

Sosial- og helsedirektoratet opplyste at de alltid konfererer med fylkesmannen og det aktuelle regionale helseforetaket for å kartlegge behovet for tjenesten. Ifølge direktoratet er det disse som har kunnskap om nåværende og framtidige behov, personell og kapasitetsproblemer, og vet hvilke planer som foreligger om oppbygging og nedbygging av det regionale tjenestetilbudet. Tilbakemeldinger fra fylkesmannen eller det regionale helseforetaket kan medføre avslag på godkjenning.

Statens helsetilsyn har opplyst⁴⁴ at det ikke er kjent med i hvilken grad Helsetilsynet i fylkene (fylkeslegen) har gitt uttalelser til Sosial- og helsedirektoratet. Dersom Helsetilsynet i fylkene har uttalt seg, har det ifølge Statens helsetilsyn vanligvis vært knyttet til om den planlagte virksomheten framstår som et forsvarlig tilbud, herunder lokaler og bemanning, og om det antas å være behov for tilbudet. Statens helsetilsyn opplyste at Helsetilsynet i fylkene har uttalt seg om behovet fordi etablering av private tilbud i enkelte tilfeller har skapt problemer for den offentlige tjenesten på grunn av personellflukt.

Sosial- og helsedirektoratet opplyste at de i enkelte tilfeller kan gi forhåndstilsagn om godkjenning, for eksempel dersom en virksomhet trenger faglig godkjenning for å kunne delta i anbudskonkurranse. Sosial- og helsedirektoratet opplyste at regionalt helseforetak i noen saker allerede har inngått avtale om kjøp av tjenester med den private virksomheten før faglig godkjenning er innvilget. I slike saker gir Sosial- og helsedirektoratet godkjenning, forutsatt at virksomheten vurderes som faglig forsvarlig. Direktoratet antar at en slik avtale betyr at det regionale helseforetaket har gjort en vurdering av behovet.

Ifølge Sosial- og helsedirektoratet får fylkesmannen og det regionale helseforetaket kopi av alle vedtak om godkjenning.

Forskrift om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet § 6 Krav til godkjenning gjør rede for

hvilke endringer i virksomhetene som krever at det må søkes om ny godkjenning. Sosial- og helsedirektoratet uttalte at det ikke har noen oversikt over om det mottar søknader ved alle utvidelser som krever ny godkjenning.

Sosial- og helsedirektoratet opplyste at oppfølging og kontroll er tilsynsmyndighetenes oppgave.⁴⁵ Direktoratet kjenner ikke til om det er utført tilsyn på dette området, og direktoratet vet ikke hvordan tilsynsmyndigheten utøves. Sosial- og helsedirektoratet kjenner ikke til om noen har blitt fratatt den faglige godkjenningen.

Statens helsetilsyn har opplyst at de baserer sine planlagte tilsyn på en risiko- og sårbarhetsvurdering.⁴⁶ Ut fra eksisterende kunnskap og erfaringer har ikke Helsetilsynet funnet grunnlag for å prioritere tilsyn med laboratorier og røntgeninstitutt. Statens helsetilsyn opplyste at det i løpet av siste tre år har vært gjennomført ett planlagt tilsyn med et privat laboratorium og ett planlagt tilsyn med et privat røntgeninstitutt. Det ble ifølge Helsetilsynet ikke funnet avvik, det vil si brudd på regelverk, ved disse tilsynene.

4.2.2 Godkjenning til refusjonsrett

Helse- og omsorgsdepartementet avgjør søknader om rett til trygderefusjon, jf. folketrygdloven § 5–5 andre ledd. Bare private laboratorier og røntgeninstitutt som er godkjent før 1. juni 1987, har automatisk refusjonsrett. Virksomheter som er godkjent etter dette, må ha særskilt godkjenning fra Helsedepartementet for å få adgang til å utløse trygderefusjon.

Helsedepartementet opplyste at det er et vilkår for godkjenning til refusjonsrett at virksomheten har faglig godkjenning. Departementet har siden 2002 også stilt som vilkår at private laboratorier og røntgeninstitutt må ha avtale med et regionalt helseforetak for å få rett til trygderefusjon.⁴⁷ Helsedepartementet mener at det regionale helseforetaket ved å inngå avtale med en privat leverandør har gjort en vurdering av at det foreligger behov for tjenestene.

Ifølge Helsedepartementet vurderes de budsjettmessige konsekvensene av å innvilge en søknad om refusjonsrett. Helsedepartementet opplyste at loven gir få vilkår eller kriterier som søknaden kan vurderes opp mot, og departementet oppfatter ikke at det har adgang til å sette andre vilkår enn det loven gir. Det er vanskelig å avslå en søknad fordi folketrygd-

⁴⁴ Opplyst i e-post datert 17. september 2004 fra Statens helsetilsyn til Riksrevisjonen.

⁴⁵ Jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

⁴⁶ Opplyst i e-post datert 17. september 2004 fra Statens helsetilsyn til Riksrevisjonen.

⁴⁷ Stortinget vedtok 14. desember 2004 å endre folketrygdloven slik at det er et vilkår for trygderefusjon at det private laboratoriet eller røntgeninstituttet har avtale med et regionalt helseforetak, jf. Besl. O. nr. 34 (2004–2005).

loven ikke regulerer hva som eventuelt skulle være begrunnelsen for avslaget. Det har ikke skjedd at en søker som har avtale, har fått avslag.⁴⁸

Det er i undersøkelsen foretatt en gjennomgang av tolv saker om godkjenning til refusjonsrett. Alle søknadene er fra røntgenvirksomheter. Åtte av disse virksomhetene fikk innvilget søknaden.⁴⁹ To søkere har fått avslag, ett av disse var på undersøkelsestidspunktet påklaget, men klagebehandlingen var ikke avsluttet. I begge tilfeller var begrunnelsen for avslaget at virksomheten manglet avtale med et regionalt helseforetak. To saker var på undersøkelsestidspunktet ikke avgjort med den begrunnelse at Helsedepartementet avventet henholdsvis en anbudskonkurranse og opplysninger vedrørende avtaler.

Helsedepartementet har i tillegg til disse tolv søknadene behandlet en klage fra en røntgenvirksomhet som i 2001 fikk innvilget refusjonsrett for en *tidsbegrenset* periode. Departementet omgjorde i 2002 vedtaket i tråd med klagen slik at refusjonsretten ikke ble gjort tidsbegrenset.

Helsedepartementet uttalte at det ikke har oppfølgings- eller kontrolloppgaver etter at vedtak om rett til trygderefusjon er fattet. Så fremt det foreligger en avtale med regionalt helseforetak, ligger retten til trygderefusjon fast. Ifølge departementet er det et problem at vedtaket om trygderefusjon ligger fast samtidig som avtalene med regionale helseforetak er tidsbegrenset.

Helsedepartementet opplyste at departementet har gjort en gjennomgang som viser at alle de private laboratoriene og røntgeninstituttene som har fått innvilget refusjonsrett, også har avtale.

4.3 AVTALER MELLOM REGIONALE HELSEFORETAK OG PRIVATE LABORATORIER OG RØNTGENINSTITUTT

4.3.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet styrer de regionale helseforetakene gjennom det årlige styringsdokumentet. Særlig Styringsdokument 2003 legger premissene for de regionale helseforetakenes kjøp av tjenester fra private leverandører. De regionale helseforetakene er omfattet av regelverket for offentlige anskaffelser når avtaler skal inngås. Forskriften om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet regulerer hva avtalene skal inneholde.

Tabell 4.4 viser hvor mange avtaler de regionale helseforetakene hadde per 1. januar 2004.

Det går fram av tabellen at det ved inngangen til 2004 eksisterte 26 avtaler mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstitutt. Totalt var det flest avtaler med private laboratorier og røntgeninstitutt i Helse Øst RHF og færrest i Helse Nord RHF.

Helse Øst RHF har avtaler med åtte private laboratorier. De øvrige regionale helseforetakene har svært få eller ingen avtaler med private laboratorier, men har en del avtaler med private røntgeninstitutt.

I løpet av 2004 ble det inngått nye avtaler med private laboratorier og røntgeninstitutt i Helse Vest RHF, Helse Sør RHF og Helse Nord RHF. De fleste av disse nye avtalene erstattet tidligere avtaler som opphørte i løpet av året.

Behov for laboratorie- og røntgentjenester fra private virksomheter

Ifølge Styringsdokument 2002 var lange ventetider det største ankepunkt mot den offentlige spesialisthelsetjenesten. I Styringsdokument 2003 går det fram at den enkelte pasients behov skal være ut-

Tabell 4.4 Oversikt over antall avtaler i hver helseregion fordelt på private laboratorier og røntgeninstitutt 1. januar 2004

Helseregion	Laboratorier	Røntgeninstitutt	Antall avtaler totalt
Helse Øst RHF	8	2	10
Helse Vest RHF	0	3	3
Helse Sør RHF	2	4	6
Helse Midt Norge RHF	0	5	5
Helse Nord RHF	1	1	2
Totalt	11	15	26

Kilde: Avtaler mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstitutt

⁴⁸ Per 25. juni 2004.

⁴⁹ Når det gjelder den geografiske fordelingen av disse virksomhetene, er det fem i Helse Midt-Norge og én i henholdsvis Helse Øst, Sør og Vest.

gangspunktet for alle tjenestetilbud. Videre blir det påpekt at det i arbeidet med å realisere av helsepolitiske mål er forutsatt at private virksomheter skal bidra til å levere tjenester i det samlede spesialisthelse-tjenestetilbudet til befolkningen.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyste at regionale helseforetak må gjennomføre systematiske prosesser for å identifisere behov for helsetjenester i regionen som en del av sitt «sørge for»-ansvar.

Det går fram av intervjuene at alle de regionale helseforetakene mente at det er behov for å kjøpe en del tjenester fra private laboratorier og røntgeninstitutt. Imidlertid er de usikre på hvordan de skal fastslå hvor stort behovet er når nye avtaler skal inngås. De regionale helseforetakene gav uttrykk for at det ikke uten videre var behovet for tjenestene som lå til grunn for avtalene som gjaldt på intervjutidspunktet.

Ifølge intervjuene opplevde tre av de regionale helseforetakene Styringsdokument 2003 som et klart pålegg om å legge til rette for at tjenester fra private tilbydere skal inngå i tjenestetilbudet.

De regionale helseforetakene opplyste at når de skal vurdere behovet for tjenester, tar de utgangspunkt i ventelistene. De innhenter også informasjon om behovet fra helseforetakene. De regionale helseforetakene antok at helseforetakene har best kunnskap om hvilke tjenester det offentlige kan tilby, og hva det er behov for å kjøpe av private tjenesteytere. Helse Øst RHF vurderer dessuten produksjonen i de avtalene som har løpt før, for å kunne gjøre et over-slag over produksjonen til neste år.

De regionale helseforetakene opplyste at det var svakheter i grunnlaget for behovsvurderingen. Ventelistene er ikke alltid oppdatert. Videre er helseforetakene part i saken når de skal informere om behovet for kjøp fra private virksomheter, og de regionale helseforetakene mente dette kunne påvirke den informasjonen de gav om behovet. Helse Øst RHF opplyste at det er et mål å lage behovsanalyser for alle tjenester som kjøpes, men at datagrunnlaget på intervjutidspunktet ikke var godt nok til å kunne bedømme behovet fullt ut.

Det kom til uttrykk i intervjuene med de regionale helseforetakene at flere forhold kan ha betydning for behovet for å kjøpe tjenester fra private tilbydere. Enkelte regionale helseforetak mente at organiseringen av laboratorie- og røntgenvirksomhetene i de offentlige helseforetakene ville påvirke behovet for å kjøpe tjenester utenfra. Behovet for å kjøpe tjenester av private tilbydere må ifølge intervjuene også ses i sammenheng med størrelsen på pasientgrunnlaget og fordelingen av pasienter mellom offentlige og private tjenesteleverandører. Det offentlige helsevesenet er avhengig av å ha nok pasienter å behandle og å utføre både enkle og kompliserte undersøkelser for å opprettholde kompetanse og ivareta sine oppgaver i forbindelse med undervisning og opplæring.

Organisering av innkjøpsfunksjonen i de regionale helseforetakene

Helsedepartementet presiserte i Styringsdokument 2003 at «de regionale helseforetakene skal inngå avtaler med private aktører når de aktuelle helsetjenestene inngår i det samlede opplegget for oppfyllelsen av «sørge for»-ansvaret. Dette er ikke til hinder for at forvaltningen av avtalen utføres av helseforetakene». Helse- og omsorgsdepartementet opplyste at det ikke er stilt krav til regionale helseforetak om at det må opprettes en egen bestillerenhet for å skille bestillerrollen fra eierrollen.

Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF opplyste at de har tatt ansvaret for å administrere og inngå avtaler helt fra sykehusreformen inntrådte 1. januar 2002. I de øvrige regionale helseforetakene var forvaltningen av avtaler med private laboratorier og røntgeninstitutt i begynnelsen delegert til ett eller flere helseforetak. I løpet av 2003 har alle de regionale helseforetakene tatt over forvaltningen av avtalene.

4.3.2 Avtaleinngåelse mellom RHF og private laboratorier og røntgeninstitutt

Tidligere fylkeskommunale avtaler

Ifølge St.prp. nr. 1 (2001–2002) for Folketrygden var det ved den statlige overtakelsen av den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten forutsatt at alle avtaler med private aktører skulle videreføres, og at de regionale helseforetakene skulle overta fylkeskommunenes forpliktelser.

Helse Vest RHF, Helse Sør RHF og Helse Nord RHF opplyste at de overtok avtaler fra fylkeskommunene ved den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten.

Helse Vest RHF reforhandlet to avtaler med private røntgeninstitutt til å gjelde hele regionen. I tillegg inngikk Helse Vest RHF avtale med et tredje privat røntgeninstitutt uten forutgående anbudskonkurranse ved overtakelsen av spesialisthelsetjenesten.

I Helse Sør RHF var alle gjeldende avtaler med private laboratorier og røntgeninstitutt inntil utgangen av 2003 inngått av fylkeskommunen. I løpet av 2004 har de fleste av de fylkeskommunale avtalene opphørt, men én avtale inngått av en fylkeskommune løper helt til august 2005.

Helse Nord RHF overtok en avtale med et privat røntgeninstitutt og en avtale med et laboratorium da sykehusreformen trådte i kraft.

De regionale helseforetakenes gjennomføring av anbudskonkurranse

Regelverket for offentlige anskaffelser stiller krav til at alle anskaffelser over 200 000 kroner skal inngås etter avholdt anbudskonkurranse.⁵⁰ De regionale hel-

seforetakene faller inn under regelverkets virkeområde og skal avholde anbudskonkurranse før de inngår nye avtaler med private laboratorier og røntgeninstitutt. Én anbudskonkurranse kan resultere i én eller flere avtaler. En avtale som er inngått uten at regelverket for offentlige anskaffelser er fulgt, vil likevel være gyldig.

Styringsdokument 2003 påpeker at «sørge for»-ansvaret omfatter kjøp av spesialisthelsetjenester fra ulike private tilbydere. De regionale helseforetakene må forholde seg til arbeidsdelingen mellom helseforetak og private aktører, herunder på hvilke områder det skal legges til rette for konkurranse. Dette skal skje innenfor gjeldende konkurranseregler.

Helse- og omsorgsdepartementet uttalte på møte februar 2005 at det forutsetter at regionale helseforetak følger loven om offentlige anskaffelser ved inngåelse av nye avtaler med private laboratorier og røntgeninstitutt. Departementet har fått informasjon om at ikke alle de regionale helseforetakene etterlever loven ved avtaleinngåelser, og departementet har fulgt opp regionale helseforetak gjennom foretaksmøtene. I 2004 var det sterkt fokus på de regionale helseforetakenes innkjøpspolicy, og departementet framsatte krav om at regionale helseforetak måtte etablere og vektlegge internkontroll av innkjøp.

Det går fram av intervjuene med de regionale helseforetakene at mange av de gjeldende avtalene med private laboratorier og røntgeninstitutt i 2004 var inngått uten forutgående anbudskonkurranse. En del avtaler var reforhandlet og forlenget. Dette gjaldt både avtaler som de regionale helseforetakene hadde inngått selv, og avtaler som de regionale helseforetakene hadde overtatt av fylkeskommunene.

Ved utgangen av 2004 var det inngått til sammen 21 avtaler mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstitutt etter avholdt anbudskonkurranse. Helse Øst RHF har avholdt anbudskonkurranse for laboratorie- og røntgentjenester både i 2002 og i 2003. Helse Øst RHF inngikk åtte avtaler med private laboratorier og to avtaler med private røntgeninstitutt etter anbudskonkurransen 2003.

De øvrige regionale helseforetakene har avholdt anbudskonkurranse i løpet av 2003 og 2004. Helse Nord RHF utlyste høsten 2003 anbud på MR-røntgen i Tromsø og inngikk avtale med en leverandør. Tidlig i 2004 avholdt Helse Sør RHF anbudskonkurranse og inngikk én avtale med ett privat laboratorium og tre avtaler med private røntgeninstitutt. Helse Vest RHF avholdt anbudskonkurranse på røntgentjenester høsten 2004 og inngikk avtale med seks private røntgeninstitutt.

Helse Midt-Norge RHF hadde fortsatt ikke avholdt anbudskonkurranse ved utgangen av 2004. Helse Midt-Norge RHF inngikk uten forutgående

anbudskonkurranse fem avtaler for to år med private røntgeninstitutt i 2002. Helse Midt-Norge RHF opplyste at de inngikk avtale med alle private aktører som henvendte seg dit etter sykehusreformen.

Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF har i brev⁵¹ opplyst at anbudskonkurransen er utsatt til våren 2005 i forbindelse med innføring av ny finansieringsordning for private laboratorier og røntgentjenester.⁵² For Helse Vest RHF gjelder dette bare anbudskonkurranse på laboratorietjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet uttalte at det har gitt føringer for hvordan de regionale helseforetakene skal inngå avtaler med private laboratorie- og røntgenvirksomheter etter at det nye finansieringssystemet trer i kraft. Føringene er nedfelt i bestillerdokumentet for 2005. Ifølge Bestillerdokument 2005 skal de regionale helseforetakene ha inngått nye avtaler innen 1. mai 2005.⁵³

Selv om anbudskonkurransen er utsatt, har Helse Vest RHF i 2004 kjøpt en del laboratorietjenester utenfor avtale.⁵⁴ Mottatte regnskapstall februar 2005 viser at det har skjedd en del kjøp fra private laboratorier og røntgeninstitutt utenfor avtale også i Helse Nord RHF.⁵⁵

Helse- og omsorgsdepartementet er kjent med at det er levert tjenester som er refundert av folketrygden uten at de har vært omfattet av avtale («avtaleløs produksjon»). Dette er drøftet i Ot.prp.nr.5 (2004–2005), der det går fram at intensjonen med endringene er at all produksjon skal være omfattet av avtaler.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyste videre at en av intensjonene med Ot.prp. nr. 5 (2004–2005) er å skjerpe regionale helseforetaks adgang til å kjøpe tjenester fra private leverandører uten avtale.

Avtalenes regulering av helseforetakenes adgang til å inngå avtaler

Gjennomgangen av avtalene viser at de regionale helseforetakene i mange tilfeller gir adgang til at helseforetakene kan inngå egne avtaler med private laboratorier og røntgeninstitutt.⁵⁶

I Innst. O. nr. 35 (2004–2005), jf. Ot.prp. nr. 5 (2004–2005) Lov om endringer om lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) for-

⁵⁰ Jf. lov om offentlige anskaffelser og forskrift om offentlige anskaffelser §§ 1–4 k og 11–2 a.

⁵¹ Brev fra Helse Vest RHF av 1. februar 2005, brev fra Helse Midt-Norge RHF av 26. januar 2005.

⁵² Jf. Ot.prp. nr. 5 (2004–2005) om lov om endringer i lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) m.m.

⁵³ Jf. 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., jf. Ot.prp. nr. 5 (2004–2005).

⁵⁴ Brev fra Helse Vest RHF av 1. februar 2005. Jf. kapittel 4.1.2 der det går fram at Helse Vest har kjøpt laboratorietjenester for 5,4 mill. kroner i 2004.

⁵⁵ Brev fra Helse Nord RHF av 1. februar 2005.

⁵⁶ Riksrevisjonen har i forbindelse med undersøkelsen mottatt to avtaler mellom helseforetak og private røntgeninstitutt, men det kan foreligge flere slike avtaler.

utsetter sosialkomiteen at avtalene inngås mellom de private virksomhetene og de regionale helseforetakene og ikke det enkelte helseforetak.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyste i intervju at det gjennom Styringsdokument 2003 gav klare signaler om at det er de regionale helseforetakene og ikke helseforetakene som skal inngå avtaler med private laboratorier og røntgeninstitut. Disse signalene gjelder fortsatt.

Det går fram av avtalene at Helse Øst RHF, Helse Sør RHF og Helse Midt-Norge RHF tillater at det inngås avtaler mellom helseforetakene og private laboratorier og røntgeninstitut. Dette gjelder alle avtalene til Helse Øst RHF og Helse Sør RHF og to av avtalene til Helse Midt-Norge RHF. Helseforetakene kan kun inngå avtaler om underleveranser til ett enkelt helseforetak, og helseforetakene skal ikke inngå avtaler dersom det får følger for avtalene på regionalt nivå.

Helse Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF opplyste at det regionale helseforetaket ikke har noe ansvar for avtaler inngått av helseforetakene. Ifølge avtalene skal Helse Øst RHF likevel informeres om avtaler inngått av helseforetakene. Helse Midt-Norge RHF har ingen oppfølgingsoppgaver i forhold til avtaler som er inngått av helseforetakene, utover at de kontrollerer refusjonskravene fra de private aktørene. Ifølge intervjuet har heller ikke helseforetakene noen plikt til å informere Helse Midt-Norge RHF dersom det inngås separate leveranseavtaler.

Helse Vest RHF oppgav at alt ansvar for avtalene med de private aktørene ligger på regionalt nivå. Det er det regionale helseforetaket som skal inngå avtaler og forholde seg til de private aktørene. Avtalene til Helse Vest RHF inneholder ikke noe punkt om avtaler mellom private laboratorier og røntgeninstitut og helseforetak. Dette gjelder også avtalene inngått i november 2004.

Avtalen mellom Helse Nord RHF og Tromsø MR-senter inneholder en bestemmelse om at det ikke skal inngås direkte avtaler mellom helseforetak i Helse Nord RHF og Tromsø MR-senter. De to andre avtalene er inngått før Helse Nord RHF overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten og inneholder ikke slike bestemmelser.

4.3.3 Innholdet i avtalene mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstitut

Forskriften om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet § 10 Avtalenes innhold regulerer hva avtalene mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstitut skal inneholde. Ifølge forskriftens første ledd skal avtalene omfatte omfang og pris for tjenestene. Avtalene skal også inneholde bestemmelser om betaling dersom det avtalte prøve- og analysevolumet nås før avtalen utløper. Ifølge

forskriftens andre ledd skal avtalene inneholde bestemmelser om hvilke kategorier av tjenester som skal utføres av den enkelte virksomhet. Ifølge forskriftens § 10, tredje ledd skal avtalene være toårige dersom ikke annet er avtalt mellom partene.

Det går fram av intervjuet med Helse- og omsorgsdepartementet i februar 2005 at det ikke har gitt de regionale helseforetakene veiledning om tolkning av forskriften om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet § 10 Avtalenes innhold. Departementet følger heller ikke spesielt opp regionale helseforetaks praktisering av forskriftens § 10, og det er ingen rutinemessig eller formell gjennomgang av avtalene som regionale helseforetak har inngått.

Omfang og pris på tjenestene

Ifølge Bestillerdokument 2005 at har sosialkomiteen i forbindelse med omleggingen av inntektssystemet for private laboratorier og røntgeninstitut lagt til grunn at volumet for 2004 skal legges til grunn når nye avtaler inngås.

Gjennomgangen av avtalene mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstitut som var gjeldende i 2004, viser at disse ofte mangler bestemmelser om omfang. Det går fram av intervjuene høsten 2003 at de regionale helseforetakene synes det er vanskelig å beregne hvilket omfang laboratorie- og røntgenundersøkelsene vil få, og dermed ha kontroll med kostnadene. Verken avtalene de selv har inngått, eller de avtalene de overtok fra fylkeskommunene, er godt nok spesifisert med hensyn til hvilke tjenester avtalene skal gjelde. Dermed mener de regionale helseforetakene at de heller ikke har god nok kontroll med at de får levert og betaler for de tjenestene de faktisk har behov for.

Alle avtalene til Helse Øst RHF og alle avtalene som Helse Sør inngikk etter anbuds konkurransen 2004, inneholder bestemmelser om omfang. Avtalene til Helse Midt-Norge RHF og avtalene som Helse Vest inngikk etter anbuds konkurransen høsten 2004, inneholder ingen bestemmelser om omfang. I samme regionale helseforetak kan det også forekomme at noen avtaler inneholder bestemmelser om omfang og andre ikke. Dette gjelder avtalene til Helse Nord RHF. Det gjelder også avtalene som var gjeldende inntil november 2004 i Helse Vest RHF, og avtalene som Helse Sør overtok etter fylkeskommunene.

I avtalene som inneholder bestemmelser om omfang, er det i noen tilfeller oppgitt hvor stort beløp totalt det regionale helseforetaket maksimalt vil betale for utførte tjenester i løpet av et år. Det kan også være oppgitt hvor mange undersøkelser eller analyser den private leverandøren skal produsere totalt årlig.

Avtalene som er inngått etter anbuds konkurransen mellom Helse Sør RHF og private røntgeninstitut, inneholder mer detaljerte bestemmelser om omfang enn avtalene i de øvrige helseregionene. Avta-

lene til Helse Sør RHF oppgir hvor mange undersøkelser den private leverandøren skal levere totalt og innenfor hver modalitet.⁵⁷ Hver avtale inneholder dessuten en bestemmelse om hvilket geografisk opp-taksområde i regionen den gjelder.⁵⁸

Avtalene til alle de regionale helseforetakene inneholder bestemmelser om hvem som kan henvise pasienten. Avtalene til Helse Øst RHF og avtalene som ble inngått etter anbudskonkurransen i Helse Vest RHF og Helse Sør RHF, gjelder pasienter som er henvist av primærlege, legespesialist, tannlege, kiropraktor og poliklinikk. Avtalene til disse regionale helseforetakene gjelder ikke pasienter som er innlagt i sykehus.

Avtalene til Helse Midt-Norge gjelder pasienter henvist fra helseforetak i tillegg til pasienter henvist av lege, tannlege eller kiropraktor. Avtalen mellom Helse Nord RHF om MR-tjenester i Tromsø gjelder bare pasienter henvist fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Alle avtalene mellom de regionale helseforetakene og private laboratorier og røntgeninstitutt inneholder bestemmelser om pris, men prisbetingelsene er forskjellige. For laboratorietjenester kan prisene være et flatt kronebeløp per analyse, det kan være en takst som varierer med analysens art, eller det kan være en prosentdel av folketrygdens takster.

For private røntgeninstitutt utgjør prisen som regel en prosentandel av NORAKO-verdien.⁵⁹ Denne prosentandelen kunne være fra 30 prosent og oppover i avtalene som ikke er inngått etter forutgående anbudskonkurranse. I avtalene som gjaldt fra 2002 i Helse Midt-Norge og i Helse Vest RHF varierte prisene fra avtale til avtale. Alle avtaler som er inngått etter anbudskonkurranse inneholder like prisbetingelser i samme helseregion, og prisene ligger på mellom 30 og 40 prosent av NORAKO-verdien.

For private røntgeninstitutt kan det også være fastsatt en årlig totalpris for et bestemt antall undersøkelser, for eksempel 2,4 mill. kroner for 16 000 undersøkelser. Dette gjelder begge avtalene med private røntgeninstitutt i Helse Nord RHF. Denne prismodellen var også brukt i avtalene Helse Sør RHF overtok etter fylkeskommunene.

