

**Analyse av samlede utgifter til
polikliniske laboratorie- og
røntgentjenester**

Analyserapport nr 4 2010

Versjon 1.0

1. juni 2010

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	3
1. INNLEDNING.....	5
1.1 BAKGRUNN.....	5
1.2 FORMÅL	5
1.3 FINANSIERING AV LABORATORIE- OG RØNTGENVIRKSOMHETEN	6
2. DATAGRUNNLAG OG METODE	8
3. UTVIKLING I SAMLEDE UTGIFTER TIL POLIKLINISKE LABORATORIE- OG RØNTGENTJENESTER	11
4. ANALYSE AV LABORATORIEOMRÅDET	14
4.1 PRIVATE OG OFFENTLIGE LABORATORIER SAMLET.....	14
4.2 PRIVATE LABORATORIER.....	18
4.3 OFFENTLIGE LABORATORIER.....	21
5. ANALYSE AV RØNTGENOMRÅDET	26
5.1 OFFENTLIGE OG PRIVATE RØNTGENINSTITUTT SAMLET.....	26
5.1 PRIVAT RADIOLOGI.....	29
5.2 OFFENTLIG RADIOLOGI.....	35
6. KONKLUSJON.....	41
REFERANSER.....	44
VEDLEGG.....	45
VEDLEGG 1: OM PRISJUSTERINGER	45
VEDLEGG 2: SAMLEDE UTGIFTER TIL PRIVATE LABORATORIE- OG RØNTGENTJENESTER.....	47

Sammendrag

Bakgrunn, formål og problemstilling

Staten ved HELFO utbetaler refusjon for polikliniske laboratorie- og røntgenundersøkelser i henhold til forskrift til lov om folketrygd (private) og forskrift til lov om spesialisthelsetjenester (offentlig). I tillegg mottar laboratorie- og røntgenvirksomheter tilskudd fra de regionale helseforetak og egenandeler fra pasientene. Et av hovedformålene med å overføre HELFO fra NAV til Helsedirektoratet er å gjøre forvaltningen bedre i stand til å kunne se de ulike finansieringssystemene i sammenheng. Som et ledd i arbeidet med å se finansieringssystemene i sammenheng skal dette prosjektet analysere samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester. Analysen omfatter ikke laboratorie- og røntgentjenester til inneliggende pasienter. Disse utgiftene skal dekkes av de regionale helseforetakenes ordinære rammebevilgninger og aktivitetsbaserte tilskudd gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) basert på deres plassering i diagnoserelaterte grupper. Laboratorieprøver som ikke sendes videre til laboratorium, men som analyseres på det enkelte legekontor har vi også valgt å holde utenfor i denne analysen. Radiologiske undersøkelser som pasienten betaler selv (ikke rett til refusjon) dekkes heller ikke av analysen.

Ulike tiltak har blitt iverksatt fra myndighetenes side for å dempe utgiftene knyttet til poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet; refusjonstakstene har blitt satt ned og en større andel av finansieringen har kommet via rammetilskudd. På den måten har de regionale helseforetakene blitt en stadig viktigere inntektskilde for både de offentlige og private aktørene. Hittil har naturlig nok HELFO kun analysert utgiftene knyttet til refusjoner som HELFO utbetaler. Formålet med denne analysen er å få en oversikt over størrelsen på samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester.

Problemstillingene som belyses i analysen er:

1. Hvordan har utviklingen vært i samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester for de årene vi har data for?
2. Hvordan har refusjonene etter lov om folketrygd/lov om spesialisthelsetjenesten for offentlige og private laboratorie- og røntgenvirksomheter utviklet seg i perioden fra 2002 til 1. tertial 2009? Mer detaljert kunne forklare utviklingen i 2008 og i 1. tertial 2009.
3. Hvordan har de private laboratorie- og røntgenaktørene tilpasset seg overgangen til nye rammebetingelser (lavere folketrygdrefusjon og høyere rammetilskudd, avtaler med produksjonstak)?

Hovedfunn

Sentrale resultater fra analysen er følgende:

- Det har ikke vært mulig å etablere et fullstendig korrekt bilde av samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester. Dette skyldes dels at informasjonen om RHFenes finansiering av de private aktørene er mangelfull og dels at finansieringen av offentlige polikliniske aktører ikke identifiseres eksplisitt i rammebevilgningen fra RHF til HF. Basert på forutsetninger og skjønn har vi likevel valgt å anslå størrelsen på utgiftene. I perioden etter 2005 har tilsynelatende veksten i utgiftene gått ned. Dette kan betraktes som effekt av å overføre deler av ansvaret for finansiering av poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet til de regionale helseforetakene. Men dette er usikkert, fordi beregningen av RHFenes utgifter til dette formål bygger på

forutsetninger og ikke faktiske tall.

- Veksten i utgifter til laboratorie- og røntgentjenester fra de offentlige aktørene er sterkere enn veksten i utgiftene til kjøp fra de private i 2008 og i 1. tertial 2009. Dette kan indikere at innføring av avtaler med produksjonstak for de private aktørene kan ha bidratt til å dempe utgiftene noe. Følgelig er også markedsandelene for offentlige og private aktører blitt endret i perioden, slik at de offentlige nå har en større andel av total produksjon.
- Både innenfor laboratorier og røntgeninstitutt gjøres det stadig mer avanserte og dyrere prøver gjennom den perioden vi har sett på. I offentlige laboratorier gir det seg utslag i økt bruk av dyrere takster innenfor takstgruppene nukleærmedisin, klinisk farmakologi og generelle takster. I private røntgeninstitutt øker bruken av MR undersøkelser på bekostning av røntgen. MR undersøkelser er betydelig dyrere enn røntgen. For offentlige røntgeninstitutt er det en viss økning av MR og CT på bekostning av røntgen.
- Aktiviteten målt i antall takster i *offentlige og private laboratorier* viser en relativt høy vekst i perioden 2002-2008 (7-8 prosent per år), på tross av endring i finansiering. Det kan tyde på at endringer i finansieringsbetingelsene har begrenset effekt som etterspørselsdempende virkemiddel på antall prøver som ønskes analysert i laboratoriene, når den underliggende strømmen av prøver er høy og ikke blir begrenset i førstelinjetjenesten. Vi ser imidlertid en nedgang i antall takster i 1. tertial 2009, men det er for tidlig å si om det er et trendskifte. Mens aktivitetsveksten i de private laboratoriene kan forklares med at det tas flere tester per innsendte prøve, kan aktivitetsveksten i de offentlige laboratoriene forklares med vekst i antall regninger (flere pasienter). Spesialiseringen i henholdsvis private og offentlige laboratorier fortsetter; med vekst i enkle og billige prøver i private laboratorier og vekst i dyre og medisinsk kompliserte prøver i offentlige laboratorier. Dette kan bidra til å forklare at det utløses flere takster per regning i private laboratorier enn i offentlige laboratorier i tillegg til at det rekvireres flere undersøkelser per innsendte prøve til private laboratorier.
- For *radiologi* er bildet høy aktivitet til og med 2007 og fall i aktiviteten siden. Her kan det synes som endring i finansiering har dempet aktiviteten noe. Både innenfor privat og offentlig radiologi vris aktiviteten fra røntgen til MR i perioden. Men forskjellen i type undersøkelser som utføres i henholdsvis offentlige og private røntgeninstitutt fortsetter. Hos de offentlige aktørene er røntgen den dominerende undersøkelsestypen, mens røntgen og MR har tilnærmet like andeler av samlet aktivitet hos de private aktørene. Ulik pasientgrunnlag, ulik kompetanse, ulik praksis ved utredning og begrenset MR-kapasitet hos offentlige aktører er sannsynligvis viktige årsaker.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Et av hovedformålene med å overføre HELFO fra NAV til Helsedirektoratet er å legge til rette for å se de ulike finansieringssystemene bedre i sammenheng. I et samfunnsperspektiv er det interessant å belyse totale utgifter på ulike nivåer i helsesektoren, og hvordan disse virker sammen. Dette kan igjen bidra til mer effektiv utnyttelse av helsekronene. Som et ledd i arbeidet med å se finansieringsordningene i sammenheng skal dette prosjektet analysere statens samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester.

Staten ved HELFO utbetaler refusjon for polikliniske laboratorie- og røntgenundersøkelser i henhold til lov om folketrygd. Refusjon blir gitt etter faste satser per undersøkelse eller konsultasjon. I tillegg mottar laboratorie- og røntgeninstituttene tilskudd fra regionale helseforetak og egenandeler fra pasientene. Utgiftene til laboratorie- og røntgenundersøkelser til inneliggende pasienter dekkes av RHFenes ordinære rammebevilgninger og aktivitetsbaserte tilskudd gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) basert på deres plassering i diagnoserelaterte grupper. Hittil har naturlig nok HELFO kun analysert utgiftene knyttet til refusjoner som HELFO utbetaler. Den siste analysen på laboratorieområdet ble foretatt i 2008 hvor vi studerte utviklingen i 2007. Den analysen viste at det var vekst i både refusjoner og antall takster både i offentlige og private laboratorier. Mens veksten i refusjonene til de offentlige laboratoriene ble forklart med en økning i dyre og medisinsk kompliserte prøver, ble veksten i refusjonene til private laboratoriene forklart med vekst i antallet enkle og billige prøver med stort volum. HELFO har foreløpig ikke analysert utgiftsutviklingen på radiologiområdet.

Ulike tiltak har blitt iverksatt fra myndighetenes side for å dempe utgiftene knyttet til polikliniske laboratorie- og røntgenundersøkelser; refusjonstakstene har blitt satt ned og en større del av finansieringen har kommet via rammetilskudd. På den måten har de regionale helseforetakene (RHFene) blitt en stadig viktigere finansieringskilde for både de offentlige og private aktørene. I dette prosjektet ønsker vi å få en oversikt over finansieringsordningene for laboratorie- og røntgenaktørene og samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgenundersøkelser. Vi ønsker også å vurdere om endring i finansieringsbetingelser har hatt noen effekt på utgiftsutvikling. Etter en kartlegging av datatilgangen viser det seg å være vanskelig å skaffe seg oversikt over de tilskuddene som laboratorie- og røntgeninstituttene mottar fra RHFene. Dette gjennomgås nærmere i kapittel 2. Basert på forutsetninger og skjønn har vi likevel valgt å anslå størrelsen på samlede utgifter.

1.2 Formål

Formålet med analysen er å få en oversikt over størrelsen på samlede utgifter til laboratorie- og røntgentjenester og forstå hvordan de enkelte finansieringsordningene fungerer og i samspill med tilgrensende ordninger.

Analysen skal besvare følgende problemstillinger:

1. Hvordan har utviklingen vært i samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester for de årene vi har data for? Dette innebærer å få en oversikt over finansieringsordningen til laboratorie- og røntgenaktørene; dvs både oversikt over finansieringen i henhold til lov om folketrygd/lov om spesialisthelsetjenester (heretter omtalt som refusjon fra HELFO) og tilskudd fra RHFene.
2. Hvordan har refusjonene fra HELFO til de offentlige og private laboratorie- og røntgeninstitutter utviklet seg fra 2007 til 2008? Fortsetter utviklingen vi tidligere har sett? Hvilke refusjonstakstgrupper bidrar til å forklare utviklingen?
3. Hvordan har de private laboratorie- og røntgenaktørene tilpasset seg nye rammebetingelser (lavere refusjon og høyere rammetilskudd, avtaler med produksjonstak)? Kan man si noe om aktørene produserer over eller under det avtalte produksjonstaket?

Analysen ble gjennomført høsten 2009 og vinteren 2010 av Terje Melhuus Line (Helsedirektoratet), Ingrid Eltervåg (HELFO region Vest), Eldrid Talleraas og Marianne Isaachsen (HELFO hovedkontor). Referansegruppe for prosjektet har bestått av følgende personer: Ida Welde og Geir Brandborg (Helsedirektoratet), Ghassan Saliqa og Eirik Jønsberg (HELFO region Oslo) og Bjørnar Næss (HELFO region Sør). I tillegg har Tor Iversen (UiO), Anne Negård (Helsedirektoratet), Frode Sandvin Folkedal og Knut-Rino Amundsen (HELFO hovedkontor) gitt viktige innspill og kommentarer.

1.3 Finansiering av laboratorie- og røntgenvirksomheten

Laboratorie- og røntgenvirksomheten i Norge er organisert i offentlige og private enheter. Laboratorie- og røntgenvirksomheten er et område innen helsevesenet i Norge der vi har hatt og har en stor andel private aktører.

Finansiering av de private enhetene

Dagens finansiering av de private enhetene er tre-delt med følgende inntektskilder:

1. Refusjon hjemlet i forskrift til folketrygdloven §5-5. Staten ved HELFO utbetaler refusjon for polikliniske laboratorie- og røntgenundersøkelser i henhold til lov om folketrygd etter faste takster per undersøkelse eller konsultasjon.
2. Tilskudd fra RHFene. De private laboratorie- og røntgeninstituttene produserer etter avtale med RHFene og betalingen er regulert i egne avtaler. Avtalen inneholder både tak for antall takster og samlet kostnad.
3. Egenandel fra pasientene

Finansieringen av private laboratorier og røntgeninstitutt skjedde i perioden fram til 2005 på grunnlag av refusjoner fra Rikstrygdeverket, refusjoner fra fylkeskommunene og etter hvert fra RHFene og i noen grad egenandeler fra pasientene. Private medisinske laboratorier og røntgenvirksomheter kunne på dette tidspunktet kreve takstrefusjon dersom virksomheten var godkjent etter sykehusloven før 1. juni 1987. Virksomheter som var godkjent etter 1. juni

1987, kunne kreve inn takstene når Helsedepartementet hadde gjort vedtak på det. I St. meld nr. 5 (2003-04) foreslo regjeringen en gradvis omlegging av finansieringssystemet for laboratorier og røntgeninstitutt. Som en oppfølging av St.meld.nr 5 (2003-2004), ble det foretatt større endringer av takstsystemet for laboratorier og radiologi fra 1. september 2005 (Ot.prp.nr.5 (2004-2005), Innst.O.nr.35 (2004-2005)):

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

1. september 2005 ble finansieringen delt 50/50 mellom trygderefusjon og basistilskudd fra RHFene. Fra dette tidspunkt måtte også de private laboratorie- og røntgeninstituttene inngå avtale med RHFene for å motta refusjon. De private laboratorie- og røntgeninstituttene produserer nå etter avtale med RHF med tak for både antall takster og samlet kostnad. Avtalene fremforhandles for en viss periode, normalt 2 år. De private aktørene vil fortsatt motta trygderefusjon fra HELFO og egenandel fra pasienten for produksjon som skjer utover taket i avtalene. 1. januar 2008 ble andelen som skal dekkes over basisbevilgningen til RHFene endret til 60 prosent, og trygderefusjonen fra HELFO skal da utgjøre 40 prosent.

Finansiering av de offentlige enhetene

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. Tjenester som ytes til inneliggende pasienter, finansieres via Innsatsstyrt finansiering (ISF), dvs en kombinasjon av rammebudsjett og inntekt per behandlet pasient korrigert for pasientsammensetning.

Dagens finansiering av tjenester som ytes i tilknytning til behandling av pasienter på poliklinikk og i tilknytning til håndtering av eksterne rekvisisjoner er tre-delt og med følgende inntektskilder:

1. Staten ved HELFO utbetaler refusjon for polikliniske laboratorie- og røntgenundersøkelser i henhold til forskrift til lov om spesialisthelsetjenester etter faste takster per undersøkelse eller konsultasjon.
2. Basistilskudd fra RHF. Offentlige laboratorie- og røntgeninstitutt får tilskudd over basisbevilgningen til RHF. Bevilgningene er knyttet til drift av selve laboratoriet og røntgeninstituttet og ikke til den enkelte tjeneste eller analyse.
3. Egenandeler fra pasientene

Ny finansieringsordning for poliklinisk virksomhet ble innført 1. september 2005. Fordelingen mellom basistilskudd og refusjon ble da satt til 50/50. 01.01.2008 ble fordelingen mellom basistilskudd og refusjon endret til 60/40.

2. Datagrunnlag og metode

Analysen omfatter all refusjonsberettiget bruk av laboratorie- og røntgentjenester hos private og offentlige laboratorie- og røntgeninstitutt som utføres poliklinisk. Laboratorie- og røntgentjenester til inneliggende pasienter omfattes ikke. Disse kostnadene skal dekkes av RHFenes ordinære rammebevilgninger og aktivitetsbaserte tilskudd gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) basert på deres plassering i diagnoserelaterte grupper. Laboratorieprøver som ikke sendes videre til laboratorium, men som analyseres på det enkelte legekontor, omfattes heller ikke.

For å gjøre analysen må vi ha informasjon om alle finansieringskildene som er opplistet i kapittel 1.3:

1. Refusjoner fra HELFO

Kilden for disse dataene er KUHR – det elektroniske kontrollprogrammet for oppgjør mellom HELFO og laboratorie- og røntgeninstituttene. Vi har informasjon om refusjoner og antall takster/modaliteter for alle år fra 2002 til 2009 (1. tertial). De private virksomhetene har seks måneders frist fra undersøkelsen finner sted til krav om refusjon sendes, mens de offentlige har fire måneder. Vi har derfor valgt å bruke tall til og med 1. tertial 2009 i denne analysen.

Når det gjelder radiologidata, så blir disse regruppet i KUHR. Grupperingen av NORAKO-koder ute hos røntgeninstituttene er grunnlaget for hva som blir utbetalt av refusjon. Internt er det et annet system, KUHR, som gjør en tilsvarende gruppering for statistikkens del, men denne grupperingen har ingen betydning for refusjonsutbetalingene. I og med at dette er to separate systemer, vil det kunne forekomme avvik.

2. Pasientenes finansiering – egenandeler

Kilden for disse dataene er KUHR. Vi har utelatt å ta med egenandeler ved private laboratorieundersøkelser da disse kun utgjør et mindre beløp. For private og offentlige røntgeninstitutt utgjør pasientenes egenandeler en forholdsvis stor del av finansieringen. Dataene inneholder både egenandeler betalt av pasientene og egenandeler pasientene har fått refundert over frikort.

3. Tilskudd fra RHF

1. Offentlige laboratorie- og røntgeninstitutt

Offentlige laboratorie- og røntgeninstitutt får tilskudd over basisbevilgningen til RHF. Bevilgningene er knyttet til drift av selve laboratoriet og røntgeninstituttet og ikke til den enkelte tjeneste eller analyse. I følge RHF'ene er det ikke mulig å trekke ut disse tilskuddene fra deres regnskaper og de kan med andre ord ikke si hvor store tilskuddene til offentlige laboratorie- og røntgeninstitutt er. Vi må derfor gjøre et anslag på størrelsen på disse tilskuddene. Kildene vi baserer oss på er Statsbudsjettet og Notatserie i helseøkonomi nr 13/05, se oversikt i tabellen under.

