

UNIVERSITETET I OSLO

HELSEØKONOMISK
FORSKNINGSPROGRAM

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

**Terje P. Hagen,
Tor Iversen**

*Institutt for helseledelse og
helseøkonomi og HERO*

Sverre Kittelsen

Frischsenteret og HERO

Skriftserie 2005: 14



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

Terje Per Hagen¹, Tor Iversen¹ og Sverre AC Kittelsen²

November

**Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo
HERO 2005**

Dette notatet utgjør sluttdokumentasjon for et oppdrag utført i 2004 av HERO for Riksrevisjonen. Notatet ble endelig overlevert 31.1.2005 men har vært underlagt utsatt offentlighet fram til 21.10.2005. Med unntak av notatets vedlegg 1-3, er notatet trykt som undervedlegg på side 49-80 i "Riksrevisjonens undersøkelse av tjenester fra laboratorie- og røntgenvirksomheter", Dokument nr. 3:3 (2005-2006).

- 1) Terje P. Hagen, Tor Iversen, Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Postboks 1089 Blindern, 0317 Oslo
- 2) Sverre AC Kittelsen, Frischsenteret, Gaustadalléen 21, 0349 Oslo
Korrespondanse vedrørende rapporten rettes til:
Sverre AC Kittelsen: sverre.kittelsen@frisch.uio.no

Innhold

	Side
Sammendrag	iv
1 Innledning	1
2 Kort beskrivelse av institusjonelle forhold innen laboratorie- og røntgenvirksomhet i Norge	2
3 Metode	5
3.1 Begreper	5
3.2 Beskrivelse av opplegget for og gjennomføringen av undersøkelsen blant laboratorie- og Røntgenenhetene	7
3.3 Begrunnelse for valg av variable	8
3.4 Beskrivelse av registreringsskjema	10
3.5 Beskrivelse av analysemetoder.....	11
4 Beskrivelse av aktivitet og kostnader basert på undersøkelsen: Røntgen	11
4.1 Aktiviteten ved røntgenenhetene	11
4.2 Informasjonsgrunnlaget for avlevert kostnadsinformasjon	20
5 Beskrivelse av aktivitet og kostnader basert på undersøkelsen: Laboratorier	24
5.1 Antall prøver.....	24
5.2 Analyser.....	27
5.3 Kvalitetssikring av klassifikasjonssystemet	31
5.4 Analyseaktivitet.....	33
5.5 Vaktberedskap	35
5.6 Forskning og undervisning	36
5.7 Informasjonsgrunnlaget for avlevert kostnadsinformasjon	38
6 Analyse av kostnadsstruktur og effektivitet i laboratorie- og røntgenvirksomhet	42
6.1 Beregning av gjennomsnittskostnader i røntgenvirksomhet	42
6.2 Beregning av gjennomsnittskostnader i medisinsk biokjemi	45
7 Diskusjon og oppsummering av resultater	46
Vedlegg:	
1 Forklaring av flere begreper	50
2 Spørreskjemaer	52
2a Veileder til registreringsskjemaet.....	52
2b Skjema for Offentlig Røntgen	56
2c Skjema for Privat Røntgen	67
2d Skjema for Offentlig Lab.....	78
2e Skjema for Privat Lab.....	88
3 Fullstendig tabell over analyseklassene i laboratorier for klinisk kjemi	98

Sammendrag

Siktemålet med denne undersøkelsen er å beskrive aktivitet og kostnader i offentlige og private røntgen- og laboratorieenheter. Laboratoriedelen av undersøkelsen er begrenset til laboratorier innen medisinsk biokjemi (klinisk kjemi). Data er hentet inn ved hjelp av registreringsskjemaer 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 ulike 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 laboratorieenhetene 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 laboratorieenhetene 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 vekter. 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 av 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 del 6 av notatet 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 NORAKO-kodeverket til grunn for takstsystemet. Grupperingen i primærkoder og primærkodenes vektorer 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, Først 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 Klinikk 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 Helsecenter, Røntgenavdeling i Oppdal. Blant røntgeninstituttene bruker Rikstrygdeverket andre navn enn en finner på instituttens hjemmesider 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 pr analyse), ha en pris som varierer med mengden (f.eks. en topprisavtale), 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, bygningskapital etc.) og vareinnsats (med kortere varighet). Vare innsats 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 pr enhet, en størrelse som kan sammenlignes med prisen pr 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 vektorer. I denne undersøkelse vil dette blir gjort når takster brukes som vektorer i aggregering av den enkelte laboratorieanalysene og når vektorer brukes i aggregering av undersøkelser innen de enkelte primærkoder 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.