Gjennomgangen av avtalene viser at det varierer om avtalene inneholder bestemmelser om betaling dersom det avtalte prøve- og analysevolumet nås før avtalen utløper. Avtaler som Helse Øst RHF og Helse Sør RHF har inngått etter anbudskonkurranse in-

neholder en bestemmelse om at de private laboratoriene og røntgeninstituttene ikke vil motta godtgjørelse for produksjon som overstiger avtalt volum. I avtalene mellom Helse Nord RHF og private laboratorier og røntgeninstitutt er det fastsatt at godtgjørelse for undersøkelser som overstiger avtalt nivå, må avtales særskilt mellom partene. De private laboratoriene og røntgeninstituttene mottar fortsatt refusjon fra folketrygden selv om de har oversteget avtalt volum med de regionale helseforetakene.

Det går fram av avtalene at grunnlaget for utbetalingene fra regionale helseforetak til private laboratorier og røntgeninstitutt er kopi av refusjonskravene som de private laboratoriene og røntgeninstituttene sender til folketrygden via LABRØNK.⁶⁰

Kategorier av tjenester

Ifølge St.prp. nr. 1 (2002–2003) for Helsedepartementet er det en viktig styringsteknikk at offentligheten gis informasjon om foretakene og de tjenester som ytes.

I Innst. O. nr. 35 (2004–2005), jf. Ot.prp. nr. 5 (2004–2005) Lov om endringer om lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) m.m., sluttet sosialkomiteen seg til at avtalene fortsatt skal regulere hvilke typer av tjenester som skal kunne leveres fra virksomheten, men at det av hensyn til pasientens samlede behov ikke vil være hensiktsmessig å avgrense avtalene til et smalt spekter av tjenester i de tilfellene virksomhetene har en bredde i sitt tilbud.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyste at det ikke har presisert hva kategorisering av tjenester innebærer, og har ikke gitt føringer om hvor spesifiserte avtalene skal være når det gjelder kategorisering av tjenester.

Gjennomgangen av avtalene viser at avtalene som var gjeldende i 2004, inneholder bestemmelser om kategorier av tjenester, men at kategoriene er nokså vide.

Det er bare Helse Øst RHF, Helse Sør RHF og Helse Nord RHF som har avtaler med private laboratorier. Avtalene mellom Helse Øst RHF og private laboratorier inneholder bestemmelser om kategorier av tjenester. I avtalene som gjelder et bredt spekter av tjenester, er kategoriene beskrevet som spesialiteter.⁶¹ I avtalene som gjelder et smalt spekter av tjenester, er kategoriene beskrevet ved hjelp av takstsystemet.⁶² Avtalen Helse Nord RHF har med et privat laboratorium, gjelder et par grupper patologiske prøver. Den nye avtalen Helse Sør RHF har inngått

⁵⁷ Røntgentjenester er delt inn i følgende modaliteter: radiografi (konvensjonell røntgen eller skjelettrøntgen), ultralyd, computertomografi (CT) og magnetisk resonans (MR).

⁵⁸ Opptaksområdene er henholdsvis Sørlandet sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF.

⁵⁹ NORAKO er et kodeverk for poliklinisk radiologi (konvensjonell røntgen, ultralyd, CT og MR) og er grunnlaget for refusjonene som utbetales fra folketrygden. Jf. kapittel 4.5.1.

⁶⁰ Jf. kapittel 4.4 om kontroll av refusjonskravene.

⁶¹ Klinisk kjemi, hermatologi, endokrinologi, allergologi, immunologi og klinisk mikrobiologi.

⁶² Jf. forskriften om stønad til dekning av utgifter til undersøkelser og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter.

med et privat laboratorium inneholder ikke bestemmelser om kategorier av tjenester.

Avtalene mellom regionale helseforetak og private røntgeninstitutt gjelder stort sett alle modaliteter uten nærmere beskrivelse. To avtaler gjelder alle modaliteter unntatt ultralyd. Dette dreier seg om en avtale til Helse Vest RHF og en avtale til Helse Midt-Norge RHF. Tre avtaler gjelder bare MR. Dette dreier seg om to av avtalene Helse Vest RHF inngikk etter anbudskonkurransen og den nyeste avtalen til Helse Nord RHF. I denne avtalen er det i tillegg spesifisert hva slags MR-undersøkelser avtalen gjelder.⁶³

Avtaleperiode og langsiktighet

I Styringsdokument 2003 understreker departementet betydningen av at de private tjenesteleverandørene får rimelige forutsetninger for langsiktig planlegging og rammebetingelser som gir mulighet for rasjonell medvirkning i den samlede helsetjenesten. Avtaleinngåelse og kjøp av tjenester må derfor gjennomføres på måter som ivaretar disse særskilte hensynene.

I Innst. O. nr. 35 (2004–2005), jf. Ot.prp. nr. 5 (2004–2005) Lov om endringer om lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) uttalte sosialkomiteen at avtalene som hovedregel må ha en varighet på minst to år.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyste i intervju at det har gitt signaler om at avtalene som inngås med private laboratorier og røntgeninstitutt skal være langsiktige. Regionale helseforetak står likevel fritt til å bestemme avtalelengde, innenfor de bestemmelser som gjelder gjennom EØS-avtalen. Forskriftens bestemmelse om avtalelengde gjelder bare dersom ikke annet er avtalt mellom partene.

Helse Øst RHF har inngått treårige rammeavtaler som gjelder i perioden 2004–2006, men volum, prøvespekter og pris kan være gjenstand for forhandlinger én gang per år. Avtalene inneholder også et punkt om at dersom staten i avtaleperioden gjennomfører endringer som får vesentlig betydning for avtalen, kan avtalens bestemmelser reforhandles i tråd med intensjonen i avtalen.

På bakgrunn av avholdte anbudskonkurranser er det i Helse Sør RHF og Helse Vest RHF inngått avtaler med under ett års varighet. Avtalene til Helse Sør RHF har ulikt startpunkt, men alle gjaldt til og med 31. desember 2004. Ingen av disse avtalene har varighet over ni måneder. Helse Sør RHF har opsjon på forlengelse i ett år.

Avtalene til Helse Vest RHF gjelder fra 1. november 2004 til og med 30. april 2005. Helse Vest RHF har rett til å forlenge avtalene i inntil ett år der-

som ikrafttredelse av ny finansieringsordning⁶⁴ for denne type røntgentjenester blir utsatt.

Helse Midt-Norge RHF inngikk toårige avtaler i 2002. Disse er ifølge brev av 26. januar 2005 senere prolongert til 1. mai 2005 og innføringen av ny finansieringsordning.

Avtalen Helse Nord RHF har inngått etter anbudskonkurransen, gjelder i tre år fra august 2004. Avtalen om røntgentjenester som ble videreført ved overtakelsen av spesialisthelsetjenesten gjaldt ut 2004, og i e-post av 1. september 2004 til Riksrevisjonen opplyste Helse Nord RHF at de «... kommer til – innenfor reglene – å tilby denne aktøren å reforhandle avtalen». Ifølge samme e-post var gjeldende avtale for laboratorietjenester vurdert på nytt og løper til 30. juni 2006.

4.3.4 Oppfølging av avtalene

Det varierer hvilke rapporteringskrav de regionale helseforetakene har til private laboratorier og røntgeninstitutt. I noen avtaler er det stilt krav om månedlig rapportering, mens i andre avtaler er det ikke stilt krav om rapportering i det hele tatt.

Alle de regionale helseforetakene unntatt Helse Nord RHF krever å få tilsendt kopi av refusjonskravene som går til trygdeetaten i forbindelse med de månedlige utbetalingene. I Helse Midt-Norge RHF gjelder dette kravet i tre av fem avtaler.

Avtalene til Helse Øst RHF, og avtalene som Helse Vest RHF og Helse Sør RHF inngikk etter anbudskonkurransen 2004, åpner for at det regionale helseforetaket til enhver tid kan be om særrapporter. Disse særrapportene kan inneholde opplysninger om undersøkelsesvolum etter modalitet, etter navngitt rekvirerende lege, etter bostedskommune, eller etter fylke.

I avtalene mellom Helse Midt-Norge RHF og de private røntgeninstituttene er det i fire av avtalene stilt krav om månedlig rapportering i tillegg til kopien av refusjonskravene til trygdeetaten, mens det ikke er stilt krav om rapportering i den siste avtalen.

Leverandøren som fikk avtale med Helse Nord RHF etter anbudskonkurransen 2003, skal hvert tertial gi Helse Nord RHF en oversikt over antall og type undersøkelser utført på vegne av det regionale helseforetaket. De to andre avtalene til Helse Nord RHF inneholder ikke noe punkt om rapportering.

I avtalene som løp fram til 1. november 2004 i Helse Vest RHF, var det stilt krav om månedlig rapportering. I avtalene Helse Sør RHF overtok fra fylkeskommunene, var det bestemmelser om oppfølging i alle laboratorieavtalene, men bare i én av røntgenavtalene.

⁶³ MR med hovedvekt på nevro- og ortopedradiologiske problemstillinger.

⁶⁴ Jf. St. meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten og Ot.prp. nr. 5 (2004–2005). lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) m.m.

Helse Øst RHF og Helse Sør RHF og Helse Midt-Norge har stilt krav om at rapportene ikke skal inneholde opplysninger som kan identifisere pasienter. Helse Vest RHF krever derimot at de private leverandørene skal registrere pasientenes adresse slik den går fram av folkeregisteret.

Helse Øst RHF opplyste at de følger med på produksjonen gjennom den månedlige rapporteringen. Helse Øst RHF får tilsendt en fullstendig rapport fra de private laboratoriene og røntgeninstituttene på slutten av året. Helse Midt-Norge RHF opplyste at innrapportering av data for behandling har stått sentralt ved utformingen av avtaleteksten. For private røntgeninstitutt har Helse Midt-Norge RHF i tillegg krevd å få data som kan benyttes til statistiske analyser.

I de øvrige tre regionale helseforetakene synes det som om oppfølgingen er svakere. Helse Sør RHF opplyste at det på intervju tidspunktet ikke fantes gode ordninger for å følge opp aktiviteten. Den gang var det helseforetakene som fulgte opp avtalene med private laboratorier og røntgeninstitutt. Dette ansvaret er senere flyttet til en administrativ enhet, gjesteoppgjørskontoret, ved det regionale helseforetaket. Det ble antatt at dette ville gi bedre muligheter for oppfølging.

Helse Vest RHF opplyste at det er begrenset oppfølging av om de private laboratoriene og røntgeninstituttene oppfylder avtaleforpliktelsene. Helse Vest RHF kontrollerer ikke takstbruken, men går ut fra at trygdeetaten tar en tilstrekkelig kontroll av oppgjørene. Helse Vest RHF uttrykte at det i begynnelsen var vanskelig å følge opp avtalene på grunn av mangel på erfaring og kompetanse.

Helse Nord RHF opplyste at det er nærmest umulig å oppnå tilstrekkelig rapportering og kontroll med at private aktører leverer det som faktisk har blitt kjøpt og avtalt, fordi avtalene ikke er spesifikke nok. Samtidig uttrykte Helse Nord RHF at det i systemet for trygderefusjoner ligger mye informasjon som ikke blir benyttet for kontrollformål.

4.3.5 Utveksling av informasjon mellom de regionale helseforetakene og trygdeetaten

Rikstrygdeverket opplyste at det har deltatt på møter mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene i forbindelse med at private laboratorier og røntgeninstitutt innen 1. mai 2005 må ha inngått avtaler med regionale helseforetak for å ha rett til refusjon fra folketrygden. Møtene har blitt arrangert fra og med mai 2004. Siktemålet har vært å gi veiledning om avtaleinnhold og andre krav til avtalene som inngås. Veiledningen er basert på de endringene i inntektssystemet for spesialisthelsetjenesten som er foreslått i St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.

Rikstrygdeverket opplyste at det ikke avgis rutinemessig informasjon til regionale helseforetak over

hvor mange analyser og undersøkelser som blir utført ved private laboratorier og røntgeninstitutt, eller hvor mye Rikstrygdeverket utbetaler i refusjoner til de enkelte private laboratoriene og røntgeninstituttene hver måned. Ifølge Rikstrygdeverket er det heller ikke mottatt forespørsler fra regionale helseforetak når det gjelder informasjon om utbetaling og kontroll av oppgjørene med private laboratorier og røntgeninstitutt.⁶⁴

4.4 TRYGDEETATENS KONTROLL MED OPPGJØR TIL PRIVATE LABORATORIER OG RØNTGENINSTITUTT

Utbetalingen av og kontrollen med oppgjør til alle landets private laboratorier og røntgeninstitutt ble fra og med 1. januar 2002 sentralisert til Regional oppgjørsenhet Oslo.⁶⁶ Sentraliseringen fant sted samtidig med at alle de private laboratoriene og røntgeninstituttene ble pålagt å benytte trygdeetatens elektroniske løsning LABRØNK for registrering og innsending av krav om refusjoner fra folketrygden.⁶⁷ Regional oppgjørsenhet Oslo har opplyst at det er to saksbehandlere som behandler oppgjør fra private laboratorie- og røntgenvirksomheter.

4.4.1 Trygdeetatens oppgjørsorganisasjon

Fra og med september 2004 er trygdeetatens arbeid med direkte oppgjør til alle grupper av behandlere skilt ut og organisert i en egen oppgjørsorganisasjon. Trygdeetatens oppgjørsorganisasjon består av nasjonal oppgjørsenhet, seks regionale oppgjørsenheter og elleve lokale oppgjørsenheter. Regional oppgjørsenhet Oslo er en del av Trygdeetatens oppgjørsorganisasjon.⁶⁸

Ifølge nasjonal oppgjørsenhet var bakgrunnen for omorganiseringen at trygdeetaten skal ha et vesentlig større fokus på kontrollarbeidet enn det som tidligere har vært tilfelle. Blant annet er arbeidet med direkte oppgjør til flere behandlergrupper sentralisert. Hensikten med å sentralisere oppgjørsarbeidet er å øke kompetansen og styrke kontrollen med oppgjørene. Totalt sett skal dette gi en kvalitetsheving og en effektivisering av oppgjørsarbeidet.

⁶⁴ Ifølge Rikstrygdeverket er slike data avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med arbeidet omkring St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.

⁶⁶ Regional oppgjørsenhet Oslo het på det tidspunktet oppgjørskontoret i Oslo.

⁶⁷ LABRØNK er både trygdeetatens elektroniske program for kontroll av refusjoner til de private leverandørene og de private leverandørenes elektroniske program for å fremme krav om refusjoner fra folketrygden.

⁶⁸ Direkte oppgjør med behandler eller tjenesteyter er hjemlet i lov om folketrygd, §22–2. I tillegg til oppgjør fra private laboratorier og røntgeninstitutt behandler oppgjørsenhetene blant annet oppgjør fra leger, apotekere og bandasjister.

Nasjonal oppgjørsenhet har både ansvaret for å koordinere den totale virksomheten i oppgjørsorganisasjonen og et overordnet fagansvar for behandlingsoppgjør. I tillegg foretar nasjonal oppgjørsenhet prioriteringer med bakgrunn i signaler fra overordnet myndighet gjennom Rikstrygdeverket. Direktøren for oppgjørsorganisasjonen sitter i nasjonal oppgjørsenhet og er ansvarlig for hele driften i organisasjonen og rapporterer til trygdedirektøren. I mål- og disponeringsbrevet skal det gå fram hva Trygdeetatens oppgjørsorganisasjon skal rapportere på til Rikstrygdeverket.⁶⁹

4.4.2 Kontrollstrategi og risikovurderinger

Ifølge tildelingsbrevet fra Sosialdepartementet⁷⁰ til Rikstrygdeverket for 2004, er oppgjørskontroll basert på risikovurderinger og fastsatt kontrollstrategi det sentrale virkemiddelet for å oppnå god kvalitet i kontrollen av oppgjør med institusjonene. Dette skal sikre at målet om korrekte oppgjør for private laboratorier og røntgeninstitutt med rett til refusjon blir nådd. Dette kravet er også nedfelt i Rikstrygdeverkets dokument Mål og prioriteringer 2004.⁷¹

For å oppnå en tilfredsstillende styring og kontroll med direkte oppgjør, er det ifølge Rikstrygdeverkets Kontrollstrategi for direkte oppgjør blant annet vesentlig at kontroller blir gjennomført, at gjennomførte kontroller har tilfredsstillende kvalitet, og at arbeidet er tilfredsstillende organisert.

Ifølge Rikstrygdeverkets dokument Kontrollstrategi for direkte oppgjør fra desember 2001, er en kontrollstrategi en overordnet beskrivelse av hvordan kontrollarbeidet skal utføres på oppgjørsenheten. Kontrollstrategien skal baseres på en risikovurdering. Med risikovurdering menes at oppgjørsenheten på en systematisk måte må vurdere og dokumentere hvilke faktorer som kan hindre korrekte oppgjør med behandlere, leverandører og tjenesteytere.

Rikstrygdeverkets Kontrollstrategi for direkte oppgjør inneholder blant annet et skjema som kan brukes som en mal for risikovurderinger. Det er imidlertid de enkelte oppgjørsenhetene i trygdeetatens oppgjørsorganisasjon som skal vurdere hvilke risikofaktorer som kan føre til feilutbetalinger, og hvilke tiltak som kan hindre dette.

Regional oppgjørsenhet Oslo har utarbeidet en egen kontrollstrategi for elektronisk innsendte oppgjør fra offentlige poliklinikker og fra private laboratorier og røntgeninstitutt. Oppgjørsenhetens kontrollstrategi lister opp ni kontroller som saksbehandlere skal gjennomføre før godkjenning og utbetaling av oppgjør.

«Før godkjenning og utbetaling av oppgjør kontrollerer vi følgende

- *kontrollere at poliklinikken/laboratoriet/røntgeninstituttet har rett til trygdeerefusjon.*
- *oppgjøret er sendt elektronisk.*
- *oppgjøret er kontrollert med siste Polk⁷²/labrønkversjon.*
- *oppgjøret ikke er sendt og utbetalt tidligere (ikke dobbelt oppgjør).*
- *oppgjøret inneholder ikke regninger fra tidligere innsendte og utbetalte oppgjør.*
- *Følge med refusjonsutvikling.*
- *Kontrollere organisasjonsnummeret.*
- *Kontrollere kontonummeret.*
- *takstene er brukt riktig.»*

(Kontrollstrategien for Oppgjørskontoret for behandlere i Oslo)

Det er ikke beskrevet hva hver av disse kontrollene innebærer. Oppgjørsenheten opplyste at denne kontrollstrategien er basert på Rikstrygdeverkets Kontrollstrategi for direkte oppgjør og enhetens egne risikovurderinger. Oppgjørsenhetens kontrollstrategi er ikke helt oppdatert når det gjelder hva som blir kontrollert på oppgjør med private laboratorier og røntgeninstitutt. Ifølge oppgjørsenheten foreligger også risikovurderingene skriftlig, men Regional oppgjørsenhet Oslo har ikke kunnet legge risikovurderingene fram for Riksrevisjonen.

4.4.3 Kontroll av oppgjør med private laboratorier og røntgeninstitutt ved Regional oppgjørsenhet Oslo

Kontroll av oppgjørene til private laboratorier og røntgeninstitutt er ifølge Regional oppgjørsenhet Oslo et område med få aktører og store utbetalinger. Det behandles minst ett oppgjør månedlig fra hver av de 39 private leverandørene av laboratorie- eller røntgentjenester.

Oppgjør er det samlede kravet om refusjoner det private laboratoriet eller røntgeninstituttet sender til oppgjørsenheten for behandling. Refusjonskravet består av en samleregning og flere enkeltregninger. Samleregningen viser summen i det totale oppgjøret, mens enkeltregningene er regninger for hver analyse og undersøkelse som er utført. Enkeltregningene inneholder blant annet detaljert informasjon om hvilke analyser og undersøkelser som har blitt rekvirert og hvilke koder og takster som er brukt.

Ifølge generelt rundskriv kapittel 5 skal saken følges opp dersom det blir oppdaget feil eller misligheter. Trygdeetaten kan i slike tilfeller reagere på forskjellige måter avhengig av hvor alvorlig forseel-

⁶⁹ Møte mellom nasjonal oppgjørsenhet og Riksrevisjonen 13. januar 2005.

⁷⁰ Arbeids- og sosialdepartementet fra og med 1. oktober 2004.

⁷¹ Dokumentet fra Rikstrygdeverket fastsetter blant annet mål og resultatkrav for ulike områder i trygdeetaten.

⁷² POLK er det elektroniske kontrollprogrammet for oppgjør mellom trygdekontor (oppgjørsenhet) og offentlige poliklinikker.

sen er. For mye utbetalt beløp skal alltid kreves tilbake. Andre mulige reaksjoner kan være utelukkelse fra avtale om direkte oppgjør eller utelukkelse fra å praktisere for trygdens regning (se folketrygdloven § 25–6).

I Dokument nr. 1 (2002–2003) påpekte Riksrevisjonen at refusjon av utgifter til oppgjør til private laboratorier og røntgeninstitutt i stor grad har vært bygd på tillit. En vesentlig del av oppgjørene skjer uten at det er foretatt kontroll mot grunnlagsdokumentasjonen. Mangelfull intern kontroll øker generelt risikoen for misligheter.

I sitt svar til Riksrevisjonens bemerkninger i Dokument nr. 1 (2002–2003) gav Sosialdepartementet uttrykk for at det har vært en positiv utvikling når det gjelder regnskap og kontroll i trygdeetaten de siste årene. Det gikk likevel fram av svaret at kontrollinnsatsen bør økes, og at kontrollen av formalia ved utbetaling av oppgjørene bør utvides. Både Helsedepartementet og Sosialdepartementet vil følge tett med i utviklingen på disse områdene.

Ifølge Regional oppgjørsenhet Oslo ligger folketrygdloven § 5–5 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter til grunn for kontrollarbeidet som utføres i tilknytning til oppgjør med private laboratorier og røntgeninstitutt.⁷³

Oppgjørene fra private laboratorier og røntgeninstitutt er både gjenstand for maskinelle kontroller gjennom LABRØNK og manuelle kontroller av saksbehandleren.

Forkontroll

I forbindelse med alle oppgjør blir det gjennomført noen rutinemessige kontroller. Noen av disse blir gjort maskinelt i LABRØNK, og noen blir gjort manuelt av saksbehandleren.

Maskinelle kontroller i LABRØNK⁷⁴

Rikstrygdeverket opplyste at private laboratorier og røntgeninstitutt leser refusjonskravet fra en fil inn i LABRØNKs database.⁷⁵ Hele prosessen fra den private leverandøren leser inn refusjonskravet i LABRØNK til kravet blir mottatt hos Regional oppgjørsenhet Oslo, er en maskinell prosess.

⁷³ Folketrygdloven kapittel 5 Stønad ved helsetjenester, § 5–5 Private laboratorier og røntgeninstitutt. Forskrift av 27. juni 2003 nr. 959 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter.

⁷⁴ Beskrivelsen er basert på opplysningene som kom fram i møtet mellom Rikstrygdeverket og Riksrevisjonen i november 2004 og møtet mellom Regional oppgjørsenhet Oslo og Riksrevisjonen i januar 2005.

⁷⁵ Private laboratorier og røntgeninstitutt som har avtale om direkte oppgjør med trygdeetaten og har sertifikat for bruk av LABRØNK, har tilgang til å registrere refusjonskrav i LABRØNK lokalt i virksomheten.

Ifølge Rikstrygdeverket er antallet merknader som produseres i LABRØNK, lite i forhold til antallet refusjonskrav som mottas ved Regional oppgjørsenhet Oslo. Ingen refusjonskrav blir ifølge Rikstrygdeverket maskinelt avvist når de kommer til behandling ved oppgjørsenheten. Eventuelle merknader på oppgjørsrapporten er den eneste dokumentasjonen på at det er foretatt maskinelle kontroller på oppgjøret i LABRØNK.

I møtet med Rikstrygdeverket ble det opplyst at verken POLK eller LABRØNK er tilfredsstillende elektroniske kontrollprogrammer for å oppfylle trygdeetatens kontrollstrategi. I brev av 23. juni 2005 fra Rikstrygdeverket til Helse- og omsorgsdepartementet går det fram at Rikstrygdeverket har konkrete planer om å utvikle trygdeetatens kontrollstrategi på området. Blant annet er Rikstrygdeverket i ferd med å utvikle en ny generasjon kontrollprogrammer på alle behandlerområder. Hensikten er å overføre manuelle rutiner til maskinell kontroll. En ny kontrollstrategi som kan utnytte de nye kontrollprogrammene, vil være implementert i trygdeetaten i løpet av 2006.

Eksisterende regelverk for refusjoner til private leverandører av laboratorie- og røntgentjenester er ifølge oppgjørsenheten utgangspunktet for de kontrollene som blir gjort i LABRØNK. Regelverket har ifølge oppgjørsenheten svakheter som begrenser hvor godt LABRØNK kan bli som elektronisk kontrollprogram.

Manuelle kontroller

Ifølge Regional oppgjørsenhet Oslo har saksbehandleren en viktigere rolle i kontrollen av oppgjørene enn LABRØNK. LABRØNK produserer merknader på oppgjørsrapporten,⁷⁶ og saksbehandleren kontakter private leverandører for nødvendige oppdateringer eller endringer. Kontakten med private laboratorier og røntgeninstitutt er hovedsakelig muntlig.

Hvis saksbehandleren gjennom den løpende kontrollen (minimumskontrollen) av refusjonskrav oppdager avvik eller feil i oppgjøret, er det ifølge Rikstrygdeverket saksbehandleren på oppgjørsenheten som skal vurdere hvilke tiltak som må settes i verk. Regional oppgjørsenhet Oslo har ikke kunnet legge fram for Riksrevisjonen skriftlige saksbehandlingsrutiner for iverksettelse og gjennomføring av slike tiltak.

Kontroll av nye leverandører

Ifølge Rikstrygdeverkets Kontrollstrategi for direkte oppgjør skal det gjøres ulike kontroller i de forskjel-

⁷⁶ En oppgjørsrapport angir antall regninger og viser hvilke regninger som ble avvist i oppgjøret og en indikasjon på hvorfor de ble avvist. Brukerhåndbok LABRØNK. Versjon 1.0 19.12.2001.

lige fasene i saksbehandlingen av et direkte oppgjør. Kontroll av nye behandlere, leverandører og tjenesteytere er én kontrollaktivitet som behandles spesielt i strategidokumentet. I Kontrollstrategi for direkte oppgjør er det nedfelt at det skal gjøres flere kontroller knyttet til nye leverandørers refusjonsrett, blant annet en grundig kontroll nye leverandørers takstbruk.

Opgjørsenheten opplyste at det er utarbeidet skriftlige rutiner for kontroll av nye private laboratorier og røntgeninstitutt.⁷⁷ Regional oppgjørsenhet Oslo har ikke kunnet legge fram disse rutinene for Riksrevisjonen.

Ifølge oppgjørsenheten blir alle nye leverandører kontrollert nøye.⁷⁸ Kontakten med og oppfølgingen av nye leverandører skjer hovedsakelig muntlig mellom saksbehandleren og den private leverandøren.

Gjennomgangen av saksmapper for ti tilfeldig utvalgte private laboratorier og røntgeninstitutt, viste at det ikke forelå dokumentasjon på at det var gjennomført en særskilt kontroll av nye private laboratorier og røntgeninstitutt.

Løpende kontroll

Regional oppgjørsenhet Oslo opplyste at den løpende kontrollen (minimumskontrollen) blant annet består av at saksbehandleren kontrollerer leverandørens rett til å motta refusjoner fra folketrygden, om oppgjøret er sendt og utbetalt tidligere, og om leverandøren har brukt siste versjon av LABRØNK.

Saksbehandleren kontrollerer om den private leverandøren har rett til refusjoner fra folketrygden i alle oppgjør med private laboratorier og røntgeninstitutt. Saksbehandleren kontrollerer dessuten samleregningen og noen enkeltregninger i alle innkomne oppgjør.⁷⁹ Oppgjørsenheten opplyste at det er enhetens kontrollstrategi som er utgangspunktet for hvilke kontroller som gjennomføres. Regional oppgjørsenhet Oslo kunne ikke legge fram andre skriftlige rutiner for gjennomføring og oppfølging av den løpende kontrollen enn de som går fram av enhetens kontrollstrategi.

Dersom det avdekkes feil gjennom den løpende kontrollen, blir det ifølge oppgjørsenheten enten skrevet et notat eller den private leverandøren kontaktes per telefon.