Oversikt over kilder for å beregne tilskudd:

Område/år	2002 - 2004	2005 - 2009
Offentlige røntgeninstitutt	Ingen	Statsbudsjettet
Offentlige laboratorier	Notatserie i helseøkonomi nr 13/05 for 2004	Statsbudsjettet

Statsbudsjettet inneholder informasjon om tilleggsbevilgninger til RHFene knyttet til utgifter til radiologi og røntgen fra 2005. Vi bruker disse tallene som anslag for RHFenes tilskudd til offentlige laboratorier og røntgen i perioden 2005 til 2009. Før 2005 var bevilgningene til laboratorie- og røntgeninstitutt en del av den samlede bevilgningen til RHFene. For årene før 2005 har vi forutsatt at RHFenes utgifter til offentlig radiologi utgjør 20 prosent¹ av refusjonene fra HELFO. Dette er bare et anslag og tallene er derfor høyst usikre. For offentlige laboratorier baserer vi oss på anslag som fremkommer i Notatserie i helseøkonomi nr 13/05. Der står det at offentlig laboratorievirksomhet mottok tilskudd fra RHF på om lag 700 millioner kroner i 2003. Dette legger vi til grunn i årene før 2005 bare justert for prisendringer².

2. Private laboratorie- og røntgeninstitutt

De private laboratorie- og røntgeninstituttene får betaling fra RHFene i tillegg til refusjon fra HELFO, og betalingen er regulert i egne avtaler. For å få tall for RHFenes kjøp av laboratorie- og røntgentjenester fra private aktører måtte vi bestille data fra hvert enkelt RHF. I bestillingen ba vi om faktiske kjøp i kroner og volum (antall takster, regninger) fordelt på avtalepartner og avtalte tak (pris, volum) i avtalene. Det viste seg imidlertid at denne type informasjon var vanskelig for dem å fremskaffe.

Siden tallene fra RHFene viser seg å være mangelfulle er vi nødt til å gjøre et anslag på deres betaling til de private laboratorie- og røntgeninstituttene. Kildene vi baserer oss på er Statsbudsjettet og artikkelen "Laboratorie- og røntgenvirksomheten i kjølvannet av sykehusreformen, se oversikt over kilder under.

Oversikt over kilder for å beregne kjøp:

Område/år	2002 - 2004	2005 - 2009
Private røntgeninstitutt	Tall som fremkommer i	Statsbudsjettet
Private laboratorier	artikkelen "Laboratorie- og røntgenvirksomheten i kjølvannet av sykehusreformen"	

Statsbudsjettet³ inneholder informasjon om tilleggsbevilgninger til RHFene knyttet til utgifter til private laboratorie- og røntgenvirksomheter fra 2005. For årene 2002 til 2004 bruker vi tallene som fremkommer i artikkelen "Laboratorie- og røntgenvirksomheten i kjølvannet av sykehusreformen"⁴.

Definisjon av noen begreper som brukes i rapporten:

Samlede utgifter: I samlede utgifter inngår refusjon fra HELFO, egenandeler og tilskudd fra RHFene

Prisjustert utgift: Utgiftene korrigert for prisendringer som har blitt foretatt i perioden

Modalitet: Undersøkelsestype innenfor radiologi

CT: undersøkelsestypen computertomografi

UL: undersøkelsestypen ultralyd

MR: undersøkelsestypen magnetisk resonans

¹ Siden en stor del av finansieringen av offentlig radiologi er egenandeler og RHFenes andel av privat radiologi ligger på om lag 30 prosent før 2005 og privat radiologi har en noe mindre andel egenandel velger vi å anslå RHFenes andel av finansieringen av offentlig radiologi til noe lavere enn dette.

² Vi velger å justere med konsumprisindeksen KPI-JAE Helsepleie som finnes på ssb.no.

³ Kilde: Diverse St.prp nr 1: Helse- og omsorgsdepartementet. Detaljer se referansen bakerst i rapporten.

⁴ Kilde: "Laboratorie- og røntgenvirksomheten i kjølvannet av sykehusreformen: Mer privatisering og lavere kostnader" av Terje P. Hagen og Tor Iversen. Helseøkonomisk forskningsprogram skriftserie nr 2007:2.

RG: undersøkelsestypen røntgen

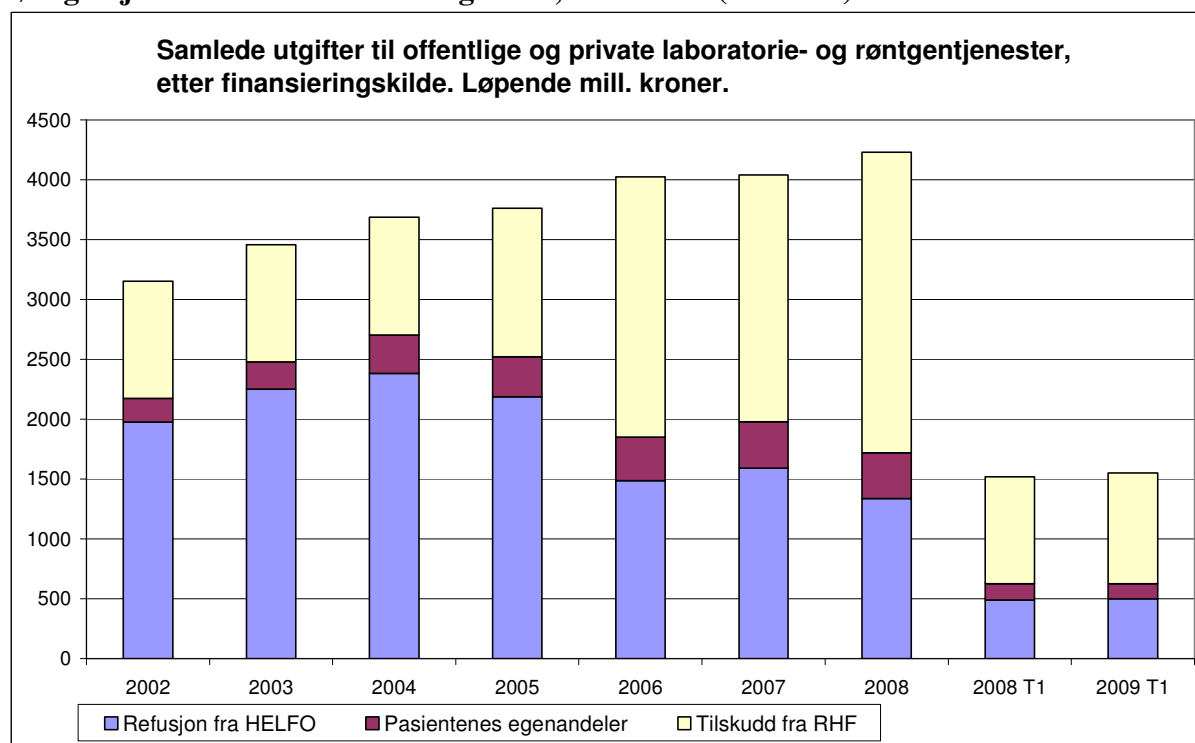
Modalitetsregning: På et pasientoppmøte kan det være benyttet flere modaliteter/undersøkelsestyper. En modalitet på et pasientoppmøte gir en modalitetsregning, to modaliteter gir to modalitetsregninger osv. Ytterligere undersøkelser med samme modalitet gir ikke flere modalitetsregninger. Forkortet mod.reg. i figurer og tabeller.

NORAKO: Norsk radiologisk kode

3. Utvikling i samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester

Samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester har vist en stigende tendens siden 2002, se figur 3.1. Det må imidlertid understrekes at tallene som fremkommer i figuren, er svært usikre, fordi tallene som viser finansiering fra RHF, er basert på forutsetninger og skjønn og ikke faktiske tall, jf. omtalen i kapittel 2⁵. Søylen i figuren som viser refusjon fra HELFO og pasientenes egenandeler, kan vi derimot stole på. Gitt våre forutsetninger viser figuren at samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester var på over 4 mrd kroner i 2008, mot over 3 mrd kroner i 2002⁶. Nedgangen i refusjon fra HELFO og økningen i finansieringen fra RHF fra 2005 til 2006 kan i hovedsak forklares av innføring av ny finansieringsordning fra 1. september 2005, jf. kapittel 1.3. Overgangen til 60/40 finansiering mellom RHF og HELFO i 2008 forklarer i hovedsak nedgangen i refusjoner fra HELFO og økning i tilskudd fra RHF fra 2007 til 2008.

Figur 3.1. Samlede utgifter til offentlige og private polikliniske laboratorie- og røntgentjenester etter finansieringskilde, 2002-2009 (1. tertial)



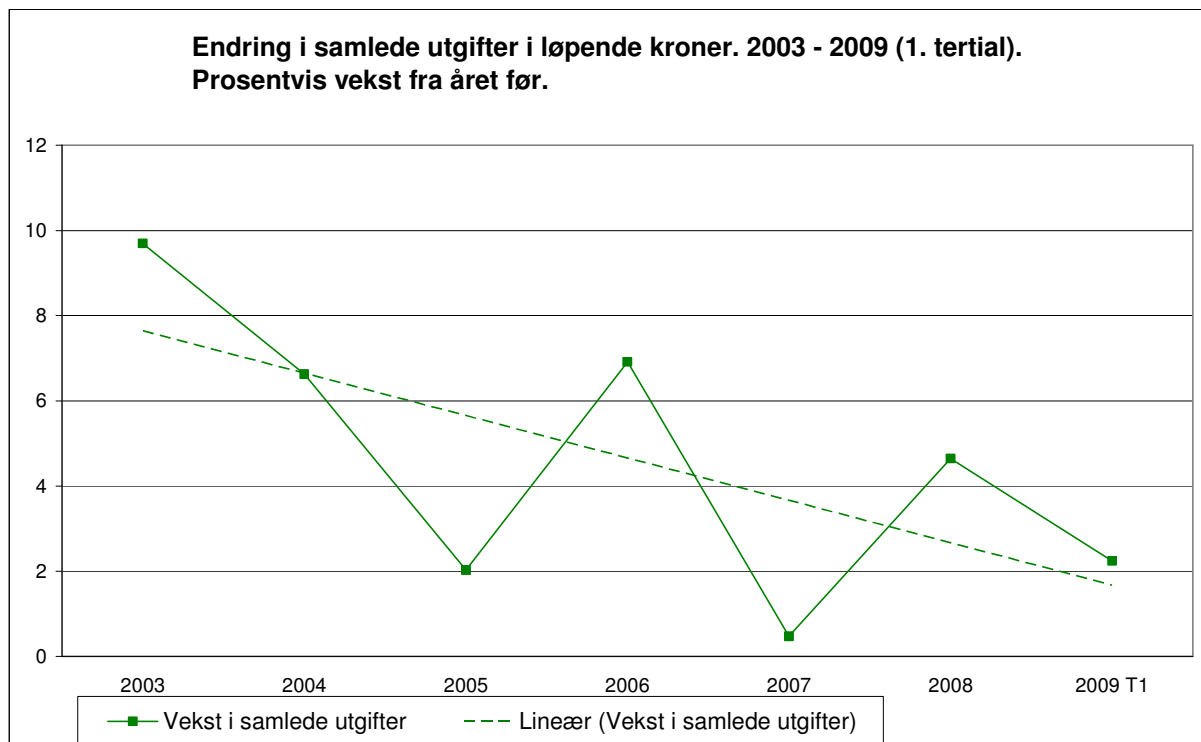
I perioden 2002 til 2008 sett under ett steg utgiftene med 35 prosent målt i løpende kroner. Gjennomsnittlig vekst i perioden var på 5,1 prosent. Figur 3.2 viser vekst per år. Den lineære trenden i serien (stiplet linje i figuren) viser at veksten i utgiftene har en avtakende tendens i

⁵ I St.meld. nr. 5 2003-2004: Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten står det i kap 5.1: ” De samlede offentlige utgiftene til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester anslås til vel 4 mrd kroner i 2004”. Vi har kommet frem til i underkant av 3,7 mrd kroner. Dette illustrerer hvor usikre disse tallene er.

⁶ Statens utgifter er noe mindre enn søylene i figuren viser da det bare er en viss andel av pasientenes egenandel som blir dekket over frikort. Vi har ikke gått nærmere inn på hvor stor denne delen er.

perioden vi har sett på.

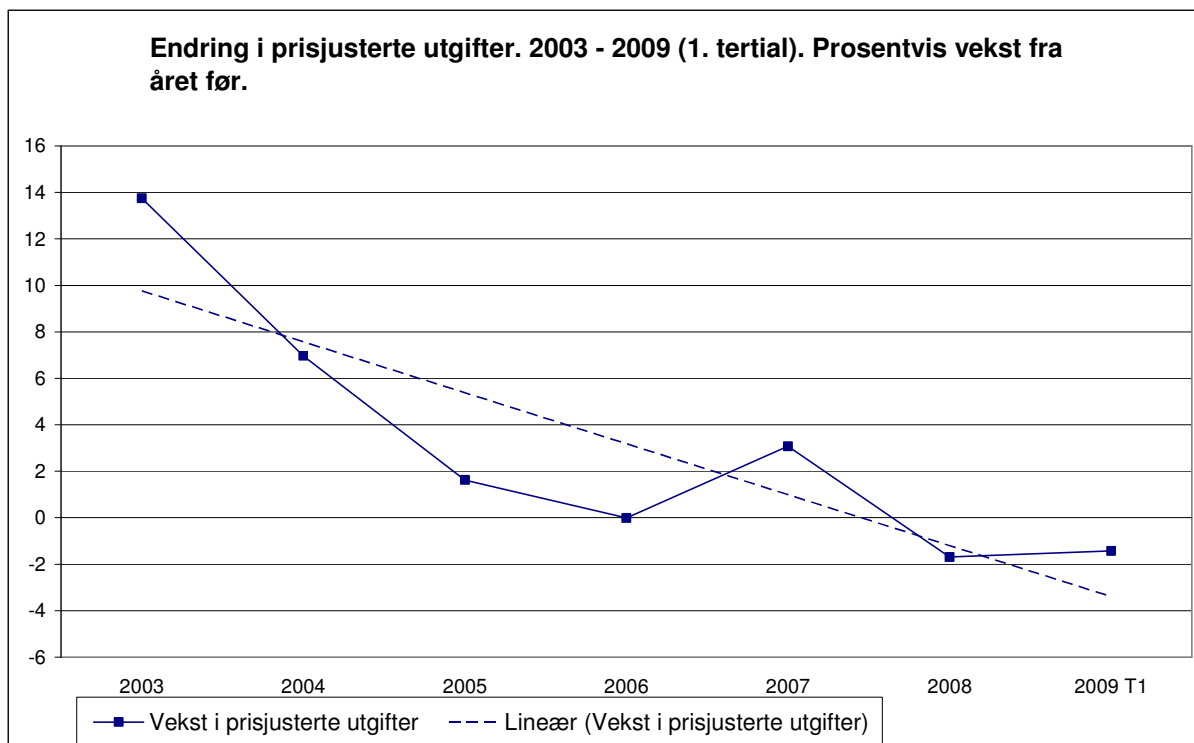
Figur 3.2. Endring i samlede utgifter i løpende kroner. Prosentvis endring fra året før. 2003 – 2008. 1. tertial 2009 mot 1. tertial 2008.



For å kunne antyde noe om volumendringer i perioden, justerer vi utgiftene for prisendringer⁷, se figur 3.3. Fra 2002 til 2008 har volumet i utgiftene til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester steget med 26 prosent eller 4 prosent i gjennomsnitt per år. Som den lineære trenden til de prisjusterte utgiftene viser (stiplet linje i figuren), synes volumet å stige mindre i de siste årene av perioden enn i de første. I 1. tertial 2009 viser de prisjusterte utgiftene en vekst på 2 prosent mot samme periode året før.

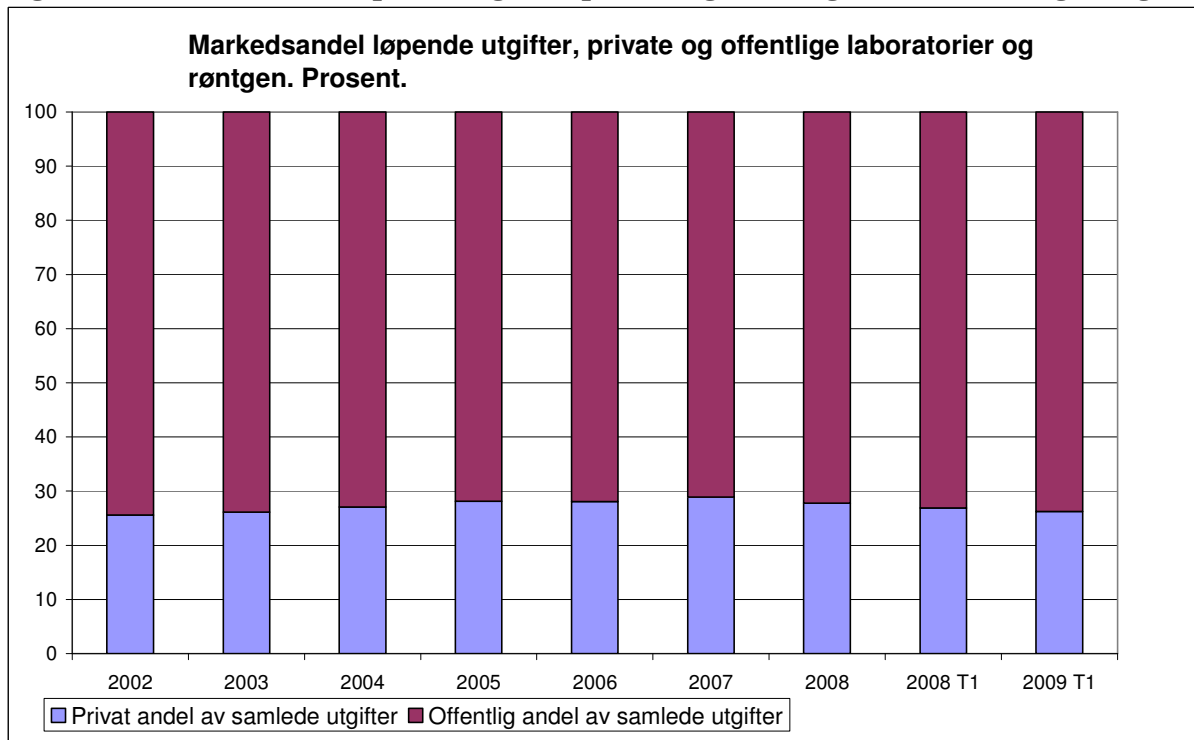
Figur 3.3. Endring i prisjusterte utgifter (jan 2002=100). Prosentvis endring fra året før. 2003 – 2009 (1. tertial). 1. tertial 2009 mot 1. tertial 2008.

⁷ Fremgangsmåten for å beregne utgiftene justert for prisendringer er nærmere beskrevet i vedlegg 1.



De private aktørenes samlede markedsandel har vært relativt stabil i perioden. Men den har vist en svakt stigende tendens fram til 2007, for så å falle noe tilbake, se figur 3.4. I 2007 var de privates markedsandel på 29 prosent mens den var 26 prosent i 2009.

Figur 3.4. Markedsandel løpende utgifter, private og offentlige laboratorier og røntgen.



4. Analyse av laboratorieområdet

4.1 Private og offentlige laboratorier samlet

Samlede utgifter

Samlede utgifter til polikliniske laboratorietjenester fra offentlige og private aktører har steget fra ca 2 mrd kroner i 2002 til ca 2,6 mrd kroner i 2008, en vekst på 28 prosent, se tabell 4.1. I samlede utgifter inngår refusjon fra HELFO, egenandeler og bevilgninger fra RHFene. Det må imidlertid understrekes at tallene er svært usikre, fordi tall på bevilgninger fra RHF er basert på forutsetninger og skjønn, jf. omtalen i kapittel 2. Justert for prisendringer har veksten vært på 18 prosent i perioden, eller 2,8 prosent årlig. Tabell 4.1 viser at veksten har vært noe sterkere i de første årene av perioden enn i det siste. Denne utviklingen ser vi både innenfor offentlig og private laboratorier⁸. I 1. tertial 2009 viser de prisjusterte utgiftene et fall på 0,5 prosent mot samme periode året før.