I vedlegg 1 gis en forklaring av begreper som ikke blir nyttet i dette notatet, men som vil komme til anvendelse i en eventuell utvidelse av prosjektet i tilknytning til effektivitetssammenligninger.

3.2 Beskrivelse av opplegget for og gjennomføringen av undersøkelsen blant laboratorie- og røntgenenheter

Laboratoriemedisin består av spesialitetene medisinsk biokjemi (klinisk kjemi), immunologi og transfusjonsmedisin, klinisk farmakologi, klinisk nevrofysiologi, medisinsk genetik, 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 driver 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 1.09.04. 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 registreringsskjema.

	Offentlig lab	Privat Lab	Offentlig røntgen	Privat Røntgen
Antall tilsendt	65	5	66	26
Antall besvart	59	5	62	24
Max 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 røntgenenhetene var det to som ikke besvarte henvendelsen. Aktivitetsdata for de private røntgenenhetene 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 røntgenenhetene 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 variable 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 døgkontinuerlig 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 registreringsskjemaer (se vedlegg 2): 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 registreringsskjemaet 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 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 akuttsykehusene. Dette er en forutsetning for meningsfulle analyser av effektivitetsforskjeller mellom offentlig og private enheter.

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.

Kartleggingen er muliggjort 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 estimer. 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 røntgen-

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.

poeng er avhengig variabel. For pasienter ved poliklinikkene er det gjort en liknende analyse på grunnlag av antall røntgenpoeng og omfanget av statlige poliklinikk-refusjoner.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 som leverer ordinær DRG-statistikk, utfører røntgenundersøkelser. Dette gjelder i første rekke spesialiserte sykehusene (Sunnås, Radiumhospitalet, Spesialsykehuset for epilepsi, osv).

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

	2002			2003		
	Opphold	Polikli	Sum	Opphold	Polikli	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

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 primkategorier slik disse er aggregert av Rikstrygdeverket på grunnlag av oppgitte NORAKO-koder. Tallene for offentlige sykehus er hentet fra tabell 4.1

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

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

	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

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 i 2003 er splittet etter primærkategori (PK). Av de offentlige sykehusene inngår kun de 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 utelatt.