⁷⁷ Ifølge oppgjørsenheten blir en ny leverandør av laboratorie- eller røntgentjenester identifisert ved at LABRØNK produserer en merknad på oppgjørsrapporten om at leverandøren mangler historikk. Det innebærer at leverandøren ikke har sendt oppgjør via LABRØNK til oppgjørsenheten tidligere.

⁷⁸ Den viktigste kontrollhandlingen i forhold til oppgjør fra nye leverandører er ifølge oppgjørsenheten kontrollen av om leverandøren har refusjonsrett. I tillegg blir det blant annet foretatt kontroll av om leverandøren har sertifikat for bruk av LABRØNK, og om det er inngått avtaler med regionale helseforetak.

⁷⁹ En samleregning består av alle enkeltregningene leverandøren krever refusjon for fra folketrygden.

Saksmappegjennomgangen viste at det ikke foreligger noen skriftlig dokumentasjon på at alle samleregninger kontrolleres. Det forelå heller ingen dokumentasjon på at de ni kontrollene som er listet opp i oppgjørsenhetens kontrollstrategi, blir utført systematisk på alle innkomne oppgjør.

Stikkprøvekontroll

Ifølge Regional oppgjørsenhet Oslo ligger enhetens kontrollstrategi til grunn for stikkprøvekontrollen. Oppgjørsenheten opplyste at enheten har satt i gang arbeidet med å oppdatere og konkretisere skriftlige rutiner for stikkprøvekontrollen. Regional oppgjørsenhet Oslo kunne ikke legge fram skriftlige rutiner for gjennomføring og oppfølging av stikkprøvekontroller.

Ifølge oppgjørsenheten kan en stikkprøvekontroll bestå av mellom 50 og 1 000 kontroller per oppgjør. Det er variasjon i størrelsen på oppgjørene målt i antall enkeltregninger.⁸⁰ Enheten opplyste at det er hensiktsmessig at saksbehandleren gjennomfører stikkprøvekontroller ettersom hvert refusjonskrav består av mange enkeltregninger. I stikkprøvekontrollen går saksbehandleren inn i enkeltregningen og kontrollerer for eksempel leverandørens takstbruk.

Opgjørsenheten opplyste at det gjennomføres stikkprøvekontroll i tilnærmet alle oppgjør. Hvis stikkprøvekontrollen avdekker avvik, blir det ifølge enheten tatt grundigere kontroller. Eventuelt kan saksbehandleren gjennomføre en utvidet kontroll (dybdekontroll) av det aktuelle oppgjøret. Dersom det gjennom stikkprøvekontrollen avdekkes feil i refusjonskravet, tar saksbehandleren utskrift av oppgjørsrapporten.⁸¹

Noen av saksmappene som ble gjennomgått ved oppgjørsenheten inneholdt dokumentasjon på dialog mellom oppgjørsenheten og private leverandører vedrørende leverandørens bruk av enkelte takster. Blant annet ble det funnet kopi av brev til leverandører der oppgjørsenheten påpekte feil bruk av takster og anmodet leverandøren om å endre praksis. Saksmappene inneholdt ikke ytterligere dokumentasjon på at det er gjennomført stikkprøvekontroller.

Utvidede kontroller (dybdekontroller)

Ifølge Regional oppgjørsenhet Oslo er det utarbeidet en skriftlig risikovurdering som ligger til grunn for dybdekontrollene. Ved siden av risikovurderingen er

⁸⁰ Ifølge Regional oppgjørsenhet Oslo sender for eksempel ett privat laboratorium mellom 50 og 60 000 regninger i måneden, og hver enkelt regning inneholder flere prøver og analyser.

⁸¹ Ifølge oppgjørsenheten er det vanskelig å avgjøre om feil som avdekkes gjennom stikkprøvekontroll skyldes tilfeldigheter som at den private leverandøren har lest inn oppgjøret feil, misforstått en regel eller liknende, eller om det er bevisste forsøk på svindel. Feilen kan også skyldes tekniske problemer i dataoverføringen.

det saksbehandlerens erfaring og skjønn som er grunnlaget for en utvidet kontroll. Regional oppgjørsenhet Oslo har ikke kunnet legge fram for Riksrevisjonen en skriftlig risikovurdering for utvidet kontroll.

Ifølge Regional oppgjørsenhet Oslo kan det gjennomføres utvidede kontroller dersom den løpende kontrollen eller stikkprøvekontrollen avdekker feil. I de tilfellene der oppgjørsenheten gjennomfører utvidede kontroller, er enheten sikker på at det er gjort feil og utbetalt for store beløp til leverandøren.

Ifølge oppgjørsenheten gjennomføres det årlig fem–seks utvidede kontroller. Utvidede kontroller strekker seg ofte over flere måneder fordi kontrollen krever at saksbehandleren følger med på og gjennomgår flere oppgjør. I tillegg kan én utvidet kontroll omfatte flere private laboratorier eller røntgeninstitutt samtidig. Oppgjørsenheten opplyste at det også ved utvidet kontroll er rasjonelt å bruke muntlig kontakt med leverandøren for å avklare fakta, og at det skrives notater av viktig muntlig kommunikasjon. De skriftlige notatene blir ifølge enheten arkivert.

Saksmappegjennomgangen ved Regional oppgjørsenhet Oslo gav få indikasjoner på at det er gjennomført utvidede kontroller av oppgjør til private laboratorier og røntgeninstitutt.

4.4.4 Rikstrygdeverkets tilrettelegging av oppgjørskontrollen

Rikstrygdeverket opplyste at de er i ferd med å bygge opp kompetansen når det gjelder oppgjør med offentlige poliklinikker og private laboratorier og røntgeninstitutt. Behandling av oppgjør fra private laboratorier og røntgeninstitutt har tidligere ikke vært prioritert. Høsten 2003 ble to til tre årsverk i Rikstrygdeverket øremerket dette formålet.

Mønsteravtaler

I det generelle rundskrivet til kapittel 5 i folketrygdloven går det fram at Rikstrygdeverket har utarbeidet mønsteravtaler som skal legges til grunn når Regional oppgjørsenhet Oslo inngår avtaler om direkte oppgjør med hver behandler eller tjenesteyter.⁸²

Ifølge Rikstrygdeverkets kontrollstrategi vil mønsteravtaler med private aktører vise hva som skal kontrolleres i oppgjørsordningene til ulike behandlergrupper. Oppgjørsenhetene må derfor sette seg inn i disse avtalene for å få oversikt over hva som helt eksakt skal kontrolleres i den enkelte oppgjørsordning.⁸³

Ifølge Regional oppgjørsenhet Oslo foreligger det ikke tilpassede oppgjørsavtaler (mønsteravtaler) for private laboratorier og røntgeninstitutt. Oppgjørsenheten opplyste at enheten har etterlyst mønsteravtaler i flere år. Oppgjørsavtalene ville ifølge enheten kunne formalisere forholdet til den private leverandøren og konkretisere hva oppgjørsenheten skal kontrollere.

I brev av 23. juni 2005 til Helse- og omsorgsdepartementet viser Rikstrygdeverket til at folketrygdloven § 22–2 ikke stiller krav til form og innhold i oppgjørsavtalene, og uttaler at individuelle oppgjørsavtaler vil kunne inngås muntlig. Rikstrygdeverket opplyser at det ble utarbeidet en mønsteravtale for private laboratorier og røntgeninstitutt i 1999. Vinteren 2004 ble denne mønsteravtalen revidert. Iverksettelsen av denne mønsteravtalen er imidlertid utsatt. Dette skyldes dels opprettelsen av trygdeetatens oppgjørsorganisasjon, dels lovendringen som innebærer at private laboratorier og røntgeninstitutt må ha avtale med et regionalt helseforetak for å kunne motta trygderefusjon.

I brev av 12. september 2005 til Helse- og omsorgsdepartementet bemerker Rikstrygdeverket at prosessen med å utarbeide en ny avtakte ble startet, men arbeidet ble utsatt på grunn av uklarhet i hvem som skulle være avtalepartner. For å unngå en situasjon der Rikstrygdeverket måtte endre avtalen kort tid etter at en ny avtale var inngått, valgte Rikstrygdeverket å vente til trygdeetatens oppgjørsorganisasjon var opprettet og fylketrygdloven § 5–5 var endret. Denne beslutningen ble fattet etter en juridisk gjennomgang av avtalesituasjonen på området. Etter Rikstrygdeverkets oppfatning er det ikke hensiktsmessig å søke å sikre hensynet til hensiktsmessig kontroll gjennom detaljregulering i individuelle oppgjørsavtaler.

Faglig støtte

For laboratorier er det i liten grad presisert og konkretisert hvilke prøver og analyser som utløser hvilke takster. Ifølge Regional oppgjørsenhet Oslo er det derfor vanskelig for en saksbehandler å avgjøre hva som er korrekt takstbruk for en prøve eller analyse. For røntgenundersøkelser er det vanskelig for saksbehandleren å holde oversikten over alle mulige kombinasjoner av NORAKO- og PK-koder.⁸⁴

Opgjørsenheten uttrykte at i noen tilfeller gjør laboratoriet eller røntgeninstituttet flere undersøkelser enn det som går fram av henvisningen fra rekvisrenten. Saksbehandleren må vurdere om ekstraundersøkelsene er medisinsk nødvendige eller er utført for å kunne kreve mer betalt fra trygden. Dette forholdet er vanskelig å kontrollere så lenge det ikke finnes et tilstrekkelig faglig støtteapparat. Dersom det blir tatt flere prøver enn det som går fram av re-

⁸² Generelt rundskriv til kapittel 5 i lov om folketrygd. Rikstrygdeverket 1. oktober 2004.

⁸³ Kontrollstrategi for direkte oppgjør. Rikstrygdeverket desember 2001.

⁸⁴ Jf. kapittel 4.5.

kvisisjonen, må leverandørene dokumentere at de har rådført seg med rekvirenten.

Regional oppgjørsenhet Oslo opplyste at enheten gjennom kontrollarbeidet har avdekket til dels store feilutbetalinger i oppgjør med private laboratorier og røntgeninstitut. Ifølge enheten vil et forsterket faglig støtteapparat med blant annet takstutvalg gi oppgjørsenheten mulighet til flere og bedre utvidede kontroller.⁸⁵

Regional oppgjørsenhet Oslo opplyste at saksbehandlerne samarbeider tett med Rikstrygdeverket. Rådgivende lege ved enheten blir også brukt en del, men vedkommende har ikke alltid nødvendig kompetanse. Trygdeetaten har likevel tilgang på en gruppe av rådgivende leger som kan kontakte sitt nettverk for å besvare oppgjørsenhetens spørsmål om takstbruk.

Ifølge Rikstrygdeverket er trygdemedisinsk avdeling rådgivende instans i faglige spørsmål knyttet til rett bruk av koder og takster. Det må ofte tas prinsipielle valg om hvordan ulike laboratorieprøver og røntgenundersøkelser skal kodes, og om hvilke takster som skal gjelde for de ulike kodene

I tildelingsbrevet for 2005 fra Arbeids- og sosialdepartementet til Rikstrygdeverket ber Helse- og omsorgsdepartementet Rikstrygdeverket spesielt vurdere om opprettelse av egne takstutvalg vil være formålstjenlig.

Opgjørsenheten har i flere år etterlyst et takstutvalg for laboratorie- og røntgentjenester. Fram til intervjudispunktet hadde det ikke eksistert noe takstutvalg, og oppgjørsenheten gav uttrykk for at det hadde begrenset saksbehandlernes mulighet til å kontrollere takstbruken til både offentlige og private leverandører.

Rikstrygdeverket opplyser i brev at 23. juni 2005 til Helse- og omsorgsdepartementet at det er opprettet et takstutvalg for radiologi i februar 2005. Rikstrygdeverket bemerker videre at laboratiefaget er delt opp i en rekke spesialiteter. Det vil derfor kunne være nødvendig med opptil sju forskjellige takstutvalg for å dekke hele laboratiefeltet. Rikstrygdeverket påpeker at det vil kreve store ressurser for å administrere og finansiere så mange takstutvalg.

4.4.5 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging

I tilknytning til rapporten fra 2003⁸⁶ som ble utarbeidet på oppdrag fra Helsedepartementet i forbindelse med St.prp. nr. 65 (2002–2003), ble det foreslått en

⁸⁵ Uten takstutvalg er det ifølge oppgjørsenheten blant annet vanskelig å vurdere om den private leverandøren utfører flere undersøkelser enn det som går fram av rekvisisjonen fordi det er medisinsk nødvendig, eller fordi leverandøren skal kunne ta mer betalt fra folketrygden.

⁸⁶ Deloitte & Touche: «Gjennomgang av utbetalinger fra RTV til poliklinikker, laboratorier og røntgeninstitutter».

del tiltak for å håndtere refusjonsordninger til offentlige poliklinikker og private laboratorier og røntgeninstitut. Blant annet burde Helsedepartementet definere format og frekvens på styringsinformasjonen og følge opp hvordan Rikstrygdeverket administrerer ordningen. Rikstrygdeverket burde etablere dokumenterte rutiner for kontroller som skal utføres ved oppgjørskontoret. Dessuten burde Rikstrygdeverket få i stand resultatrapportering fra oppgjørskontorene⁸⁷ til Rikstrygdeverket og gjennomføre jevnlig etterprøving av kontrollaktiviteter på oppgjørskontorene.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyste at det har vært en positiv utvikling på alle punktene som er nevnt i rapporten. Rapporten har ført til at Rikstrygdeverket har en tettere oppfølging av utgifter til private laboratorier og røntgeninstitut. Departementet har tatt initiativ overfor Rikstrygdeverket for å få til endret rapportering vedrørende frekvens og format for private laboratorier og røntgeninstitut og for å få opprettet et takstutvalg for henholdsvis laboratorie- og røntgentjenester. Initiativene har blitt fremmet gjennom Sosialdepartementets og Arbeids- og sosialdepartementets tildelingsbrev til Rikstrygdeverket for 2004 og 2005.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyste at det fra februar 2005 er etablert en statistikkdatabase som reflekterer refusjonskrav og faktiske utbetalinger. Denne databasen er et virkemiddel for Rikstrygdeverket som tilskuddsforvalter og vil bedre statistikk- og kontrollgrunnlaget.

I tildelingsbrevet for 2005 fra Arbeids- og sosialdepartementet til Rikstrygdeverket ber Helse- og omsorgsdepartementet Rikstrygdeverket om å videreutvikle kontrollen og sikre at kontrollen fungerer etter intensjonen. Rikstrygdeverket skal etablere et bedre grunnlag for å avgi styringsinformasjon og informasjon for interne analyseformål. Helse- og omsorgsdepartementet ber om rapportering om eventuelle avvik i oppgjør og feilutbetalinger i halvårs- og årsrapport.

4.5 TJENESTEPRODUKSJON I OFFENTLIG OG PRIVAT LABORATORIE- OG RØNTGEN-VIRKSOMHET

4.5.1 Aktivitetsbeskrivelse og beregning av refusjoner

Laboratorievirksomhet

Laboratorievirksomhet består av flere spesialiteter. De store områdene er medisinsk biokjemi, mikrobiologi og patologi.

Det finnes ikke et standardisert klassifiseringssystem for aktiviteten som utføres i offentlige og private laboratorier, og det går fram av HEROs undersøkelse at det er en total mangel på standardisering

⁸⁷ Oppgjørsenhetene fra september 2004.

av analyser i offentlig laboratorievirksomhet. De offentlige laboratoriene brukte rundt 12 000 forskjellige analysenavn på 14 000 utførte analyser innenfor medisinsk biokjemi.

Både i offentlig og privat laboratorievirksomhet vil utbetalingene skje på grunnlag av innrapportert aktivitet. Bare 40 av 57 offentlige sykehus kunne gi fullstendige opplysninger om laboratorieavdelingenes aktivitet. Det er forskjellige takstsystemer for laboratorieanalyser utført i offentlig og privat laboratorievirksomhet.⁸⁸ Takstsystemene er stykkprissystemer der ulike typer analyser genererer ulike takster. Takstsystemene er inndelt i kategorier etter spesialisitet og hvor ressurskrevende det er å utføre analysene. Informasjonen om utførte analyser skal rapporteres til Rikstrykdeverket via POLK⁸⁹ eller LABRØNK.

Kategoriene i takstsystemet for offentlig virksomhet er grovt inndelt. Kategoriene er heller ikke gjensidig utelukkende og gir stort rom for skjønn, noe som fører til at en analyse kan utløse flere forskjellige takster. Takstkategoriene for privat virksomhet har en finere inndeling og gir mindre rom for skjønn enn det offentlige takstsystemet.

HEROs undersøkelse viste stor variasjon i takstbruken blant offentlige laboratorievirksomheter.⁹⁰ Offentlige laboratorier bruker ulike takster for samme analyse.

Tabell 4.5 viser variasjonen i offentlige laboratoriers takstbruk.⁹¹ Tabellen viser samsvaret mellom hvordan den faktiske takstbruken er blant offentlige laboratorier, og hvordan takstbruken skulle vært ut fra den medisinskfaglige vurderingen⁹² gjort av HERO. De uthevede prosenttallene uttrykker andelen analyser der det er samsvar mellom den faktiske takstbruken og takstbruken slik den skulle vært ut fra HEROs medisinskfaglige vurderinger.

Tabell 4.5 viser at den faktiske takstbruken i offentlige laboratorier i liten grad er i samsvar med takstbruken slik den skulle vært ut fra HEROs medisinskfaglige vurderinger. Tabellen viser blant annet at for takstkode 707C «Mer kompliserte eller sammensatte analyser» samsvarte kun 56 prosent av den faktiske takstbruken i offentlige laboratorier med takstbruken slik den skulle vært ifølge HERO. Dette innebærer at 44 prosent av analysene som skulle hatt takstkode 707C, hadde andre takstkoder. Gal bruk av takster gjør at det utløses feil refusjon for utførte analyser.

HERO understreker i sin undersøkelse at de offentlige laboratoriene ikke nødvendigvis bevisst bruker gale takster. Ifølge HERO er det da heller ikke klare tegn til systematisk bruk av takster med for høy refusjon. Det kan være flere årsaker til at de offentlige laboratoriene bruker forskjellige takster for samme analyse. Blant annet kan forskjellig takstbruk skyldes mangelen på en standardisert klassifi-

Tabell 4.5 Variasjon i takstbruk blant offentlige laboratorier innen medisinsk biokjemi

Takstkode i henhold til klassifiseringen	Refusjon i kr	Andel av analyseposter oppgitt med takstkode							Antall analyseposter		
		–	707A	707B	707C	707D	707E	Øvrige	Sum oppgitt	Ikke oppgitt	Totalt
– Ingen refusjon	0	71 %	15 %	11 %	1 %	0 %	0 %	2 %	2084	843	2927
707A Enkle kvantitative undersøkelser	11	7 %	84 %	6 %	1 %	1 %	0 %	1 %	2877	979	3856
707B Mer kompliserte eller sammensatte analyser	29	9 %	14 %	68 %	6 %	1 %	0 %	2 %	1580	540	2120
707C Mer kompliserte eller sammensatte analyser	55	20 %	1 %	9 %	56 %	5 %	5 %	4 %	1553	469	2022
707D Særdeles kostbare og kompliserte analyser	165	18 %	7 %	1 %	6 %	61 %	3 %	3 %	229	57	286
707E Særdeles kostbare og kompliserte analyser	328	14 %	0 %	0 %	21 %	3 %	59 %	3 %	29	19	48
Øvrige Sammensetninger og ikke klinisk kjemi		39 %	1 %	1 %	3 %	1 %	0 %	55 %	1987	1038	3025
Sum		29 %	29 %	16 %	11 %	3 %	1 %	12 %	10339	3945	14284

Kilde: HERO

⁸⁸ Jf. forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter.

⁸⁹ POLK er det elektroniske kontrollprogrammet for oppgjør mellom trykdekontor (oppgjørshenhet) og offentlige poliklinikker.

⁹⁰ Det er for få private laboratorier som har levert takstkoder til at en på en meningsfylt måte kan se på variasjonen i takstbruken for disse.

⁹¹ Takstkodene er hentet fra forskriften om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak.

⁹² Jf. HEROs rapport for informasjon om utarbeidelsen av klassifiseringssystem og takstbruk.

sering av utførte laboratorieanalyser, og at takstsystemet for offentlig laboratorievirksomhet ikke består av gjensidig utelukkende takstkategorier og dermed gir rom for skjønn.

I St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten ble det foreslått å utvikle et felles klassifiseringssystem for tjenester i offentlige og private laboratorier. Det er satt i gang et prosjekt som skal utvikle et «enhetlig kodeverk for laboratorieprøver». Helse- og omsorgsdepartementet opplyste at det har gitt Sosial- og helsedirektoratet oppdraget med å styre og koordinere utviklingsarbeidet.⁹³ Målet er at et felles kodeverk skal kunne brukes som et aktivitetsbeskrivende system i 2006. Som finansieringssystem vil det nye felles kodeverket tidligst være klart til bruk i 2008.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyste i møte at departementet ikke mottar noen særskilt rapportering om utførte laboratorietjenester i privat eller offentlig virksomhet. Regionale helseforetak rapporterer verken om aktivitet eller kostnader for helseforetak eller private leverandører som utfører laboratorietjenester.

Røntgenvirksomhet

Røntgenvirksomhet (radiologi)⁹⁴ består av fire undersøkelsesmetoder eller såkalte modaliteter.⁹⁵ De fire modalitetene er konvensjonell røntgen, CT (computertomografi), MR (magnettomografi) og ultralyd. Modalitetene kan brukes hver for seg eller i kombinasjon med hverandre. Konvensjonell røntgen er den mest utbredte modaliteten innenfor radiologi, men MR er sterkt voksende.

Det finnes et felles standardisert kodeverk for røntgenundersøkelser i offentlig og privat røntgenvirksomhet. Offentlige og private røntgenvirksomheter skal kode all røntgenaktivitet i henhold til NORAKO (Norsk radiologisk kodeverk).⁹⁶

Helse- og omsorgsdepartementet opplyste i møte at departementet ikke mottar noen særskilt rapportering om utførte røntgentjenester i privat eller offentlig

virksomhet. Regionale helseforetak rapporterer verken om aktivitet eller kostnader for helseforetak eller private leverandører som utfører røntgentjenester.

HEROs undersøkelse viste at informasjonen som er registrert i offentlige røntgenavdelinger, ikke automatisk kunne overføres til primærkodene i kodeverket NORAKO. HERO antar i sin undersøkelse at mange sykehus ikke har tilstrekkelig god informasjon om omfanget og sammensetningen av egen virksomhet. Halvparten av de offentlige sykehusene registrerte ikke røntgenundersøkelsenes hastegrad i sine datasystemer.

For røntgenvirksomhet eksisterer det et felles takstsystem for undersøkelser utført i offentlig og privat virksomhet.⁹⁷ Takstsystemet bygger på at alle tjenester skal kodes i henhold til NORAKO.⁹⁸ Disse kodene skal rapporteres til Rikstrygdeverket via POLK eller LABRØNK.

Takstsystemet ble implementert 1. januar 2002. Takstsystemet skal gi refusjonssats på like vilkår for offentlig og privat røntgenvirksomhet. Refusjonssatser på like vilkår skal ta hensyn til ulike rammebetingelser for offentlig og privat virksomhet, blant annet beredskapsfunksjoner og utdanningsansvar, og at undersøkelsene har ulik grad av kompleksitet.⁹⁹

Hver røntgenundersøkelse registreres med en kombinasjon av NORAKO-koder.¹⁰⁰ NORAKO består av ca. 40 000 radiologikoder.¹⁰¹ Hver kodekombinasjon grupperes til en primærkategori, som er en samling av undersøkelser som er medisinsk og ressursmessig mest mulig like.¹⁰² Hver enkelt røntgenundersøkelse tilhører én – og bare én – primærkategori. Det er totalt 36 primærkategorier.¹⁰³

Hver primærkategori er tilordnet en kostnadsvekt.¹⁰⁴ Vekten er uttrykk for gjennomsnittlig relativ ressursbruk knyttet til den enkelte primærkategori og skal ta hensyn til ulike rammebetingelser i offentlig og privat virksomhet når refusjonen beregnes. Refusjonen fra folketrygden beregnes ut fra enhetspris multiplisert med vekten for den aktuelle undersøkelsen. I tillegg gjelder bestemte prisregler for uli-

⁹³ Sosial- og helsedirektoratet har engasjert KITH og SINTEF til å utvikle et felles kodeverk og et enhetlig takstsystem for offentlig og privat laboratorievirksomhet.

⁹⁴ Informasjonen om røntgenundersøkelser er hentet fra www.serinn.no.

⁹⁵ Modalitetene er bestemt av hva slags utstyr og hva slags type stråler som brukes.

⁹⁶ NORAKO er utarbeidet og utgis av Den norske radiologforening. KITH (Kommunikasjon og IT i helsesektoren) bistår Radiologforeningens redaksjonskomité med oppdatering og brukerstøtte gjennom en avtale finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. NORAKO oppdateres årlig.

⁹⁷ KITH utviklet i samarbeid med SINTEF Helse (Stiftelsen for industriell og teknisk forskning ved Norges tekniske høyskole) og Norsk radiologforening et nytt takstsystem for radiologiske undersøkelser i offentlig og privat røntgenvirksomhet på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. Takstsystemet ble implementert 1. januar 2002.

⁹⁸ www.kith.no/Virksomhetsomraade/12389

⁹⁹ Jf St.prp. nr. 1 (2001–2002) for folketrygden.

¹⁰⁰ Dette er koder for modalitet, lokalisasjon, prosedyre, sideangivelse og tilleggskoder

¹⁰¹ Jf. www.drginfo.info/isf/docs/prisreglerradiologi.pdf. Inkluderes de såkalte tilleggskodene, som er signifikante for takstberegningen, består NORAKO av ca. 200 000 radiologikoder.

¹⁰² www.drginfo.info/isf/radiologi.htm

¹⁰³ www.drginfo.info/isf/docs/Prisreglerradiologi.pdf.

¹⁰⁴ Vektene er beregnet på grunnlag av et omfattende datamateriale innsamlet på offentlige poliklinikker og private røntgeninstitutt i 2000 og en revisjon i 2002.

ke kombinasjoner av undersøkelser.¹⁰⁵ Enhetspris uttrykker et kronebeløp for vekten 1,000 og bestemmes av Helse- og omsorgsdepartementet.¹⁰⁶

I St.prp. nr. 1 (2004–2005) for Helse- og omsorgsdepartementet varslet departementet at det er nødvendig rutinemessig å gjennomgå refusjonssystemet for poliklinisk radiologisk virksomhet. I brev av 5. juli 2005 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen blir det opplyst at Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppgave å evaluere refusjonssystemet for poliklinisk radiologi. Blant annet skal direktoratet vurdere om NORAKO er brukervennlig og hensiktsmessig og refusjonssystemets kompleksitet med hensyn til grupperingslogikk, prisregler og refusjonsberegning.

4.5.2 Produksjon innenfor offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet.

HEROs analyser viser at produksjonen i form av aktiviteter som laboratorieprøver, laboratorieanalyser og røntgenundersøkelser var høyere i offentlig enn i privat virksomhet for landet som helhet i 2002 og 2003. Det var variasjoner mellom helseregionene i hvor høy produksjon de hadde i henholdsvis offentlig og privat virksomhet. Produksjonen i form av aktiviteter som vaktberedskap, undervisning og forskning var også høyere i offentlig enn i privat virksomhet for landet som helhet i 2002 og 2003.

Laboratievirksomhet

Laboratorieprøver

For å kartlegge aktiviteten innenfor laboratievirksomhet skilles det mellom laboratorieprøver og laboratieanalyser. Det kan tas flere analyser av én og samme prøve.

Tabell 4.6 viser hvordan antallet laboratieprøver fordelte seg mellom offentlig og privat virksomhet for helseregionene i 2002 og 2003. Antall laboratieprøver for offentlig virksomhet er dels basert på faktiske opplysninger, dels estimert.¹⁰⁷ For privat virksomhet er antall laboratieprøver basert på faktiske opplysninger.

Tabell 4.6 viser at for landet som helhet ble de fleste laboratieprøvene tatt i offentlig virksomhet. I 2002 ble 88,2 prosent av totalt antall laboratieprøver tatt i offentlig virksomhet, mens 11,8 prosent ble tatt i privat virksomhet. Fordelingen var omtrent den samme i 2003.