Tabell 4.1. Samlede utgifter til offentlige og private laboratorier, 2002-2009 (1.tertial), mill. kr.

Private og offentlige laboratorier	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 T1	2009 T1
Samlede utgifter, løpende priser	2 064	2 229	2 330	2 379	2 540	2 485	2 644	975	1007
Prisjusterte utgifter (Jan2002=100)	2 064	2 199	2 313	2 344	2 382	2 384	2 437	901	896
Endring samlede utgifter, løpende priser. Prosent		8,0	4,5	2,1	6,8	-2,2	6,4		3,4
Endring prisjusterte utgifter. Prosent (jan 2002=100)		6,6	5,2	1,3	1,6	0,1	2,2		-0,5

Tabell 4.2. Antall utløste takster offentlige og private laboratorier, 2002-2009 (1.tertial)

Offentlige og private laboratorier	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 T1	2009 T1
Antall takster (mill)	35,1	38,9	41,2	44,3	48,1	51,7	56	20,8	19,5
Endring i %		10,6	5,9	7,7	8,5	7,5	8,3		-6,3

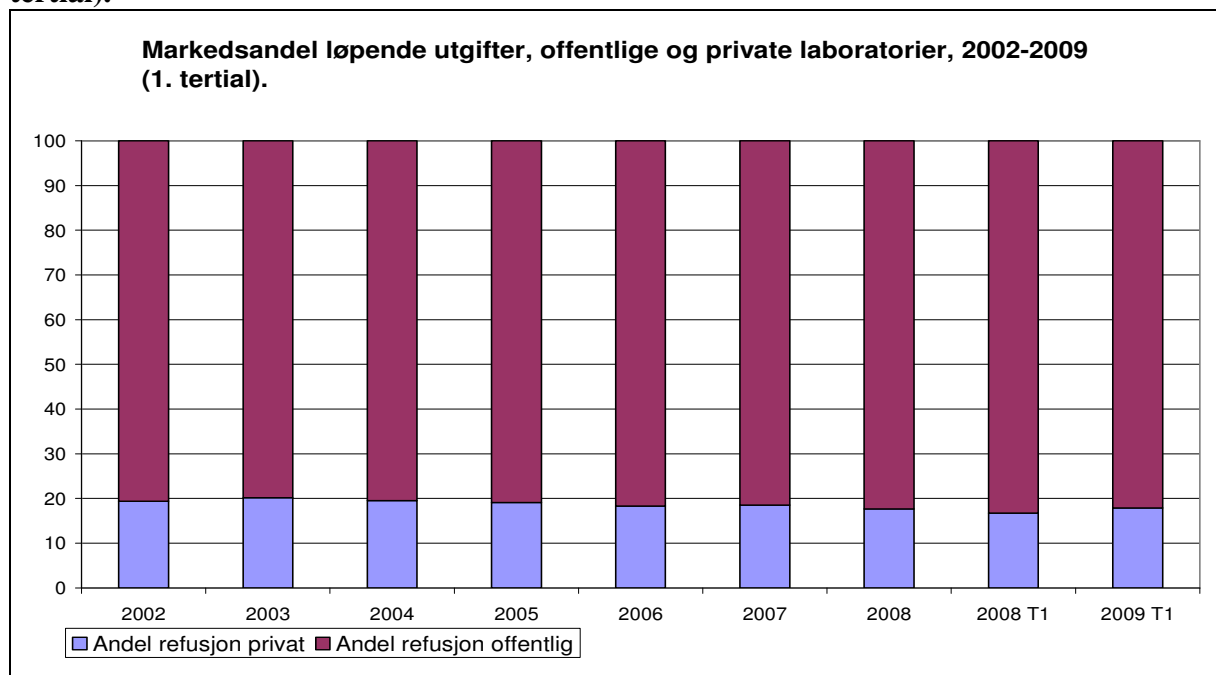
Tabell 4.2 viser utviklingen i antall takster. Dette er et annet mål på aktiviteten på området

⁸ For mer detaljer se tabell over utviklingen for offentlig og privat hver for seg i vedlegg 2.

enn utvikling i prisjustert refusjon i tabell 4.1. Fra 2002 til 2003 vokste aktiviteten med 10,6 prosent. Fra 2005 har veksten vært mer stabil rundt 7-8 prosent. Det synes ikke som at endring i finansiering har bidratt til å dempe aktivitetsveksten før eventuelt i 2009. I 1. tertial 2009 ble det utløst 6,3 prosent færre takster enn i samme periode året før. Men det er for tidlig å si at reduksjonen i antall takster kommer som følge av færre henvisninger fra primærhelsetjenesten eller om det kan ha sin årsak i periodisering av utgiftene.

Som andel av utgiftene, sto de private for om lag 18 prosent i 2009. De privates markedsandel lå stabilt på 20 prosent i perioden 2002 – 2005, men har gått noe ned etter det, se figur 4.1.

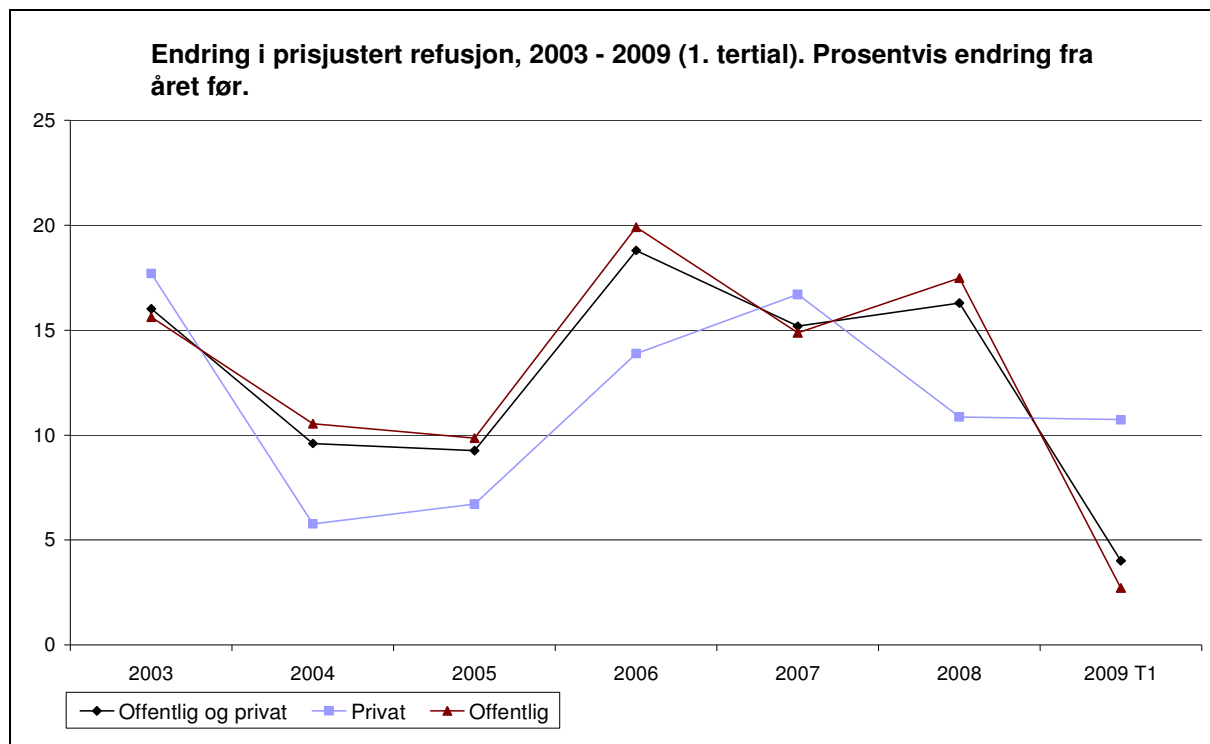
Figur 4.1. Markedsandel utgifter offentlige og private laboratorier, 2002-2009 (1. tertial).



Refusjoner fra HELFO

Tabell 4.1 over viser at veksten i de samlede prisjusterte utgiftene varierer noe i perioden vi ser på, men at det kan synes som at veksten har avtatt noe de senere år. Siden tallene for de samlede utgifter er svært usikre velger vi i den videre fremstillingen å se mer detaljert på kun refusjonene fra HELFO. For å få et mål på underliggende aktivitet må vi justere refusjonene for prisendringer i perioden slik som beskrevet i vedlegg 1, men også i tillegg justere for takstendringer som følge av endret finansiering 1. september 2005 og 1. januar 2008. Vi får da et mål på underliggende aktivitet.

Figur 4.2. Endring i prisjusterte refusjoner offentlige og private laboratorier, 2003 – 2009 (1. tertial). 1. tertial 2009 mot 1. tertial 2008. Prosent.



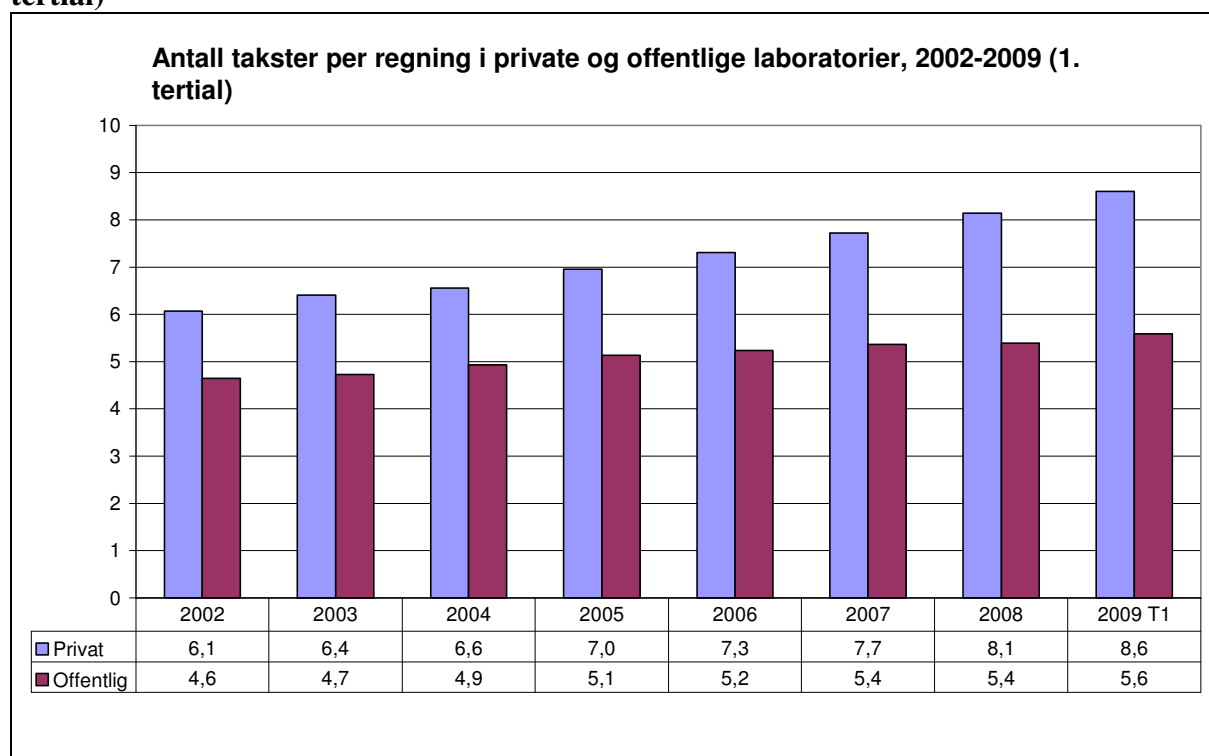
Figur 4.2 viser at den underliggende aktiviteten har relativ sterk vekst i perioden, og sterkere for de offentlige laboratoriene enn for de private. Mens gjennomsnittlig årlig vekst i perioden har vært 11,9 prosent for de private laboratoriene har veksten vært på 14,7 prosent for de offentlige. Dette samsvarer med at veksten i antall takster har vært relativt høy i perioden. Spørsmålet er hva som kan forklare denne veksten. Gjøres det flere undersøkelser per regning, behandles det flere pasienter og/eller går man over til å gjøre dyrere undersøkelser? Dette vil vi undersøke nærmere under.

Hva forklarer veksten i underliggende aktivitet?

Laboratoriene gjennomfører tester basert på henvisninger de får fra enten sykehuset eller primærhelsetjenesten. Som regel er det slik at et legebesøk vil generere en rekvisisjon som igjen vil resultere i en regning⁹. Antall regninger vil derfor være et godt mål på antall personer det sendes rekvisisjon for. En økning i antallet takster som vi har sett de siste årene, jf. tabell 4.2, kan enten forklares av at laboratoriet over tid får flere henvisninger fordi antallet personer som ønsker prøver øker, eller at det er en økning i antallet tester som gjennomføres per henvisning. Figur 4.3 viser at antall takster per regning stiger for hvert år både i de private og i de offentlige laboratoriene, men at veksten er sterkere for de private. I 1. tertial 2009 utløste de private i snitt 8,6 takster per regning mens de offentlige utløste 5,6. Hva kan så forklare forskjellen i nivå og vekst i antall takster per regning i offentlig og privat? For det første er det ulik grad av spesialisering i privat og offentlig som kan forklare forskjellen. Mens de private utfører enkle og rimelige undersøkelser med stort volum utfører de offentlige mer avanserte og dyre undersøkelser. For det andre er det på selve henvisningen til private laboratorier krysset av for at flere tester ønskes. Det kan tyde på at det rekvireres stadig flere tester per pasient.

⁹ Hagen, Kittelsen og Iversen: "Laboratorie- og røntgenvirksomhet i kjølvannet av sykehusreformen: Mer privatisering og lavere kostnader" Helseøkonomisk forskningsprogram UiO 2007

Figur 4.3. Antall takster per regning i private og offentlige laboratorier, 2002-2009 (1. tertial)



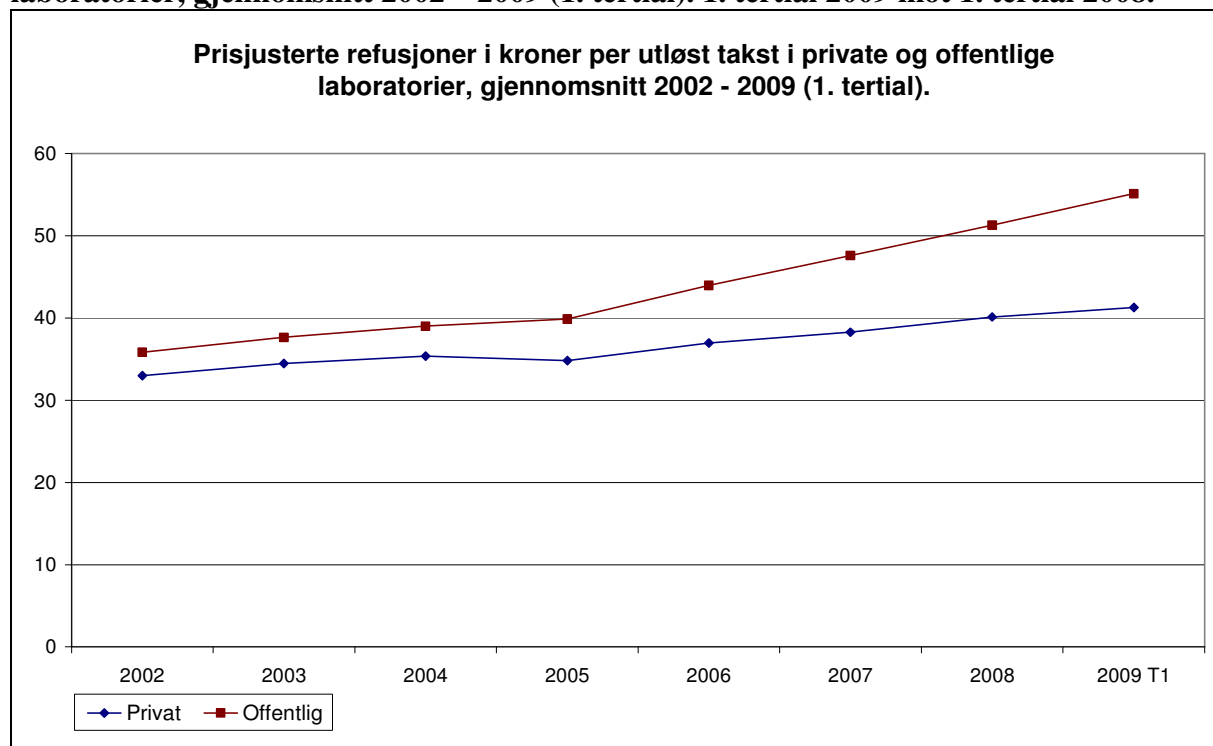
Spørsmålet er om vekst i antall takster per regning alene kan forklare veksten i antall takster eller om det også er andre forhold som forklarer det. Dette vil vi komme nærmere inn på under hvert område under.

Utvikling i refusjon per takst

Figur 4.4 viser at både offentlige og private laboratorier har fått høyere refusjon per takst for hvert år i perioden fra 2002 til 2009. Figuren viser utviklingen i faste priser og det er derfor mulig å sammenligne årene. Særlig de offentlige laboratoriene har fått økt sin refusjon per takst betydelig, fra om lag 35 kroner per takst i 2002 til om lag 55 kroner per takst i 2009, mens de private har økt sin refusjon fra 33 til 41 kroner i samme periode. Dette tyder på at utviklingen går mot bruk av dyrere takster og mer avanserte prøver. Det stemmer også med funnene fra analysen av laboratorie-området i 2008¹⁰.

¹⁰ Isaachsen, Marianne og Talleraas, Eldrid (2008): "Utgiftsutvikling medisinske laboratorier 2007". Intern analyserapport Nav Helsetjenesteforvaltning.

Figur 4.4. Prisjusterte refusjoner i kroner per utløst takst i private og offentlige laboratorier, gjennomsnitt 2002 – 2009 (1. tertial). 1. tertial 2009 mot 1. tertial 2008.



4.2 Private laboratorier

Siden tallene for de samlede utgifter er svært usikre velger vi i den videre fremstillingen å se mer detaljert på kun refusjonene fra HELFO, se tabell 4.3. Tabellen gir en oversikt over både refusjoner i løpende kroner, refusjoner justert for prisendringer og takstendringer som følge av endringer i finansiering. Den siste blir da et mål på underliggende volum.