Tabell 4.3 Antall primærkategorier i offentlige og private røntgenenheter, 2003

PK	Tekst	Off					Priv		
		Opphold	Pro-miller	Polikl	Pro-miller	Vekt	Polikl	Pro-miller	Vekt
PK001	Granskning CT MR og angio	2692	4,10	19131	21,60	0,250	17300	12,78	0,240
PK002	Granskning RG og UL	2767	4,22	10203	11,52	0,250	137	0,10	0,240
PK004	Us inneliggende pas	66	0,10	319	0,36	0,000	0	0,00	0,000
PK005	Us v/anestesi	3899	5,95	436	0,49	1,185	0	0,00	1,183
PK006	Intervensjon omfattende	5263	8,03	1866	2,11	2,454	0	0,00	2,450
PK008	Intervensjon enkel	12988	19,80	7515	8,49	0,679	2023	1,49	0,865
PK009	Stentinnleggelse	2818	4,30	1724	1,95	7,185	0	0,00	7,173
PK101	Rettslig us	0	0,00	1	0,00	0,000	0	0,00	0,000
PK102	RG kontrast enkel	10595	16,16	16140	18,22	0,662	15657	11,56	0,596
PK103	RG kontrast omfattende	2978	4,54	2005	2,26	0,772	2	0,00	0,872
PK104	RG u/kontrast omfattende	3567	5,44	10066	11,37	0,271	10046	7,42	0,257
PK107	RG større angiografi	21727	33,13	8198	9,26	3,339	0	0,00	3,333
PK108	Mammografi	864	1,32	23633	26,68	0,298	91634	67,67	0,288
PK109	RG u/kontrast m/tilleggsbilder	33652	51,31	133565	150,81	0,254	151530	111,90	0,241
PK110	Venografi	1333	2,03	1795	2,03	1,143	53	0,04	1,263
PK111	RG kontrast moderat	728	1,11	4639	5,24	0,732	8783	6,49	0,733
PK112	RG u/kontrast enkel	144452	220,26	209147	236,15	0,139	231375	170,87	0,134
PK113	RG thorax	106390	162,22	95072	107,35	0,164	75861	56,02	0,167
PK114	RG u/kontrast moderat	17162	26,17	20908	23,61	0,207	56731	41,90	0,192
PK201	UL prosedyre	11535	17,59	11784	13,31	0,695	4598	3,40	0,568
PK203	UL region	41032	62,57	39645	44,76	0,326	84580	62,46	0,315
PK204	UL moderat	7230	11,02	17795	20,09	0,227	31803	23,49	0,252
PK205	UL enkel	15712	23,96	20336	22,96	0,222	14984	11,07	0,227
PK206	UL annet	835	1,27	1952	2,20	0,282	1524	1,13	0,274
PK301	CT kontrast flere bilder	34223	52,18	27720	31,30	1,598	16240	11,99	1,615
PK302	CT kontrast enkeltorgan	26944	41,08	20050	22,64	0,949	8638	6,38	1,088
PK303	CT u/kontrast ts	3699	5,64	2720	3,07	0,804	38040	28,09	0,780
PK304	CT region u/kontrast	14024	21,38	11991	13,54	0,573	12771	9,43	0,577
PK305	CT enkeltorgan m/pros. u/kon	13077	19,94	9047	10,22	0,573	1615	1,19	0,577
PK306	CT enkeltorgan u/kontrast	51338	78,28	38467	43,43	0,493	95670	70,65	0,487
PK401	MR kontrast angio	503	0,77	845	0,95	1,761	325	0,24	1,783
PK402	MR kontrast region/rekonstr.	2134	3,25	3184	3,60	1,543	810	0,60	1,707
PK403	MR kontrast enkeltorg/rekonstr.	8771	13,37	11023	12,45	1,543	9534	7,04	1,600
PK404	MR u/kontrast ts	21697	33,08	48010	54,21	1,593	182469	134,75	1,439
PK405	MR uten kontrast - region	11120	16,96	25511	28,81	0,830	7934	5,86	0,727
PK406	MR uten kontrast - enkel	14729	22,46	23979	27,08	0,809	179493	132,56	0,727
PK407	MR angio u/kontrast	3281	5,00	5217	5,89	0,930	1936	1,43	0,870
		655825	1000,00	885639	1000,00	-	1354096	1000,00	-

Tabellen viser følgende data: Antall PK-er for oppholdene og poliklinikkundersøkelsene for offentlige sykehus, samt deres relative andel i promiller. Vektene for de enkelte PK-er per 31.12.2003. Tilsvarende data om poliklinikkaktiviteten ved private enheter.

En skal være forsiktige med konklusjonene siden bare en andel av de offentlige sykehusene inngår i tabellen. Det er imidlertid en del aktiviteter som relativt sett er høyere i de offentlige sykehusene enn hos private. Dette gjelder for eksempel PK006, PK009 og 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 (PK108), CT uten bruk av kontrast (PK303) og MR uten bruk av kontrastveske (PK404 og PK406).

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 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 døgnskuttet beredskap, mens de fleste av dem (67 %) har aktiv kveld, i praksis åpningstider til kl. 2000. De øvrige private røntgeninstitutter har åpent fra kl. 0900 til kl. 1600.

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 døgkontinuerlig	11	0	11	0
Totalt	58	21	58	21

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 døgkontinuerlig 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 Røntgenenheter 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

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 (NB: Sjekk Ullevål nærmere). 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.

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

Også når det gjelder forskningsproduksjon målt i antall artikler, er aktiviteten meget skjevt 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 4.7 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 gir en tilsvarende oversikt over undervisningsaktiviteten i forhold til radiografer målt i undervisningsuker (studenter*uker med undervisning/utplassering).