Videre viser tabellen at blant helseregionene hadde Helse Øst høyest andel prøver tatt i privat virksomhet med 26,1 prosent i 2003. Samme år hadde Helse Midt-Norge lavest andel prøver tatt i privat virksomhet med 1 prosent.

Tabell 4.6 Antall laboratieprøver fordelt mellom offentlig og privat virksomhet i 2002 og 2003. I tusen prøver og prosent.

	2002			2003		
	Offentlig	Privat	I alt	Offentlig	Privat	I alt
Helse Øst	1 900 74,0%	670 26,0%	2 570 100%	1 900 73,9 %	670 26,1%	2 570 100%
Helse Sør	1 700 92,3%	140 7,7%	1 840 100%	1 800 92,8%	140 7,2%	1 940 100%
Helse Vest	1 500 96,2%	60 3,8%	1 560 100%	1500 96,2%	60 3,8%	1 560 100%
Helse Midt-Norge	1 000 99,0%	10 1,0%	1 010 100%	1 100 99,0%	10 1,0%	1 110 100%
Helse Nord	600 96,8%	20 3,2%	620 100%	800 97,6%	20 2,4%	820 100%
I alt	6 700 88,2%	900 11,8%	7 600 100%	7 100 88,8%	900 11,2%	8 000 100%

Kilde: HERO

¹⁰⁵ I alt kan disse reglene deles i seks trinn: 1 Kontroll, 2 Gruppering, 3 Pakking, 4 Aggregering, 5 Diskontering, 6 Sluttberegning.

¹⁰⁶ www.kith.no

¹⁰⁷ Analysen er basert på 57 offentlige sykehus. Ressurspoengene for 40 sykehus er basert på faktiske opplysninger, mens ressurspoengene for 17 sykehus er estimert. Se vedlagt rapport fra HERO for redegjørelse av estimeringen.

Tabell 4.7 Fordeling av laboratorieprøver etter hvor de er tatt i 2002 og 2003. I prosent

	2002		2003	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
Pasientopphold	44 % (12–77)	1 % (0–4)	44 % (11–79)	1,2 % (0–5)
Egen poliklinikk	16 % (1–55)	0 % (0)	17 % (1–55)	0 (0)
Eksterne prøver	40 % (8–87)	99 % (95–100)	39 % (0–88)	98,8 % (96–100)
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %

Kilde: HERO

Det skilles mellom laboratorieprøver tatt ved pasientopphold, laboratorieprøver tatt ved egen poliklinikk og eksterne laboratorieprøver. En prøve tatt ved pasientopphold eller ved egen poliklinikk blir både tatt og analysert av laboratoriepersonalet. En ekstern prøve blir derimot tatt av en rekvirent¹⁰⁸ utenfor laboratoriet. Prøven blir deretter sendt til laboratoriet for å analyseres.

Tabell 4.7 viser hvordan laboratorieprøvene for offentlig og privat virksomhet fordelte seg mellom pasientopphold, poliklinikk og eksterne prøver i 2002 og 2003. Prosenttallene viser gjennomsnittlig andel prøver. I parentes presenteres høyeste og laveste andel prøver.

Tabell 4.7 viser at i 2003 ble gjennomsnittlig 44 prosent av laboratorieprøvene i offentlig virksomhet tatt ved pasientopphold, 17 prosent ble tatt ved egen poliklinikk og 39 prosent var eksterne prøver. I privat virksomhet samme år ble 1,2 prosent av laboratorieprøvene tatt ved pasientopphold og 98,8 prosent var eksterne prøver.

Videre viser tabellen at blant offentlige enheter var det stor variasjon i hvordan laboratorieprøvene fordelte seg mellom pasientopphold, poliklinikk og eksterne prøver, jf. tallene oppgitt i parentes. Blant private enheter var denne variasjonen liten. For eksempel viser tabellen at andelen eksterne prøver varierte mellom 0 og 88 prosent blant offentlige enheter i 2003. Blant private enheter samme år varierte andelen eksterne prøver mellom 96 og 100 prosent.

Laboratorieanalyser

Analyseaktiviteten kan ikke måles i antall analyser uten at en tar hensyn til ressursene som kreves for å utføre de forskjellige analysene. I HEROs undersøkelse er antall laboratorieanalyser derfor vektet for å ta hensyn til at enkelte analyser er mer komplekse og mer ressurskrevende enn andre analyser. Vektete laboratorieanalyser gir analyseaktivitet målt i ressurspoeng.¹⁰⁹

Tabell 4.8 Antall analyser og analyseaktiviteten fordelt på takstgruppe i 2002 og 2003

Takstkode i henhold til klassifiseringen	Antall analyser		Analyseaktiviteten målt i ressurspoeng	
	2002	2003	2002	2003
0 Ingen refusjon	9 922 386 18 %	– 0 %	10 643 670 17 %	– 0 %
707A Enkle kvantitative undersøkelser	30 349 287 54 %	33 088 369 53 %	18 386 334 33 %	20 045 736 32 %
707B Mer komplisert eller sammensatte analyser	11 392 810 20 %	12 724 410 21 %	18 196 289 33 %	20 323 084 32 %
707C Mer komplisert eller sammensatte analyser	3 519 790 6 %	4 031 926 7 %	10 661 871 19 %	12 213 193 19 %
707D Særdeles kostbare og kompliserte analyser	209 835 0 %	260 877 0 %	1 906 847 3 %	2 370 684 4 %
707E Særdeles kostbare og kompliserte analyser	184 592 0 %	221 869 0 %	3 334 576 6 %	4 007 970 6 %
Øvrige Sammensetninger eller ikke klinisk kjemi	910 371 2 %	1 051 164 2 %	3 329 253 6 %	3 739 304 6 %
Sum	56 489 071 100 %	62 022 285 100 %	55 815 170 100 %	62 699 970 100 %

Kilde: HERO

¹⁰⁹ Vektingen av laboratorieanalysene tok utgangspunkt i takstsystemet for offentlig laborativirksomhet. Se vedlagt rapport fra HERO for redegjørelse av klassifiseringssystemet, vektingen av laboratorieanalyser og utledningen av ressurspoeng. I HEROs rapport brukes begrepet analyseaktivitet i stedet for ressurspoeng.

¹⁰⁸ Lege eller tannlege, jf. folketrygdloven § 5–5.

Tabell 4.8 på side 41 viser selve antallet analyser og analyseaktiviteten fordelt på takstgrupper i 2002 og 2003. Takstkode 707A er den laveste takstgruppen og representerer de minst ressurskrevende analysene, mens takstkode 707E er den høyeste takstgruppen og representerer de mest ressurskrevende analysene.

Tabell 4.8 viser at det totale *antallet analyser* økte fra 56,5 mill. analyser i 2002 til 62 mill. analyser i 2003. Dette er en økning på 9,8 prosent. Tabellen viser at i 2003 var 53 prosent av analysene klassifisert i takstgruppe 707A som representerer de minst ressurskrevende analysene. Samme år var bare et svært lite antall av analysene klassifisert i takstgruppene 707D og 707E, som representerer de mest ressurskrevende analysene. Prosentfordelingen av antall analyser mellom de ulike takstgruppene var omtrent den samme i 2003. Tabellen viser også at for 17 prosent av utførte analyser i 2003 ble det ikke gitt refusjon.

Videre viser tabellen at *analyseaktiviteten* økte fra 55,8 mill. ressurspoeng i 2002 til 62,7 mill. ressurspoeng i 2003. Dette tilsvarer en økning på 12,3 prosent. Analyseaktiviteten målt i ressurspoeng tar hensyn til ressursene som kreves for å utføre analysene. Prosentfordelingen av ressurspoeng mellom de ulike takstgruppene gir dermed et annet bilde enn prosentfordelingen av antall analyser mellom de ulike takstgruppene. I 2003 var for eksempel 53 prosent av antall analyser kategorisert i takstgruppe 707A, mens bare 33 prosent av ressursene gikk med til å utføre analysene i denne takstgruppen. Prosentfordelingen av ressurspoeng mellom de ulike takstgruppene var uendret fra 2002 til 2003, selv om det totale antallet ressurspoeng økte.

Tabell 4.9 viser fordelingen av analyseaktivitet mellom offentlig og privat virksomhet, mellom helseregionene og på takstgruppene i 2003.

Tabell 4.9 viser at for landet som helhet skjedde størsteparten av analyseaktiviteten i offentlig virksomhet i 2003. 83 prosent av analyseaktiviteten foregikk i offentlig virksomhet, mens bare 17 prosent av analyseaktiviteten var i privat virksomhet.

Videre viser tabellen at når det gjelder fordeling av analyseaktivitet på takstgrupper, var analyseaktiviteten i offentlig virksomhet høyest i takstgruppene som representerer de minst ressurskrevende analysene. Ut fra tabellen er det beregnet at analyseaktiviteten i de offentlige enhetene i gjennomsnitt var ca. 34 prosent av analyseaktiviteten i de minst ressurskrevende takstgruppene (takstgruppene 707A og 707B). Fordelingen var omtrent den samme i alle helseregionene. I de private enhetene var i gjennomsnitt ca. 26 prosent av analyseaktiviteten i de minst ressurskrevende takstgruppene. I de mest ressurskrevende takstgruppene (707C, 707D og 707E) har de private enhetene en analyseaktivitet på i gjennomsnitt 12 prosent som er høyere enn analyseaktiviteten til de offentlige enhetene på 9 prosent i gjennomsnitt.

Røntgenundersøkelser

Røntgenaktiviteten kan ikke måles i antall undersøkelser uten at en tar til ressursene som kreves for å gjennomføre de forskjellige undersøkelsene. I HEROs undersøkelse er antall røntgenundersøkelser derfor vektet for å ta hensyn til at enkelte undersøkelser er mer omfattende og mer ressurskrevende enn andre undersøkelser. Vektete røntgenundersøkelser gir røntgenaktivitet målt i ressurspoeng.¹¹⁰

Tabell 4.10 viser hvordan røntgenaktiviteten fordelte seg mellom offentlig og privat virksomhet for helseregionene i 2002 og 2003. Ressurspoengene for offentlig virksomhet er dels basert på faktiske opp-

Tabell 4.9 Analyseaktiviteten fordelt på offentlig/privat, helseregionene og takstgruppene i 2003. I antall ressurspoeng og prosent

RHF	Analyseaktivitet målt i ressurspoeng	Andel av total analyseaktivitet	Andel analyseaktivitet i hver takstgruppe					
			707A	707B	707C	707D	707E	Øvrige
Helse Øst	16 289 205	26 %	32 %	32 %	20 %	4 %	10 %	2 %
Helse Sør	12 398 070	20 %	36 %	34 %	19 %	2 %	4 %	6 %
Helse Vest	10 879 502	17 %	34 %	29 %	16 %	5 %	9 %	6 %
Helse Midt-Norge	7 057 063	11 %	34 %	38 %	19 %	2 %	2 %	5 %
Helse Nord	5 239 027	8 %	34 %	39 %	18 %	2 %	1 %	6 %
Private	10 837 103	17 %	23 %	28 %	24 %	6 %	7 %	12 %
Sum	62 699 970	100 %	32 %	32 %	19 %	4 %	6 %	6 %

Kilde: HERO

¹¹⁰ Vektingen av røntgenundersøkelser tok utgangspunkt i takstsystemet for røntgenvirksomhet. Se vedlagt rapport fra HERO for redegjørelse av vektingen av røntgenundersøkelsene og utledningen av ressurspoeng. I HEROs rapport brukes begrepet røntgenpoeng i stedet for ressurspoeng.

Tabell 4.10 Røntgenaktiviteten fordelt mellom offentlig og privat virksomhet i 2002 og 2003. I antall ressurspoeng og prosent

	2002			2003		
	Offentlig	Privat	I alt	Offentlig	Privat	I alt
Helse Øst	384 972 52,9%	343 129 47,1%	728 101 100%	416 255 50,8%	403 841 49,2%	820 096 100%
Helse Sør	294 717 73,6%	105 911 26,4%	400 628 100%	337 998 69,4%	149 198 30,6%	487 196 100%
Helse Vest	253 679 88,2%	34 018 11,8%	287 697 100%	280 721 79,9%	70 745 20,1%	351 466 100%
Helse Midt-Norge	205 099 98,0%	4 068 2,0%	209 167 100%	228 526 82,7%	47 666 17,3%	276 192 100%
Helse Nord	157 764 88,2%	21 022 11,2%	178 786 100%	171 156 86,4%	26 834 13,6%	197 990 100%
I alt	1 296 231 71,8%	508 148 28,2%	1 804 379 100%	1 434 656 67,3%	698 284 32,7%	2 132 940 100%

Kilde: HERO

lysninger, dels estimert.¹¹¹ For privat virksomhet er ressurspoengene basert på faktiske opplysninger.

Tabell 4.10 viser at røntgenaktiviteten for offentlig og privat virksomhet samlet økte fra 1,8 mill. ressurspoeng i 2002 til 2,1 mill. ressurspoeng i 2003. Dette tilsvarer en økning på 18,2 prosent. Røntgenaktiviteten i offentlig virksomhet økte fra 1,3 mill. ressurspoeng i 2002 til 1,4 mill. ressurspoeng i 2003 eller 10,7 prosent. I privat virksomhet økte røntgenaktiviteten fra 0,5 mill. ressurspoeng i 2002 til 0,7 mill. ressurspoeng i 2003 eller 37,4 prosent.

Tabellen viser at for landet som helhet var røntgenaktiviteten i offentlig virksomhet høyere enn røntgenaktiviteten i privat virksomhet både i 2002 og 2003, men andelen røntgenaktivitet i privat virksomhet økte i denne perioden. I offentlig virksomhet ble røntgenaktiviteten målt i ressurspoeng redusert fra 71,8 prosent i 2002 til 67,3 prosent i 2003. I privat virksomhet økte røntgenaktiviteten fra 28,2 prosent i 2002 til 32,7 prosent i 2003.

Tabellen viser at blant helseregionene hadde Helse Vest og Helse Midt-Norge størst økning i andel røntgenaktivitet i privat virksomhet fra 2002 til 2003. I Helse Vest økte andelen røntgenaktivitet i privat virksomhet fra 11,8 til 20,1 prosent, mens i Helse Midt-Norge økte denne andelen fra 2 til 17,3 prosent. Tabellen viser videre at blant helseregionene hadde Helse Øst høyest andel røntgenaktivitet i privat virksomhet med 49,2 prosent i 2003. Helse Nord hadde lavest andel røntgenaktivitet i privat virksomhet med 13,6 prosent samme år.

¹¹¹ Analysen er basert på 48 offentlige sykehus. Det var kun 18 av de 48 sykehusene som kunne skille mellom inneliggende og polikliniske pasienter. Ressurspoengene for 18 sykehus er dermed basert på faktiske opplysninger, mens ressurspoengene for 30 er estimert. Se vedlagt rapport fra HERO for redegjørelse av estimeringen.

HEROs undersøkelse viser at var det systematiske forskjeller med hensyn til hvilke typer røntgenundersøkelser som ble utført i offentlig og privat virksomhet. Omfattende undersøkelser ble hovedsakelig utført ved røntgenavdelingene ved de offentlige sykehusene.¹¹² Mindre omfattende undersøkelser som blant annet mammografi¹¹³ ble hovedsakelig utført ved private røntgeninstitutt.¹¹⁴

I offentlig virksomhet kan en skille mellom røntgenundersøkelser tatt ved pasientopphold og røntgenundersøkelser tatt ved poliklinikkene.¹¹⁵ Tabell 4.11 viser hvordan røntgenaktiviteten for offentlig virksomhet fordelte seg mellom pasientopphold og poliklinikkene for helseregionene i 2002 og 2003. Til grunn for analysene ligger sykehusene som har levert data som gjør det mulig for HERO å skille mellom pasienter som behandler poliklinisk og som pasientopphold. Siden dette kun er 18 av 48 sykehus, er det knyttet usikkerhet til estimatene.

¹¹² Dette gjaldt for eksempel undersøkelsene PK 006 intervensjon omfattende, PK 009 stentinnleggelse, PK 103 RG kontrast omfattende, og PK 107 RG større angiografi. Undersøkelsene PK 006 intervensjon omfattende og PK 009 stentinnleggelse ble utført utelukkende i det offentlige. PK 103 RG kontrast omfattende og PK 107 RG større angiografi ble hovedsakelig utført i det offentlige, og kun i liten grad utført i det private

¹¹³ Jf. St.prp. nr. 61(1997–1998) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvestering ved norske sykehus, og Innst. S. nr. 226 (1997–1998). Det foretas et stort antall mammografier gjennom mammografiprogrammet. Dette er finansiert gjennom andre tilskudd enn de som bevilges over statsbudsjettets kap. 2711 post 76 Private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt og kap.732 post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus.

¹¹⁴ Andre undersøkelser som hovedsakelig ble utført i det private var ultralyd og CT/MR uten bruk av kontrastvæske.

¹¹⁵ Røntgenundersøkelsene i privat virksomhet blir hovedsakelig tatt ved poliklinikkene.

Tabell 4.11 Røntgenaktiviteten i offentlig virksomhet fordelt mellom pasientopphold og poliklinikk i 2002 og 2003. I antall ressurspoeng og prosent

	2002			2003		
	Pasientopphold	Poliklinikk	I alt	Pasientopphold	Poliklinikk	I alt
Helse Øst	195 142 50,7%	189 830 49,3%	384 972 100%	208 044 50,0%	208 211 50,0%	416 255 100%
Helse Sør	149 813 50,8%	144 904 49,2%	294 717 100%	175 879 52,0%	162 119 48,0%	337 998 100%
Helse Vest	121 548 47,9%	132 131 52,1%	253 679 100%	137 711 49,1%	143 010 50,9%	280 721 100%
Helse Midt	100 349 48,9%	104 750 51,1%	205 099 100%	110 850 48,5%	117 676 51,5%	228 526 100%
Helse Nord	55 583 35,2%	102 180 64,8%	157 764 100%	64 303 37,6%	106 852 62,4%	171 156 100%
I alt	622 434 48,0%	673 796 52,0%	1 296 231 100%	696 787 48,6%	737 869 51,4%	1 434 656 100%

Kilde: HERO

Tabell 4.11 viser at for landet som helhet fordelte røntgenaktiviteten i offentlig virksomhet seg omtrent likt mellom pasientopphold og poliklinikk i 2002 og 2003. I 2002 forekom 48 prosent av røntgenaktiviteten i offentlig virksomhet ved pasientopphold og 52 prosent ved poliklinikkene. Fordelingen var omtrent den samme i 2003.

Tabellen viser at blant helseregionene var det kun Helse Nord som skilte seg ut med en annen fordeling enn den som gjaldt for landet som helhet. I Helse Nord skjedde 62,4 prosent av røntgenaktiviteten i 2003 ved poliklinikkene og 37,6 prosent ved pasientopphold.

Vaktberedskap¹¹⁶

Offentlige laboratorie- og røntgenenheter hadde høyere aktivitet innenfor vaktberedskap enn private laboratorie- og røntgenenheter i 2003. Dette skyldes hovedsakelig at laboratoriene og røntgenavdelingene ved de offentlige sykehusene er pålagt å ta imot øyeblikkelig hjelp.¹¹⁷

Tabell 4.12 viser antall laboratorie- og røntgenenheter etter type vaktberedskap i 2003.

Tabell 4.12 viser at de fleste offentlige laboratorie- og røntgenenheter hadde hvilende eller aktiv vaktberedskap hele døgnet. Tabellen viser at 51 av 57 offentlige laboratorieenheter hadde vaktberedskap hele døgnet, og av dem hadde 40 enheter aktiv vaktberedskap hele døgnet. Videre hadde 50 av 58 offentlige røntgenenheter vaktberedskap hele døg-

Tabell 4.12 Antall laboratorie- og røntgenenheter etter type vaktberedskap i 2003.

Type vaktberedskap	Røntgenenheter		Laboratorieenheter	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
Aktiv dagtid 09.00–16.00	6	4	2	1
Hvilende kveld	2	0	2	0
Aktiv kveld 09.00–20.00	0	17	2	3
Hvilende natt	39	0	11	0
Aktiv døgnskuttet vaktberedskap	11	0	40	0
I alt	58	21	57	4

Kilde: HERO

¹¹⁶ Vaktberedskap refererer til når på døgnet enhetene har vaktpersonell til stede. Alternativene for vaktberedskap er aktiv dagtid, aktiv kveld, hvilende kveld, hvilende natt, og aktiv døgnskuttet.

¹¹⁷ Spesialisthelsetjenesteloven § 3–1

net, og av dem hadde 11 enheter aktiv vaktberedskap hele døgnet.

Videre viser tabellen at ingen av de private laboratorie- og røntgenenhetene hadde vaktberedskap hele døgnet, men de fleste private laboratorie- og røntgenenhetene hadde aktiv vaktberedskap på kvelden i tillegg til aktiv vaktberedskap på dagtid.

Undervisning og forskning¹¹⁸

HEROs undersøkelse viser at det var høy undervisningsaktivitet både ved offentlige og private laboratorie- og røntgenenheter i 2002 og 2003.¹¹⁹ Undervisningsaktiviteten var høyere ved de offentlige enhetene enn ved de private, men det var en betydelig undervisningsaktivitet også ved de private enhetene.

Videre viser HEROs undersøkelse at det var lav forskningsaktivitet både ved offentlige og private laboratorie- og røntgenenheter. De offentlige enhetene publiserte flere artikler og doktorgrader enn de private, men forskningsaktiviteten var lav også ved de offentlige enhetene.¹²⁰

4.5.3 Informasjon om kostnader i offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet

HERO hentet inn informasjon om kostnader fra private laboratorie- og røntgenenheter. Det viste seg at de private laboratorie- og røntgenenhetene registrerte omtrent samtlige kostnadskomponenter i regnskapene. Informasjonen om kostnader fra de private enhetene var derfor nærmest fullstendig.

Videre viste det seg at de fleste offentlige laboratorie- og røntgenenhetene ikke registrerte kostnadskomponenter på avdelingsnivå i regnskapene. Det var kun vare- og lønnskostnader som ble registrert på avdelingsnivå. Informasjonen om kostnader fra de offentlige enhetene var derfor mangelfull. Dette gjaldt spesielt informasjonen om kapitalkostnader og avskrivninger, men også informasjon om andre kostnadskomponenter, blant annet felleskostnader, IKT og medisinskteknisk utstyr. På bakgrunn av dette har det ikke latt seg gjøre å sammenlikne kostnader i offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet.

¹¹⁸ Ifølge Helse- og omsorgsdepartementets internettsider er forskning og utdanning to av fire lovfestede hovedoppgaver i sykehusene, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 3–5 og 3–8 og helseforetaksloven §§ 1 og 2. I bestillerdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2005 går det fram at utdanning av helsepersonell er en hovedoppgave for helseforetakene. I bestillerdokumentet står det også at de regionale helseforetakene skal prioritere forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater.

¹¹⁹ Se vedlagt rapport fra HERO for nærmere beskrivelse av hvordan omfanget av undervisning og forskning ble målt.

¹²⁰ HEROs rapport viser at forskningsaktiviteten innenfor offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet forekom hovedsakelig ved universitetssykehusene. Videre var det variasjoner i forskningsaktiviteten mellom offentlige laboratorie- og røntgenenheter. Noen få offentlige laboratorie- og røntgenenheter skilte seg ut ved å publisere et høyt antall artikler og doktorgrader, men de fleste enhetene hadde svært lav publikasjon av både artikler og doktorgrader. Se vedlagt rapport fra HERO for nærmere beskrivelse av undervisnings- og forskningsaktivitet blant offentlige og private laboratorie- og røntgenenheter.

5 Vurderinger

Statens utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt var 897,3 mill. kroner i 2004 for folketrygden og de regionale helseforetakene samlet. Folketrygdens utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt har økt fra 366,2 mill. kroner i 2000 til 702,6 mill. kroner i 2004, det vil si en økning på 92 prosent.

Per januar 2005 hadde 39 private leverandører av laboratorie- og røntgentjenester rett til refusjon fra folketrygden. Dette antallet har økt med sju enheter på to år.

Det er særlig folketrygdens utgifter til private røntgeninstitutt som har økt. Denne økningen har vært på hele 156 prosent mellom 2000 og 2004. Utgiftsveksten skyldes en glidning mot bruk av mer kostnadskrevende former for diagnostisering, aktivitetsøkning og etablering av flere nye tilbud, jf. omtale i flere budsjettproposisjoner.

Det har også vært en økning i folketrygdens utgifter til private laboratorier. Denne økningen var på 39 prosent fra 2000 til 2004.

De regionale helseforetakenes totale utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt var på 194,7 mill. kroner i 2004 og omtrent på samme utgiftsnivå som året før. Tre av de regionale helseforetakene har hatt en kraftig utgiftsvekst fra 2003 til 2004, mens to har hatt en utgiftsreduksjon. Undersøkelsen viser at det er betydelige forskjeller mellom de regionale helseforetakene når det gjelder fordelingen av utgifter mellom laboratorie- og røntgenvirksomhet. I to av helseregionene gikk over halvparten av utgiftene til private laboratorier i 2004. I de øvrige helseregionene gikk det meste av utgiftene til private røntgentjenester.

Godkjenning

For å kunne yte helsetjenester, må private laboratorier og røntgeninstitutt ha faglig godkjenning. Godkjenningen skal ifølge forskriften bidra til rettferdig fordeling av helsetjenester, forsvarlige helsetjenester og rasjonell utnyttelse av ressurser. Ved behandling av godkjenningssøknader legger Sosial- og helsedirektoratet vekt på om den planlagte virksomheten er faglig forsvarlig. Direktoratet legger også vekt på personellsituasjonen i helseregionen og om det er behov for tjenestene. Etter at de private laboratoriene og røntgeninstituttene er etablert, er det liten kontroll av om virksomheten faktisk er i overensstemmelse med den informasjonen som gikk fram av søknaden.

Private laboratorier og røntgeninstitutt som er etablert etter 1987, måtte fram til 1. september 2005 i tillegg til den faglige godkjenningen ha en særskilt godkjenning fra Helse- og omsorgsdepartementet for å ha rett til refusjon fra folketrygden. Formålet med ordningen var å holde kontroll med trygdens ressurser til private laboratorie- og røntgentjenester og sikre geografisk spredning av tjenestene.

Folketrygdloven gir få vilkår eller kriterier som søknader om særskilt godkjenning kan vurderes opp mot. Den regulerer for eksempel ikke hva som skulle være begrunnelsen for et eventuelt avslag. Helse- og omsorgsdepartementet har siden 2002 lagt til grunn at private laboratorier og røntgeninstitutt må ha inngått avtale med ett eller flere regionale helseforetak for å få rett til trygderefusjon. Ifølge departementet gir slike avtaler uttrykk for at det er behov for laboratorie- og røntgentjenester i regionen. Departementet viser imidlertid til problemet med at vedtak om trygderefusjon ikke er tidsbegrenset på samme måte som avtalene. Undersøkelsen viser at ordningen med særskilt godkjenning for rett til refusjon fra folketrygden ikke har bidratt til å holde kontroll med folketrygdens utgifter slik som forutsatt.

Vurdering av behov

De regionale helseforetakene har ifølge spesialisthelsetjenesteloven et «sørge for»-ansvar for å yte laboratorie- og røntgentjenester til befolkningen i helseregionen. De regionale helseforetakene må ifølge St.prp. nr 1 (2002–2003) for Helsedepartementet sikre at de vet hvordan behovet for tjenester vil utvikle seg framover og hvordan de skal møte dette i sin region både gjennom egne foretak og gjennom tjenester som er sikret gjennom avtaler med andre.

Undersøkelsen viser at helseforetakene ikke har gode systemer for å registrere og rapportere aktivitet i egen virksomhet, og det er ikke mulig å beregne kostnadene knyttet til tjenesteproduksjonen i offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet.

Det går fram av undersøkelsen at ved offentlige laboratorieenheter blir det benyttet mange ulike navn på samme analyser innenfor de laboratoriemedisinske spesialitetene. Halvparten av de offentlige røntgenenhetene registrerte heller ikke hastegraden for undersøkelsene. De offentlige virksomhetene kunne heller ikke gi dekkende informasjon om hva det koster å produsere laboratorie- og røntgentjenester.

Det kan dermed reises spørsmål om de regionale helseforetakene har et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag til å vurdere i hvilken grad det er behov for å kjøpe tjenester fra private laboratorie- og røntgenvirksomheter, og hva som er riktig pris når det inngås avtaler med private leverandører.