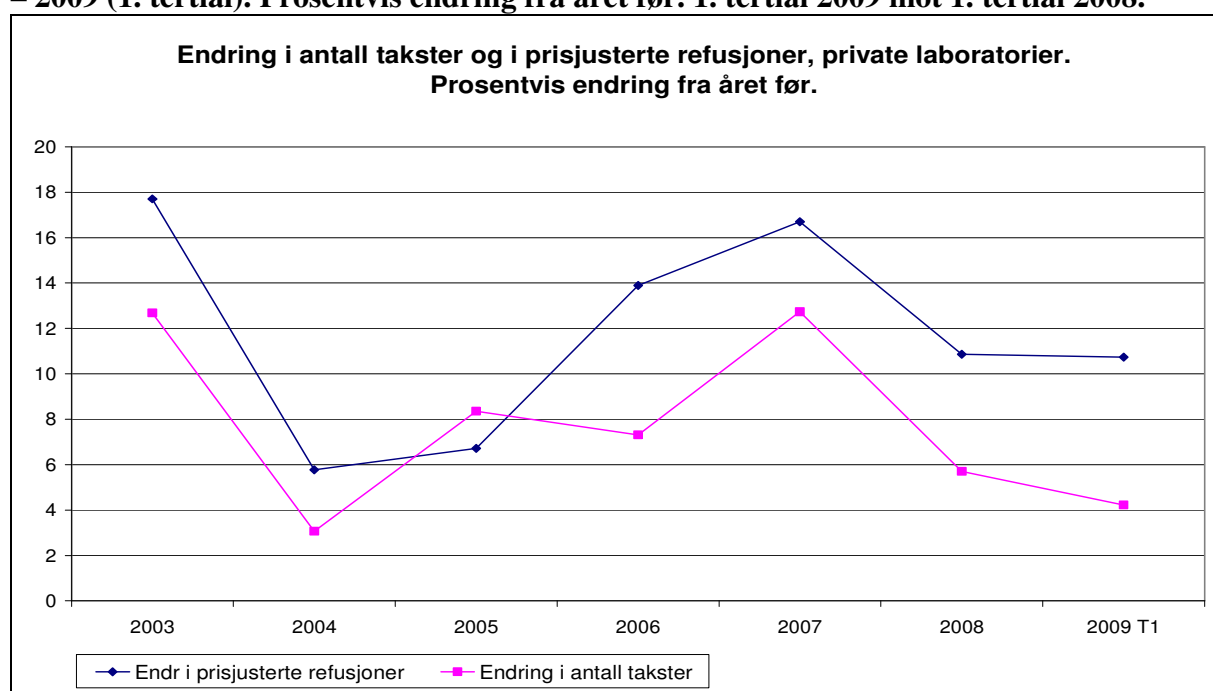
Tabell 4.3. Refusjoner fra HELFO til private laboratorier, 2002-2009 (1.tertial), mill. kroner

Private laboratorier	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 T1	2009 T1
Refusjoner, løpende priser	240	292	301	273	182	193	179	63	68
Prisjusterte refusjoner (Jan2002=100)	240	282	299	319	363	424	470	159	176
Endring, løpende priser. Prosent		21,9	3,0	-9,3	-33,4	6,0	-6,9		9,4
Endring prisjusterte refusjoner. Prosent (jan 2002=100)		17,7	5,8	6,7	13,9	16,7	10,9		10,7

Hva forklarer underliggende vekst i HELFOs refusjoner?

Tabell 4.3 viser at den underliggende veksten i HELFOs refusjoner (endring i prisjustert refusjon i tabellen) er forholdsvis sterk. Sammenligner vi denne serien med veksten i antall takster, får vi to mål på aktiviteten på området. Forskjellen mellom disse to målene gjenspeiler endret sammensetning av takstene og/eller at de takstene som forklarer utviklingen i antall takster, ikke er endret like mye i pris som de generelle prisjusteringene og som det er justert for i serien for prisjustert refusjon. Figur 4.5 viser at gjennom hele perioden, med unntak av 2005, er veksten i prisjusterte refusjoner høyere enn veksten i antall takster. Vi kan ikke se en tendens til bruk av dyrere takster i perioden, så det kan se ut som forklaringen må ligge i at prisjusteringen av enkelt-takstene ikke sammenfaller helt med de generelle prisjusteringene¹¹. Vi kommer nærmere inn på hva som kan forklare utviklingen i antall takster under.

Figur 4.5. Endring i antall takster og i prisjusterte refusjoner, private laboratorier, 2003 – 2009 (1. tertial). Prosentvis endring fra året før. 1. tertial 2009 mot 1. tertial 2008.

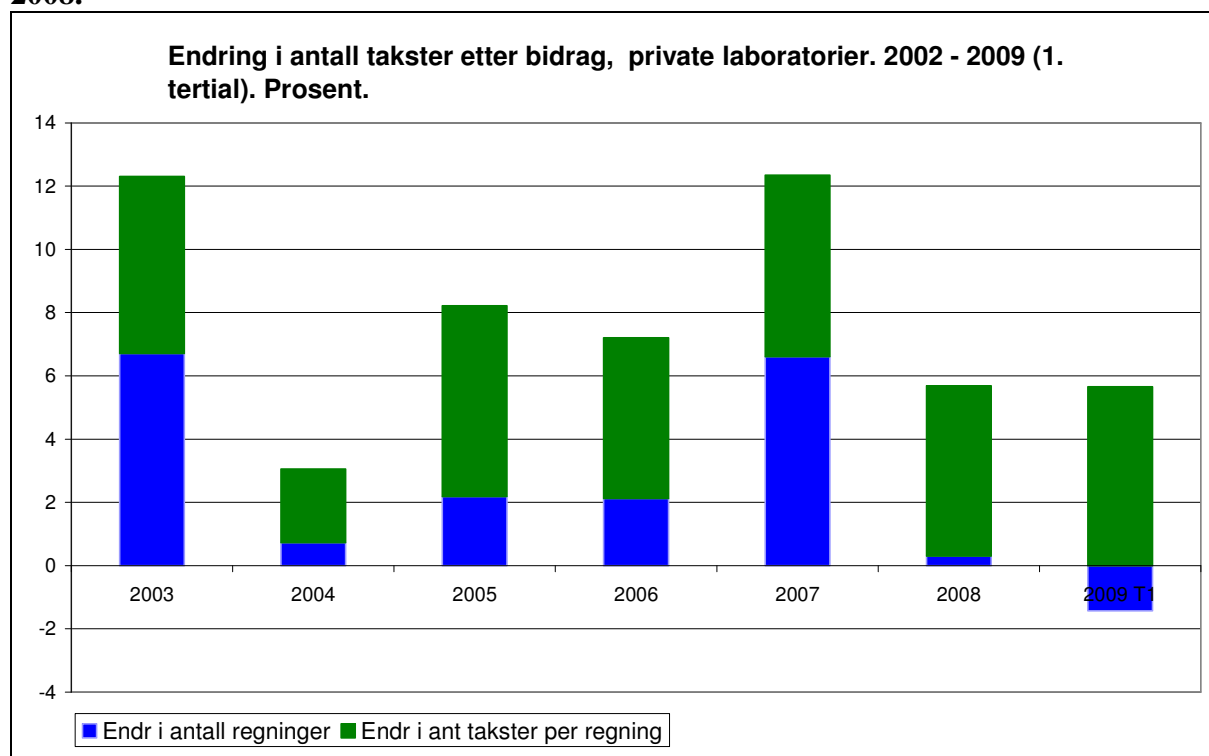


Vekst i antall takster kan enten forklares av det gjøres flere tester per innsendt prøve (flere takster per regning), eller at flere pasienter behandles (flere regninger), se figur 4.6¹². Figuren viser at vekst i antall prøver per undersøkelse forklarer mye av veksten i antall takster gjennom perioden, men i 2003 og 2007 derimot kan om lag halvparten av veksten forklares av økt antall regninger (pasienter). I 1. tertial 2009 er det fortsatt vekst i antall prøver per regning, mens det er en nedgang i antall regninger (antall pasienter) 1. tertial 2009 er dermed første gang i perioden vi ser at det sendes inn færre regninger enn ved samme tidspunkt året før. Dette kan kanskje tyde på at avtale-takene begrenser inngang og produksjon hos de private laboratoriene. Dette vil vi kunne si mer sikkert når vi får tall for hele 2009 og ikke bare 1. tertial.

¹¹ Eksempelvis er de tre mest brukte takstene i takstgruppen klinisk kjemi kun satt ned med 15 prosent i 2008, mens den annonserte generelle endringen i takstene var -20 prosent. Vi er ikke kjent med bakgrunnen for at ikke alle takster endres like mye, men en grunn kan være at endringene i takstene må være i hele kroner og at det kan gjøre en viss forskjell.

¹² Summeres den blå og grønne søylen i figur 4.6 fremkommer vekst i antall takster.

Figur 4.6. Endring i antall takster og kilde til endring, private laboratorier. Prosentvis vekst fra året før. 1. tertial 2009 mot 1. tertial 2008.



Vi vil nå gå over til å se på hvilke takstgrupper som kan forklare endringen i antall takster i 2008 og 2009. I 2008 viste aktiviteten i de private laboratoriene en vekst på 5,7 prosent¹³. Tabellen nedenfor viser hvilke takstgrupper som bidrar mest til denne veksten:

Tabell 4.4. Takstgruppens bidrag til endring i antallet takster. 2008.

	Antall takster i millioner	Endring 2007-2008 i prosent	Bidrag til endring i prosent
Samlet antall takster 2008	11,7	5,7	100,0
Klinisk Kjemi 752A - 759C	9,6	6,5	93,3
Med. mikrobiologi 731A - 739B	0,7	0,8	0,9
Immunologi (791-796b)	0,4	-1,6	-1,1
Alminnelige undersøkelser (701a-710)	0,7	7,0	6,9
Andre undersøkelser (800d-871)	0,1	-0,8	-0,1
Patologi (742a-745)	0,2	3,0	1,1
Klinisk nevrofysiologi (720a-726)	8693 (absolutt tall)	-8,3	-0,1

¹³ Antallet takster brukes som et mål på aktivitet

Som vi ser av tabellen, skjer over 80 prosent av den totale aktiviteten i de private laboratoriene innenfor takstgruppen klinisk kjemi. Denne takstgruppen står også for 93 prosent av veksten i 2008. Takstgruppen består av enkle og billige undersøkelser med stort volum.

Tabell 4.5. Takstgruppens bidrag til endring i antallet takster. 1. tertial 2009

	Antall takster i millioner	Endring 2007-2008 i prosent	Bidrag til endring i prosent
Samlet antall takster jan-apr 2009	4,3	4,2	100,0
Klinisk Kjemi 752A - 759C	3,5	5,3	103,0
Alminnelige undersøkelser (701a-710)	0,25	5,1	6,9
Immunologi (791-796b)	0,15	6,7	5,4
Patologi (742a-745)	0,07	-22,9	-12,8
Med. mikrobiologi 731A - 739B	0,22	-4,2	-5,6

Som vi ser av tabell 4.5, er det også i 1. tertial 2009 den samme takstgruppen som står for mesteparten av veksten i antallet takster. Dette sammenfaller også med mønsteret vi har sett i tidligere analyser av utgiftsutviklingen i private laboratorier.

4.3 Offentlige laboratorier

HELFOs refusjoner

Tabellen under gir en oversikt over refusjoner i løpende kroner og refusjoner justert for prisendringer i perioden og takstendringer som følge av endring i finansiering. Det siste blir et mål på underliggende aktivitet. Den store forskjellen i vekst i løpende utgifter og prisjusterte utgifter i 2006 og 2008 skyldes endringene i finansiering. Prisjusterte refusjoner viser en sterk vekst gjennom perioden og veksten synes ikke å avta. Derimot viser 1. tertial 2009 en vekst på 2,7 prosent mot samme tertial året før, men det er for tidlig å si om dette markerer et skift i underliggende utgiftsvekst.

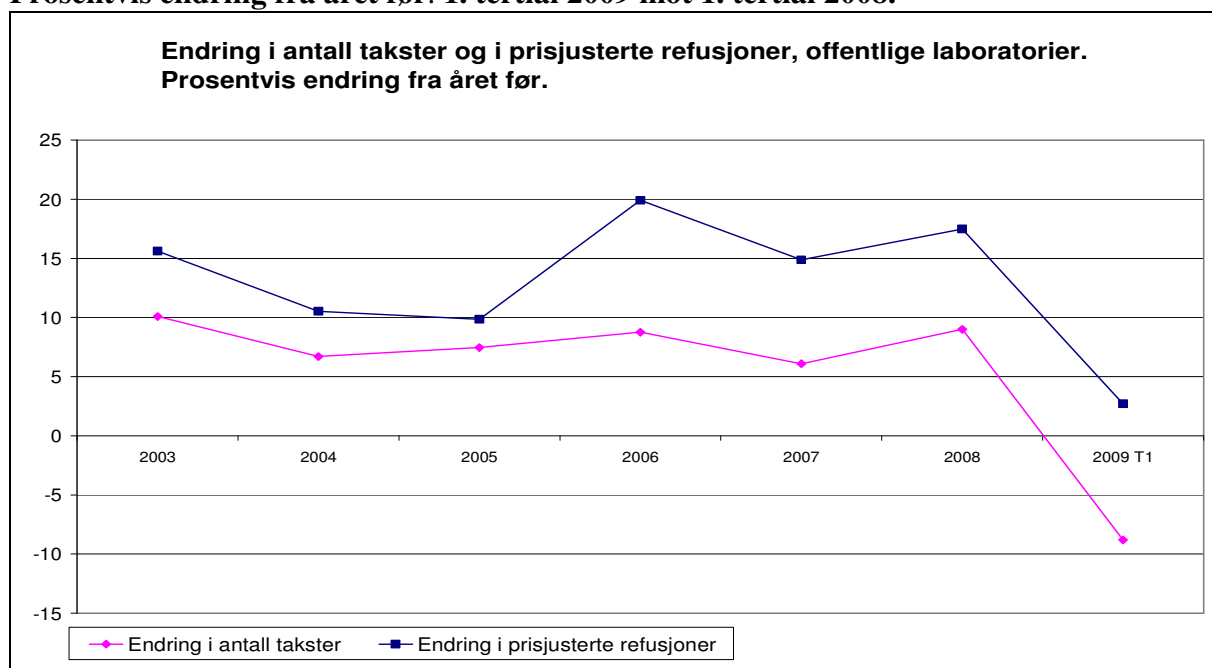
Tabell 4.6. Refusjoner fra HELFO til offentlige laboratorier, 2002-2009 (1.tertial), mill. kroner

Offentlige laboratorier	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 T1	2009 T1
Refusjoner, løpende priser	999	1155	1238	1155	811	847	836	311	315
Prisjusterte refusjoner (Jan2002=100)	999	1155	1277	1403	1682	1932	2270	819	842
Endring, løpende priser. Prosent		15,6	7,2	-6,7	-29,8	4,4	-1,3		1,4
Endring prisjusterte refusjoner. Prosent (jan 2002=100)		15,6	10,5	9,9	19,9	14,9	17,5		2,7

Hva forklarer underliggende vekst i HELFOs refusjoner?

Vi finner at underliggende vekst i HELFOs refusjoner kan forklares med økt aktivitet og økt bruk av dyrere takster. Over gikk vi igjennom ett mål på underliggende aktivitet – prisjustert refusjon. Et annet mål på underliggende aktivitet er antallet takster. Forskjellen mellom disse to målene gjenspeiler endring i bruk av dyrere/billigere takster. Det har vært en jevn vekst i antall takster fra 2002 til 2008, gjennomsnittlig vekst per år er på 8 prosent, se figur 4.7. Totalt har antall takster steget med 59 prosent i perioden fra 2002 til 2008. Til sammenligning har prisjusterte refusjoner økt med 121 prosent i samme periode. Dette må bety at de offentlige laboratoriene har økt bruken av dyrere takster i perioden, og figur 4.7 viser at dette har vært tilfelle gjennom hele perioden.

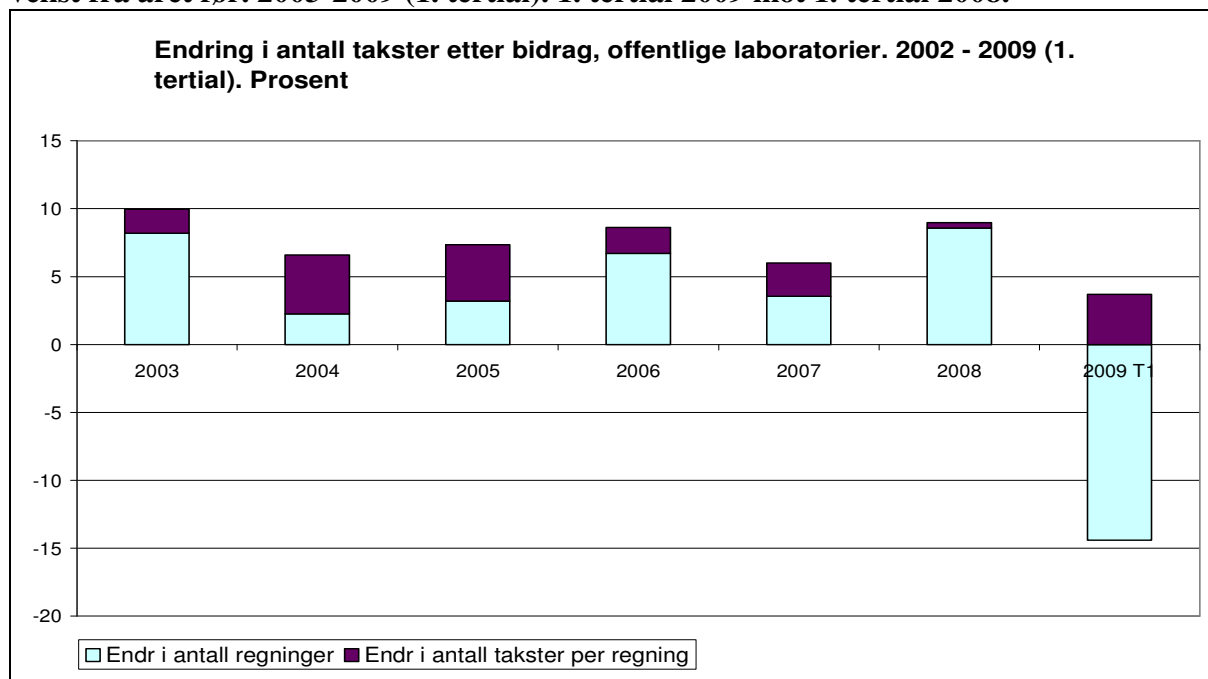
Figur 4.7. Endring i antall takster og i prisjusterte refusjoner, offentlige laboratorier. Prosentvis endring fra året før. 1. tertial 2009 mot 1. tertial 2008.



Hva forklarer økt aktivitet?

Vekst i antall takster kan forklares enten av at det gjøres flere tester per innsendte prøve, eller at flere pasienter har behov for undersøkelser, se figur 4.8. Figuren viser at veksten i antall takster særlig de senere årene kan forklares av vekst i antall regninger (pasienter) og i mindre grad av vekst i antall takster per regning. I 1. tertial 2009 ser vi at det ble sendt inn færre regninger enn i samme periode året før og at det bidrar til negativ vekst i antallet takster i perioden. Men det er litt for tidlig å si om reduksjonen i antall takster kommer av mindre henvisning til laboratorier eller om det har sin årsak i periodisering av utgiftene.