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 overnevnte 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 Informasjonsgrunnlaget for avlevert kostnadsinformasjon

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.

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

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 4.10 Antall private røntgenenheter fordelt etter informasjonsgrunnlaget for avlevert kostnadsinformasjon

	Føring i regnskapet av enhetens faktiske utgifter	Interfakturerin g 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.

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

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 (for eksempel 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.

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 offentlige 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 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 5.2 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 5.3 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

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.

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

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 (jfr 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

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.

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 analysenavn 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 klassifisering av analysetyper fra to laboratorieleger (Seksjonsoverlege Knut Lande, Ullevål universitetssykehus og legekonsulent Sven Chr. Enger, Cipro laboratoriemedisin). Klassifiseringen omfattet alle klinisk kjemiske analyser utført ved Ullevål og ved Cipro, og henvorde 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). Klassifiseringssystemet har ca 240 klasser av analysetyper samt ca 15 restklasser for sendep prøver og andre spesialiteter. En

full liste over klassene, med tilhørende offentlige takst og antall analyser i de to årene er lagt ved som vedlegg 3.

I praksis viste det seg at det er en total mangel på standardisering av analysetypene. De over 14000 innsendte postene inneholdt over 12000 ulike analysenavn. Ved å eliminere alle varianter av store og små bokstaver, ulike materialprefikser og lignende sto en likevel igjen med ca 10000 ulike analysenavn, 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 analysenavn 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 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 er faktisk utført.

Et potensielt større problem er det 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 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 Sammensetning er 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

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 $\frac{3}{4}$ 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 presis 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 skjønnnet 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 sendep prøver 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 sendep prøver 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 sender 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 laboratorier 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 Saltrø uttalt seg om klassifikasjonen av analysene til takster i det offentlige takstsystemet. Mathiesen ville ha klassifisert fire analyser annerledes, mens Saltrø påpeker seks analyser som kunne vært gitt en annen takst. Saltres 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 Saltrø 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 ”enkelt 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. I takstene som er brukt i klassifikasjonen i vedlegg 3 har en antatt at det er hemoglobin som utløser takst når det ikke er egen registrering av ”enkelt hemogram”.

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 kostnadskrevene 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 sendepøver 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 vektsystemet.

I det norske refusjonssystemet er det to sett med takster, ett for offentlige laboratorier og et 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 vekting 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 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 aktivitetsenheter. 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.

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 %

Det fremgår av tabellen 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 sendeprøver som utgjør 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	Andel av total aktivitet		Andel i hver takstgruppe					
	Analyseaktivitet		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 offentlige laboratoriene har døgnkontinuerlig aktiv vaktberedskap. I tillegg har 19% hvilende nattevakt.

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

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 medisinerstudenter og bioingeniørstudenter og antallet assistentleger.

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.

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	
	Internasjonal (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

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 tokes 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.

5.7 Informasjonsgrunnlaget for avlevert kostnadsinformasjon

For å vurdere kvaliteten på den avleverte kostnadsinformasjon spurte ble laboratoriene spurt om informasjonsgrunnlaget for de tallene de førte opp. Tabell 5.11 oppsummerer svarene fra de offentlige laboratoriene.

Tabell 5.11 Antall offentlige laboratoriene fordelt etter informasjonsgrunnlaget for avlevert kostnadsinformasjon

	Føring i regnskapet av enhetens faktiske	Internfakturer ing av felleskostnader	Faste fordelingsnøker for felleskostnad	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelse	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	Internfakturering av felleskostnader	Faste fordelingsnøkler for felleskostnader	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelsen	Lar seg ikke anslå uten betydelig merarbeid	Ikke utfyllt
Varekostnader	5	0	0	0	0	0
Lønnskostnader	5	0	0	0	0	0
Transport av prøver	3	0	0	0	0	2
Elektrisk kraft, fyring og brensel	3	0	0	0	0	2
Renhold	4	0	0	0	0	1
Leie lokaler	3	0	0	0	0	2
IKT-utstyr	4	0	0	0	0	1
Leie av medisinsk teknisk utstyr	4	0	0	0	0	1
Medisinsk teknisk utstyr, inkludert vedlikehold, service	4	0	0	0	0	1
Driftsbygninger, reparasjoner, vedlikehold,service	2	0	0	0	0	3
Avskrivning på medisinsk teknisk utstyr	3	0	0	0	0	2
Avskrivning på transportmidler	1	0	0	0	0	4
Annen avskrivning	3	0	0	0	0	2
Øvrige driftsutgifter på enhetens regnskap	4	0	0	0	0	1
Administrasjon og fellesfunksjoner ikke inkludert over	2	0	0	0	0	3