Avtaler

Alle de regionale helseforetakene har inngått en eller flere avtaler med private laboratorier og røntgeninstitutt om kjøp av tjenester. Undersøkelsen viser at en del av disse avtalene er inngått uten at regelverket om offentlige anskaffelser er fulgt. Flere avtaler er inngått uten at det har vært gjennomført anbudskonkurranse.

Kjøp av laboratorie- og røntgentjenester fra private leverandører skal være basert på at regionale helseforetak har inngått avtale om kjøp av tjenester fra den private leverandøren. Det har likevel forekommet kjøp av slike tjenester uten at det foreligger avtale.

Flere regionale helseforetak har i de avtalene som er inngått med private laboratorier og røntgeninstitutt, gitt adgang til at det enkelte helseforetak kan inngå avtale med de private tjenesteleverandørene. Dette er ikke i samsvar med det årlige styringsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene, der det går fram at avtaler skal inngås på regionalt nivå.

Avtalene mellom regionale helseforetak og private laboratorier og røntgeninstitutt skal ifølge forskriften om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet § 10 omfatte omfang og pris på tjenestene, og de skal inneholde bestemmelser om hvilke kategorier av tjenester som skal utføres. Undersøkelsen viser at det kan reises spørsmål ved om det er tilstrekkelig konkretisert i forskriften hvordan omfang og kategorier av tjenester skal beskrives i avtalene.

Det går fram av undersøkelsen at mange av avtalene ikke regulerer hvilket omfang av tjenester som skal produseres. Det er også usikkert om det er godt nok spesifisert i avtalene hvilke kategorier av tjenester de private laboratoriene og røntgeninstituttene skal utføre.

Undersøkelsen viser at noen av de regionale helseforetakene har liten oppfølging av de private laboratorienes og røntgeninstituttenes tjenesteproduksjon. I den grad regionale helseforetak mottar dokumentasjon på utførte tjenester, består den ofte av kopier av refusjonskrav som de private laboratoriene og røntgeninstituttene sender til trygdeetaten, det vil si refusjonskrav som ikke er kontrollert. Undersøkelsen viser at det er lite utveksling av informasjon mellom trygdeetaten og regionale helseforetak om utførte laboratorie- og røntgentjenester og om utbetaling og kontroll av refusjoner.

Trygdeetatens oppgjørskontroll

Et privat laboratorium eller røntgeninstitutt som har rett til refusjon fra folketrygden har inntil 1. september 2005 kunnet kreve refusjon fra folketrygden for alle laboratorie- og røntgentjenester det har utført. Refusjonskravene fra private laboratorier og røntgeninstitutt er gjenstand for både maskinelle og manuelle kontroller i trygdeetaten. Regional oppgjørssenhet Oslo har ansvaret for å behandle refusjonskravene.

Riksrevisjonen påpekte i Dokument nr. 1 (2002–2003) mangler ved trygdeetatens kontroll av oppgjør med private laboratorier og røntgeninstitutt. Trygdeetatens kontroll med refusjonene er fortsatt mangelfull på flere områder.

I generelt rundskriv til folketrygdloven har Rikstrygdeverket opplyst at det er utarbeidet mønsteravtaler som skal regulere ulike forhold knyttet til oppgjør mellom trygdeetaten og ulike grupper av private tjenesteytere. Undersøkelsen viser at Rikstrygdeverket har utarbeidet mønsteravtaler for private laboratorier og røntgeninstitutter i 1999 som ble revidert vinteren 2004, men at disse ikke er tatt i bruk.

Det er svakheter ved takstsystemene som ligger til grunn for beregning og utbetaling av refusjoner for både laboratorie- og røntgenundersøkelser. Takstsystemene for offentlig og privat laboratorievirksomhet har vide kategorier. En laboratorieanalyse kan dermed klassifiseres slik at den utløser ulike takster. Takstsystemet for offentlig og privat røntgenvirksomhet bygger på det kompliserte kodeverket NORAKO. En røntgenundersøkelse beskrives med en eller flere NORAKO-koder, og det er vanskelig å avgjøre hvorvidt undersøkelsene er korrekt kodet. Det er derfor usikkert i hvilken utstrekning det er mulig å kontrollere om refusjonskravene fra de private laboratoriene og røntgeninstituttene er korrekte.

Rikstrygdeverket har heller ikke opprettet et tilstrekkelig faglig støtteapparat som kan avklare spørsmål om takstbruk ved behandlingen av refusjonskravene for private laboratorier og røntgeninstitutt.

Mangelen på mønsteravtaler, formålstjenlige takstsystemer for oppgjørskontrollen og et faglig støtteapparat gir grunn til å stille spørsmål ved om Regional oppgjørssenhet Oslo kan utføre en hensiktsmessig kontroll av oppgjørene slik at feilutbetalinger og misligheter unngås.

Ifølge St.prp. nr. 1 (2001–2002) for folketrygden skal oppgjørskontrollen være basert på risikovurderinger og fastsatt kontrollstrategi. Ifølge tildelingsbrevet skal trygdeetaten følge opp om fastsatt kontrollstrategi er satt i verk og fungerer etter hensikten. Rikstrygdeverket har utarbeidet en overordnet kontrollstrategi for direkte oppgjør med behandlere, leverandører og tjenesteytere. Oppgjørssenhetene skal selv gjennomføre en risikovurdering for å identifisere

re hvilke private leverandører som skal kontrolleres og hvilke kontroller som skal gjennomføres. Undersøkelsen viser at de kontrollene som Regional oppgjørsenhet Oslo gjennomfører av oppgjør med private laboratorier og røntgeninstitutt ikke synes å være basert på risikovurderinger.

Det er ikke lagt fram dokumentasjon på at kontrollen som gjennomføres ved oppgjørsenheten er basert på skriftlige rutiner. Undersøkelsen viser videre at det i svært liten grad dokumenteres hvilke kontroller som er gjennomført. Mulighetene for innsyn i og kontroll med oppgjørsenhetens arbeid er dermed begrenset.

Selv om finansieringsordningen for private laboratorier og røntgeninstitutt blir endret fra og med 1. september 2005, er det grunn til å anta at de svakhetene som undersøkelsen har vist med hensyn til forvaltning og oppfølging av dette området, fortsatt vil være til stede. Vilkår for etablering av nye virksomheter, avtaler med regionale helseforetak og refusjoner fra folketrygden vil fortsatt være grunnlaget for den offentlige finansieringen av private laboratorier og røntgeninstitutt.

Undervedlegg

UNIVERSITETET I OSLO

Helseøkonomisk forskningsprogram (HERO)

Kartlegging av produksjon og kostnader til offentlige og private leverandører av laboratorie- og røntgentjenester

Terje P. Hagen, Tor Iversen og Sverre A.C. Kittelsen

Innhold

	Side
Sammendrag	51
1 Innledning	53
2 Kort beskrivelse av institusjonelle forhold innen laboratorie- og røntgenvirksomhet i Norge	54
3 Metode	56
3.1 Begreper	56
3.2 Beskrivelse av opplegget for og gjennomføringen av undersøkelsen blant laboratorie- og røntgenenhetene	56
3.3 Begrunnelse for valg av variable	57
3.4 Beskrivelse av registreringsskjema	57
3.5 Beskrivelse av analysemetoder	58
4 Beskrivelse av aktivitet og kostnader basert på undersøkelsen: Røntgen	59
4.1 Aktiviteten ved røntgenenhetene	59
4.2 Informasjonsgrunnlaget for avlevert kostnadsinformasjon	64
5 Beskrivelse av aktivitet og kostnader basert på undersøkelsen: Laboratorier	67
5.1 Antall prøver	67
5.2 Analyser	68
5.3 Kvalitetssikring av klassifikasjonssystemet	70
5.4 Analyseaktivitet	70
5.5 Vaktberedskap	72
5.6 Forskning og undervisning	72
5.7 Informasjonsgrunnlaget for avlevert kostnadsinformasjon	75
6 Analyse av kostnadsstruktur og effektivitet i laboratorie- og røntgenvirksomhet	77
6.1 Beregning av gjennomsnittskostnader i røntgenvirksomhet	77
6.2 Beregning av gjennomsnittskostnader i medisinsk biokjemi	78
7 Diskusjon og oppsummering av resultater	79

Sammendrag

Siktemålet med denne undersøkelsen er å beskrive aktivitet og kostnader i offentlige og private røntgen- og laboratorieenheter. Laboratordelen av undersøkelsen er begrenset til laboratorier innen medisinsk biokjemi (klinisk kjemi). Data er hentet inn ved hjelp av registreringskjemaer som er sendt alle offentlige og private enheter innen røntgen og medisinsk biokjemi. Sentrale resultater fra undersøkelsen er:

- De private røntgeninstituttene står for om lag en tredel av den samlede røntgenaktiviteten i Norge. Andelen private er høyest i Helse Øst (49 %), lavest i Helse Nord (14 %).
- Det har vært problematisk å overføre informasjonen fra sykehusenes røntgensystemer til Primærkodene i NORAKO-systemet. Dette innebærer trolig at mange sykehus ikke har tilstrekkelig god informasjon om omfanget og sammensetningen av egenvirksomhet.
- Det er forskjeller i sammensetning av røntgenundersøkelser mellom offentlige sykehus og private enheter. En rekke omfattende undersøkelser gjøres utelukkende i det offentlige. De private er særlig store når det gjelder mammografi, ultralyd og CT/MR uten bruk av kontrastveske.
- Nesten halvparten av prøvene analysert i medisinsk biokjemi i offentlige sykehus kommer fra inneliggende pasienter, mens nesten alle analyser i private laboratorier genereres av eksterne rekvirenter. Dette gjenspeiles i en større andel ø-hjelp-prøver og en større andel prøver som blir tatt av eget personale i det offentlige.
- De private laboratoriene analyserer om lag 47 % av prøvene fra eksterne rekvirenter i Helse Øst.
- Det mangler en standard for analysenavn innen medisinsk biokjemi. Det kreves spesialistutdanning og mange arbeidstimer å foreta en gjennomgang av analysene, og dermed skaffe seg oversikt over hva som faktisk er produsert av laboratorietjenester. Sannsynligvis er det mange laboratorieeiere som ikke har oversikt over omfanget av produksjonen.
- Det er registrert en betydelig variasjon i takstbruk for samme analyse blant offentlige laboratorier. Det er for få private laboratorier som har levert takstkoder til at en på en meningsfylt måte kan beskrive variasjonen i takstbruken for disse.
- Refusjonsmyndighetene vet ikke hvilke analyser de utbetaler refusjon for, siden analysenavnet ikke oppgis av laboratoriene.
- Refusjonssystemet er ikke entydig nok til å forhindre at laboratoriene bruker ulik takst for samme analyse, eller at det i det minste ikke kan kontrolleres om de bruker samme takst for identisk analyse. Dette skaper ikke bare problemer for denne kostnadsanalysen, men også for om myndighetene har kontroll på om de utbetaler riktig refusjon.
- Det er registrert om lag 60 millioner laboratorieanalyser årlig. Sytten prosent av disse gjøres av private laboratorier.
- Ikke alle analyser er like ressurskrevende å utføre. Ser en på analyseaktiviteten når analysene er vektet med refusjonsprisene, representerer laveste takst om lag en tredjedel av aktiviteten, mens 9–10 % av aktiviteten ligger i de høyeste takstgruppene. Sammensetningen er uendret fra 2002 til 2003, selv om aktivitetsnivået er økt med 12,3 %.
- Den største aktiviteten målt i antall vektete laboratorieanalyser finner sted i Helse Øst og Helse Sør. Ettersom det kun foreligger aktivitetstall fra fire private laboratorier, tillates ikke at disse brytes ned etter region. Som gruppe har imidlertid de private en betydelig og stabil andel av aktiviteten. De skiller seg dessuten fra de offentlige laboratoriene ved at en mindre andel av aktiviteten er i den laveste takstgruppen. Blant de offentlige laboratoriene er det særlig i Helse Øst og Helse Vest at andelen i de tyngste takstgruppene er stor.
- Offentlige sykehus er pålagt å ta imot øyeblikkelig hjelp samt å drive forskning og undervisning i større omfang enn de private. Øyeblikkelig hjelp forutsetter vaktordninger som innebærer økning i kostnadene sammenlignet med planlagt aktivitet på dagtid. Ressursbruk knyttet til undervisning og forskning vil i mange tilfeller ikke kunne skilles fra ressursbruk i øvrig virksomhet. Disse aktivitetene må derfor registreres for å gjøre meningsfulle sammenligninger mellom offentlig og privat virksomhet.
- Om lag 90 % av de offentlige røntgen- og laboratorieenheter har aktiv døgnkontinuerlig vakt eller hvilende nattevakt. Ingen av de private har dette.
- Forskningsvirksomhet er konsentrert til offentlige enheter. Blant de offentlige enhetene er fordelingen skjev i den forstand at det bare er et fåtall enheter som kan vise til resultater i form av avlagte doktorgrader og publikasjoner i nasjonale og internasjonale tidsskrifter.

- Også undervisningsvirksomhet er konsentrert til offentlige enheter. Det er tendens i retning av at de private enhetene deltar mer i undervisning av radiograf- og bioingeniørstudenter.
- Det ble undersøkt i hvilken grad enhetene har informasjon om sine egne kostnader. Vare- og lønnskostnader ser ut til å ha et solid fundament i enhetenes egne regnskaper. For kostnadskomponenter som elektrisk kraft, renhold, avskrivnin-

ger og felleskostnader synes imidlertid informasjonsgrunnlaget å være nokså tynt blant offentlige enheter. For private enheter er informasjonsgrunnlaget bedre blant annet fordi færre kostnadskomponenter har karakter av å være felleskostnader sammenlignet med offentlige sykehus, der røntgen- og laboratorieenheter i mindre grad er egne resultatenheter.

1 Innledning

Denne undersøkelsen skal belyse to problemstillinger:

- 1. Hva er omfanget av aktivitet/produksjon innen offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet?** Å finne ut dette er krevende av flere grunner. I utgangspunktet kjenner en bare omfanget av virksomheten på poliklinikkene og i de private enhetene gjennom refusjoner fra Folketrygden. Det er ingen samlet oversikt over virksomheten blant inneliggende pasienter. Innen røntgen har man et standardisert system (NORAKO) som legges til grunn for aggregering av undersøkelser til produktgrupper (Primærkoder). Selv om dette systemet har kontroversielle trekk, er det et system som praktiseres og kan anvendes til aktivitetsbeskrivelse. Innenfor medisinsk biokjemi, (som er den delen av laborativirksomheten som denne undersøkelsen konsentrerer seg om) er det ikke noen tilsvarende standardisering. Laboratoriene sender til trygdeetaten opplysninger om hvilke takster som ligger til grunn for refusjon, men hvilke analyser som ligger til grunn for taksten, vet ikke trygdeetaten. Det er også forskjellige takstsystemer som ligger til grunn for refusjon i offentlig og privat virksomhet. For å få oversikt over produksjon innen medisinsk biokjemi må det derfor samles inn data på analysenivå fra hvert enkelt laboratorium.

For å oppnå et håndterbart produksjonsmål, må det for hvert laboratorium summeres de ulike typer av analyser med takstene som vektet. For å oppnå sammenlignbare tall mellom offentlige og private laboratorier, må hver enkelt analyse klassifiseres til det samme takstsystemet av fagfolk, det vil si laboratorieleger. Denne klassifikasjonen kan bare gjøres fullt ut når navnet på hver enkelt analyse som er rapportert, er kjent.

Mange enheter er også engasjert i annen aktivitet, som behandling, undervisning og forskning. For alle enheter kartlegger en også denne typen virksomhet i form av indikatorer undervisningsuker, avlagte doktorgrader og antall og type publikasjoner.

- 2. Hva er kostnadene innen offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet?** Her skal hver enhet rapportere kostnader etter et fastlagt oppsett. Det er mange utfordringer i kostnadsrapportering, særlig knyttet til beregning av kapitalkostnader og andel av fellekostnader i offentlig virksomhet.

I tillegg vil kapittel 6 presentere anslag for gjennomsnittskostnader i offentlig og privat virksomhet. Tolkningen av disse anslagene må gjøres med stor varsomhet.

2 Kort beskrivelse av institusjonelle forhold innen laboratorie- og røntgenvirksomhet i Norge

Laboratorie- og røntgenvirksomheten er i Norge organisert i offentlige og private enheter. De offentlige enhetene er integrert i de offentlige sykehusene og yter tjenester til inneliggende pasienter og til pasienter som behandles på sykehusets poliklinikk. I tillegg behandles eksterne rekvisisjoner som i hovedsak kommer fra primærhelsetjenesten (fastlegene). Tjenester som ytes til inneliggende pasienter finansieres via innsatsstyrt finansiering, dvs. en via en kombinasjon av rammebudsjett og inntekt per behandlet pasient korrigert for pasientsammensetning. Tjenester som ytes i tilknytning til behandling av pasienter på poliklinikk og i tilknytning til håndtering av eksterne rekvisisjoner finansieres delvis av rammebudsjett og delvis av takstrefusjoner fra trygden.

De private enhetene undersøker pasienter og analyserer prøver som er rekvirert fra primærhelsetjenesten. De private enhetene kan kreve takstrefusjoner dersom virksomheten er godkjent etter sykehusloven før 1. juni 1987. Virksomheter som er godkjent etter 1. juni 1987 har krav på takstrefusjoner når Helsedepartementet har gjort vedtak om det. Det er opp til de regionale helseforetakene å inngå avtaler med de private laboratorier og røntgeninstitutter. De private enhetene som har slike avtaler, vil oppnå inntekt fra regionale helseforetak i tillegg til takstrefusjonene fra trygden.

For laboratorievirksomheten er takstsystemene forskjellige for offentlige og private enheter. Innen røntgenvirksomhet ligger NORA KO-kodeverket til grunn for takstsystemet. Grupperingen i primærkoder og primærkodenes vekter er identisk for offentlige og private enheter. Samtidig varierer kroneverdien av en vektenhet mellom offentlige og private enheter.

I St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten ble det presentert en større omlegging av finansieringen av poliklinisk laboratorier og radiologisk virksomhet. Det ble lagt fram flere tiltak som Sosialkomiteens flertall sluttet seg til:

1. Nytt aktivitetstilskudd skal utgjøre om lag halvparten av dagens takster for offentlige og private laboratorie- og røntgenvirksomheter fra 2005.
2. Trygderefusjonen skal fortsatt utbetales direkte til private laboratorier og røntgenvirksomheter.
3. De regionale helseforetakenes finansieringsansvar videreføres for prøver rekvirert av allmennleger.
4. Det lovfestes at private institutter må ha avtale med regionale helseforetak for å få trygderefusjon fra 2005.
5. Dagens etableringsgodkjenning for røntgen- og laboratorievirksomhet avvikles, og i stedet innføres kvalitetskrav for virksomhetene fra 2005.
6. RTV-refusjon for offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet som inngår i poliklinikktilskuddet, foreslås utbetalt til regionale helseforetak fra 2004.
7. Det utvikles et felles klassifiseringssystem for offentlig og privat laboratorievirksomhet.

Tiltak nr. 2 og 3 innebar ingen endringer i forhold til dagens praksis. Tiltak nr. 6 ble gjennomført fra 1. januar 2004. I St.prp. nr. 1 (2004–2005) uttrykkes at helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang arbeid for å følge opp tiltak nr. 1, 4, 5 og 7.

Departementet foreslår at tiltak 1, 4 og 5 trer i kraft fra 1. mai 2005. Tiltak 7 følges opp av Sosial- og helsedirektoratet. Det er planlagt at et nytt kodeverk skal tas i bruk fra 2006 ved alle laboratorier som finansierer driften ved statlige midler (både offentlige og private). Staten skal også kunne ta i bruk systemet for finansieringsformål fra 2008.

Tredjepartsfinansiering er et viktig kjennetegn ved organisasjon og finansiering av laboratorie- og røntgenvirksomhet som er rekvirert av eksterne (primærhelsetjenesten). Fastlegene bestemmer om de vil henvise til private eller offentlige leverandører, mens staten og de regionale helseforetakene betaler uavhengig av fastlegens valg. Konkurransen mellom enhetene om å tiltrekke seg rekvirenter blir dermed en konkurranse om de aspektene ved kvalitet og service som rekvirentene verdsetter.

Tabell 2.1 viser regnskapsførte utgifter fra Folketrygden til private laboratorier og røntgeninstitutter. I tillegg kommer tilskuddene basert på avtaler med de regionale helseforetakene.

Tabell 2.1 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2001–03 (mill. kroner):

År	Refusjon laboratorier	Pst. endring	Refusjon røntgen	Pst. endring	Totalt	Pst. endring
2001	239	19,6	205	23,8	445	21,5
2002	236	-1,3	315	53,7	551	23,8
2003	289	22,5	356	12,8	645	17,0

(Kilde: St.prp. nr. 1 (2004–2005), Helse- og omsorgsdepartementet, s 245)

Tabell 2.2 viser regnskapsførte utgifter fra Folketrygden til de offentlige laboratorier og røntgenenheter.

Tabell 2.2 Regnskapsførte utgifter til poliklinisk virksomhet

Spesialitet	2001	2002	2003	Pst. endring 2001 – 2003
Laboratorium	697	917	1079	54,8
Radiologi	382	525	457	19,6
Totalt	3348	3888	4307	28,6

(Kilde: St.prp. nr. 1 (2004–2005), Helse- og omsorgsdepartementet, s 154)

For både private og offentlige laboratorier og røntgenenheter har det vært en betydelig økning i Folketrygdens utgifter i perioden 2001–2003.

I adresselisten fra Rikstrygdeverket over private enheter med rett til refusjon var det 14 laboratorier og 23 røntgeninstitutter. Siden vår datainnhenting fra laboratoriene begrenset seg til Medisinsk biokjemi (klinisk kjemi), ble antallet aktuelle laboratorier redusert til fem. Det var: Betanien Med. Laboratorium AS, Furst Medisinsk Laboratorium AS, OmniaSykehuset AS, Sandefjord klinisk kjemisk laboratorium og Capio Laboratoriemedisin AS. Adresselisten betegnet fortsatt Capio Laboratoriemedisin AS med det gamle navnet Norlab Wille AS. Av de 23 røntgeninstituttene er åtte eid av Capio Diagnostikk (Volvat og Bergen ikke medregnet siden de ikke er inkludert i RTVs liste trolig fordi de ikke har refusjonsrett for røntgen). Tre er lokalisert i Oslo, og

de øvrige i Fredrikstad, Moss, Sandefjord, Trondheim og Tønsberg. Sju institutter er eid av Sentrum Røntgeninstitutt AS. Av disse er tre lokalisert i Oslo. De øvrige avdelinger av Sentrum Røntgeninstitutt AS er lokalisert i Lillestrøm, Bergen, Trondheim og Stavanger. De øvrige åtte enheter med refusjonsrett er i følge opplysningene fra Rikstrygdeverket Røntgensenteret AS i Kristiansand, Sunnmøre MR Klinik AS i Ålesund, Telemark Røntgensenter AS i Porsgrunn, Haugesund Røntgeninstitutt A/S i Haugesund, Kristiansund Røntgeninstitutt (EMCO-MED) i Kristiansund, MEDI 3 AS i Ålesund, Nordland Medisinske Senter Røntgeninstitutt i Bodø og Oppdal Helsesenter, Røntgenavdeling i Oppdal. Blant røntgeninstituttene bruker Rikstrygdeverket andre navn enn en finner på instituttens hjemmeside for sju av instituttene som hører til Capio Diagnostikk.

3 Metode

3.1 BEGREPER

En *produksjonsprosess* (her: laboratorievirksomhet, røntgenvirksomhet) er i økonomisk teori vanligvis karakterisert ved ett sett med produkter og et sett med innsatsfaktorer. Til disse kan det også være knyttet priser (faktorpriser og produktpriser), men det trenger ikke være det. *Produkter* er det som kommer ut av produksjonsprosessen, og som har en nytteverdi, enten for individer, grupper eller samfunnet som helhet. Å fremstille (hoved)produktene er gjerne selve begrunnelsen for å ha en produksjonsprosess. Produkter kan være prissatte med en pris per enhet (f.eks. en takstsum per analyse), ha en pris som varierer med mengden (f.eks. en toprisavtale), eller ikke være betalt eksplisitt men likevel representere en verdi (f.eks. forskning, beredskap eller utdanning). *Innsatsfaktorer*, eller ressursbruken, er det som medgår i produksjonsprosessen, og som har en alternativverdi, dvs. at ressursene ville hatt verdi også i alternative anvendelser. Det er vanlig å skille mellom visse hovedkategorier av innsatsfaktorer, f.eks. arbeid (f.eks. bioingeniører og legespesialister innen laboratorievirksomhet og radiografer og radiologer innen røntgenvirksomhet), kapital (f.eks. analyseapparater med varighet over en lengre periode innen laboratorievirksomhet, røntgenapparater, bygningkapital etc.) og vareinnsats (med kortere varighet). Vareinnsats kan for eksempel være reagenser, kontrastvæske og elektrisitet. Innsatsfaktorene vil som regel ha en pris, men denne betales ikke alltid av virksomheten selv.

Kostnader er verdien av innsatsfaktorene, som regel målt i penger. Totalkostnaden for en virksomhets produksjon er da faktorpris ganger faktormengde summert over de ulike innsatsfaktorene. Hvis det er kun ett produkt, kan en definere *gjennomsnittskostnadene* til å være totalkostnadene delt på produktmengden, dvs. kostnaden per enhet, en størrelse som kan sammenlignes med prisen per enhet. Er det flere produkter, f.eks. mange ulike analyser som utføres i samme laboratorievirksomhet, er ikke gjennomsnittskostnaden definert. En må da eventuelt lage et aggregat av de ulike produktene ved hjelp av vekter. I denne undersøkelsen vil dette blir gjort når takster brukes som vekter i aggregering av den enkelte laboratorieanalysene og når vekter brukes i aggregering av undersøkelser innen de enkelte primær-

koder i røntgen. Felles kostnader for administrasjon, felles utstyr o.l. kan ikke entydig fordeles på de ulike produktene. Derimot vil det være mulig å definere grensekostnaden som er kostnadene knyttet til å produsere en ekstra enhet utover det som allerede produseres.

3.2 BESKRIVELSE AV OPPLEGGET FOR OG GJENNOMFØRINGEN AV UNDERSØKELSEN BLANT LABORATORIE- OG RØNTGENENHETENE

Laboratoriemedisin består av spesialitetene medisinsk biokjemi (klinisk kjemi), immunologi og transfusjonsmedisin, klinisk farmakologi, klinisk nevrofysiologi, medisinsk genetikk, medisinsk mikrobiologi og patologi. I tillegg er virksomheten innen spesialiteten nukleærmedisin av og til organisert sammen med laboratorieavdelingene, av og til sammen med røntgenavdelingene og av og til som egen avdeling.

For å kunne gjennomføre undersøkelsen innen fastsatte rammer, kunne en bare registrere aktivitet og kostnader innen deler av laboratorievirksomheten. Medisinsk biokjemi ble valgt fordi det her er flere private enheter enn innen de andre områdene og fordi mange sykehus har egne avdelinger som (nesten) utelukkende driver med medisinsk biokjemi.

Det ble satt i gang en registreringsundersøkelse rettet mot samtlige private og offentlige laboratorier innen klinisk kjemi og samtlige offentlige og private røntgenenheter. Registreringsskjemaer ble sendt ut 23.06.04 med svarfrist 01.09.04. Sendingene med følgebrev fra Riksrevisjonen ble sendt til helseforetakene og de private foretakene med beskjed om at de måtte distribuere materialet til sine enkelte avdelinger. Man kunne laste ned en excel-fil fra nettet og således sende inn utfylt registreringsskjema elektronisk. De fleste valgte å gjøre det. Det viste seg at flere enheter hadde problemer med å overholde tidsfristen. Begrunnelsene som ble gitt var stort sett kombinasjoner av tidkrevende registreringer, problemer med datasystemene og ferieavvikling. Tabell 3.1 viser antallet enheter fordelt etter tilsendt og besvart registreringsskjema.

Tabell 3.1 Antall enheter fordelt etter tilsendt og besvart registrerings skjema.