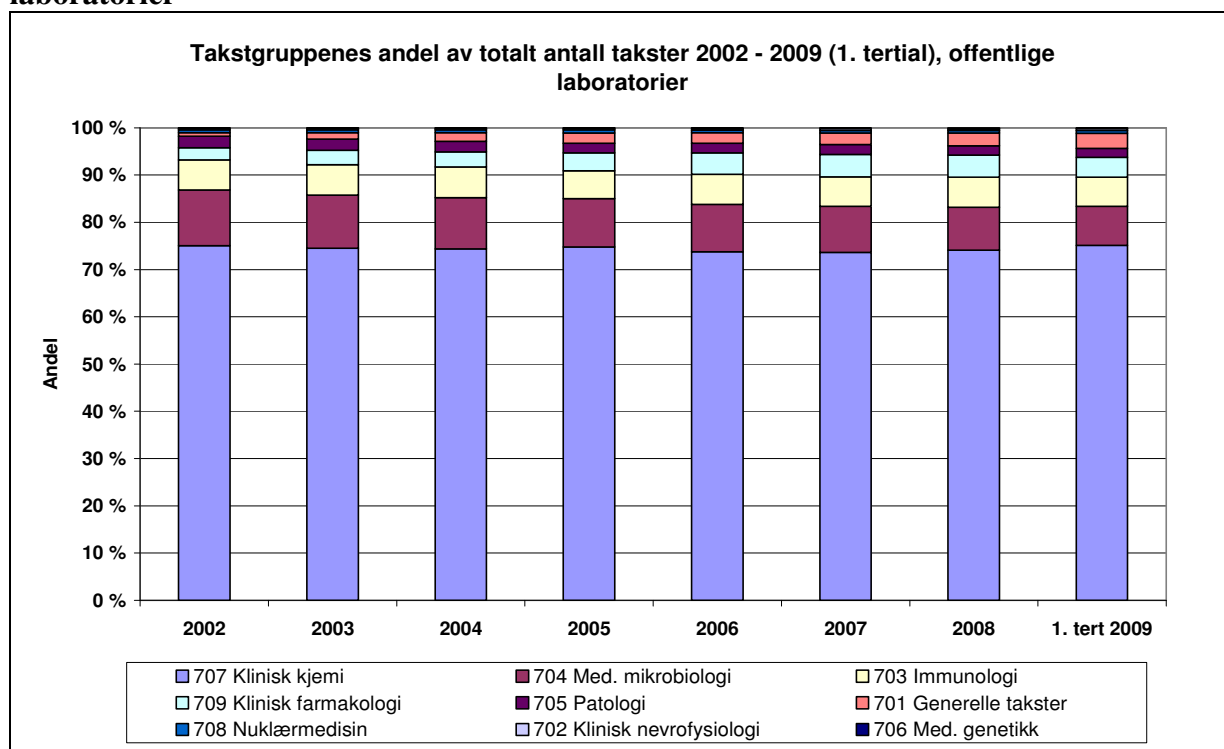
Figur 4.8. Endring i antall takster og kilde til endring, offentlige laboratorier. Prosentvis vekst fra året før. 2003-2009 (1. tertial). 1. tertial 2009 mot 1. tertial 2008.



Hvilke takstgrupper driver utviklingen i antall takster i perioden 2002-2009?

Figur 4.9 viser at klinisk kjemi er den klart største takstgruppen med en andel av totalt antall takster på 75 prosent. I perioden 2002 til 2009 er det små variasjoner i de ulike takstgruppenes andel av totalt antall takster. Bare takstgruppe 701 Generelle takster har økt sin andel noe, og takstgruppe 704 Medisinsk mikrobiologi har redusert sin andel noe.

Figur 4.9. Takstgruppenes andel av totalt antall takster 2002 – 2009 (1. tertial) offentlige laboratorier



Hva driver utviklingen i antall takster i 2008 og i 1. tertial 2009?

Tabellen under viser utvikling i antall takster fra 2007 til 2008, fordelt på takstgruppene.

Tabell 4.7. Takstgruppenes bidrag til endring, antall takster 2007 – 2008

	Antall takster i millioner 2007	Antall takster i millioner 2008	Endring 07/08 i prosent	Bidrag til endring i prosent
Antall takster	40,6	44,3	9,0	100
701 Generelle takster	1,0	1,2	20,4	5,6
702 Klinisk nevrofysiologi	0,2	0,2	-8,6	-0,4
703 Immunologi	2,5	2,8	10,1	7,0
704 Med. mikrobiologi	4,0	4,0	1,6	1,8
705 Patologi	0,8	0,9	6,3	1,4
706 Medisinsk genetikk	0,07	0,1	38,9	0,7
707 Klinisk kjemi	29,9	32,8	9,7	79,3
708 Nukleærmedisin	0,2	0,3	8,3	0,5
709 Klinisk farmakologi	1,9	2,1	7,7	4,0

Totalt antall takster økte med 9 prosent fra 2007 til 2008. Klinisk kjemi, som er den klart største takstgruppen, forklarer 79 prosent av veksten i antallet takster. Takstgruppe 706 øker mest i prosent, men forklarer kun 0,7 prosent av veksten fordi det er liten takstgruppe. Ser vi på utviklingen i 1. tertial 2008 mot 1. tertial 2009 ser vi at det er den samme takstgruppen – klinisk kjemi – som i hovedsak forklarer endringen i antall takster, se tabellen under. Dette samsvarer med utviklingen vi har sett i tidligere analyser.

Tabell 4.8. Takstgruppenes bidrag til endring, antall takster 1.tert. 08 – 1.tert. 09

	Antall takster i millioner T1 2008	Antall takster i millioner T1 2009	Endring 08/09 i prosent	Bidrag til endring i prosent
Samlet refusjon	16,7	15,2	-8,8	100
701 Generelle takster	0,5	0,5	4,6	-1,5
702 Klinisk nevrofysiologi	0,05	0,05	-0,9	0,0
703 Immunologi	1,1	0,9	-12,5	9,0
704 Med. mikrobiologi	1,5	1,3	-13,4	13,2
705 Patologi	0,3	0,3	0,5	-0,1
706 Medisinsk genetikk	0,03	0,03	-15,3	0,3
707 Klinisk kjemi	12,5	11,5	-8,2	69,2
708 Nukleærmedisin	0,09	0,08	8,3	-0,5
709 Klinisk farmakologi	0,8	0,6	-19,0	10,3

Hva forklarer de offentlige laboratorienes bruk av dyrere takster?

Figur 4.7 over viste at veksten i antall takster var mindre enn veksten i prisjusterte refusjoner. Det indikerte at de offentlige laboratoriene bruker dyrere og dyrere takster. Siden vi har funnet at det er små endringer i bruken av de ulike takstgruppene, må det være endret

sammensetning av takster innenfor de ulike takstgruppene som kan forklare økningen i bruk av dyrere takster. Hvis det ikke hadde vært endret sammensetning av takster innenfor takstgruppene skulle prisjustert refusjon per takst ikke endret seg i perioden. Tabellen under viser at prisjustert refusjon per takst steg med 54 prosent fra 2002 til 2009 – noe som bekrefter bruk av dyrere takster innenfor takstgruppene. Som tabellen viser, er det særlig endret sammensetning av takster innenfor takstgruppene 708, 709 og 701 som forklarer utviklingen i perioden 2002 til 2009, mens det er endret sammensetning av takster innenfor 707, 706 og 708 som forklarer utviklingen i 2008.

Tabell 4.9. Takstgruppenes bidrag til endring i prisjustert refusjon per takst

	2002-2009		2007-2008
Endring i samlet prisjustert refusjon per takst i prosent	54		Endring i samlet prisjustert refusjon per takst i prosent
Bidrag til endring i prosent:			Bidrag til endring i prosent:
708 Nukleærmedisin	37		707 Klinisk kjemi
709 Klinisk farmakologi	16		706 Medisinsk genetik
701 Generelle takster	12		708 Nukleærmedisin
706 Medisinsk genetik	9		709 Klinisk farmakologi
707 Klinisk kjemi	8		

Hvis vi ser på sammensetningen av takstene i takstgruppe 708, finner vi at takst 708F brukes mer og takstene 708C og 708G brukes mindre i 2009 sammenlignet med 2002. 80 prosent av refusjonen i takstgruppe 708 går til taksten 708F og utløser om lag halvparten av takstene i gruppen. 708F er utgifter ut over 50 kroner til radioaktive preparater ved undersøkelser etter regning. Ser vi på refusjon per takst innenfor takstgruppen, ser vi at takst 708F som øker mye har en mye høyere refusjon per takst enn takst 708C. 708G har høy refusjon per takst og bruken av denne taksten reduseres, men er ikke nok til å redusere refusjon per takst i takstgruppen som helhet. I 2008 er det særlig økt bruk av 708F på bekostning av 708E.

For takstgruppe 701 finner vi at takst 701C brukes mindre mens takst 701F og 701G brukes mer i perioden. Refusjon per takst for 701F og 701G er to til tre ganger høyere enn refusjon per takst for 701C. Det betyr at det brukes mer av de dyrere takstene innenfor takstgruppe 701 i 2009 sammenlignet med 2002.

Ser vi nærmere på takstgruppe 706, ser vi at det særlig er mer bruk av den dyrere taksten 706C og mindre bruk av den rimeligere taksten 706H som forklarer at refusjon per takst øker. Takstgruppe 707 viser seg å ha økt sin andel av antall takster i 2008 sammenlignet med 2007, men reduserte sin andel av refusjoner. Det skyldes ikke endret sammensetning av takstene i takstgruppen, men at den taksten som blir brukt mest, takst 707A med en andel på 56 prosent, har fått større nedgang i prisen enn de øvrige takstene i gruppen.

5. Analyse av røntgenområdet

5.1 Offentlige og private røntgeninstitutt samlet

Samlede utgifter

Samlede utgifter til polikliniske radiologitjenester fra offentlige og private aktører målt i løpende kroner har steget fra om lag 1,1 mrd kroner i 2002 til nærmere 1,6 mrd kroner i 2008, en vekst på 45 prosent, se tabell 5.1. Justert for prisendringer i perioden har veksten vært på 39 prosent eller ca. 6 prosent årlig i gjennomsnitt. Tabell 5.1 viser at veksten har vært noe sterkere i de første årene av perioden enn i de siste. I 1. tertial 2009 viser de prisjusterte utgiftene et fall på 3 prosent mot samme periode året før.

De samlede utgiftene på radiologiområdet er vist i tabell 5.1. Tabellen viser samlede faktiske og prisjusterte utgifter for både offentlig og privat radiologi. I samlede utgifter inngår refusjon basert på enhetspris, egenandeler og bevilgninger fra RHFene. Det må imidlertid understrekes at tallene er svært usikre, fordi tallene for bevilgninger fra RHF er basert på forutsetninger og skjønn, jf. omtalen i kapittel 2.

Tabell 5.1. Utgifter til offentlig og privat radiologi, 2002-2009 (1.tertial), mill. kr.

Privat og offentlig radiologi	2002	2003	2004	2005	2006*	2007	2008	2008 T1	2009 T1
Samlede utgifter, løpende priser	1 085	1 224	1 351	1 376	1 473	1 548	1 576	541	542
Samlede utgifter, prisjustert (Jan2002=100)	1 089	1 387	1 523	1 554	1 516	1 633	1 512	527	511
Endring faktisk utgifter, prosent		13	10	2	7	5	2		0 %
Endring utgifter, prisjustert (jan 2002=100), prosent		27	10	2	-2	8	-7		-3 %

*I 2006 var det problemer med registrering av regninger for offentlig radiologi. Se kap. 5.3.

Vi har justert utgiftene for de prisendringer som har vært i perioden, og forskjellen i vekst er et uttrykk for den underliggende volumveksten på området. Dette kan imidlertid inkludere overgang til dyrere modaliteter. Den store forskjellen i vekst i løpende utgifter og prisjusterte utgifter i 2003 skyldes ekstraordinære kutt i enhetsprisen i oktober 2002 og januar 2003 på hhv. 13 og 8 prosent. Til tross for de kraftige kuttene økte de løpende utgiftene med 13 prosent. Vi kommer inn på endringer i de påfølgende år i omtalen av hvert område.

Tabell 5.2 viser utviklingen i antall modalitetsregninger. Dette blir et mer korrekt uttrykk for aktiviteten på området. En modalitetsregning kan inneholde en eller flere radiologiske undersøkelser.

Tabell 5.2. Antall modalitetsregninger offentlig og privat radiologi, 2002-2009 (1.tertial)

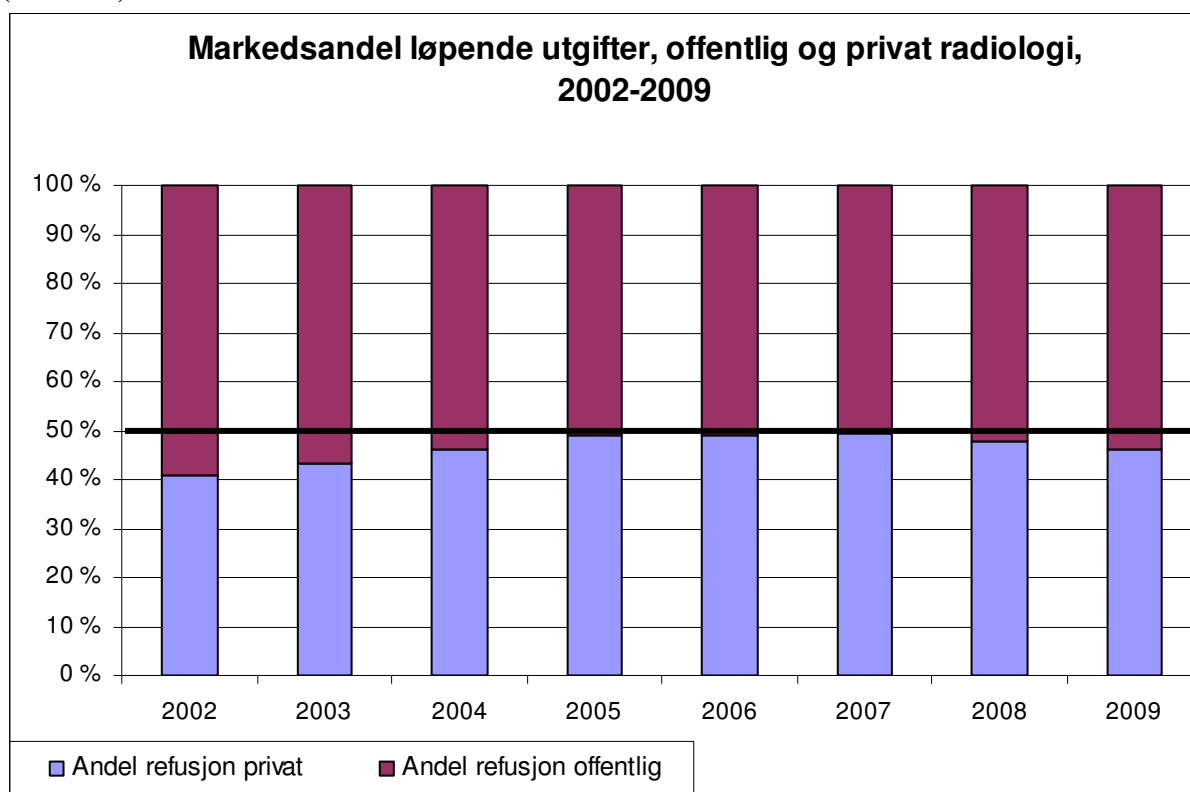
Privat og offentlig radiologi	2002	2003	2004	2005	2006*	2007	2008	2008 T1	2009 T1
Antall modalitetsregninger (tusen)	1 625	1 894	1 924	1 973	2 040	2 099	2 068	753	715
Endring i prosent		17	2	3	3	3	-1		-5 %

*I 2006 var det problemer med registrering av regninger for offentlig radiologi. Se fotnote 13 side 34.

Fra 2002 til 2003 var det en vekst i aktiviteten på hele 17 prosent. Etter det har veksten vært mer stabil i leiet 2-4 prosent. I 2008 var det imidlertid en reduksjon i aktiviteten på 1 prosent. Per april 2009 var det en reduksjon i aktiviteten på 5 prosent i forhold til samme periode i 2008.

De private tok en stadig større markedsandel målt i samlede utgifter (løpende kroner). Figur 5.1 under viser utviklingen fra 2002.

Figur 5.1. Markedsandeler samlede utgifter, offentlig og privat radiologi, 2002-2009 (1.tertial)



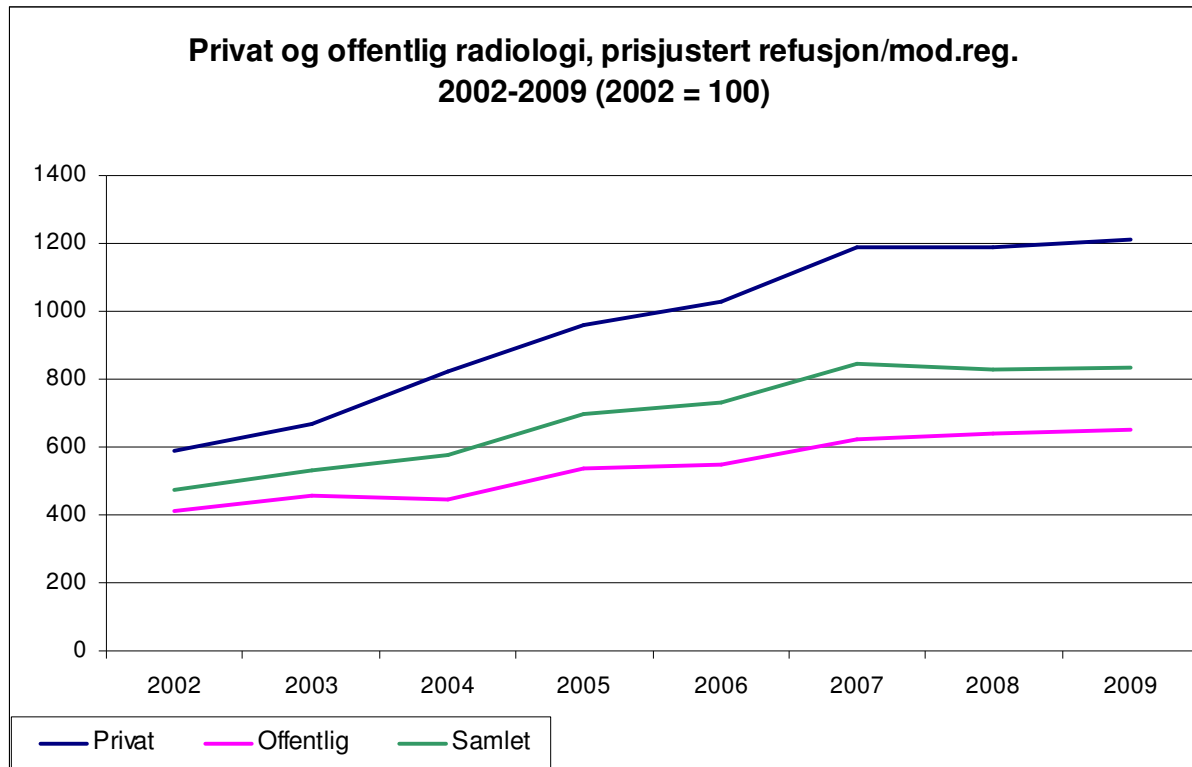
I 2002 hadde privat radiologi drøye 40 prosent av markedet, målt i løpende, samlede utgifter. Fra 2005 til 2007 hadde de private aktørene 49 prosent av markedet. Men i 2008 og 2009 synker markedsandelen for de private, og per april 2009 er den 46 prosent.

Hva forklarer underliggende vekst i HELFOs refusjoner?

Figur 5.2 viser gjennomsnittlig refusjon fra HELFO per modalitetsregning justert for prisendringer. Vi ser her også på endringer i enhetsprisen som følge av overføring til basisbevilgning og endring som følge av økte egenandeler. Gjennomsnittet kan altså

sammenlignes over årene.

Figur 5.2. Prisjustert refusjon fra HELFO per mod.reg. (2002 = 100). Offentlig og privat radiologi, 2002-2009 (1.tertial). 1. tertial 2009 mot 1. tertial 2008.