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 offentlige 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 enhetens faktiske utgifter	Internfakturerin g av felleskostnader	Faste fordelingsnøkle r for felleskostnader	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 viser informasjonsgrunnlaget om bokført kapitalverdi og avskrivninger 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 5.14 Antall private laboratorier fordelt etter type avlevert informasjon om realkapital, kapitalverdi og avskrivning

	Føring i regnskapet av enhetens faktiske utgifter	Internfakturerin g av felleskostnader	Faste fordelingsnøkle r for felleskostnader	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

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 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

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 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/Labrønke-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 som 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 pr 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.

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.

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

	2002		2003	
	Offentlige	Private	Offentlige	Private
Røntgenpoeng	779906	585594	965791	812899
Lønns- og varekostnader (1000 kr)	939570	314389	1030146	373335
Kostnader per røntgenpoeng	1205	537	1067	459
N=	29	17	31	19

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.

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 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 røntgen er kostnadene begrenset til summen av varekostnader og lønnskostnader. Beregningene er gjort på samme måte for de to typene virksomhet.

Tabell 6.2 Vektet antall analyser, kostnader og kostnader per vektet analyse

	2002		2003	
	Offentlige	Private	Offentlige	Private
Vektete analyser	30540333	7370915	33908976	7968103
Kostnader	832801201	165324000	873099343	189695000
Kostnader per vektet analyse	27	22	26	24

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.

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 laboratordelen 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, sidne 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. 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% 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 er 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 laboratorieenhetene har aktiv døgnskuttinuerlig 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 laboratorieenhetene 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 avsnitt 2 av dette notatet, er det en aktuell problemstilling å initiere anbudsrunder for røntgenundersøkelser og laboratorieanalyser rekvirert 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 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 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 i forhold 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.

Vedlegg 1: Forlaring av ytterligere begreper

Det er vanlig i produksjonsøkonomien å beskrive sammenhengen mellom innsatsfaktorer, produkter og kostnader ved ulike matematiske mengder og funksjoner. *Produktfunksjonen* beskriver hvilke produktmengder som er mulig å produsere fra en gitt mengde innsatsfaktorer, mens *kostnadsfunksjonen* beskriver hvilke kostnader som er nødvendige for å frembringe en gitt produksjonsmengde. Kjenner en disse funksjonene kan en regne ut grensekostnader, stordrifts- og samdriftsfordeler eller ulemper osv.

Kapasiteten til en virksomhet er den mengden av produkter det er mulig å levere på kort sikt. Vanligvis relateres dette til den maksimale produktmengden ved gitt kapitalbeholdning, eller mao hvor mye som kan produseres med eksisterende utstyr. I praksis kan begrepet være vanskelig å operasjonalisere fordi f.eks. en og samme maskin kan benyttes til ulike analyser, full utnyttelse av maskinene forutsetter døgkontinuerlig drift, og maskiner kan modifiseres til å ta større analysemengder osv. Som økonomisk begrep er det heller ikke alltid relevant fordi også maskiner ofte kan selges og kjøpes på kort sikt, eller i det minste vel så raskt som en kan lære opp personalet som skal betjene maskinene. I slike tilfeller vil en da i stedet kunne snakke om raskt stigende grensekostnader når en overstiger maskinparkens optimale produksjonsnivå, noe som kan tjene som et alternativt mål på kapasitet.

Hvis en virksomhet ikke betaler alle innsatsfaktorer eller står overfor andre priser enn den samfunnsmessige alternativverdien, vil det være forskjell på samfunnsøkonomiske og bedriftsøkonomiske kostnader. *Bedriftsøkonomiske kostnader* er de kostnadene som betales av virksomheten selv, og som det derfor vil være i virksomhetens interesse å redusere. *Samfunnsøkonomiske kostnader* representerer derimot verdien av all ressursinnsats som kunne vært anvendt på annen måte. Det samme skillet kan opptre ved produktpriser som avviker fra den samfunnsmessige nytteverdien, og incentivene en virksomhet står overfor er derfor ofte ikke sammenfallende med samfunnets interesser.