	Offentlig lab	Privat Lab	Offentlig røntgen	Privat Røntgen
Antall tilsendt	65	5	66	26
Antall besvart	59	5	62	24
Maks antall som er inkludert i beskrivelser og analyser i dette notatet	59	5	59	21

Med utgangspunkt i tilgjengelig informasjon om sykehus med laboratorier innen medisinsk biokjemi ble det sendt ut skjema til 65 offentlige laboratorier. Svar ble mottatt fra 59. En viktig grunn til avviket er at Sykehuset Østfold ikke fant det mulig å sende inn separate skjemaer for laboratoriene i Fredrikstad, Moss, Sarpsborg, Halden og Askim. De besvarte derfor kun ett skjema for hele helseforetaket. Diakonissehuset Haraldsplass returnerte ikke utfylt skjema.

Private laboratorier og røntgenenheter ble identifisert gjennom Rikstrygdeverkets liste over laboratorier og røntgenenheter som har krav på refusjon. Fem laboratorier fikk tilsendt skjema. Alle private laboratorier besvarte kostnadsdelen, mens fire besvarte aktivitetsdelen. Av de private røntgenenheterne var det to som ikke besvarte henvendelsen. Aktivitetsdata for de private røntgenenheterne grupper etter primærkoder ble innhentet fra Rikstrygdeverket.

3.3 BEGRUNNELSE FOR VALG AV VARIABLE

Sykehusenes viktigste oppgaver er behandling av pasienter, utdanning av helsepersonell og forskning. Dette vil også gjelde for laboratoriene og røntgenenheterne i sykehusene. Siden oppdraget var å undersøke omfanget av aktivitet/produksjon og kostnader innen røntgen- og laboratorievirksomhet, ble det tatt utgangspunkt i disse tre aktivitetene og funnet fram til variabler som kunne belyse aktivitetene på en meningsfylt måte med de data som ville være mulig å skaffe til veie innenfor prosjektets rammer.

Både røntgen- og laboratorievirksomhet bidrar med informasjon som er til hjelp i diagnostikk av sykdom. Ideelt skulle virksomheten dermed verdsettes etter det bidrag som ytes til korrekt diagnostikk eller kanskje til og med vellykket behandling. Av åpenbare praktiske grunner ble det valgt et enklere opplegg. For både røntgenundersøkelser og laboratorieanalyser måles produksjonen i form av vektete antall undersøkelser og analyser. Vektene som er brukt, blir det redegjort nærmere for i avsnittene 4.1 og 5.2. Siden røntgenundersøkelser av inneliggende pasienter vil være mer ressurskrevende enn undersøkelser av pasienter på poliklinikken, skilles det mellom innlagte og poliklinikk der det er mulig.

Et viktig skille mellom offentlige sykehus og private enheter er at bare de offentlige sykehusene har

et ansvar for å gi øyeblikkelig hjelp. Dette ansvaret for å yte øyeblikkelig hjelp medfører at offentlige sykehus har døgnkontinuerlig beredskap. Denne beredskapen medfører at kostnadene i det offentlige alt annet likt blir større enn i det private. Det er hentet inn informasjon om omfanget av denne beredskapen for røntgenenheter og laboratorier.

Aktivitet innen forskning ble registrert ved hjelp av antallet avlagte doktorgrader samt antallet publiserte artikler i nasjonale og internasjonale tidsskrifter der minst en av forfatterne har sin hovedtilknytning til enheten. Dette innebærer at resultatene av forskningsvirksomhet blir registrert ved kun to variable. Det kan sikkert hevdes at dette er snevert. Det anses likevel for å være tilstrekkelig for denne undersøkelsens formål.

Som indikator for omfang av undervisning ble antallet undervisnings- og utplasseringsuker for henholdsvis medisinerstudenter, radiografistudenter og bioingeniørstudenter valgt. Undervisningsuker er produktet av antall studenter og antall uker.

I tilknytning til registrering av kostnader (problemstilling 2) ble det tatt utgangspunkt i kontokodene for resultatregnskapet slik helseforetakene rapporterer dem til Statistisk Sentralbyrå. I tillegg ble det innhentet kapitalverdi og avskrivning fordelt på postene bygninger og anlegg, medisinsk teknisk utstyr, IKT-utstyr, biler og transportmidler og øvrig realkapital. Tilsvarende opplysninger ble hentet inn fra private enheter. Her tok oppstillingen utgangspunkt i Norsk Standard (NS) 4102, slik også Statistisk Sentralbyrå gjør.

I en sammenligning av aktivitet og kostnader i offentlig og privat virksomhet er det viktig at data er av en kvalitet som gjør sammenligning meningsfylt. For å få vite mer om dette, ble det inkludert variable som uttrykker grunnlaget for den kostnadsinformasjonen som oppgis.

3.4 BESKRIVELSE AV REGISTRERINGSSKJEMA

Det ble laget fire registrerings skjemaer, et skjema for offentlige laboratorier, et skjema for private laboratorier, et skjema for offentlig røntgen og et skjema for privat røntgen. Hvert skjema bestod av 11 regneark i Excel. Først ble respondentene bedt om å gi en oversikt over tjenesteproduksjonen i form av rekvisisjoner, typer og antall undersøkelser/analyser,

doktorgrader, forskningsresultater i form av publikasjoner, utdanningsvirksomhet i form av undervisnings- og utplasseringsuker og øvrig tjenesteproduksjon i form av DRG-poeng, inntekter eller beskrevet på annen måte. Enhetene ble deretter bedt om å oppgi i detalj hvordan antallet rekvisisjoner fordelte seg på hastegrader og inneliggende pasienter, poliklinikk og eksterne rekvisisjoner. Det ble lagt vekt på få med en mest mulig utfyllende beskrivelse og kvantifisering av produksjon og andre kjennetegn ved enhetene som ble ansett å kunne ha betydning for størrelsen på kostnadene.

Den andre delen av registreringskjemaet konsentrerte seg om årsverk og kostnader. Først ble enhetene bedt om å registrere årsverk fordelt på stillingsgrupper. Deretter ble de bedt om å registrere driftsutgiftene etter separate kontoplaner for helseforetak og private enheter. Siden det ble antatt at visse kostnadskomponenter kunne være vanskelig å registrere på avdelingsnivå, ble det laget egne bokser for

avkrysning av grunnlaget for informasjonen. Dette ble gitt fem avkrysningsmuligheter fra «Føring i regnskapet av enhetens faktiske kostnader» til «Lar seg ikke anslå uten betydelig merarbeid». Enhetene ble deretter bedt om å registrere tall for bokført kapitalverdi og avskrivninger fordelt på typer av realkapital. Til slutt ble enhetene bedt om å oppgi medisinsk teknisk utstyr med innkjøpsverdi over 50.000 kroner med angivelse av type og merke, innkjøpsår, innkjøpspris samt om utstyret leies eller leases.

Alle opplysninger ble innhentet for begge årene 2002 og 2003.

3.5 BESKRIVELSE AV ANALYSEMETODER

I dette notatet benyttes utelukkende enkle summeringer og gjennomsnittsbetraktninger uten statistiske tester.

4 Beskrivelse av aktivitet og kostnader basert på undersøkelsen: Røntgen

Datamaterialet for røntgenaktiviteten omfatter regnskaps- og organisasjonsdata fra 59 offentlige og 21 private enheter. Imidlertid har bare 32 av de offentlige røntgenenhetene levert produksjonsdata (NORAKO- eller PK-koder) med tilfredsstillende kvalitet. Ytterligere frafall skjer som følge av at noen av enhetene som har levert aktivitetsdata ikke har levert regnskaps- og organisasjonsdata. Dette problemet gjelder også for enkelte av de private enhetene. I det følgende gis en beskrivelse av aktivitet og kostnader ved røntgenenhetene.

4.1 AKTIVITETEN VED RØNTGENENHETENE

Røntgenenhetenes aktiviteter deles i tre grupper: 1) Røntgenundersøkelser 2) beredskap og 3) forskning og undervisning.

Røntgenundersøkelser

I denne beskrivelsen har en i tillegg til den polikliniske aktiviteten ved offentlige og private røntgenenheter, kartlagt røntgenaktiviteten som de offentlige sykehusene har overfor pasienter som ordinært finansieres gjennom sykehusenes basisbevilgninger og DRG-refusjonen til sykehusene.¹ Begrunnelsen for også å kartlegge røntgenaktiviteten overfor disse pasientene (heretter kalt pasientopphold), er å få et fullstendig bilde av aktiviteten ved røntgenavdelingene ved akutt sykehusene. Dette er en forutsetning for meningsfulle analyser av effektivitetsforskjeller mellom offentlig og private enheter. Kartleggingen er mulig gjort ved at de aller fleste sykehusene registrerer røntgenaktiviteten på samme måte både for polikliniske konsultasjoner og pasientopphold.

Aktiviteten ved røntgenenhetene registreres ved hjelp av Norsk radiologisk kodeverk (NORAKO). En røntgenkonsultasjon vil typisk generere en eller flere NORAKO-koder. For polikliniske konsultasjoner både i offentlige og private røntgenenheter vil den eller disse kodene ligge til grunn for refusjonsberegningen fra Rikstrygdverket. NORAKO-kodene

aggregeres da etter bestemte regler til primærkategorier (PK-koder). Til hver primærkategori tilordnes en kostnadsvekt. Dette gir en enhet som kalles røntgenpoeng. Antall røntgenpoeng sammen med enhetsprisen gir refusjonsgrunnlaget.

Aggregeringen fra NORAKO-koder til primærkategorier er gjort av Jostein Bruflot ved Classic IT. Classic IT er samme firma som leverer programvaren (POLK og Labrønk) som benyttes av Rikstrygdeverket for aggregeringsformål. Det har vært betydelige problemer knyttet til dette arbeidet, i første rekke på grunn av at de offentlige sykehusene har levert rådata i formater som ikke har vært direkte lesbare av POLK. Det har også vært problemer med å skille polikliniske konsultasjoner fra opphold for noen sykehus. Dette gjør at røntgenaktiviteten ved offentlige sykehus kan beskrives ved poliklinisk aktivitet, ved aktivitet knyttet til opphold eller aktivitet som enten er knyttet til poliklinikk eller opphold. For private enheter er data stilt til rådighet av Rikstrygdeverket.

For både offentlige og private enheter er i dette kapitlet ekskludert undersøkelser som ikke gir refusjon og undersøkelser gjort på fullt betalende pasienter.²

Tabell 4.1 viser hvordan produksjonen av røntgen, målt i røntgenpoeng, fordeler seg mellom pasientopphold og polikliniske aktiviteter for de offentlige sykehusene innen de fem helseregionene. Tallene er basert på estimater. Estimeringen er gjort ved hjelp av en lineær regresjon på to måter: For pasienter klassifisert i DRG-systemet kjøres en regresjon mellom antall røntgenpoeng og antall korrigerte opphold, der antall røntgenpoeng er avhengig variabel. For pasienter ved poliklinikkene er det gjort en liknende analyse på grunnlag av antall røntgenpoeng og omfanget av statlige poliklinikkrefusjoner.³ Til grunn for analysene ligger sykehusene som har levert data som gjør det mulig å skille mellom pasienter som behandles poliklinisk og som pasientopphold. Siden dette kun er 18 sykehus, er det knyttet betydelig usikkerhet til estimatene. Det må også understrekes at enkelte andre offentlige sykehus enn de

¹ Inneliggende pasienter samt pasienter som behandles ved dagopphold og dagkirurgi klassifiseres gjennom et sekundærklassifiseringssystem kalt Diagnoserelaterte grupper (DRG). Til hver enkelt gruppe er det knyttet en vekt som sammen med enhetsprisen danner utgangspunkt for refusjon til sykehusene. I 2003 dekket DRG-refusjonen 60 % av sykehusenes forventede kostnader ved behandlingen av de aktuelle pasientene. Resten dekkes gjennom en rammebevilgning/basisbevilgning.

² Dette gjelder imidlertid ikke 5 offentlige sykehus som har levert aggregerte data i form av PK-koder. Her vet en ikke om denne type undersøkelser er med eller ikke. Feilkildene dette representerer er, for datamaterialet samlet, ubetydelige.

³ Dette betyr at det kun er sykehus som klassifiserer pasienter som enten poliklinisk behandlet eller som opphold som er datagrunnlaget for analysen.

Tabell 4.1 Estimert antall røntgenpoeng for offentlige DRG-sykehus, 2002 og 2003

	2002			2003		
	Opphold	Polikl	Sum	Opphold	Polikl	Sum
Helse Øst.....	195142	189830	384972	208044	208211	416255
Helse Sør	149813	144904	294717	175879	162119	337998
Helse Vest	121548	132131	253679	137711	143010	280721
Helse Midt	100349	104750	205099	110850	117676	228526
Helse Nord	55583	102180	157764	64303	106852	171156
Sum	622434	673796	1296231	696787	737869	1434656

som leverer ordinær DRG-statistikk, utfører røntgenundersøkelser. Dette gjelder i første rekke spesialiserte sykehusene (Sunnås, Radiumhospitalet, Spesialsykehuset for epilepsi osv.).

Røntgenaktiviteten ved poliklinikkene er noe høyere enn for pasientoppholdene (51 vs. 49 prosent i 2003) når landet betraktes som helhet. Både i Vest og Midt, og i særlig grad i Nord, er imidlertid den polikliniske røntgenaktiviteten vesentlig høyere enn aktiviteten knyttet til oppholdene. Dette kan ha sin årsak i at det i disse regionene er et svakere utbygd privat røntgentilbud. Dette belyses nærmere i neste tabell.

I tabell 4.2 vises data om fordelingen av røntgenpoengene mellom offentlige og private enheter for de fem helseregionene. Tallene for private er basert på primkategorier slik disse er aggregert av Rikstrykdeverket på grunnlag av oppgitte NORAKO-koder. Tallene for offentlige sykehus er hentet fra tabell 4.1

De private røntgeninstituttene står for om lag en tredel av den samlede røntgenaktiviteten i Norge. Andelen private er høyest i Helse Øst (49 %), lavest i Helse Nord (14 %).

Et siste spørsmål er om det er systematiske forskjeller mellom offentlige og private enheter når det gjelder sammensetningen av aktiviteten. Dette beskrives i tabell 4.3 der aktiviteten i for offentlige sykehus (inneliggende og polikliniske pasienter) og private røntgeninstitutter er splittet etter primærkategori (PK). Av de offentlige sykehusene inngår kun de 18/19 enhetene som har splittet aktiviteten mellom opphold og poliklinikk. For de private enhetene vil det aller meste av aktiviteten være knyttet til polikliniske konsultasjoner. Enkelte av enhetene har imidlertid en mindre aktivitet knyttet til inneliggende pasienter. Disse er her klassifisert som polikliniske.

Tabell 4.2 Faktisk (private) og estimert (offentlige) antall røntgenpoeng

	2002			2003		
	Off	Private	Sum	Off	Private	Sum
Øst	384972	343129	728101	416255	403841	820096
Sør	294717	105911	400628	337998	149198	487196
Vest	253679	34018	287697	280721	70745	351466
Midt	205099	4068	209167	228526	47666	276192
Nord	157764	21022	178786	171156	26834	197990
Sum	1296231	508148	1804379	1434656	698284	2132940

Tabell 4.3 Antall primærkategorier i offentlige og private røntgenenheter

		2002			2003		
		Off		Private	Off		Private
		Opph	Poli	Poli	Opph	Poli	Poli
PK001	Granskning CT MR o ang	2291	14090	44	2692	19131	17300
PK002	Granskning RG og UL	2350	10554	53	2767	10203	137
PK004		41	134		66	319	
PK005	Us v/anestesi	2763	582		3899	436	
PK006	Intervensjon omfattende	3530	1564		5263	1866	
PK008	Intervensjon enkel	10016	7234	2088	12988	7515	2023
PK009	Stentinnleggelse	1984	1363		2818	1724	
PK101	Rettslig us	2	1	1		1	0
PK102	RG kontrast enkel	8973	14410	17859	10595	16140	15657
PK103	RG kontrast omfattende	2867	2053	12	2978	2005	2
PK104	RG u/kontrast omfattende	3280	9264	9342	3567	10066	10046
PK107	RG større angiografi	19502	6784	6	21727	8198	0
PK108	Mammografi	464	19719	82282	864	23633	91634
PK109	RG u/kontrast m/tilleggsb	28303	105917	134786	33652	133565	151530
PK110	Venografi	1604	2064	68	1333	1795	53
PK111	RG kontrast moderat	720	3957	10020	728	4639	8783
PK112	RG u/kontrast enkel	121892	197463	196021	144452	209147	231375
PK113	RG thorax	91111	90253	72062	106390	95072	75861
PK114	RG u/kontrast moderat	15716	19967	50836	17162	20908	56731
PK201	UL prosedyre	6926	8792	3723	11535	11784	4598
PK203	UL region	36790	36025	76575	41032	39645	84580
PK204	UL moderat	5266	14520	23462	7230	17795	31803
PK205	UL enkel	13397	18291	12549	15712	20336	14984
PK206		657	1667	1209	835	1952	1524
PK301	CT kontrast flere bilder	22233	20130	8820	34223	27720	16240
PK302	CT kontrast enkeltorgan	21981	18394	7537	26944	20050	8638
PK303	CT u/kontrast ts	3030	2000	36913	3699	2720	38040
PK304	CT region u/kontrast	12227	13807	14257	14024	11991	12771
PK305	CT enkeltorg m/pros. u/ko	5669	4880	535	13077	9047	1615
PK306	CT enkeltorgan u/ kontrast	42723	37156	95329	51338	38467	95670
PK401		334	681	82	503	845	325
PK402	MR contrast region/ rekons	1305	1910	236	2134	3184	810
PK403	MR contrast enkeltorg./ rek	6392	9237	5492	8771	11023	9534
PK404	MR u/kontrast ts	15249	35435	120809	21697	48010	182469
PK405	MR uten kontrast – region	8166	19797	7075	11120	25511	7934
PK406		10784	18302	118218	14729	23979	179493
PK407		2293	3009	823	3281	5217	1936

Tabell 4.4 Røntgenenheter etter type vaktberedskap

	2002		2003	
	Offentlige	Private	Offentlige	Private
Dagtid	6	4	6	4
Hvilende kveld (hjemme eller institusjon)	2	0	2	0
Aktiv kveld	0	17	0	17
Hvilende natt (hjemme eller institusjon)	39	0	39	0
Aktiv døgnskntinuerlig	11	0	11	0
Totalt	58	21	58	21

En skal være forsiktig med konklusjonene siden bare en andel av de offentlige sykehusene inngår i tabellen. Det er imidlertid en del aktiviteter som er sterkt overrepresentert i de offentlige sykehusene. Dette gjelder for eksempel PK006, PK009, PK103, PK107 som alle er omfattende undersøkelser (noen av dem er knyttet til inngrep i grenseland mot andre spesialiteter som PK009). De private er særlig store når det gjelder mammografi, ultralyd og CT/MR uten bruk av kontrastveske.

Det er i tillegg til data om selve omfanget av røntgenaktiviteten, gjort forsøk på å hente inn data om variasjoner i hastegrad ved røntgenundersøkelser. Omlag 90 % av sykehusene opererer med ulike hastegrader. En skiller som regel mellom øyeblikkelig hjelp og annen hastegrad, men også andre kategorier finnes (for eksempel skiller noen sykehus mellom ø-hjelpsundersøkelser, undersøkelser som skal ha svar innen 4 timer og elektive undersøkelser). Definisjonene av ø-hjelp varierer også mellom sykehusene. Et hovedproblem ved undersøkelsen av dette forholdet er imidlertid at bare ca. halvparten av sykehusene registrerer undersøkelsenes hastegrader i sine datasystemer.

Beredskap

Slik arbeidsdelingen mellom offentlige og private aktører er i dag, er det grunn til å forvente betydelige variasjoner i vaktberedskap. Dette bekreftes i tabell

4.4. Det er ingen av de private instituttene som har døgnskntinuerlig beredskap, mens de fleste av dem (67 %) har aktiv kveld, i praksis åpningstider til kl. 20.00. De øvrige private røntgeninstitutter har åpent fra kl. 09.00 til kl. 16.00.

Røntgenavdelingene ved de offentlige sykehusene har i de fleste tilfeller vaktberedskap hele døgnet. En har her lagt beredskap ved avdelingen til grunn for vurderingen, det vil i praksis si beredskapen hos radiografene. 11 av de 58 enhetene (19 %) har full døgnskntinuerlig aktivitet, mens 39 av enhetene (67 %) har full aktivitet om dagen og hvilende beredskap på natten.

Forskning og utdanning

Undervisnings- og forskningsaktiviteten beskrives ved omfanget av avlagte doktorgrader, omfanget av publisering i nasjonale og internasjonale tidsskrifter, undervisning og praksis for medisinerstudenter og bioingeniørstudenter, samt antallet assistentleger.

Tabell 4.5 viser røntgenavdelinger og -institutter fordelt etter antall doktorgrader der doktoranden har sitt hovedarbeidssted ved enheten.

Tabell 4.5 Røntgenenhetene fordelt etter antall doktorgrader der doktoranden har sitt hovedarbeidssted ved enheten

	2002		2003	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
Ingen doktorgrad	55	21	54	21
1 doktorgrad	2	0	3	0
2 doktorgrader	1	0	1	0
3 doktorgrader	1	0	0	0
4 eller fl.	0	0	1	0
Totalt	59	21	59	21

Tabell 4.6 Røntgenenhetene fordelt etter antall artikler i nasjonale eller internasjonale fagtidsskrifter

	2002				2003			
	Offentlig		Privat		Offentlig		Privat	
	I	N	I	N	I	N	I	N
0 artikler	52	53	20	20	51	52	19	19
1 artikkel	3	2	1	1	1	4	2	2
2–10 artikler	2	4	0	0	4	3	0	0
11–20 artikler	2	0	0	0	2	0	0	0
> 20 artikler	0	0	0	0	1	0	0	0
Totalt	59	59	21	21	59	59	21	21

Det er ingen produksjon av doktorgrader ved de fleste av røntgenenhetene. Ved de offentlige sykehusene er det i første rekke universitetssykehusene som har aktivitet knyttet til doktorgrader. Ved de private er det ingen avlagte doktorgrader i denne perioden.

Publikasjoner fra nasjonale (N) og internasjonale (I) tidsskrift med fagfelleevaluering er rapportert i tabell 4.6. Kartleggingen omfatter artikler der minst en av forfatterne har sin hovedtilknytning til enheten. Det er ikke gjort forsøk på å veie artiklene etter «impact»-skåre eller de enkelte forfatternes innsats.

Også når det gjelder forskningsproduksjon målt i antall artikler, er aktiviteten meget skjev fordelt. De

aller fleste både av de offentlige og private røntgenenhetene har ingen publiserte artikler i perioden. Ved de offentlige røntgenavdelingene er det som ventet universitetssykehusene som har størst publiseringsaktivitet. Aktiviteten øker fra 2002 til 2003, særlig for de offentlige sykehusene.

Tabell 4.7 gir oversikt over undervisningsaktiviteten i forhold til medisinerer målt i undervisningsuker (studenter*uker med undervisning/utplassering).

Tabell 4.8 gir en tilsvarende oversikt over undervisningsaktiviteten i forhold til radiografer målt i undervisningsuker (studenter*uker med undervisning/utplassering).

Tabell 4.7 Fordeling av røntgenenhetene etter antall undervisningsuker for medisinerstudenter

	2002		2003	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
0 uker	30	10	30	10
1–9 uker	17	11	17	11
10–19 uker	5	0	4	0
20–39 uker	5	0	6	0
40–59 uker	0	0	0	0
> 60 uker	2	0	2	0
Totalt	59	21	59	21

Tabell 4.8 Fordeling av røntgenenhetene etter antall undervisningsuker for radiografstudenter

	2002		2003	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
0 uker	7	15	7	12
1–9 uker	5	3	5	3
10–19 uker	12	2	12	3
20–39 uker	17	1	15	3
40–59 uker	3	0	6	0
> 60 uker	12	0	11	0
Totalt	57	21	57	21

Undervisningsaktiviteten overfor medisinerstudenter er som ventet meget ujevnt fordelt mellom enhetene. Tabell 4.8 viser også at private røntgeninstitutter deltar i denne undervisningen. Undervisning av radiografer er jevnere fordelt mellom enhetene. Det er en betydelig økning i undervisningen av radiografer i de private instituttene fra 2002 til 2003.

Røntgenavdelingene ved de offentlige sykehusene har i tillegg til ovennevnte undervisningsaktivitet også undervisning av assistentleger. Til sammen er det registret 161 årsverk assistentleger ved de offentlige sykehusenes røntgenavdelinger i 2002 og 170 årsverk i 2003. Røntgenavdelingene ved de offentlige sykehusene rapporterer også undervisning av leger fra andre avdelinger.

4.2 INFORMASJONGRUNNLAGET FOR AVLEVERT KOSTNADSFOR- INFORMASJON

Her gis en nærmere beskrivelse av informasjonsgrunnlaget for avlevert kostnadsinformasjon i undersøkelsen.

For å vurdere kvaliteten på den avleverte kostnadsinformasjon ble røntgenenhetene spurt om informasjonsgrunnlaget for de tallene de førte opp. Tabell 4.9 oppsummerer svarene fra de offentlige røntgenavdelingene.

Antallet enheter (58) er en gang mindre enn summen av svarene. Grunnen er at noen enheter har krysset av flere steder. Det kan for eksempel være meningsfylt hvis deler av kostnadene er regnskapsført i enhetens regnskaper, men andre deler av kostnadene er gjort som anslag i forbindelse med denne undersøkelsen.

Tabell 4.10 viser at informasjonen om røntgenenhetenes vare- og lønnskostnader kan hentes fra enhetenes egne regnskaper. For kostnadskomponenter som IKT og medisinsk teknisk utstyr er datagrunnlaget noe svakere. For elektrisk kraft, renhold, avskrivninger og felleskostnader synes informasjonsgrunnlaget å være nokså tynt.

Tabell 4.9 Antall offentlige røntgenavdelinger fordelt etter informasjonsgrunnlaget for avlevert kostnadsinformasjon

	Føring i regnskapet av enhetens faktiske utgifter	Internfakturering av felleskostnader	Faste fordelingsnøkler for felleskostnader	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelsen	Lar seg ikke anslå uten betydelig merarbeid	Ikke oppgitt	SUM enheter
Varekostnader	53	0	0	1	1	3	58
Lønnskostnader	51	0	0	3	0	3	58
Elektrisk kraft, fyring og brensel	12	3	2	16	20	5	58
Renhold	15	4	2	18	17	2	58
Leie lokaler	17	3	1	15	19	3	58
IKT-utstyr	36	4	1	11	9	-	58
Leie av medisinsk teknisk utstyr	24	4	0	5	7	18	58
Medisinsk teknisk utstyr, ..	31	4	0	10	8	5	58
Medisinsk teknisk utstyr, vedlikehold, service	35	1	1	11	9	2	58
Driftsbygninger, reparasjoner, vedlikehold ..	25	4	2	12	13	2	58
Avskrivning på medisinsk teknisk utstyr	14	1	0	13	18	12	58
Annen avskrivning	12	1	0	11	23	11	58
Øvrige driftsutgifter på enhetens regnskap	35	1	1	6	7	8	58
Administrasjon og fellesfunksjoner ikke inkludert over	6	2	3	14	26	6	58

Tabell 4.10 Antall private røntgenenheter fordelt etter informasjonsgrunnlaget for avlevert kostnadsinformasjon

	Føring i regnskapet av enhetens faktiske utgifter	Internfakturering av felleskostnader	Faste fordelingsnøkler for felleskostnader	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelsen	Lar seg ikke anslå uten betydelig merarbeid	Ikke oppgitt	SUM enheter
Varekostnader	20	0	0	0	0	1	21
Lønnskostnader	20	0	0	0	0	1	21
Elektrisk kraft, fyring og brensel	20	0	0	0	0	1	21
Renhold	19	0	0	0	0	2	21
Leie lokaler	20	0	0	0	0	1	21
IKT-utstyr	18	0	0	0	0	3	21
Leie av medisinsk teknisk utstyr	19	0	0	0	0	2	21
Medisinsk teknisk utstyr ...	17	0	0	0	0	4	21
Medisinsk teknisk utstyr vedlikehold, service	20	0	0	0	0	1	21
Driftsbygninger, reparasjoner, vedlikehold ..	19	0	0	0	0	2	21
Avskrivning på medisinsk teknisk utstyr	19	0	0	0	0	2	21
Annen avskrivning	20	0	0	0	0	1	21
Øvrige driftsutgifter på enhetens regnskap	20	0	0	0	0	1	21
Administrasjon og fellesfunksjoner ikke inkludert over	4	7	0	0	0	10	21

Tabellene viser at informasjonsgrunnlaget for private aktører gjennomgående er mer solid siden en større andel av kostnadskomponentene har sitt grunnlag i føring av regnskap av enhetens faktiske utgifter.