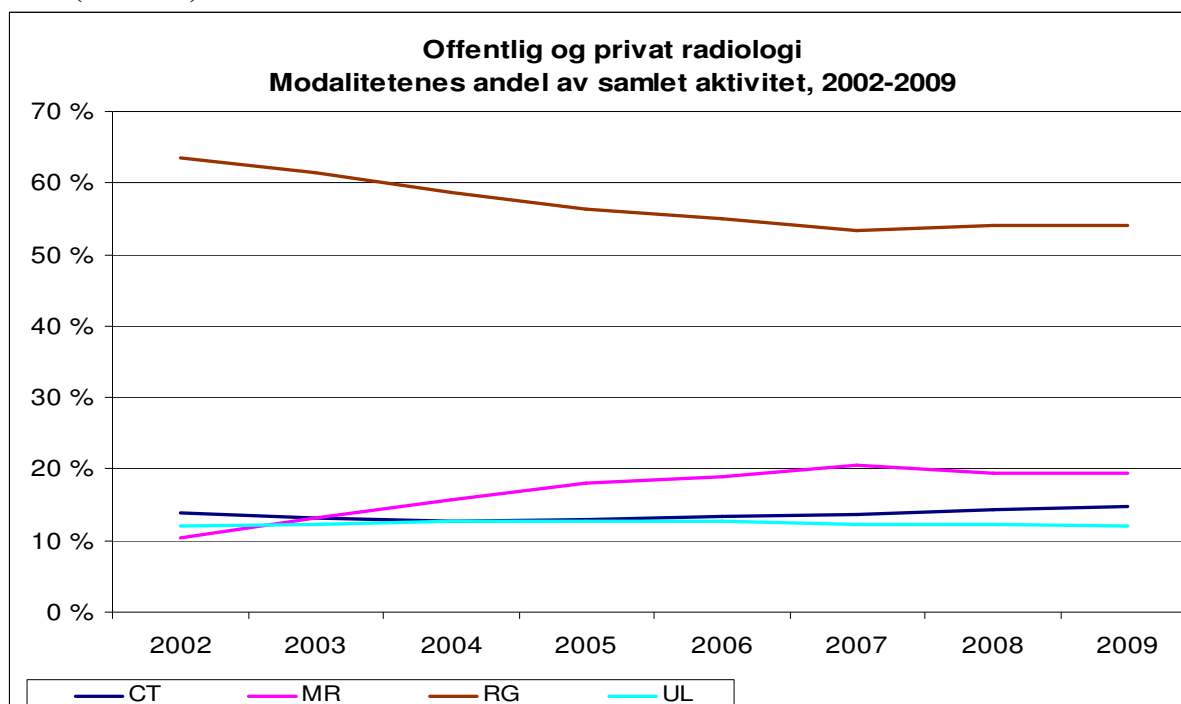


Figuren viser utviklingen i faste priser. For hele radiologiområdet var gjennomsnittsrefusjonen fra HELFO ca. 470 kr/modalitetsregning i 2002. Dette stiger i hele perioden frem til 2007 da den var snau 850 kr/modalitetsregning, målt i faste priser. Men i 2008 gikk gjennomsnittsrefusjonen ned med 2 prosent i forhold til 2007. Per 1. tertial 2009 er det ingen endring fra 2008. HELFO har altså måttet refundere stadig mer pr. undersøkelse, målt i faste priser, men denne trenden endrer seg fra 2008.

Det er imidlertid forskjell på utviklingen innenfor privat og offentlig radiologi. I 2002 utløste privat radiologi om lag 40 prosent høyere refusjon per modalitetsregning enn offentlige radiologi. Denne forskjellen øker for hvert år, og i 2007 utløste en undersøkelse innenfor privat radiologi ca 90 prosent høyere refusjon enn i offentlig radiologi, målt i faste priser. Denne trenden snur i 2008 og per 1. tertial 2009 er det 87 prosent forskjell mellom privat og offentlig radiologi.

I kapitlene for hvert område vil vi gå nærmere inn på hva som ligger bak disse endringene.

Figur 5.3. Modalitetenes andel av samlet aktivitet, offentlig og privat radiologi, 2002-2009 (1.tertial)



Av figur 5.3 ser vi at det er røntgen som utgjør den største andelen av aktiviteten. Andelen røntgen avtar imidlertid i perioden 2002-2007 fra om lag 64 prosent til 53 prosent. I 2008 og 2009 er det en svak økning. Det er MR som har den største veksten, fra 10 til 21 prosent i perioden 2002-2007. Det er en svak reduksjon i 2008 og 2009. CT og UL er relativt stabile gjennom hele perioden vi ser på. Men per 1. tertial 2009 er andelen CT på sitt høyeste med 15 prosent av alle modalitetsregninger.

5.1 Privat radiologi

Innenfor privat radiologi er det 11 aktører som mottar refusjon fra HELFO. De to største aktørene, Unilabs (tidligere Capio) og Curato (tidligere Sentrum røntgeninstitut), har flere avdelinger. De samlede utgifter til privat radiologi er vist i tabell 5.3.

Tabell 5.3. Samlede utgifter privat radiologi, 2002-2009 (1.tertial), mill. kr.

Privat radiologi	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 T1	2009 T1
Samlede utgifter, løpende priser	442	530	623	673	722	766	752	256	250
Samlede utgifter, prisjustert (Jan2002=100)	428	581	682	753	734	803	707	248	232
Endring utgifter, løpende priser, prosent		20	17	8	7	6	-2		-2
Endring utgifter, prisjustert (Jan 2002=100),		36	17	10	-3	9	-12		-6

prosent									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

De løpende, samlede utgiftene til privat radiologi øker i hele perioden fra 2002 til 2007. Men i 2008 er det en reduksjon både i de løpende utgiftene og i de justerte utgiftene. Dette fortsetter inn i 2009. Vi finner igjen denne trenden i aktivitetsutviklingen. Tabell 5.4 viser utviklingen i antall modalitetsregninger.

Tabell 5.4. Antall modalitetsregninger privat radiologi, 2002-2009 (1.tertial), tusen regninger

Privat radiologi	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 T1	2009 T1
Antall modalitetsregninger (tusen)	557	651	683	740	785	827	714	259	234
Endring i prosent		17	5	8	6	5	-14		-9

Veksten i aktivitet er høy, med en økning på 17 prosent fra 2002 til 2003. Etter det avtar veksten noe og ligger mellom 5 og 8 prosent. Fra 2008 er det en reduksjon i aktiviteten på 14 prosent. Dette fortsetter inn i 2009 med en reduksjon på 9 prosent i antall modalitetsregninger.

Hva forklarer underliggende vekst i HELFOs refusjoner?

For å se på den underliggende volumveksten i HELFOs refusjoner, justerer vi refusjonene for prisendringer som har blitt foretatt i perioden, herunder endringer som følge av endring i finansieringskilde (september 2005 og januar 2008) og endring som følge av økning i egenandeler. Tabell 5.5 viser faktiske og prisjusterte refusjoner fra HELFO. Sammenligner vi denne prisjusterte serien med veksten i antall modalitetsregninger, får vi to mål på aktiviteten på området. Forskjellen mellom disse to målene gjenspeiler endring i bruk av dyrere/billigere modaliteter.

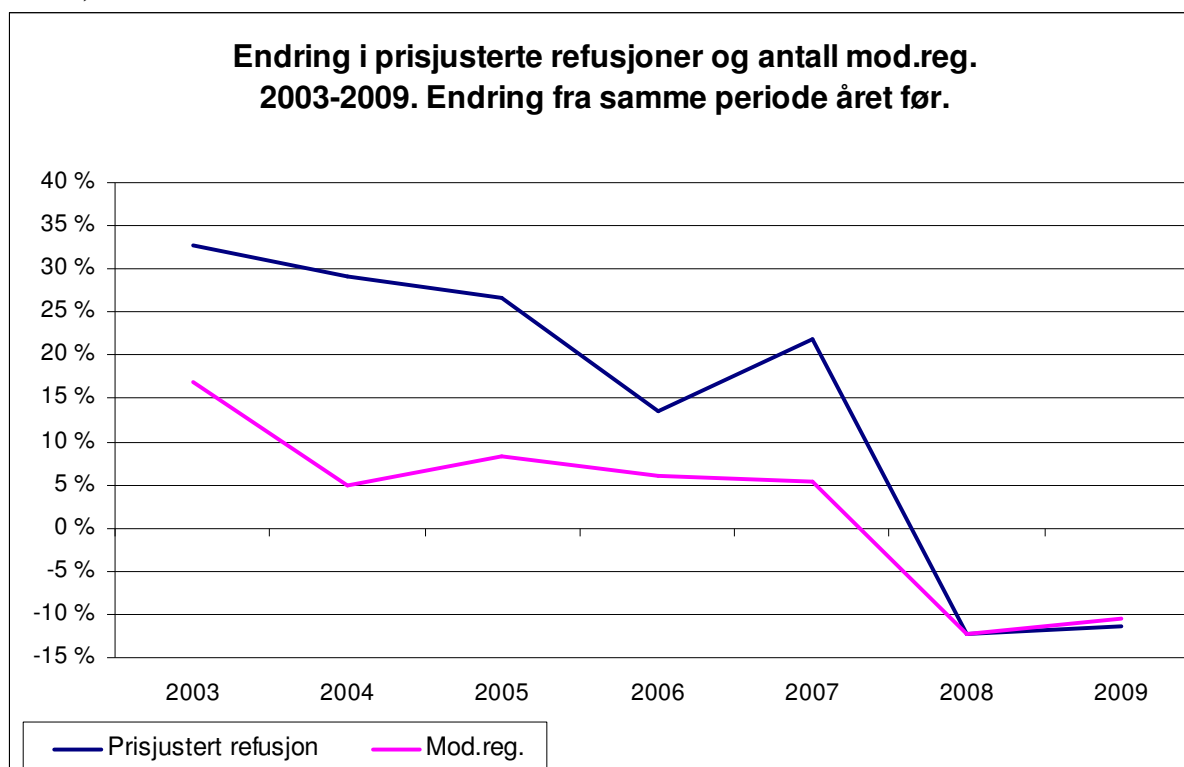
Tabell 5.5. Faktisk og prisjustert refusjon (2002 = 100), mill. kr. Privat radiologi, 2002-2009 (1. tertial)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 T1	2009 T1
Refusjon, løpende priser	314	347	406	392	264	306	161	59	55
Refusjon, prisjustert 2002=100	327	434	561	710	806	983	862	317	281

Vi ser at det er markante reduksjoner i de faktiske refusjonene i 2006 (første hele år etter overføring til basisbevilgning) og i 2008 (ny overføring til basisbevilgning). Figur 5.4 viser endring i forhold til foregående år for de prisjusterte refusjonene.

Vi finner at det er særlig to forhold som forklarer veksten i prisjustert refusjon innenfor privat radiologi – det er en økning i aktiviteten (flere undersøkelser) og en vridning til dyrere modaliteter (fra RG til MR).

Figur 5.4. Endring i prisjustert refusjon (2002 = 100) og antall mod.reg. 2002-2009 (1. tertial). 1. tertial 2009 mot 1. tertial 2008.



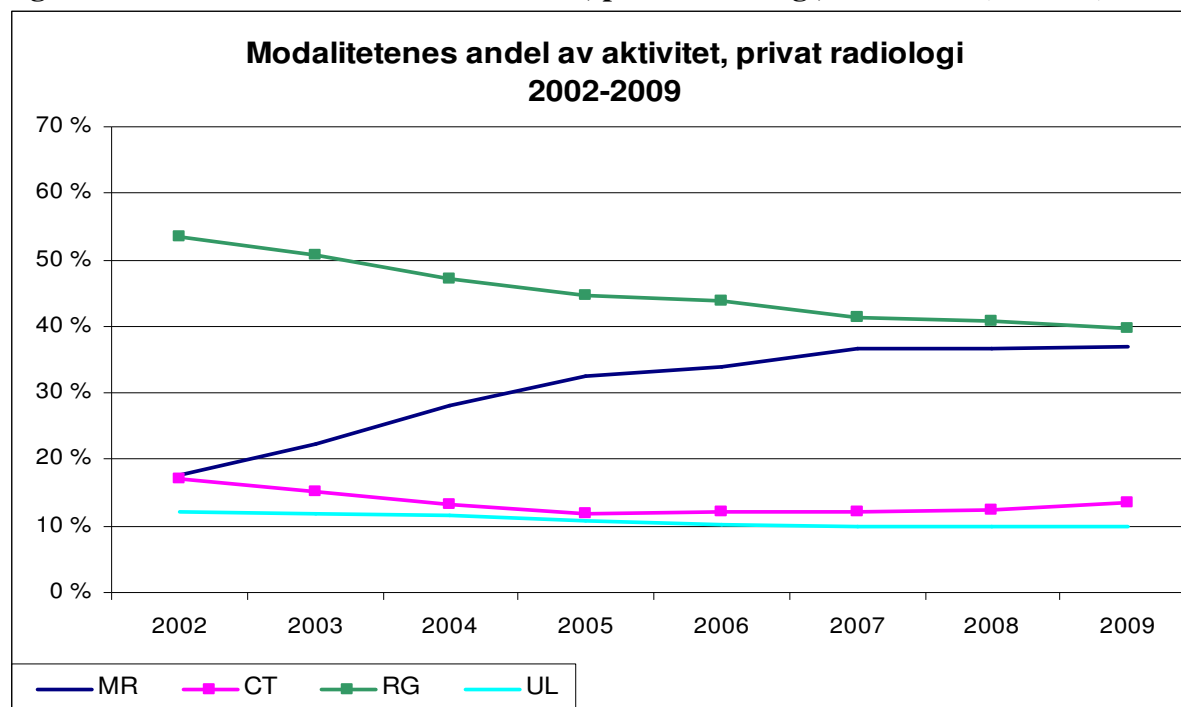
Vi ser at veksten i prisjustert refusjon stort sett er større enn veksten i antall modalitetsregninger. Dette endrer seg imidlertid i 2008 og 2009. Det tyder på at i perioden 2003-2007 økte HELFOs utgifter både som følge av økt aktivitet og økt bruk av dyrere modaliteter. Bruk av dyrere modaliteter ser ut til å ha hatt størst betydning for veksten i refusjonene.

Men i 2008 og 2009 (1. tertial) endrer dette bildet seg. Da er det en reduksjon i de prisjusterte refusjonene og i aktiviteten. Endringen i aktivitet er imidlertid bare marginalt mindre enn endring i refusjon. Det tyder på at reduksjonen i refusjonene i denne perioden primært skyldes redusert aktivitet.

Hva forklarer bruk av dyrere modaliteter?

Bruk av dyrere modaliteter kan både skyldes vridning i retning av dyrere modaliteter og at hver modalitet blir dyrere. Figur 5.5 viser sammensetningen av modaliteter for de private aktørene.

Figur 5.5. Modalitetenes andel av aktivitet, privat radiologi, 2002-2009 (1.tertial)



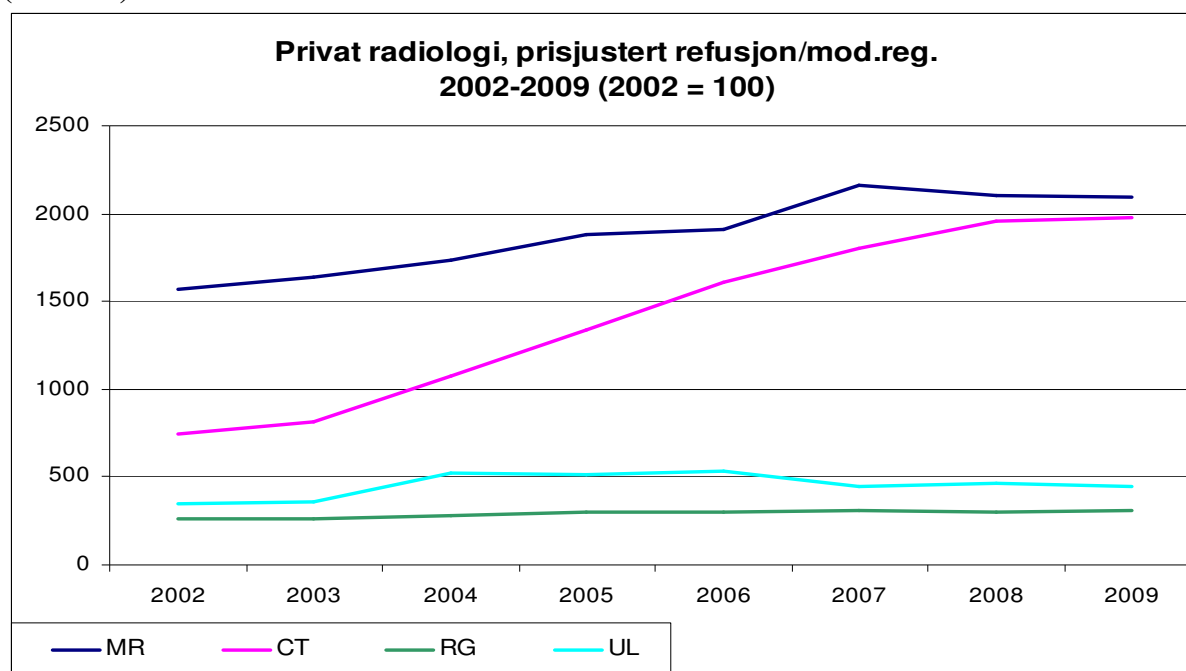
Det som preger utviklingen innenfor privat radiologi, er at MR tar stadig større andeler på bekostning av RG. I 2002 utgjorde MR 18 prosent og RG 53 prosent, mens i 2008 utgjorde MR 37 og RG 41 prosent av samlet aktivitet. I figur 5.6 ser vi at MR er en betydelig dyrere modalitet enn RG.

I første del av perioden vi ser på, utgjorde CT en stadig mindre andel av samlet aktivitet. I 2002 var andelen 17 prosent og i 2005 til 2008 var andelen 12 prosent. Men i 2009 er det en viss økning, og andelen er 13 prosent pr. 1. tertial. Andelen RG synker noe i 2009.

Andelen UL har sunket noe fra 2002, men i perioden 2006-2009 (1. tertial) har andelen vært stabil på 10 prosent.

Figur 5.6 viser utviklingen i prisjustert refusjon per modalitetsregning for alle modalitetene.

Figur 5.6. Prisjusterte refusjoner per mod.reg. (2002 = 100). Privat radiologi, 2002-2009 (1.tertial)



Vi ser at det er MR som har de høyeste refusjonene gjennom hele perioden. I 2002 var gjennomsnittlig refusjon for MR ca. 1570 kr/modalitetsregning. Den gjennomsnittlige refusjonen øker for hvert år, og i 2007 er den 2160 kr/modalitetsregning for MR. Det innebærer at de private røntgeninstituttene har fått 37 prosent mer per MR-undersøkelse fra 2002 til 2007 målt i faste priser. I 2008 faller gjennomsnittsrefusjonen med 3 prosent og er tilnærmet uendret i 2009 på 2100 kr/modalitetsregning, målt i 2002-priser.

CT har økt kraftig fra 2002 til 2008, fra 750 til 1960 kr/modalitetsregning. I 2009 er det kun en svak vekst. Vi ser nærmere på utviklingen i CT i eget avsnitt under.