Produktiviteten til en virksomhet er i utgangspunktet forholdet mellom produksjon og ressursinnsats. Når det er flere produkter og/eller innsatsfaktorer kan en beregne partielle produktivitetstall (f.eks. analyser pr ansatt), men skal sammenligninger være meningsfulle, må en veie sammen produktene og innsatsfaktorene. Det er vanlig å bruke prisene som vekter, men hvis disse mangler eller ikke reflekterer den samfunnsmessige verdien, finnes det alternative metoder. En vil meningsfylt kunne sammenlikne produktiviteten til ulike virksomheter, men det innebærer ikke at det er mulig for alle å oppnå samme produktivitet.

Kan en definere hva som er mulig å oppnå for en virksomhet, kan en derimot beregne *effektiviteten* som den faktiske adferden sammenliknet med den best mulige atferden. Begrepet kan defineres på ulike måter, ettersom en ønsker å kontrollere for forskjeller i størrelse, rammebetingelser, faktorpriser osv. *Kostnadseffektiviteten* til en virksomhet er f.eks. de faktiske kostnadene delt på de nødvendige kostnadene for å produsere samme kvantum, med samme faktorpriser og rammebetingelser. Er det mulig å kontrollere for alle relevante forhold, kan en da også sammenligne både nødvendige kostnader, faktiske kostnader og kostnadseffektivitet mellom grupper av virksomheter, som i vårt tilfelle offentlige og private laboratorier og røntgeninstitutter.

23.06.2004

Veileder til registreringskjemaet

Vi skal her gi en omtale av de enkelte regnearkene (fanene) i registreringskjemaet. Regnearkene er organisert i en felles Excel-fil (arbeidsbok). De enkelte fanene får en tilgang til ved å klikke nederst på "Innledning", "Tjenesteproduksjon" osv. Første fane er "Innledning". Siste fane er "Kommentarer og annet". Excel-arkene finnes elektronisk på nettadressen www.hero.uio.no/RRV/ fra tirsdag 29.06.04 for nedlasting. Det er fire filer på nettadressen (offentlig røntgen, privat røntgen, offentlig lab., privat lab.). Last ned den filen som er aktuell for virksomheten. Vi vil gjerne at dere fyller ut skjemaet elektronisk og returnerer regnearket på e-post til hero@hero.uio.no eller på diskett til:

Universitetet i Oslo
Institutt for helseledelse og helseøkonomi
v/ Professor Tor Iversen
Postboks 1089 Blindern
0317 Oslo

Hvis det er større mengder opplysninger i listene over analyser og undersøkelser som er vanskelig å få lagt inn i Excel (f.eks. ved klipp og lim), kan vi i stedet motta opplysningene elektronisk i et annet filformat enn Excel.

Innledning:

Her ønsker vi opplysning om navnet på den enhet som dataene omfatter. Generelt ønsker vi kostnads- og aktivitetsdata for det lavest mulige nivå det er meningsfylt å rapportere aktivitets- og kostnadsdata for. Dersom et helseforetak består av flere sykehus som har laboratorie- og røntgenenheter, må vi ha opplysninger om enhetene ved de enkelte sykehus. Dersom et privat institutt eller laboratorieforetak består av flere enheter (for eksempel flere avdelinger lokalisert på forskjellige steder), ønsker vi et utfyllt skjema for hver enhet (avdeling) så sant det gir meningsfylte data.

Vi gjør spesielt oppmerksom på at laboratorieskjemaet tar utgangspunkt i **klinisk kjemi (medisinsk biokjemi)**. Vi ønsker registreringer fra den laveste enhet med klinisk kjemi. Dersom aktiviteten ved denne enheten også omfatter andre typer av analyser enn klinisk kjemi, skal også disse analysene og kostnadene de medfører, registreres så sant ikke kostnadene til disse andre analysene kan trekkes ut.