Data om informasjonsgrunnlaget vedr. avskrivningskostnader er gitt i tabellene 4.11 og 4.12.

Tabell 4.11 Antall offentlige røntgenavdelinger fordelt etter type avlevert informasjon om realkapital, kapitalverdi og avskrivning

	Føring i regnskapet av enhetens faktiske utgifter	Internfakturering av felleskostnader	Faste fordelingsnøkler for felleskostnader	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelsen	Lar seg ikke anslå uten betydelig merarbeid	Ikke oppgitt	I alt
Bygninger og anlegg	2	0	0	14	24	8	58
Medisinsk teknisk utstyr ...	5	0	0	23	13	19	58
IKT-utstyr	5	1	0	16	25	12	58
Øvrig realkapital	4	1	0	10	25	18	58

Tabell 4.12 Antall private røntgenenheter fordelt etter type avlevert informasjon om realkapital, kapitalverdi og avskrivning

	Føring i regnskapet av enhetens faktiske utgifter	Internfakturering av felleskostnader	Faste fordelingsnøkler for felleskostnader	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelsen	Lar seg ikke anslå uten betydelig merarbeid	Ikke oppgitt	I alt
Bygninger og anlegg	17	0	0	0	1	3	21
Medisinsk teknisk utstyr ...	19	0	0	0	1	1	21
IKT-utstyr	18	0	0	0	1	2	21
Øvrig realkapital	18	0	0	0	1	2	21

Som vi ser klart, er informasjonsgrunnlaget om kapitalverdier og avskrivninger svært mangelfullt ved de offentlige røntgenenheterne. Ved private røntgeninstitutter er informasjonsgrunnlaget nærmest komplett og av en langt høyere kvalitet.

Summen av kostnader for de to kostnadskomponentene der informasjonsgrunnlaget synes best, er beregnet. Varekostnader og lønnskostnader fordelt på offentlige og private laboratorier er framstilt i tabell 4.13.

Vi merker oss at varekostnadene er 4–5 ganger høyere ved offentlige enn ved private enheter, mens lønnskostnadene er knapt tre ganger høyere. Dette kan ha sammenheng med regnskapsføringen (f.eks. at sykehusene fører noen av lønnskostnadene som felleskostnader ved sykehuset). Det kan også ha sammenheng med at sammensetningen av aktiviteten er en annen ved offentlige enn ved private enheter, for eksempel ved at offentlige har mer krevende undersøkelser enn private.

Tabell 4.13 Sum vare- og lønnskostnader i 1000 kroner, offentlige og private røntgenenheter 2002–2003

Type kostnad	Offentlige		Private	
	2002	2003	2002	2003
Varekostnader	215089	192133	39575	47461
Lønnskostnader	724481	838014	274814	325894
	939570	1030147	314389	373355

5 Beskrivelse av aktivitet og kostnader basert på undersøkelsen: Laboratorier

5.1 ANTALL PRØVER

Tabell 5.1 beskriver forskjellene mellom private og offentlige med hensyn til hvem som rekvirerer prøver. Mens 44 % av prøvene som rekvireres i offent-

lige laboratorier stammer fra inneliggende pasienter, er nesten 100 % av prøvene i private laboratorier tilsendt av eksterne i primærhelsetjenesten eller den private spesialisthelsetjenesten.

Tabell 5.1 Fordeling av prøver i prosent (variasjonsbredde) etter hvor prøvene er tatt

	2002		2003		Data fra antall laboratorier 2002 (2003)	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
Inneliggende	44,0 (12–77)	1,0 (0–4)	44 (11–79)	1,2 (0–5)	41 (43)	4 (4)
Egen poliklinikk	16,0 (1–55)	0 (0)	17 (1–55)	0 (0)	41 (43)	4 (4)
Eksterne prøver	40,0 (8–87)	99,0 (95–100)	39 (0–88)	98,8 (96–100)	41 (43)	4 (4)

Fordelingen på rekvirenter gjenspeiler seg også i fordelingen etter hastegrad og etter hvem som tar prøvene.

Tabell 5.2 viser at 10 % av prøvene i offentlige laboratorier har hastegrad 1, som tilsvarer øyeblikkelig hjelp. Variasjonen mellom offentlige laboratorier er fra null til 48 %. Bare tre prosent av prøvene som rekvireres til private laboratorier, har hastegrad 1. Tabell 5.2 understreker dermed både forskjellen mellom offentlige og private enheter og den store variasjonen mellom de offentlige enhetene.

Tabell 5.3 viser fordeling av prøvene avhengig av om de blir tatt av eget personale. Igjen er det en betydelig forskjell mellom offentlige og private laboratorier. Mens de fleste private laboratorier tar mindre enn 20 % av prøvene selv, tar flertallet av offentlige laboratorier over halvparten av prøvene selv. Dette gjenspeiler omfanget av inneliggende pasienter som de offentlige laboratoriene betjener.

Tabell 5.2 Fordeling av prøver i prosent (variasjonsbredde) etter hastegrad

	2002		2003		Data fra antall laboratorier	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
Hastegrad 1	10 (0–48)	3 (0–12)	10 (0–47)	3 (0–12)	27 (31)	4 (4)
Andre hastegrader	90 (52–100)	97 (88–100)	90 (53–100)	97 (88–100)	27 (31)	4 (4)

Tabell 5.3 Fordeling av laboratoriene på andel prøver i prosent tatt med eget personale

	2002		2003	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
Andel <11 %	0	3	0	2
11 % ≥andel < 20 %	1	1	1	1
20 % ≥andel < 40 %	1	1	1	0
40 % ≥andel < 60 %	23	0	23	1
60% ≥andel < 80%	18	0	19	0
Andel ≥80%	10	0	12	0
Ubesvart	6	1	3	1

Tabell 5.4 Faktisk og estimert antall prøver i millioner prøver fordelt på helseregionene

	2002			2003		
	Offentlig	Privat	Sum	Offentlig	Privat	Sum
Helse Øst	1,9	0,67	2,57	1,9	0,67	2,57
Helse Sør	1,7	0,14	1,84	1,8	0,14	1,94
Helse Vest	1,5	0,06	1,56	1,5	0,06	1,56
Helse Midt-Norge	1,0	0,01	1,01	1,1	0,01	1,11
Helse Nord	0,6	0,02	0,62	0,8	0,02	0,82

Det er undersøkt hvordan antallet prøver fordeler seg mellom offentlig og privat og mellom de fem helseregionene. Disse tallene er delvis basert på oppgitt antall prøver og delvis basert på estimerte antall prøver (17 enheter) der enhetene ikke har oppgitt dette selv. Estimering er gjort ved hjelp av en lineær regresjon med antall innleggelser, antall polikliniske konsultasjoner og antall analyser som uavhengige variable. Deretter er tallene aggregert for hver helseregion. Alle private laboratorier er lokalisert i det geografiske området til Helse Øst eller Helse Sør. Prøvene de analyserer er fordelt på regioner i henhold til Først Medisinsk Laboratorium sin oversikt over geografisk fordeling av antallet analyser⁴.

Fra tabell 5.4 kan det beregnes at de private laboratoriene analyserer 26 % av prøvene i Helse Øst, 8 % av prøvene i Helse Sør, 4 % i Helse Vest, 1 % i Helse Midt-Norge og 3 % av prøvene i Helse Nord. Siden eksterne prøver utgjør 40% av prøvene i de offentlige laboratoriene (jf. tabell 5.1) og private utelukkende analyserer prøver rekvirert av eksterne, betyr det at de private laboratoriene tar hånd om ca. 47 % av prøvene fra eksterne rekvirenter i Helse Øst og 17 % av de eksternt rekvirerte prøvene i Helse Sør. I de andre helseregionene er andelen av prøvene som de private analyserer, ubetydelig. Blant de private laboratoriene tar Først hånd om over 75% av prøvene. Det innebærer at Først analyserer rundt en tredel av prøvene som blir rekvirert av eksterne i Helse Øst. Målt i antall analyserte prøver er Først landets største laboratorium.

Oppsummert kan en si: Nesten halvparten av prøvene i offentlige sykehus kommer fra inneliggende pasienter, mens nesten alle analyser i private laboratorier genereres av eksterne rekvirenter. Dette gjenspeiles i en større andel ø-hjelp-prøver i det offentlige og en større andel prøver som blir tatt av eget personale. De private laboratoriene analyserer om lag 47 % av prøvene fra eksterne rekvirenter i Helse Øst.

5.2 ANALYSER

For de enkelte utførte analysene er det innhentet utskrift av laboratorienes datasystemer. Laboratoriene ble for hver analysetype bedt om å oppgi analyse-navn og antall utførte analyser i hhv. 2002 og 2003, uavhengig av om analysene var utført på prøver fra inneliggende pasienter, prøver fra egne polikliniske pasienter eller eksterne prøver fra primærlegene. Hvis takstkoden som brukes til hver analyse var lett tilgjengelig, ble laboratoriene bedt om å ta denne med i listen.

Det var på forhånd innhentet en klassifikasjon av analysetyper fra to laboratorieleger (Seksjonsoverlege Knut Lande, Ullevål universitetssykehus og lege-konsulent Sven Chr. Enger, Capio laboratoriemedisin). Klassifikasjonen omfattet alle klinisk kjemiske analyser utført ved Ullevål og ved Capio, og henførte disse analysetypene til entydige takster i refusjonssystemet (takstheftet) både for offentlige og private laboratorier. I tillegg til analyser som omfattes av gruppe 7 (Klinisk kjemi) i takstheftet er det tatt med en del analysetyper som ofte blir utført ved laboratorier i klinisk kjemi, særlig innen gruppe 3 (Immunologi og transfusjonsmedisin). Klassifikasjonssystemet har ca. 240 klasser av analysetyper samt ca. 15 restklasser for sendep prøver og andre spesialiteter.

I praksis viste det seg at det er en total mangel på standardisering av analysetypene. De over 14000 innsendte postene inneholdt over 12000 ulike analyse-navn. Ved å eliminere alle varianter av store og små bokstaver, ulike materialprefikser og lignende sto en likevel igjen med ca. 10000 ulike analyse-navn, hvorav kun 240 var identiske med navnene i klassifikasjonen. Ca. halvparten av disse skyldes variasjoner i forkortelser eller stavemåte, men en betydelig del er beskrevet med helt andre betegnelser. En full gjennomgang av materialet, assistert av laboratorielege Sven Chr Enger, har likevel kunnet henføre de aller fleste til en av klassene, men det er knyttet en viss usikkerhet til en del av disse.

Denne mangelen på standardisering av analyse-navn må i seg selv sies å utgjøre et problem. For det første kreves det spesialistutdanning og mange arbeidstimer å foreta en gjennomgang av analysene, og dermed skaffe seg oversikt over hva som faktisk er produsert av laboratorietjenester. Sannsynligvis er

⁴ Først opplyser at 74,1% av analysene ble rekvirert fra Helse Øst, 16,1% av analysene ble rekvirert fra Helse Sør, 7,2 % av analysene ble rekvirert fra Helse Vest, 0,9% fra Helse Midt Norge og 1,7% fra Helse Nord i 2002.

Tabell 5.5 Variasjon i takstbruk blant offentlige laboratorier innen medisinsk biokjemi

Takstkode i henhold til klassifiseringen	Refusjon I kr	Andel av analyseposter oppgitt med takstkode							Antall analyseposter		
		–	707A	707B	707C	707D	707E	Øvrige	Sum oppgitt	Ikke oppgitt	Totalt
– Ingen refusjon	0	71 %	15 %	11 %	1 %	0 %	0 %	2 %	2084	843	2927
707A Enkle kvantitative undersøkelser	11	7 %	84 %	6 %	1 %	1 %	0 %	1 %	2877	979	3856
707B Mer kompliserte eller sammensatte analyser	29	9 %	14 %	68 %	6 %	1 %	0 %	2 %	1580	540	2120
707C Mer kompliserte eller sammensatte analyser	55	20 %	1 %	9 %	56 %	5 %	5 %	4 %	1553	469	2022
707D Særdeles kostbare og kompliserte analyser	165	18 %	7 %	1 %	6 %	61 %	3 %	3 %	229	57	286
707E Særdeles kostbare og kompliserte analyser	328	14 %	0 %	0 %	21 %	3 %	59 %	3 %	29	19	48
Øvrige Sammensetninger og ikke klinisk kjemi		39 %	1 %	1 %	3 %	1 %	0 %	55 %	1987	1038	3025
Sum		29 %	29 %	16 %	11 %	3 %	1 %	12 %	10339	3945	14284

det mange laboratorieeiere som ikke har oversikt over omfanget av produksjonen. Det som er helt åpenbart er at refusjonsmyndighetene ikke har full kontroll på hva det er ytt refusjon for. For det andre må det være en viss risiko for at heller ikke brukerne av analysene vil entydig vite hva som faktisk er utført.

Et potensielt større problem er at opplysningene som er levert om bruken av takstkoder, viser en betydelig variasjon. Det er for få private laboratorier som har levert takstkoder til at en på en meningsfylt måte kan se på variasjonen i takstbruken for disse. Det er derimot levert takstkoder fra 52 av de 57 offentlige laboratoriene med analyselister, noe som tillater en sammenligning av takstbruken til de enkelte laboratoriene med den takstbruken som laboratorielegenes klassifikasjon tilsier.

Tabell 5.5 viser at det til dels er betydelig avvik mellom taksten som de ulike laboratoriene bruker. Ser en for eksempel på de 2120 analysepostene som klassifiseringssystemet vil gi takstkode 707B, er det oppgitt hvilken takstkode som brukes for 1580 av disse analysepostene. Av disse er det under 3/4 som er oppgitt med takst 707B, mens de andre er oppgitt med takster som gir både høyere og lavere refusjon enn denne.

Det er grunn til å understreke at dette ikke nødvendigvis skyldes juks eller slurv fra de offentlige laboratorienes side. Det er da heller ikke klare tegn til systematisk takstbruk med for høy refusjon. Årsakene til variasjonen kan for eksempel også være:

- Analysenavnet er så lite presist at de er henført til feil klasse.
- Takstheftets opplisting av hva som skal ha denne taksten, er såpass ufullstendig at det er et betydelig rom for skjønn, og at dette skjønnet utøves ulikt av de ulike laboratoriene. For enkelte av analysene har det også vært avvikende takstforslag blant de laboratorielegene som har blitt konsultert, jfr avsnitt 5.3.
- En viss andel (9% for 707B) oppgir «ingen

takst» eller tilsvarende, og dette vil som regel skyldes at det er sendeprøver som ikke utløser refusjon hos vedkommende laboratorium, men i stedet hos det laboratoriet som utfører analysen. Likevel er det registrert i datasystemet hos laboratoriesystemet hvor prøven først er mottatt. Dette er en feilkilde i vår beskrivelse av aktivitetsnivået siden det blir registrert som en utført analyse, men betyr ikke at laboratoriet har mottatt urettmessig refusjon.

- For enkelte analyser er det brukt blokker av analyser som alltid utføres samlet, og hvor taksten av datasystemet kan være henført til en av enkeltanalysene heller enn en samlebetegnelse. Også i dette tilfellet vil de andre enkeltanalysene stå med takst 0. Igjen kan dette være en feilkilde i vår beskrivelse av aktivitetsnivået, men betyr ikke at laboratoriet har mottatt urettmessig refusjon. Systematisk gjennomgang av listene har redusert problemet betydelig, jfr avsnitt 5.3.
- Oppgitt 0-takst kan også skyldes at de kun har inneliggende eller egne polikliniske pasienter som ikke er refusjonsberettigede, eller at de har egne poster for disse i datasystemet, separat fra de refusjonsberettigede. Dette er ikke en feilkilde, ettersom analysene helt riktig blir registrert som utført, uten at det skal utløse eller har utløst refusjon.

Uansett årsak, er det imidlertid grunn til å være kritisk til at refusjonssystemet som sådan ikke er entydig nok til at laboratoriene enten ikke bruker samme takst for samme analyse, eller at det i det minste ikke kan kontrolleres om de bruker samme takst for identisk analyse. Dette skaper ikke bare problemer for denne kostnadsanalysen, men også for om myndighetene har kontroll på om de utbetaler riktig refusjon.

Registreringen av sendeprøver gir særlig grunn til bekymring. Det enkelte laboratoriet utfører ikke alle tenkelige analyser, og må i en del tilfeller sende prøver videre til andre som kan utføre analysene. Det gjelder særlig en del små laboratorier som sen-

der prøver til mer sentrale sykehus. Det er ikke urimelig at sendeprøver registreres som en aktivitet, da det uansett medfører noe arbeid og kostnader, men de skal ikke utløse refusjon som om analysene var utført lokalt. Når det i de innhentede listene (som er utskrifter av laboratorienes datasystemer) for en del laboratorier ikke er mulig å skille direkte mellom sendeprøver og utførte analyser, vil det være vanskelig å etterprøve om det er utbetalt riktig refusjon.

I de videre tabellene er det forsøkt identifisert de oppgitte analysene som virkelig er sendeprøver. Det har medført at for de fleste analysene som etter klassifikasjonssystemet skulle ha takst, men der laboratoriet selv har oppgitt «ingen takst» eller lignende, er analysen tolket som sendeprøve og gitt vekt lik 0. Derimot er de analysene som etter klassifikasjonssystemet ikke er klinisk kjemi, behandlet som sendeprøver, med mindre det er oppgitt en annen takst.

I en del tilfeller er laboratoriet kontaktet på nytt for å få bekreftet at disse analysene utføres lokalt. Ved bruk av analysetallene til detaljerte kostnadsberegninger for det enkelte laboratorium, er det nødvendig med ytterligere kvalitetssikring for å fjerne gjenstående feilkilder. Disse feilkildene kan skyldes at analyser som kun utføres på interne prøver, er ført med nulltakst, mens det er ønskelig å registrere disse som aktivitet ved laboratoriet. Det kan også være tilfeller der en analyse egentlig er en sendeprøve, men der dette ikke fremgår av de mottatte listene, noe som vil trekke i motsatt retning.

5.3 KVALITETSSIKRING AV KLASSIFIKASJONSSYSTEMET

Etter at Enger og Lande hadde utarbeidet sitt klassifikasjonsskjema, ble dette sendt til administrerende direktør Kjell Torgeir Stokke ved Først Medisinsk laboratorium, sjefsbioingeniør Anne Grete Mathisen ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik og avdelingsoverlege Erling Saltrøe, Nordlandssykehuset.

Stokke ble spesielt spurt om å gjennomgå koblingen mellom analysenavn og private takster. Stokke hadde kommentarer til klassifikasjonen i 23 av i alt 254 analysenavn som han ble forelagt. Det var ingen tendens i retning av at den ene vurderingen lå systematisk over den andre. Stokke valgte en takst som ga større beløp enn Engers valg i seks tilfeller. I de andre tilfellene valgte Enger en takst som ga større uttelling enn Stokke eller valgene ga samme uttelling.

Mathiesen og Saltrøe uttalt seg om klassifikasjonen av analysene til takster i det offentlige takstsystemet. Mathiesen ville ha klassifisert fire analyser annerledes, mens Saltrøe påpeker seks analyser som kunne vært gitt en annen takst. Saltrøes kommentar er delvis begrunnet med at fire av analysene trolig kan gjøres med en annen teknikk som gir en lavere takst. Det synes for øvrig ikke å være noen systematikk i at noen av konsulentene ligger på et systematisk høyere takstnivå enn andre.

På bakgrunn av kommentarene fra Stokke, Mathiesen og Saltrøe, har Enger og Lande revidert takstene i klassifikasjonsskjemaet på enkelte punkter. Dette gjelder særlig for analyser der metodikken kan være avgjørende for riktig takstkode. I tillegg har de foreslått metoder for å avgjøre en del tvilstilfeller knyttet til sendeprøver og til blokker av analyser. Eksempelvis er det betydelig variasjon i hvordan den blokken av analyser som i takstheftet heter «enkelte hemogram», er ført i analyselistene. Det er få laboratorier som har kodet «enkle hemogrammer» under ett, men i stedet registrert alle eller enkelte relevante komponenter som hematokrit, røde blodlegemer, hemoglobin osv. En av disse har så blitt brukt som markør for å utløse refusjonskrav.

Konsulentene påpeker at formuleringene i takstheftet ofte er diffuse og upresise. Det kan samtidig konkluderes med at det blant våre konsulenter ikke er stor uenighet om hvordan analyser skal tilordnes takster. Det forhindrer imidlertid ikke at det blant respondentene i registreringsundersøkelsen er en betydelig variasjon slik det framgår av tabell 5.6.

5.4 ANALYSEAKTIVITET

Som aktivitetsmål er selve analysetallet lite egnet, nettopp fordi enkelte analyser er betydelig mer kostnadskrevenne enn andre. For å få et mål for analyseaktiviteten som produksjonsmengde, er det derfor nødvendig å vekte analysene. Dette materialet er ikke stort nok til å anslå den relative tyngden av så mange ulike analysetyper, så det er i stedet nødvendig å bruke en ekstern kilde. En slik kilde til vekter er takstsystemet, selv om også dette har en del svakheter brukt som vekter. For det første brukes det relativt få kategorier, slik at det kan være en viss heterogenitet innen hver takstgruppe. For det andre er det uvisst hvor godt grunnlaget for de relative prisanslagene er. Dessuten er det slik at selv sendeprøver vil koste noe i form av registrerings- og formidlingsarbeid, mens disse i takstsystemet er gitt vekt 0. Dette gjelder også enkelte andre svært enkle analyser, som likevel vil kreve noen ressurser. Samlet sett er det likevel antatt at takstsystemet er det beste tilgjengelige vektesystemet.

I det norske refusjonssystemet er det to sett med takster, ett for offentlige laboratorier og ett for private. Det private refusjonssystemet er mindre utbygd, bl.a. fordi det ikke er alle analysetyper som utføres i private laboratorier. Her vil derfor det offentlige takstsystemet brukes til vektning av analysene, selv om det også ville vært interessant å sammenligne med resultatene av et tillempet privat refusjonssystem.

Tabellen over analyseaktivitet viser i tillegg til selve analyseantallet også et anslag over relativ analyseproduksjon der takstene i refusjonssystemet er brukt som vekter. Tallene for analyseaktivitet skal

Tabell 5.6 Antall analyser, vektet, normalisert og fordelt på takstgruppe

Takstkode i henhold til klassifiseringen	2002				2003			
	Antall analyser		Analyseaktivitet (normalisert verdi)		Antall analyser		Analyseaktivitet (normalisert verdi)	
0 Ingen refusjon	9 922 386	18 %	–	0 %	10 643 670	17 %	–	0 %
707A Enkle kvantitative undersøkelser	30 349 287	54 %	18 386 334	33 %	33 088 369	53 %	20 045 736	32 %
707B Mer komplisert eller sammensatte analyser	11 392 810	20 %	18 196 289	33 %	12 724 410	21 %	20 323 084	32 %
707C Mer komplisert eller sammensatte analyser	3 519 790	6 %	10 661 871	19 %	4 031 926	7 %	12 213 193	19 %
707D Særdeles kostbare og kompliserte analyser	209 835	0 %	1 906 847	3 %	260 877	0 %	2 370 684	4 %
707E Særdeles kostbare og kompliserte analyser	184 592	0 %	3 334 576	6 %	221 869	0 %	4 007 970	6 %
Øvrige Sammensetninger eller ikke klinisk kjemi	910 371	2 %	3 329 253	6 %	1 051 164	2 %	3 739 304	6 %
Sum	56 489 071	100 %	55 815 170	100 %	62 022 285	100 %	62 699 970	100 %

reflektere hvor ressurskrevende analysene er i forhold til en gjennomsnittsanalyse. En analyse med takst 707A hadde for eksempel en refusjonspris på 11 kr, som er rundt 60% av gjennomsnittstaksten. Dermed er hver analyse med takst 707A kun verdt 0,6 aktivitetsheter. Tilsvarende vil analyser med høy refusjonspris telle mer i tallene for analyseaktivitet. Det viktige er ikke selve størrelsen på analyseaktiviteten, men prosentfordelinger og forholdet mellom ulike kategorier.

Tallene for analyseaktivitet er rent teknisk fremkommet ved at antallet analyser i hver takstkategori er multiplisert med refusjonsprisen for denne taksten. Den resulterende verdien av analyseaktiviteten er så renormert ved å dele på gjennomsnittsprisen for alle takster i begge år, slik det også gjøres for DRG-poeng eller for røntgenaktivitet. Denne gjennomsnittsprisen er kr 18,16. Aktivitetsmålet er da et tall av samme størrelsesorden som antall analyser, men høyere hvis analysene for et laboratorium eller en gruppe er tyngre enn gjennomsnittet for alle analysene i undersøkelsen, og lavere hvis analysene er lettere enn snittet.

Det fremgår av tabell 5.6 at ca. en sjettedel av utførte analyser ikke er prissatt i refusjonssystemet. Dette er helt enkle analyser som senkningsreaksjon osv. Dette kommer i tillegg til sendepøver som ut-

gjør ca. 3% av det registrerte materialet. Halvparten av analysene er klassifisert i takst 707A som hadde en refusjonspris på 11 kr i analyseperioden, mens bare en svært liten andel av analysetallene er i de tyngste takstgruppene. Bildet er tilnærmet likt i de to årene

Ser en på analyseaktiviteten når analysene er vektet med refusjonsprisene, blir bildet et ganske annet. Da representerer takst 707A kun ca. en tredjedel av aktiviteten, mens 9–10% ligger i takstene 707D og 707E til sammen. Også gruppen «Øvrige», som omfatter andre spesialiteter enn klinisk kjemi (kapittel 7 i takstheftet), bl.a. et stort antall allergiprøver, har et betydelig omfang når aktiviteten er vektet. Sammensetningen er uendret fra 2002 til 2003, selv om aktivitetsnivået er økt med 12,3 %.

Brytes aktivitetstallene ned på helseregion, ser en at den største aktiviteten finner sted i Helse Øst og Helse Sør. Ettersom det kun foreligger aktivitetstall fra 4 private laboratorier, tillates ikke at disse brytes ned etter region. Som gruppe har imidlertid de private en betydelig og stabil andel av aktiviteten. De skiller seg dessuten fra de offentlige laboratoriene ved at en mindre andel av aktiviteten er i den laveste takstgruppen. Mellom de offentlige laboratoriene er det største skillet at det særlig er i Helse Øst og Helse Vest at andelen i de tyngste takstgruppene er stor.

Tabell 5.7 Antall vektete analyser fordelt på helseregion, takstgruppe og offentlig/privat

RHF	Analyse-aktivitet	Andel av total aktivitet	Andel i hver takstgruppe					
			707A	707B	707C	707D	707E	Øvrige
2002								
Helse Øst	15 296 737	27 %	33 %	32 %	20 %	4 %	10 %	2 %
Helse Sør	11 346 391	20 %	37 %	34 %	18 %	2 %	3 %	6 %
Helse Vest	10 157 699	18 %	35 %	29 %	16 %	5 %	10 %	6 %
Helse Midt-Norge	6 264 163	11 %	34 %	38 %	19 %	1 %	1 %	6 %
Helse Nord	3 139 738	6 %	40 %	41 %	16 %	1 %	0 %	2 %
Private	9 610 442	17 %	24 %	30 %	24 %	5 %	5 %	13 %
Sum	55 815 170	100 %	33 %	33 %	19 %	3 %	6 %	6 %
2003								
Helse Øst	16 289 205	26 %	32 %	32 %	20 %	4 %	10 %	2 %
Helse Sør	12 398 070	20 %	36 %	34 %	19 %	2 %	4 %	6 %
Helse Vest	10 879 502	17 %	34 %	29 %	16 %	5 %	9 %	6 %
Helse Midt-Norge	7 057 063	11 %	34 %	38 %	19 %	2 %	2 %	5 %
Helse Nord	5 239 027	8 %	34 %	39 %	18 %	2 %	1 %	6 %
Private	10 837 103	17 %	23 %	28 %	24 %	6 %	7 %	12 %
Sum	62 699 970	100 %	32 %	32 %	19 %	4 %	6 %	6 %

5.5 VAKTBEREDSKAP

Offentlige sykehus er pålagt å ta imot øyeblikkelig hjelp. Dette gjelder også laboratoriene. Pålegget spiller en viktig rolle for kostnadssammenligninger mellom offentlige og private laboratorier. For det første vil øyeblikkelig hjelp kunne kreve at man må analysere prøver umiddelbart og dermed gå glipp av kostnadsgevinsten det innebærer å kunne analysere i større serier. For det annet innebærer øyeblikkelig hjelp vaktberedskap med økte lønnskostnader for ubekvem arbeidstid. Det er dermed sentralt å få informasjon om type og omfang av vaktberedskap i offentlige og private laboratorier.