For RG er det en ganske stabil refusjon pr. modalitetsregning. I 2002 var den 265 kr/modalitetsregning og i 2009 306 kr/modalitetsregning. Det er en økning på 16 prosent målt i faste priser.

UL steg fra ca. 340 kr/modalitetsregning i 2002 til ca. 450 kr/modalitetsregning i 2009. Det er en vekst på 30 prosent målt i faste priser.

2008-2009

I tabell 5.3 så vi at det var en reduksjon både i de løpende og prisjusterte utgiftene. I figur 5.4 ser vi at det er en marginal forskjell i reduksjonen i aktivitet og reduksjonen i prisjusterte utgifter i 2008 og 2009. Det tyder på at reduksjonen i HELFOs refusjoner i 2008 og 2009 primært skyldes redusert aktivitet. Fra figur 5.5 ser vi at reduksjonen i 2008 er forholdsvis likt fordelt mellom modalitetene (ingen endring i andeler), mens det i 2009 er en økning i andelen CT. Antall CT-regninger er uendret, mens aktiviteten på de andre modalitetene går ned.

I 2008 blir reduksjonen i refusjoner i tillegg forsterket av at gjennomsnittsrefusjonen for MR

går noe ned (målt i faste priser). I 2009 er forskjellen mellom endring i aktivitet og endring i prisjustert refusjon mindre enn i 2008. Gjennomsnittsrefusjonen for MR går fortsatt ned, men dette motvirkes av at CT tar andeler av aktiviteten på bekostning av de andre modalitetene, og da særlig RG og UL.

CT

På bakgrunn av den spesielle utviklingen i gjennomsnittlige utgifter på CT, har vi sett nærmere på denne modaliteten. I NORAKO-systemet blir refusjonen bestemt av hvilken NORAKO-kode som benyttes. Vi har sett nærmere på hvilke koder som har endret seg fra 2004 til 2008 (tilfeldig valgt), og finner at det er særlig kodene på tredje nivå hvor bruken har endret seg. Koder på fjerde nivå samt tillegg er nesten ikke benyttet, verken i 2004 eller 2008. Det tilsier at endringen i observasjoner med kode på 3. nivå skyldes økt bruk av disse kodene. For omtale av ulike nivåer i NORAKO-koder se ramme under.

Ramme: Om ulike nivåer i NORAKO-koder

NORAKO er bygget opp med koder på fire nivåer. Dette gir til sammen en NORAKO-kodestring. En radiologisk undersøkelse kan bestå av flere NORAKO-strenger. Det er også en tilleggskode for administrative kostnader.

Kodenivå én angir modaliteten som er brukt. Det er fire ulike modaliteter; røntgen (RG), ultralyd (UL), computertomografi (CT) og magnetisk resonans (MR).

Kodenivå to angir lokalisasjon. Her er det flere koder for lokalisasjon. Det kan være undersøkt organ, anatomisk lokalisasjon, organsystem eller region.

Kodenivå tre angir prosedyre. Det er den prosedyren eller handlingen som er utført. Dersom en undersøkelse omfatter flere prosedyrer for samme lokalisasjon, må modalitet og lokalisasjon gjentas for hver prosedyrekode.

Kodenivå fire angir sidemarkering. Skal utfylles ved organer og lignende som krever det.

Til sammen gir dette en NORAKO-streng som kan inneholde opp til fire koder. I så måte er det mulig med et svært høyt antall unike NORAKO-strenger.

Tabell 5.6 viser bruken av koder på tredje nivå¹⁴ og samlet antall modalitetsregninger for privat radiologi. Vi har kun sett på koder som har gitt refusjon.

Tabell 5.6. Koder på tredje nivå og mod.reg., CT, privat radiologi, 2004 og 2008

År	2004	2008
Observasjoner med kode på 3. nivå	82 945	214 488
Modalitetsregninger	90 250	88 665
Kode/mod.reg.	0,9	2,4
Endring kode/mod.reg.		163 %

¹⁴ Hver kode på tredje nivå telles som 1 kodebruk. Observasjoner uten kodebruk på tredje nivå telles som 0 kodebruk.

Vi ser av tabellen at det har vært en sterk vekst i bruken av koder på tredje nivå. Fordelt på modalitetsregninger (undersøkelser) ser vi at bruken har gått opp med 163 prosent. Der man i 2004 i gjennomsnitt brukte 0,9 koder på tredje nivå, brukte man i 2008 2,4 koder på nivå tre.

For de offentlige aktørene har det også vært en sterk økning på 85 prosent. Heller ikke her kan det skyldes økt bruk av koder på fjerde nivå og koder for tillegg.

Ved å se på hver enkelt privat aktør som tilbyr CT, er det til dels store forskjeller i bruken av slik koding. Tabell 5.7 viser forholdet mellom koder og refusjon pr. modalitetsregning i 2008¹⁵.

Tabell 5.7. Koder på tredje nivå og enhetsprisrefusjon pr. modalitetsregning, CT, privat radiologi, 2008

	Kr/mod.reg.	Koder/mod.reg.
Aktør A	278	1,4
Aktør B	308	2,1
Aktør C	322	2,0
Aktør D	369	2,2
Aktør E	397	2,1
Aktør F	401	2,8

Det er ikke et entydig bilde på sammenhengen mellom bruk av koder og refusjon. Vi ser at det er liten forskjell i enhetsprisrefusjon mellom aktør E og F, men det er stor forskjell i koder per modalitetsregning. På den annen side er det stor forskjell mellom aktør A og F, der A har lav refusjon og få koder per regning, og F har høy refusjon og hyppig bruk av koder. Vi har ikke inntrykk av at det er ulik spesialisering aktørene mellom som forklarer forskjell i kroner per regning, men selve kodeverket som tillater det. Etter planen skal nytt kodeverk for radiologi være på plass fra 2011.

Vi har også sett på samme utvikling innenfor MR. Der er endringen i bruk av koder på tredje nivå langt mer beskjeden med en vekst på 10 prosent fra 2004 til 2008 (fra 1,4 observasjoner per modalitetsregning til 1,5 observasjoner per modalitetsregning).

5.2 Offentlig radiologi

I 2008 var det 103 poliklinikker på 49 sykehus som fikk refusjon for radiologiske undersøkelser.

De samlede utgifter til offentlig radiologi er vist i tabell 5.8¹⁶. I de samlede utgifter inngår enhetsprisrefusjon, egenandeler og basisbevilgning.

¹⁵ Merk at tallene i tabell 5.7 er i løpende kroner, til forskjell fra figur 5.6 hvor tallene er i 2002-kroner (og i tillegg justert for endring i enhetspris). Enhetsprisen i 2008 er om lag 20 prosent av prisen i 2002.

¹⁶ I 2006 er det problemer med datakvaliteten for refusjon til offentlig radiologi. I løpet av året var det en overgang fra en registreringsmåte til en annen. Det medførte problemer i registreringen av radiologiregninger slik at noen regninger falt ut. Det innebærer at dataene fra KUHR når det gjelder antall modalitetsregninger og refusjon er for lavt. For å korrigere for dette har vi observert utviklingen i antall regninger i perioden før og etter 2006. Vi lar det samlede antall regninger ligge mellom 2005- og 2007-nivået og antar dermed en lineær utvikling. Men den observerte gjennomsnittsfusjonen for de ulike modaliteter lar vi ligge fast. Vi multipliserer da den observerte gjennomsnittsfusjonen med det korrigerede antall modalitetsregninger for hver modalitet.

Tabell 5.8 Samlede utgifter offentlig radiologi, 2002-2009 (1.tertial), mill. kr.

Offentlig radiologi	2002	2003	2004	2005	2006*	2007	2008	2008 T1	2009 T1
Samlede utgifter, løpende priser	643	694	728	704	751	782	824	284	291
Samlede utgifter (Jan2002=100)	660	805	841	802	782	830	805	279	279
Endring løpende utgifter		8	5	-3	7	4	5		3 %
Endring utgifter (jan 2002=100)		22	4	-5	-2	6	-3		0 %

*For offentlig radiologi var det problemer med registreringen av regninger i KUHR i 2006.

Det er vekst i de løpende utgifter fra 2002 til 2004. I 2005 er det en reduksjon på 3 prosent. Fra 2006 og fremover er det igjen en vekst. Dette stemmer også overens med utviklingen i aktivitet (tabell 5.8), der det er en reduksjon i antall modalitetsregninger på 1 prosent i 2005.

2006 skiller seg ut ved en vekst i de løpende utgifter og reduksjon i de prisjusterte utgifter. Dette kan skyldes mangelfulle data for basisbevilgning. I figur 5.7 kommer det frem at det er en underliggende vekst i 2006 når vi kun ser på refusjoner.

I 2008 og 2009 er det vekst i de løpende utgiftene, men reduksjon i de prisjusterte utgiftene for 2008 og uendret per 1. tertial 2009. Vi kommer nærmere inn på dette lenger ned.

Tabell 5.9 viser utviklingen i aktivitet.

Tabell 5.9. Antall modalitetsregninger offentlig radiologi, 2002-2009 (1.tertial)

Offentlig radiologi	2002	2003	2004	2005	2006*	2007	2008	2008 T1	2009 T1
Antall modalitetsregninger (tusen)	1068	1243	1242	1233	1255	1272	1354	494	481
Endring i prosent		16	0	-1	2	1	6		-3

*For offentlig radiologi var det problemer med registreringen av regninger i KUHR i 2006.

Det var en kraftig vekst fra 2002 til 2003, som det også var for de samlede utgifter. Deretter er det en varierende utvikling i aktiviteten. Fra 2003 til 2004 er det tilnærmet uendret aktivitet, mens det fra 2004 til 2005 er en viss reduksjon. Deretter øker aktiviteten hvert år. I 2008, med ytterligere reduksjon i enhetsprisen som følge av overføring til basisbevilgning, øker aktiviteten med 6 prosent. Dette er den høyeste veksten siden 2003. I 2009 er det en reduksjon i aktiviteten pr. april.

Hva forklarer underliggende vekst i HELFOs refusjoner?

I dette kapitlet ser vi på utviklingen i HELFOs refusjoner. Som for privat radiologi, justerer vi refusjonene for prisendringer som har blitt foretatt i perioden, herunder endringer som følge av endring i finansieringskilde (september 2005 og januar 2008) og endring som følge av økning i egenandeler.

For offentlig radiologi er det ikke et like entydig bilde som for de private i hva som forklarer veksten i prisjusterte refusjoner. Noe skyldes økt bruk av MR og CT på bekostning av RG. Noe skyldes dyrere refusjoner per modalitet målt i faste kroner. Noe skyldes økt aktivitet. Tabell 5.10 viser faktiske og prisjusterte refusjoner fra HELFO.

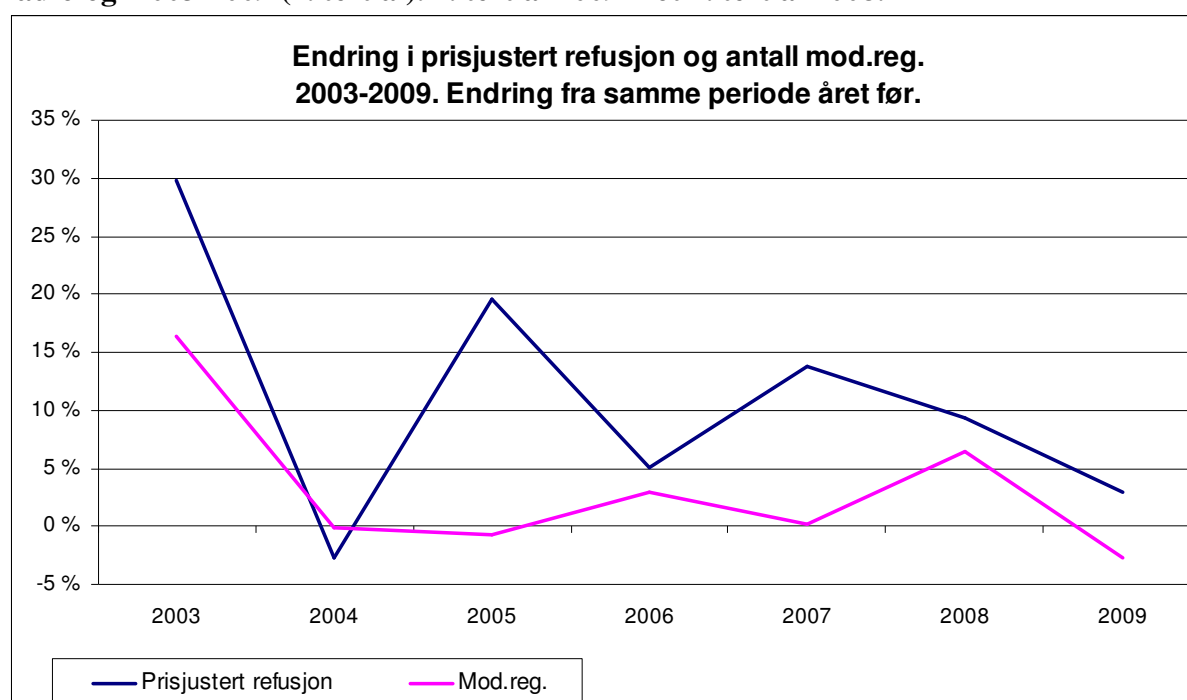
Tabell 5.10. Faktiske og prisjusterte refusjoner (2002 = 100), mill. kr. Offentlig radiologi 2002-2009 (1. tertial)

	2002	2003	2004	2005	2006*	2007	2008	2008 T1	2009 T1
Refusjon, løpende	422	457	436	367	228	247	162	57	61
Refusjon, 2002=100	439	571	555	664	698	793	867	304	312

*For offentlig radiologi var det problemer med registreringen av regninger i KUHR i 2006.

Vi ser at det er markante reduksjoner i de faktiske refusjonene i 2006 (første hele år etter overføring til basisbevilgning) og i 2008 (ny overføring til basisbevilgning). Figur 5.7 viser endring i forhold til foregående år for de prisjusterte refusjonene.

Figur 5.7. Endring i prisjustert refusjon (2002 = 100) og antall mod.reg. Offentlig radiologi 2003-2009 (1. tertial). 1. tertial 2009 mot 1. tertial 2008.

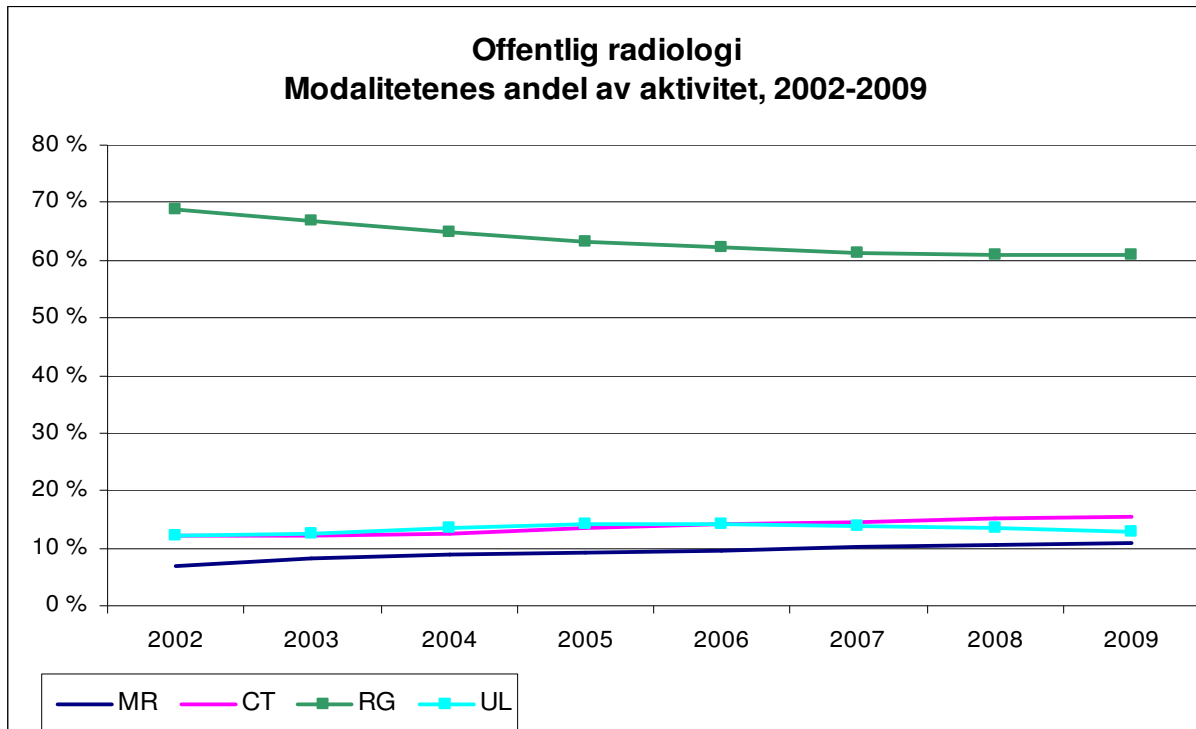


Stort sett øker aktiviteten mindre enn de prisjusterte refusjonene. Det er imidlertid større sprik i forskjellen mellom endring i prisjustert refusjon og aktivitet enn for privat radiologi.

Ser man på perioden 2002 til 2007 er det en vekst i prisjustert refusjon på om lag 80 prosent og en vekst i aktivitet på drøye 19 prosent. Det er dyrere gjennomsnittsrefusjon samt vridning fra RG til MR og CT som forklarer den underliggende volumveksten utover aktivitetsvekst.

Figur 5.8 viser modalitetenes andel av aktiviteten.

Figur 5.8. Modalitetenes andel av aktivitet offentlig radiologi, 2002-2009 (1.tertial)



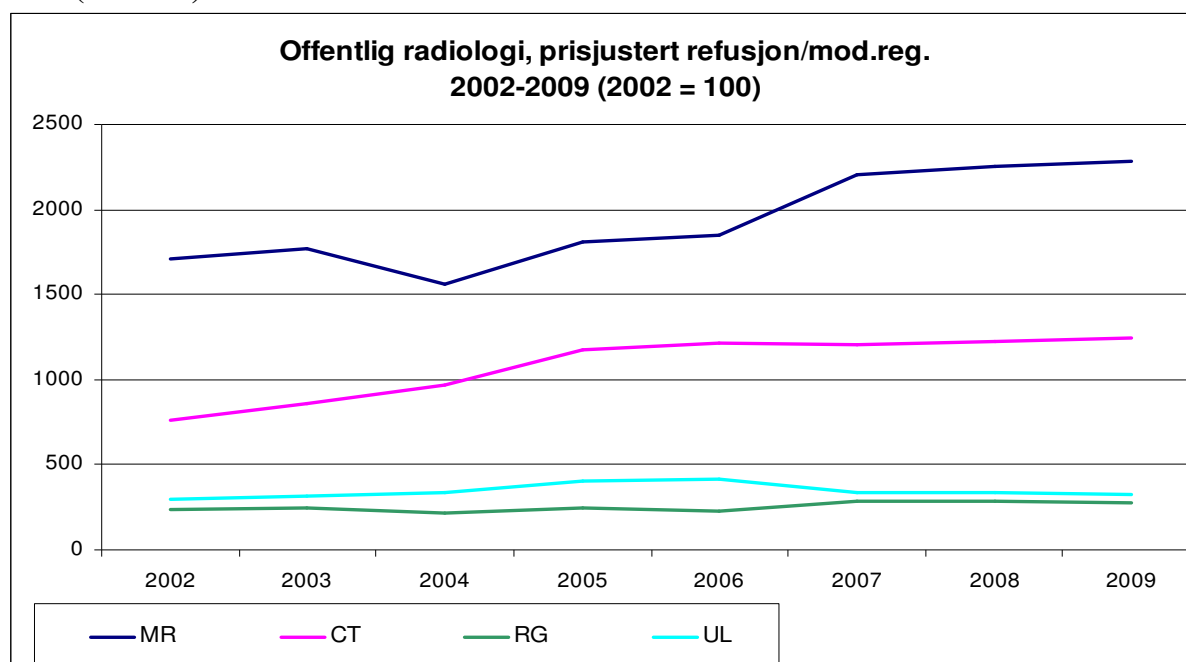
For offentlig radiologi er det en klar overvekt av RG. Andelen RG synker riktignok noe fra 69 prosent i 2002 til 61 prosent i 2007. I 2008 og 2009 (1. tertial) er andelen RG stabil på 61 prosent.