Tjenesteproduksjon:

Omfanget av tjenesteproduksjon som ikke inngår i primærvirksomhetens kodeverk og lister over rekvisisjoner/prøver/pasientbesøk og analyser/undersøkelser må føres opp her. Det omfatter bl.a. doktorgrader, DRG-poeng som avdelingen har opptjent og annen virksomhet der ressursbruken ikke lar seg skille ut i regnskapene og dermed er inkludert i de oppgitte driftsutgifter. Når det gjelder utdanningsoppgaver, har vi inkludert de kategoriene vi antar er mest aktuelle. Hvis enheten har oppgaver av noe omfang utover dette, ber vi om at også dette blir ført opp. Inntekter som er et resultat

av internregnskap (for eksempel at laboratoriet mottar en viss andel av DRG-poeng sykehuset mottar for en innlagt pasient), skal ikke tas med. Et eksempel på DRG-poeng som skal tas med, er radiologi i behandlingsøyemed som genererer DRG-poeng og der medgåtte ressurser ikke kan skilles ut fra avdelingens øvrige virksomhet.

Bakgrunnen for at vi ønsker så pass omfattende og detaljert informasjon om tjenesteproduksjonen, er at ressursinnsatsen som ikke direkte er knyttet til diagnostisk virksomhet (og for eksempel knyttet til undervisning eller forskning) ofte ikke vil la seg trekke ut fra regnskapet. Vi må da også ha tilgang til informasjon om tjenestene disse ressursene bidrar til å produsere for å kunne analysere kostnadsstrukturen.

Virksomhet som er en del av internasjonale selskaper vil kanskje yte bidrag til selskapets internasjonal forskning og undervisning. Dette kan i så fall beskrives i kommentarfeltet.

Prøver/rekvisisjoner/pasientbesøk:

Siden enhetene kan atskille seg med hensyn til omfanget av øyeblikkelig hjelp vil vi gjerne registrere fordeling av pasientbesøk/prøver etter hastegrader og rekvirenter. I skjemaet er det lagt til rette for tre hastegrader. Det viktigste er samtidig å skille øyeblikkelig hjelp fra andre hastegrader. Følgelig er det greit å redusere antallet hastegrader til to (øyeblikkelig hjelp og annet) hvis det anses som mest hensiktsmessig.

Registrering av analyser/undersøkelser

For laboratoriene ber vi om en registrering av antallet av de ulike laboratorieanalysene som er gjort i 2002 og 2003 med utgangspunkt i lab.systemet som laboratoriet bruker. Siden offentlige og private biokjemiske laboratorier står overfor ulike takstsystemer, kan vi ikke uten videre bruke takstene som veker. Fagfolk vil klassifisere de ulike laboratorieanalysene både til det offentlige og til det private takstsystemet. Dersom det er vanskelig å føre analyselistene inn i regnearket, kan vi alternativt motta listene som separate filer i elektronisk format.

Antallet røntgenundersøkelsene ønsker vi registrert ved hjelp av NORAKO koder i 2002 og 2003, helst for alle typer av undersøkelser (inneliggende, egen poliklinikk og rekvirert fra eksterne). Vi ønsker tilsendt rådatafilene som beskriver røntgenaktiviteten ved enheten i 2002 og 2003 i hht NORAKO-kodeverket av 1.1.2002. Enheten i filen skal være pasientopphold (for heldøgnsopphold, dagbehandling innlagte og behandling ved poliklinikk som utløser DRG-refusjon) eller polikliniske konsultasjoner/pasientbesøk (for undersøkelse som utløser refusjon fra Rikstrykdeverket). Filene må være på maskinlesbar form og på et slikt format at de kan behandles i POLK/LABRØNK. Dersom NORAKO-koder ikke er tilgjengelige i det hele tatt, men PK-koder er tilgjengelig, ber vi om at antallet undersøkelser

klassifiseres i forhold til PK-koder på det etterfølgende regneark. Filene må inneholde data om alle undersøkelser som er gjennomført de to aktuelle årene både på inneliggende pasienter og på pasienter som behandles poliklinisk.

Dersom registreringer i form av NORAKO-koder ikke gjøres for inneliggende pasienter, ber vi om at det blir opplyst på avsatt plass på skjemaet. Om ønskelig kan vi i stedet motta listen over antall undersøkelser fordelt på NORAKO-koder som separate filer i elektronisk format.