Tabell 5.8 viser antallet laboratorier fordelt etter vaktberedskap. Som ventet har ingen private laboratorier døgnberedskap. Et flertall av dem har imidlertid aktivitet på kvelden. Et flertall (68%) av de of-

fentlige laboratoriene har døgnkontinuerlig aktiv vaktberedskap. I tillegg har 19% hvilende nattevakt.

5.6 FORSKNING OG UNDERVISNING

Forskning og undervisning er en del av sykehusenes oppgaver og krever derfor ressurser. Siden ressursbruken til disse aktivitetene i liten grad kan atskilles fra ressursbruken til pasientbehandling, må omfanget av disse aktivitetene registreres for å sammenligne aktivitet og kostnader mellom enhetene.

Forskning og undervisning er i denne undersøkelsen registrert ved omfanget av avlagte doktorgrader, omfanget av publisering i nasjonale og internasjonale tidsskrifter, undervisning og praksis for medisinstudenter og bioingeniørstudenter og antallet assistentleger.

Tabell 5.8 Antall laboratorier etter type vaktberedskap

	Offentlig	Privat	Sum
Vanlig dagtid	2	1	3
Hvilende kveld (hjemme eller institusjon)	2	0	2
Aktiv kveldsvakt til stede	2	3	5
Hvilende natt (hjemme eller institusjon)	11	0	11
Aktiv døgnkontinuerlig vaktberedskap	40	0	40
Uoppgitt	2	1	3

Doktorgrader

Tabell 5.9 Laboratoriene fordelt etter antall doktorgrader der doktoranden har sitt hovedarbeidssted ved enheten

	2002		2003	
	Offentlig	Privat	Offentlig	Privat
Ingen doktorgrad	54	5	53	5
1 doktorgrad	3	0	3	0
2 doktorgrader	1	0	2	0
3 doktorgrader	0	0	0	0
4 doktorgrader	1	0	1	0

Tabell 5.9 viser at produksjon av doktorgrader der doktoranden har sin hovedarbeidsplass ved enheten, som ventet finner sted ved offentlige enheter. Blant de offentlige er det en meget skjev fordeling i den forstand at 53 av de 59 enhetene ikke har doktorgrader å vise til.

Publikasjoner

Laboratoriene er også skjevt fordelt når det gjelder publisering i vitenskapelige tidsskrifter. I følge tabell 5.10 er det bare ett av de private laboratoriene som har en publikasjon å vise til i et av de gjeldende år. Flertallet av de offentlige laboratoriene har heller ingen publikasjoner å vise til. Samtidig er det tre laboratorier som kan vise til et stort antall internasjonale publikasjoner (mer enn 10) i begge år.

Undervisning

Undervisning av medisinerstudenter foregår delvis med universitetsansatt personell og delvis med sykehusets eget personell. Undersøkelsen tok sikte på å registrere undervisning av medisinerstudenter som belastes avdelingens ressurser. Ingen av de private rapporterer om undervisning av medisinerstudenter. 51 av 59 offentlige laboratorier rapporterer heller ikke om undervisning av medisinerstudenter. Av de åtte offentlige som rapporterer om slik undervisning,

er flertallet sykehus med universitetsfunksjoner. Det er grunn til å tro at sykehusene i varierende grad også har inkludert undervisningsuker som er undervist av universitetsansatt personell.

Avdelingene ble også bedt om å rapportere antall undervisnings- og utplasseringsuker for bioingeniørstudenter. Det er grunn til å tro at ikke alle har oppfattet dette som (uker*studenter). For eksempel kan innsendte data tolkes som om noen har oppfattet det som uker. Det er derfor grunn til å være forsiktig med å tolke innholdet i antallet uker som er oppgitt. To av fem private laboratorier oppgir at de driver undervisning av bioingeniørstudenter. Det samme gjelder for 38 av de 59 offentlige laboratoriene.

Assistentleger er leger under utdanning til legespesialister. I dette tilfellet er det utdanning til spesialiteten Medisinsk biokjemi. Ingen private laboratorier rapporterer om assistentleger. Tolv av de offentlige laboratoriene oppgir å ha assistentleger; herav har åtte laboratorier én assistentlege, to laboratorier har to, og to laboratorier (Rikshospitalet og Ullevål Universitetssykehus) har fire assistentleger.

Oppsummert kan en si: Som forventet finner det aller meste av aktiviteten innen forskning og undervisning sted i de offentlige laboratoriene. Blant de offentlige laboratoriene er aktiviteten konsentrert om noen få, bortsett fra praksisplasser for bioingeniørstudenter, som et flertall tilbyr.

Tabell 5.10 Laboratoriene fordelt etter antall artikler i nasjonale eller internasjonale fagtidsskrifter der minst en av forfatterne har sin hovedtilknytning til enheten

	2002				2003			
	Offentlig lab.		Privat lab.		Offentlig		Privat	
	Inter- nasjonal (I)	Nasjonal (N)	I	N	I	N	I	N
0 artikler	49	51	4	0	50	53	5	5
1 artikkel	3	3	1	0	0	1	0	0
2–10 artikler	4	4	0	0	6	5	0	0
11–20 artikler	1	1	0	0	2	0	0	0
21 artikler og flere	2	0	0	0	1	0	0	0

5.7 INFORMASJONGRUNNLAGET FOR AVLEVERT KOSTNADSINFORMASJON

For å vurdere kvaliteten på den avleverte kostnadsinformasjon, ble laboratoriene spurt om informa-

sjonsgrunnlaget for de tallene de førte opp. Tabell 5.11 oppsummerer svarene fra de offentlige laboratoriene.

Tabell 5.11 Antall offentlige laboratorier fordelt etter informasjonsgrunnlaget for avlevert kostnadsinformasjon

	Føring i regnskapet av faktiske utgifter	Intern-fakturering av felles-kostnader	Faste fordelingsnøkler for felles-kostnader	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelsen	Lar seg ikke anslå uten betydelig merarbeid	Ikke oppgitt
Varekostnader	58	0	1	0	0	9
Lønnskostnader	56	0	0	8	0	5
Transport av prøver	19	0	0	6	16	20
Elektrisk kraft, fyring og brensel	0	3	4	19	30	11
Renhold	2	3	4	18	29	11
Leie lokaler	3	1	1	4	28	24
IKT-utstyr	30	2	2	12	19	8
Leie av medisinsk teknisk utstyr	34	2	0	4	6	19
Medisinsk teknisk utstyr, inkludert vedlikehold, service	41	2	2	13	13	10
Driftsbygninger, reparasjoner, vedlikehold, service	13	2	3	11	23	15
Avskrivning på medisinsk teknisk utstyr	11	0	0	26	21	5
Avskrivning på transportmidler	3	0	0	3	29	24
Annen avskrivning	7	0	1	9	30	18
Øvrige driftsutgifter på enhetens regnskap	46	0	0	2	11	4
Administrasjon og fellesfunksjoner ikke inkludert over	2	2	1	16	31	15

Linjesommene er i noen tilfeller større enn antallet laboratorier (59). Grunnen er at noen laboratorier har krysset av flere steder. Det kan for eksempel være meningsfylt hvis deler av kostnadene er regnskapsført i enhetens regnskaper, men andre deler av kostnadene er gjort som anslag i forbindelse med

denne undersøkelsen. Tabell 5.11 viser at vare- og lønnskostnader ser ut til å ha et solid fundament i enhetenes egne regnskaper. For kostnadskomponenter som elektrisk kraft, renhold, avskrivninger og felleskostnader synes imidlertid informasjonsgrunnlaget å være nokså tynt.

Tabell 5.12 Antall private laboratoriene fordelt etter informasjonsgrunnlaget for avlevert kostnadsinformasjon

	Føring i regnskapet av enhetens faktiske utgifter	Intern-fakturering av felles-kostnader	Faste fordelingsnøkler for felles-kostnader	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelsen	Lar seg ikke anslå uten betydelig merarbeid	Ikke utfyllt
Varekostnader	5	0	0	0	00	
Lønnskostnader	5	0	0	0	00	
Transport av prøver	3	0	0	0	02	
Elektrisk kraft, fyring og brensel	3	0	0	0	02	
Renhold	4	0	0	0	01	
Leie lokaler	3	0	0	0	02	
IKT-utstyr	4	0	0	0	01	
Leie av medisinsk teknisk utstyr	4	0	0	0	01	
Medisinsk teknisk utstyr, inkludert vedlikehold, service	4	0	0	0	01	
Driftsbygninger, reparasjoner, vedlikehold, service	2	0	0	0	03	
Avskrivning på medisinsk teknisk utstyr	3	0	0	0	02	
Avskrivning på transportmidler	1	0	0	0	04	
Annen avskrivning	3	0	0	0	02	
Øvrige driftsutgifter på enhetens regnskap	4	0	0	0	01	
Administrasjon og fellesfunksjoner ikke inkludert over	2	0	0	0	03	

Tabell 5.12 viser tilsvarende tall om grunnlaget for kostnadsinformasjon i private laboratorier. Tabellen viser at informasjonsgrunnlaget her gjennomgående synes bedre siden en større andel av kostnadskomponentene har sitt grunnlag i føring av regnskap av enhetens faktiske utgifter.

Tabell 5.13 viser informasjonsgrunnlaget de of-

fentlige enhetene har om bokført kapitalverdi og avskrivninger. Informasjonsgrunnlaget synes meget mangelfullt. Selv for medisinsk teknisk utstyr oppgir over en tredel av laboratoriene at avskrivninger ikke lar seg anslå uten betydelig merarbeid, eller de oppgir ikke noe i det hele tatt.

Tabell 5.13 Antall offentlige laboratorier fordelt etter type avlevert informasjon om realkapital, kapitalverdi og avskrivning

	Føring i regnskapet av faktiske utgifter	Intern-fakturering av felles-kostnader	Faste fordelingsnøkler for felles-kostnader	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelsen	Lar seg ikke anslå uten betydelig merarbeid	Ikke oppgitt
Bygninger og anlegg	1	0	0	15	28	15
Medisinsk teknisk utstyr	3	0	0	35	10	11
IKT-utstyr	1	0	1	12	27	18
Biler og transportmidler	1	0	0	5	22	31
Øvrig realkapital	0	0	0	7	27	25

Tabell 5.14 Antall private laboratorier fordelt etter type avlevert informasjon om realkapital, kapitalverdi og avskrivning

	Føring i regnskapet av enhetens faktiske utgifter	Intern-fakturering av felles-kostnader	Faste fordelingsnøkler for felles-kostnader	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelsen	Lar seg ikke anslå uten betydelig merarbeid	Ikke oppgitt
Bygninger og anlegg.....	3	0	0	0	0	2
Medisinsk teknisk utstyr	3	0	0	0	0	2
IKT-utstyr	3	0	0	0	0	2
Biler og transportmidler	2	0	0	0	0	3
Øvrig realkapital	3	0	0	0	0	2

Tabell 5.14 viser informasjonsgrunnlaget om bokført kapitalverdi og avskrivninger i de private enhetene. Som ventet er informasjonsgrunnlaget

langt bedre enn i de offentlige laboratoriene. Alle de tre største laboratoriene kan hente informasjonen direkte ut fra sine regnskaper.

Tabell 5.15 Sum varekostnader og sum lønnskostnader i millioner kroner i offentlige og private laboratorier i 2002 og 2003

Type kostnad	Offentlige laboratorier		Private laboratorier	
	2002	2003	2002	2003
Varekostnader	515,215	535,568	58,127	64,903
Lønnskostnader	825,635	871,490	112,369	129,941

Summen av kostnader for de to kostnadskomponentene der informasjonsgrunnlaget synes best, er beregnet. Varekostnader og lønnskostnader fordelt på offentlige og private laboratorier er framstilt i tabell 5.15.

Tabell 5.15 viser at de samlede varekostnadene i offentlige laboratorier er omtrent ti ganger så store

som varekostnadene i private laboratorier, mens lønnskostnadene er omtrent sju ganger så store. Forskjellen på forholdstallene kan skyldes at enkelte lønnskostnader som går inn som (uregistrerte) felleskostnader i offentlige sykehus blir registrert i de private laboratorienes regnskaper.

6 Analyse av kostnadsstruktur og effektivitet i laboratorie- og røntgenvirksomhet

6.1 BEREGNING AV GJENNOMSNITTSKOSTNADER I RØNTGENVIRKSOMHET

Det er gjennomført en analyse av gjennomsnittskostnader ved røntgenaktiviteter i 2002 og 2003 ved offentlige og private enheter. Flere forhold gjør at analysens resultater må fortolkes med forsiktighet:

- Utvalget av offentlige sykehus som er med i analysen er 29 i 2002 og 31 i 2003. Dette er om lag halvparten av de offentlige sykehusene som leverer DRG-statistikk og noe lavere enn ønskelig sett fra et analysesynspunkt. 17 private enheter inngår i 2002, 19 i 2003. Av de 19 private enhetene som inngikk i analysen i 2003 var 7 enheter en del av Capio Diagnostikk AS. Sju enheter inngikk i Sentrum røntgeninstitutt.
- Produksjonen beskrives kun ved PK-koder, dvs. at aktivitet knyttet til forskning og undervisning ikke er med.
- Kostnadene omfatter ikke kapitalkostnader, m.m. Kun lønnskostnader og kostnader til varekjøp inngår på kostnadssiden. Grunnen til dette er at de offentlige enhetenes kostnadsinformasjon er for utilstrekkelig til å inkludere andre elementer.

Analysen er gjort på følgende måte:

- Datagrunnlaget fra røntgenenhetene i form av NORAKO-koder er aggregert til PK-koder ved hjelp av RTVs POLK/Labrønk-programmer. Dette gir oss en beskrivelse av produksjonen ved private og offentlige røntgenenheter i form av

primærkategorier. Nullede undersøkelser (undersøkelser som ikke gir refusjon) er her inkludert, mens undersøkelser for fullt betalende er holdt utenfor.⁵

- Det er deretter knyttet en vekt til den enkelte PK-kode. PK-kode * vekt gir oss et aktivitetsmål kalt røntgenpoeng.
- Røntgenpoengene er deretter aggregert for hver enkelt røntgenenhet for hvert enkelt år. Dette gir oss et mål på produksjonen per enhet per år.

Kostnader knyttet til lønn og varekjøp er summert for de aktuelle røntgenenhetene.

Tabell 6.1 gir summene for lønns- og varekostnader (i løpende priser) og røntgenpoeng for de aktuelle enhetene, samt kostnader per røntgenpoeng. Merk at det inngår flere enheter som grunnlag for analysen i 2003 enn i 2002. Antall røntgenpoeng slik det er rapportert her, vil derfor ikke kunne brukes for å beregne veksten i røntgenaktiviteter mellom de to årene uten videre.

Tabell 6.1 viser at gjennomsnittskostnadene per røntgenpoeng målt på denne måten, er om vel dobbelt så høy ved offentlige som ved private enheter. Gjennomsnittskostnaden går ned med om lag 10 % fra 2002 til 2003 (om lag 9 % for de offentlige og om lag 14 % ved de private). Det er mulig at dette har sin årsak i skalaeffekter (stordriftsfordeler).

Det er også gjort en analyse på grunnlag av aktivitetsdata der nullede undersøkelser ikke inngår. Kostnadene per røntgenpoeng blir da 4–6 % høyere enn i tabell 6.1. Det skjer ikke nevneverdige endringer i relative kostnadsforhold mellom offentlige og private aktører.

Tabell 6.1 Røntgenpoeng, kostnader og kostnader per røntgenpoeng offentlige og private røntgenenheter, 2002 og 2003

	2002		2003	
	Offentlige	Private	Offentlige	Private
Røntgenpoeng	779 906	58 5594	96 5791	81 2899
Lønns- og varekostnader (1000 kr)	939 570	314 389	1 030 146	373 335
Kostnader per røntgenpoeng	1 205	537	1 067	459
N=	29	17	31	19

⁵ Årsaken til at fullt betalende pasienter blir holdt utenfor, er sammenliknbarhet. Det er data om fullt betalende pasienter fra offentlige, men ikke fra de private enhetene siden disse undersøkelsene ikke rapporteres til RTV.

En rekke forbehold må tas med i vurderingen av denne forskjellen: Det er ikke tatt hensyn til vaktberedskap, fordeling av pasienter mellom innleggelse og poliklinikk, undervisning eller forskning. Det er også mulig at de private enhetene jevnt over behandler friskere pasienter enn de offentlige. Dette er alle momenter som trekker i retning av større enhetskostnader i det offentlige enn i det private. I motsatt retning trekker trolig at kostnadsregistreringene har et bedre informasjonsgrunnlag i det private enn i det offentlige. På bakgrunn av tallene som presenteres i tabell 6.1, kan vi derfor ikke trekke slutninger i retning av at offentlig organisering i seg selv medfører større eller mindre kostnader enn privat organisering. Vi har derfor heller ikke funnet det hensiktsmessig å gjennomføre statistisk testing av forskjellene.

6.2 BEREGNING AV GJENNOMSNITTSKOSTNADER I MEDISINSK BIOKJEMI

Det er en gjort en tilsvarende beregning for laboratorie-enhetene. For ikke å få for stor heterogenitet i data, er de enhetene som også omfatter blodbank tatt ut. En stod da igjen med 32 offentlige og 4 private enheter. Antallet analyser er målt i vektete enheter, slik det ble redegjort for i avsnitt 5.2. Som for rønt-

gen er kostnadene begrenset til summen av varekostnader og lønnskostnader. Beregningene er gjort på samme måte for de to typene virksomhet.

Tabell 6.2 viser at det praktisk talt ikke er noen forskjeller i kostnader per vektet analyse mellom offentlig og privat virksomhet.

Som for røntgen gjelder en rekke forbehold i tolkningen av tallene: Det er ikke tatt hensyn til forskjeller i vaktberedskap, i andelen prøver som analyseres som øyeblikkelig hjelp, eller i andelen prøver som tas av eget personale samt undervisning eller forskning. Dette er alle momenter som trekker i retning av større enhetskostnader i det offentlige enn i det private. I motsatt retning trekker trolig at kostnadsregistreringene har et bedre informasjonsgrunnlag i det private enn i det offentlige. På bakgrunn av tallene som presenteres i tabell 6.2 kan vi derfor ikke trekke slutninger i retning av at offentlig organisering i seg selv medfører større eller mindre kostnader enn privat organisering.

Det er også foretatt noen foreløpige undersøkelser av om kostnadene per vektet analyse avhenger av antallet analyser og omfanget av vaktberedskap. Resultatene fra disse analyser kan tyde på at vaktberedskap bidrar til større kostnader per vektet analyse, samtidig som at kostnadene per vektet analyse ser ut til å bli mindre når antallet vektete analyser øker. Dette siste resultatet gir mistanke om stordriftsfordeler.

Tabell 6.2 Vektet antall analyser, kostnader og kostnader per vektet analyse

	2002		2003	
	Offentlige	Private	Offentlige	Private
Vektete analyser	30 540 333	7 370 915	33 908 976	7 968 103
Kostnader	832 801 201	165 324 000	873 099 343	189 695 000
Kostnader per vektet analyse	27	22	26	24

7 Diskusjon og oppsummering av resultater

Siktemålet med denne undersøkelsen har vært å beskrive aktivitet og kostnader i offentlige og private røntgen- og laboratorieenheter. Innen laboratoriedelen er undersøkelsen begrenset til laboratorier innen medisinsk biokjemi (klinisk kjemi). Sentrale resultater fra undersøkelsen er:

- Det har vært problematisk å overføre informasjonen fra sykehusenes røntgensystemer til Primærkodene i NORAKO-systemet.
- De private røntgeninstituttene står for om lag en tredel av den samlede røntgenaktiviteten i Norge. Andelen private er høyest i Helse Øst (49%), lavest i Helse Nord (14%).
- Det er forskjeller i sammensetning av røntgenundersøkelser mellom offentlige sykehus og private enheter. En rekke omfattende undersøkelser gjøres utelukkende i det offentlige. De private er særlig store når det gjelder mammografi, ultralyd og CT/MR uten bruk av kontrastveske.
- Nesten halvparten av prøvene i offentlige sykehus kommer fra inneliggende pasienter, mens nesten alle analyser i private laboratorier genereres av eksterne rekvirenter. Dette gjenspeiles i en større andel ø-hjelp-prøver i det offentlige og en større andel prøver som blir tatt av eget personale. De private laboratoriene analyser om lag 47 % av prøvene fra eksterne rekvirenter i Helse Øst.
- Det mangler en standard for analysenavn innen medisinsk biokjemi. For det første kreves det spesialistutdanning og mange arbeidstimer å foreta en gjennomgang av analysene, og dermed skaffe seg oversikt over hva som faktisk er produsert av laboratorietjenester. Sannsynligvis er det mange laboratorieeiere som ikke har oversikt over omfanget av produksjonen.
- Det er registrert en betydelig variasjon i takstbruk for samme analyse blant offentlige laboratorier. Det er for få private laboratorier som har levert takstkoder til at en på en meningsfylt måte kan beskrive variasjonen i takstbruken for disse.
- Refusjonsmyndighetene vet ikke hvilke analyser de utbetaler refusjon for, siden analysenavnet ikke oppgis av laboratoriet.
- Det er grunn til å være kritisk til at refusjonssystemet som sådan ikke er entydig nok til at laboratoriene enten ikke bruker samme takst for samme analyse, eller at det i det minste ikke kan kontrolleres om de bruker samme takst for identisk analyse. Dette skaper ikke bare problemer for denne kostnadsanalysen, men også for om myndighetene har kontroll på om de utbetaler riktig refusjon.
- Det er registrert om lag 60 millioner analyser årlig i laboratorier innen medisinsk biokjemi. 17% av disse gjøres av private laboratorier.
- Ikke alle analyser er like ressurskrevende å utføre. Ser en på analyseaktiviteten når analysene er vektet med refusjonsprisene, representerer laveste takst om lag en tredjedel av aktiviteten, mens 9–10% ligger i de høyeste takstgruppene. Sammensetningen er uendret fra 2002 til 2003, selv om aktivitetsnivået er økt med 12,3 %.
- Den største aktiviteten målt i antall vektete analyser, finner sted i Helse Øst og Helse Sør. Ettersom det kun foreligger aktivitetstall fra fire private laboratorier, tillates ikke at disse brytes ned etter region. Som gruppe har imidlertid de private en betydelig og stabil andel av aktiviteten. De skiller seg dessuten fra de offentlige laboratoriene ved at en mindre andel av aktiviteten er i den laveste takstgruppen. Blant de offentlige laboratoriene er det særlig i Helse Øst og Helse Vest at andelen i de tyngste takstgruppene er stor.
- Offentlige sykehus er pålagt å ta imot øyeblikkelig hjelp samt å drive forskning og undervisning i større omfang enn de private. Øyeblikkelig hjelp forutsetter vaktordninger som innebærer økning i kostnadene sammenlignet med planlagt aktivitet på dagtid. Ressursbruk knyttet til undervisning og forskning vil i mange tilfeller ikke kunne skilles fra ressursbruk i øvrig virksomhet. Disse aktivitetene må derfor registreres for å gjøre meningsfulle sammenligninger mellom offentlig og privat virksomhet.
- Om lag 90 % av de offentlige røntgen- og laboratorieenheter har aktiv døgnkontinuerlig vakt eller hvilende nattevakt. Ingen av de private har dette.
- Forskningsvirksomhet er konsentrert til offentlige enheter. Blant de offentlige enhetene er fordelingen skjev i den forstand at det bare er et fåtall enheter som kan vise til resultater i form av avlagte doktorgrader og publikasjoner i nasjonale og internasjonale tidsskrifter.
- Også undervisningsvirksomhet er konsentrert til offentlige enheter. Det er tendens i retning av at de private enhetene deltar mer i undervisning av radiograf- og bioingeniørstudenter.
- Det ble undersøkt i hvilken grad enhetene har informasjon om sine egne kostnader. Vare- og

lønnskostnader ser ut til å ha et solid fundament i enhetenes egne regnskaper. For kostnadskomponenter som elektrisk kraft, renhold, avskrivninger og felleskostnader, synes imidlertid informasjonsgrunnlaget å være nokså tynt blant offentlige enheter. For private enheter er informasjonsgrunnlaget bedre blant annet fordi færre kostnadskomponenter har karakter av å være felleskostnader sammenlignet med offentlige sykehus, der røntgen- og laboratorieenheter i mindre grad er egne resultatenheter.

På bakgrunn av resultatene fra registreringsundersøkelsen, synes det som om de nåværende standarder og rapporteringssystemer o.l. er utilstrekkelige for å gi en tilfredsstillende beskrivelse og kontroll med virksomheten innenfor røntgen- og laboratorievirksomhet. Dette gjelder spesielt for virksomhetsbeskrivelsen og takstsystemet innenfor laboratorievirksomheten. Det gjelder imidlertid også den manglende standardisering av kostnadsinformasjon som gjør det vanskelig å sammenligne ressursbruken i offentlig og privat sektor.

Som omtalt i kapittel 2 av dette notatet, er det en aktuell problemstilling å initiere anbudsrunder for røntgenundersøkelser og laboratorieanalyser rekviert av eksterne. Denne undersøkelsen har blant annet vist at informasjonsgrunnlaget for mange kostnadskomponenter i de offentlige avdelingene er mangelfullt. En viktig grunn til dette er at mange av de ressursene som de offentlige avdelingene bruker er fellesressurser for hele sykehuset, og det blir lett vilkårlig hvordan ressursbruken fordeles på de enkelte avdelingene, hvis det i det hele tatt gjøres. Dette kan for eksempel få som konsekvens at offentlige enheter kan legge inn tilbud der inntektene som vil

følge av tilbudet ikke nødvendigvis gir kostnadsdekning. Økonomisystemene vil trolig i mange tilfeller heller ikke avdekke dette i ettertid.

Et tilgrensende problem har sammenheng med at de offentlige sykehusene er pålagt øyeblikkelig hjelp med tilhørende vaktordninger. Dette pålegget har to viktige konsekvenser for kostnadene ved å analysere prøver for eksterne. For det første vil døgnkontinuerlige vaktordninger (for eksempel tredelt vakt) medføre at avdelingen ofte har kapasitet til å håndtere eksterne prøver og undersøkelser på dagtid siden personalet er der likevel. For det andre vil en i noen grad gjøre bruk av utstyr som likevel må være på plass i forbindelse med behandling av sykehusets egne pasienter. En kan derfor hevde at sykehusenes behandling av inneliggende pasienter, samt plikten til å tilby øyeblikkelig hjelp, bidrar til at kostnadene ved å behandle eksterne rekvisisjoner blir mindre enn de ellers ville blitt. Samtidig vil kalkulering av disse marginalkostnadene være basert på skjønn. Dette skjønnet kan benyttes strategisk i anbudsprosesser.

Kostnadsstruktur og manglende resultatansvar vil dermed innebære et problem med hensyn til å organisere meningsfylte anbudsprosesser der både private og offentlige enheter deltar. Et alternativ kan være å la de private konkurrere om en fastsatt andel av det samlede volum. Også dette kan være problematisk hvis der er stordriftsfordeler involvert, som det trolig er, i alle fall innen medisinsk biokjemi. Insitamentet til oppkjøp med det resultat at en stor aktør står igjen, vil da forhindre anbudskonkurranse blant de private.

Organisering av samspillet mellom offentlige og private aktører synes dermed å være valg mellom løsninger som alle har sine svakheter.