RG blir erstattet av både mer MR og CT. Andelen MR går opp fra 7 prosent i 2002 til 11 prosent i 2009. Andelen CT går opp fra 12 til 15 prosent i samme periode. Det er en jevn økning i andelen for disse modalitetene for hvert år.

Andelen UL er mer stabil rundt 13 og 14 prosent.

Når man ser på utviklingen i refusjon per modalitetsregning, er det et litt annet bilde enn for de private aktørene. Figur 5.9 viser utviklingen i priser pr. modalitet.

Figur 5.9. Prisjusterte refusjoner per mod.reg. (2002 = 100). Offentlig radiologi, 2002-2009 (1.tertial).



MR har de høyeste utgiftene også for de offentlige røntgeninstituttene.

Gjennomsnittsrefusjonen øker med 4 prosent fra 2002 til 2003 til rundt 1770 kr/modalitetsregning. Den faller i 2004, men øker så gjennom hele perioden frem til 2009 (1. tertial). Fra 2002 til 2009 stiger gjennomsnittsrefusjonen fra 1710 til 2280 kr./modalitetsregning, målt i faste priser. Det innebærer at de offentlige røntgeninstituttene ville ha fått 33 prosent mer per MR-undersøkelse i 2009 enn i 2002 til samme refusjonsnivå.

For CT økte gjennomsnittsrefusjonen betydelig fra 760 kr/modalitetsregning i 2002 til 1220 i 2006, en økning på 60 prosent. Fra 2006 til 2009 har den vært forholdsvis stabil, med en svak økning mot slutten av perioden og er på 1250 kr/modalitetsregning per 1. tertial 2009, målt i 2002-priser.

For RG har det vært en forholdsvis jevn utvikling gjennom hele perioden. Det er en viss reduksjon i 2004 og en økning i 2007. Fra 2002 til 2009 har det vært en økning på 16 prosent og er på 280 kr/modalitetsregning per 1. tertial 2009, målt i 2002-priser.

For UL har det også vært en forholdsvis jevn utvikling. I 2009 er den gjennomsnittlige refusjonen 330 kr/modalitetsregning, 10 prosent høyere enn i 2002 målt i faste priser.

2008-2009

Når vi ser på HELFOs refusjoner, viser figur 5.7 at veksten i prisjustert refusjon er sterkere enn veksten i aktivitet i 2008. I 2009 reduksjonen i prisjustert refusjon mindre enn reduksjonen i aktivitet.

I 2008 skyldes den underliggende veksten i refusjon både økt aktivitet og økt prisjustert gjennomsnittsrefusjon for MR og CT. I 2009 motvirkes effekten på refusjonene som følger av

reduksjon i aktivitet, av at MR og CT har en høyere gjennomsnittsrefusjon.

6. Konklusjon

Siktemålet med denne analysen har vært å få en oversikt over samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester. Sentrale resultater fra analysen er følgende:

- Det har ikke vært mulig å etablere et fullstendig korrekt bilde av samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester. Dette skyldes dels at informasjonen om RHFenes finansiering av de private aktørene er mangelfull og dels at finansiering av de offentlige polikliniske aktører ikke identifiseres eksplisitt i rammebevilgningen fra RHF til HF.
- Basert på forutsetninger og skjønn har vi likevel valgt å anslå størrelsen på samlede utgifter. Den oversikten viser at samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester har vist en avtakende tendens i perioden 2002 til 2009. I perioden etter 2005 har tilsynelatende veksten i samlede utgifter gått ned. Dette kan betraktes som effekt av å overføre deler av ansvaret for finansiering av poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet til de regionale helseforetakene. Men dette er usikkert, fordi beregningen av RHFenes utgifter til dette formål bygger på forutsetninger og ikke faktiske tall.
- Veksten i samlede utgifter til polikliniske laboratorie- og røntgentjenester fra de offentlige aktørene er sterkere enn veksten i utgiftene til kjøp fra de private i 2008 og i 1. tertial 2009. Dette kan indikere at innføring av avtaler med produksjonstak for de private aktørene kan ha bidratt til å dempe utgiftene. De offentlige aktørene har imidlertid - til forskjell fra de private - i begrenset grad mulighet til å styre inngangen av henvisninger. Henvisninger som man mener ikke er indisert, kan returneres. Men det er ikke noe produksjonstak som er styrende for de offentlige aktørene. Dette har medført at markedsandelene for offentlig og privat er noe justert i perioden, slik at de offentlige nå har en større andel av total produksjon enn i starten.
- Aktiviteten målt i antall takster i offentlige og private laboratorier viser en relativt høy vekst i perioden 2002-2008 (7-8 prosent per år), på tross av endring i finansiering. Det kan bety at endringer i finansiering har begrenset effekt som etterspørseldempende virkemiddel på antall prøver som må analyseres når den underliggende strømmen av prøver er høy og ikke blir begrenset i førstelinjen. Vi ser imidlertid en nedgang i antall takster i 1. tertial 2009, men det er for tidlig å si om det er et trendskifte. For radiologi er bildet høy aktivitet til og med 2007 og fall i aktiviteten siden. Her kan det synes om endring i finansiering har dempet aktiviteten noe.
- Gjennom perioden vi har sett på ser vi en vridning mot dyrere takster/behandlinger.

Private laboratorier

Aktiviteten i de private laboratoriene forsetter å vokse også i 2008 og 2009, med hhv 5,7 og 4,2 prosent. Dette er noe lavere enn i de foregående årene. Veksten kan forklares med at det tas stadig flere tester per innsendte prøve, heller enn at det er flere prøver som sendes inn. Over 80 prosent av den totale aktiviteten i de private laboratoriene er innenfor takstgruppen klinisk kjemi. Denne takstgruppen står for 93 prosent av veksten i 2008, og over 100 prosent av veksten i 1. tertial 2009.

Formålet med innføring av avtaler mellom RHF og private laboratorier og en større andel basisbevilgning, var å ha bedre styring på aktiviteten og bruken av laboratorieprøver. En case-studie av et laboratoriums tilpasning til avtaletakene sine antyder at:

1. Rammeavtalene styrer produksjonen i de private laboratoriene relativt bra
2. Endringen fra 50/50 til 60/40 fordeling mellom rammetilskudd og refusjon i 2008 kan ha bidratt til en nedgang i produksjon utover rammen
3. De private laboratoriene finner det fortsatt regningssvarende å produsere noe utover rammen i avtalene, med kun dekning fra folketrygden.

Offentlige laboratorier

Aktiviteten i de offentlige laboratoriene fortsetter å vokse i 2008, men aktiviteten reduseres i 1. tertial 2009 sammenlignet med 1. tertial 2008. Veksten kan særlig de senere årene forklares av vekst i antall pasienter og i mindre grad av at det tas flere prøver per pasient. Totalt antall takster økte med 9 prosent fra 2007 til 2008 og falt med 8,8 prosent i 1. tertial 2009 mot 1. tertial 2008. Fall i refusjon kan i hovedsak forklares av fall i antall prøver som sendes inn. 75 prosent av den totale aktiviteten i de offentlige laboratoriene er innenfor takstgruppen klinisk kjemi. Det er i hovedsak klinisk kjemi som forklarer endringen i antall takster i 2008 og 1. tertial 2009.

De offentlige laboratoriene øker bruken av dyrere takster for hvert år gjennom hele perioden 2002 til 2009. Det er særlig innen takstgruppene 708 nukleærmedisin, 709 klinisk farmakologi og 701 generelle takster hvor det brukes mer av de dyrere og mer kompliserte prøvene.

Private røntgeninstitutt

Det er en reduksjon i de prisjusterte refusjonene til de private røntgeninstituttene både i 2008 og 2009. Denne reduksjonen kan i all hovedsak forklares av en reduksjon i antall gjennomførte undersøkelser.

Aktiviteten i de private røntgeninstituttene avtar både i 2008 og per 1. tertial 2009. Det er en reduksjon i antall modalitetsregninger på 14 prosent i 2008 og 9 prosent i 1. tertial 2009. Dette er et brudd med tendensen i de foregående år. Reduksjonen fordeler seg forholdsvis likt mellom modalitetene. I 2009 er det kun en svak reduksjon i aktiviteten på CT og langt større reduksjon i de andre modalitetene.

I perioden fra 2002 til 2007 preges utviklingen innenfor privat radiologi av til dels sterk vekst i refusjoner. Dette kan primært forklares av to forhold. For det første er det en vekst i aktiviteten, med et gjennomsnitt på 10 prosent hvert år. For det andre øker bruken av MR på bekostning av RG. MR er en betydelig dyrere modalitet. Når man ser på gjennomsnittlig HELFO-refusjon, ga MR snaue 7 ganger mer enn RG i 2009.

I en case-studie av et røntgeninstituts tilpasning til avtaletakene sine er ikke bildet helt entydig i forhold til om endring i finansiering har hatt effekt på produksjonen.

Offentlige røntgeninstitutt

I 2008 er det en reduksjon i de faktisk utbetalte refusjonene fra HELFO, men når vi justerer for endring i enhetspris som følge av overføring til basisbevilgning, ser vi at det er en økning i refusjonen. I 2009 per 1. tertial er det en vekst på 7 prosent i de faktiske refusjonene, men svakere vekst når vi justerer for endring i enhetsprisen.

Veksten i den justerte refusjonen i 2008 kan forklares av økt aktivitet og økt gjennomsnittsrefusjon for MR og CT. Per første tertial 2009 er det en reduksjon i samlet

aktivitet, men en vekst i de prisjusterte refusjoner. Reduksjonen i aktivitet blir til en viss grad motvirket av at MR og CT har en høyere gjennomsnittsrefusjon.

I perioden 2002-2007 er det til dels store endringer fra et år til neste. For hele perioden sett under ett er det en reduksjon i de løpende refusjonene fra HELFO. Men når vi korrigerer for endringer i enhetsprisen (herunder overføring til basisbevilgning), er det en underliggende volumvekst på 80 prosent. Forklaringen på dette er økt aktivitet, vridning fra RG til de dyrere modalitetene MR og CT og økt reell gjennomsnittsrefusjon for MR og CT.

Referanser

Dahl, Espen Halland & Ellingsen, Jostein (2007): "Analyse av statens utgifter til medisinske laboratorie- og røntgentjenester – en oppfølgingsanalyse". NAV-rapport nr 2/2007.

Gjelsvik, Roar, Kaarbøe, Oddvar, Sandberg, Sverre, Haukland, Hanne Husom & Monsen, Anne-Lise Bjørke (2005): "Riktigere bruk av laboratorietjenester". Notatserie i helseøkonomi nr 13/05. Program for helseøkonomi i Bergen.

Hagen, Terje P., Iversen, Tor & Kittelsen, Sverre A.C. (2005): "Kartlegging av produksjon og kostnader til offentlige og private leverandører av laboratorie- og røntgentjenester". Helseøkonomisk forskningsprogram Skriftserie 2005: 14. Universitetet i Oslo.

Hagen, Terje P., Iversen, Tor & Kittelsen, Sverre A.C. (2007): "Laboratorie- og røntgenvirksomheten i kjølvannet av sykehusreformen: Mer privatisering og lavere kostnader?" i Helseøkonomisk forskningsprogram, Skriftserie 2007: 2. Universitetet i Oslo.

Isaachsen, Marianne & Talleraas, Eldrid (2008): "Utgiftsutvikling medisinske laboratorier 2007". Intern analyserapport Nav Helsetjenesteforvaltning.

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

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

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

St.prp.nr 1 (2007-2008): Helse- og omsorgsdepartementet

St.prp.nr 1 (2008-2009): Helse- og omsorgsdepartementet

St.prp.nr 1 (2009-2010): Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg

Vedlegg 1: Om prisjusteringer

For å kunne sammenligne utgiftene til laboratorie- og radiologitjenester over tid, må det korrigeres for de endringer i takster og enhetspriser som har vært i perioden vi ser på. Vi benytter St. prp. 1 for de aktuelle år som kilder.

Vi har utelatt endringer som følge av overføring til basisbevilgning siden dette behandles separat. Endringer som følge av økte egenandeler er også utelatt. Ved økte egenandeler skal takstene/enhetsprisen reduseres tilsvarende slik at det ikke medfører endringer i inntekter for laboratoriene og de radiologiske instituttene. På radiologiområdet var det også en omlegging av det kodebaserte refusjonssystemet i januar 2004 som medførte en endring i enhetsprisen. Omleggingen skulle være provenynøytral.¹⁷ Vi har derfor ikke tatt med dette i vår justering av enhetsprisen.

Vi finner da følgende endringer i takster og enhetspriser, fordelt på offentlig og privat sektor:

Tabell 1. Prisendringer offentlig radiologi*

Periode	Endring i perioden	Forklaring	Prisindeks
jan02-sep02			100
okt02-des02	0,87	Enhetspris endres -13 prosent fra okt 02	87,0
jan03-sep04	0,92	Enhetspris endres -8 prosent fra jan 03	80,0
okt04-des04	0,93	Enhetspris endres -7 prosent fra okt 04	74,4
jan05-des05	1,034	Enhetspris endres 3,4 prosent fra jan 05	77,0
jan06-des06	1,003	Enhetspris endres 0,3 prosent fra jan 06	77,2
jan07-des07	0,95	Enhetspris endres -5 prosent fra jan 07	73,3
jan08-des08	1,043	Enhetspris endres 4,3 prosent fra jan 08	76,5
jan09-	1,044	Enhetspris endres 4,4 prosent fra jan 09	79,9

Tabell 2. Prisendringer privat radiologi*

Periode	Endring i perioden	Forklaring	Prisindeks
jan02-sep02			100
okt02-des02	0,87	Enhetspris endres -13 prosent fra okt 02	87,0
jan03-sep04	0,92	Enhetspris endres -8 prosent fra jan 03	80,0
okt04-des05	0,93	Enhetspris endres -7 prosent fra okt 04	74,4
jan05-des05	1,034	Enhetspris endres 3,4 prosent fra jan 05	77,0
jan06-des06	1,003	Enhetspris endres 0,3 prosent fra jan 06	77,2
jan07-des07	0,95	Enhetspris endres -5 prosent fra jan 07	73,3
jan08-des08	1,043	Enhetspris endres 4,3 prosent fra jan 08.	76,5
jan09-	1,044	Enhetspris endres 4,4 prosent fra jan 09	79,9

Tabell 3. Prisendringer offentlige laboratorier*

¹⁷ Jf. St.prp. nr. 1 2004-2005.

Periode	Endring i perioden	Forklaring	Prisindeks
jan02-jun04			100
jul04-des05	0,93	Takster endres -7 prosent fra 1.juli 04	93,0
jan05-des05	1,034	Takster endres 3,4 prosent fra 1. jan 05	96,2
jan06-des06	1,003	Takster endres 0,3 prosen. fra jan 06	96,5
jan07-des07	0,9	Takster endres -10 prosent fra jan 07	86,8
jan08-des08	1,043	Takster endres 4,3 prosent fra jan 08	90,5
jan09-	1,044	Takster endres 4,4 prosent fra jan 09	94,5

Tabell 4 . Prisendringer private laboratorier*

Periode	Endring i perioden	Forklaring	Prisindeks
jan02-des03			100
jan03-jun04	1,039	Takster endres 3,9 prosent i jan 03	103,9
jul04-des04	0,93	Takster endres -7 prosent i juli 04	96,6
jan05-des05	1,034	Takster endres 3,4 prosent i jan 05	99,9
jan06-des06	1,003	Takster endres 0,3 prosent fra jan 06	100,2
jan07-des07	0,9	Takster endres -10 prosent fra jan 07	90,2
jan08-des08	1,043	Takster endres 4,3 prosent fra jan 08.	94,1
jan09-	1,044	Takster endres 4,4 prosent fra jan 09	98,2

*Kilder: St.prp. 1 2003-2004, St.prp. 1 2004-2005, St.prp. 1 2005-2006, St.prp. 1 2006-2007, St.prp. 1 2007-2008, St.prp. 1 2008-2009

For å justere basisbevilgningen har vi valgt indeksen for helsepleie som inngår i KPI-JAE (konsumprisindeksen justert for avgifter og energi).

Tabell 5. Utvikling i prisindeks for helsepleie. Kilde: SSB.

År	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Helsepleie	112	115	120,3	123,2	127,5	130,7	134,9	139,4

Vedlegg 2: Samlede utgifter til private laboratorie- og røntgentjenester

Samlede utgifter til private polikliniske laboratorietjenester har steget fra 364 millioner kroner i 2002 til 422 millioner kroner i 2008, en vekst på 16 prosent, se tabell 5. Justert for prisendringer i perioden har veksten vært på 5 prosent eller 0,8 prosent årlig i gjennomsnitt. Veksten kan synes å være noe mindre de siste årene i perioden enn i de første.

Tabell 5. Samlede utgifter til private laboratorier, 2002-2009 (1.tertial), mill. kr.

Private laboratorier	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 T1	2009 T1
Samlede utgifter, løpende priser	364	374	376	386	406	403	422	151	157
Prisjusterte utgifter (Jan2002=100)	364	362	368	376	379	392	393	141	142
Endring samlede utgifter, løpende priser. Prosent		2,7	0,4	2,6	5,4	-1,0	5,0		3,9
Endring prisjusterte utgifter. Prosent (jan 2002=100)		-0,6	1,7	2,2	0,6	3,4	0,4		0,6

Samlede utgifter til polikliniske laboratorietjenester fra offentlige laboratorier er vist i tabell 6. I samlede utgifter inngår refusjon fra HELFO, egenandeler og tilskudd fra RHFene.

Tabell 6. Samlede utgifter offentlige laboratorier, 2002-2009 (1.tertial), mill. kr.

Offentlige laboratorier	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 T1	2009 T1
Samlede utgifter, løpende priser	1 704	1 861	1 962	2 001	2 143	2 092	2 232	826	853
Prisjusterte utgifter (Jan 2002=100)	1 699	1 837	1 944	1 967	2 003	1 992	2 044	760	754
Endring samlede utgifter, prosent		9,2	5,4	2,0	7,1	-2,4	6,7		3,3
Endring prisjusterte utgifter, prosent		8,1	5,8	1,2	1,8	-0,5	2,6		-0,7

Veksten i samlede utgifter har variert gjennom perioden, med noe sterkere vekst i begynnelsen av perioden enn i slutten. Fra 2002 til 2008 steg de samlede utgiftene med 30 prosent. De prisjusterte utgiftene har vist en mer stabil utvikling, og har vokst med 20 prosent i samme periode. 1. tertial 2009 viser de prisjusterte utgiftene en nedgang i forhold til 1. tertial 2008.