Publisering:

Her ber vi om en liste over forskningspublikasjoner der enhetens medarbeidere er blant forfatterne.

Driftsutgifter:

Her tar vi utgangspunkt i kontokoder for standard artskontoplan for helseforetakene (Se <http://www.ssb.no/emner/03/02/helseforetak/> Håndbok for rapportering av regnskapsdata for helseforetak og regionale helseforetak 2003 for flere detaljer) og Norsk Standard NS 4102 for de private foretakene. Merk at kodene er forskjellige for helseforetak og private foretak.

Noen av kostnadene vil være registrert i enhetens regnskap direkte, mens andre kostnader kan være utgiftsført andre steder eller være del av felleskostnader. I regnearket for driftsutgifter har vi spesifisert de mest aktuelle typene av driftsutgifter for vårt formål. Vi er interessert i en mest mulig fullstendig registrering av utgifter i tilknytning til enhetens bruk av ressurser uansett hvor utgiftene regnskapsføres, men vi er åpne for at enkelt poster kan beskrives som inkludert i øvrige driftsutgifter.

Samtidig er vi oppmerksom på at praktiske og beregningstekniske grunner gjør at tallfesting av enkelte komponenter bare kan gjøres omtrentlig eller ikke i det hele tatt. Dette er spesielt aktuelt for typer av felleskostnader. Vi krever ikke at det utarbeides en fullstendig henføring av felleskostnader for denne undersøkelsen dersom dette ikke allerede er gjort som ledd i egen økonomistyring. I regnearket har vi laget avkrysningsmuligheter for graden av nøyaktighet i de registreringene som gjøres. Vi vil generelt ikke gi noen anbefaling av nøkler for fordeling av felleskostnader. Grunnen til det er at enhetene i utgangspunktet foretar internfakturerings i ulik grad. De som allerede fordeler felleskostnader, foretar den fordelingen de gjør fordi de anser at dette gir et korrekt bilde av den andelen av felleskostnadene de ulike avdelingene/seksjonene legger beslag på. Vi finner det derfor ikke rimelig at vi i denne undersøkelsen skal be dem om å gjøre det på en annen måte enn de faktisk gjør. For de som ikke fordeler felleskostnader, vil vi antyde at en mulighet vil være å fordele administrasjon etter antall ansatte, elektrisk kraft, fyring og brensel etter antall kvadratmeter og renhold etter antall kvadratmeter. Av samme grunn har vi heller ikke angitt hva slags levetid som skal legges til grunn for angivelse av avskrivninger for bygninger og medisinsk teknisk utstyr. Vi ber samtidig om at det blir oppgitt hvilken levetid som foretaket legger til grunn i sine regnskaper og i dette skjemaet.

Vi benytter statistiske metoder som tar hensyn til ulik grad av usikkerhet i opplysningene. Vi har derfor inkludert i skjemaet avkrysningsmuligheter for hva slags informasjon som er lagt til grunn for de oppgitte tallene. Det er også en avkrysningsmulighet for ”Lar seg ikke anslå uten betydelig merarbeid”. Dette vil for eksempel kunne være tilfelle hvis man ikke er i stand til å spesifisere fordelingsnøkler. I tillegg er det mulig å gi tekstlige kommentarer.

Realkapital, kapitalverdi og avskrivning

Her ønsker vi en beskrivelse av bokført kapitalverdi og avskrivninger for ulike typer av realkapital enheten gjør bruk av. For å supplere disse opplysningene er det laget et eget regneark (Medisinsk Teknisk Utstyr) der alt laboratorieutstyr og røntgenutstyr (medisinsk teknisk utstyr) med verdi over 50 000 NOK bes spesifisert. Det er laget en egen kolonne man skal krysse av dersom utstyret leies eller leases. Hvis utstyret leies eller leases, skal ikke kolonnene for innkjøpsår og innkjøpspris fylles ut, men leiekostnadene skal inkluderes i tabellen for driftsutgifter i feltet ”Leie av medisinsk teknisk utstyr”.

Spørreskjema for offentlige røntgenenheter

Spørreskjemaet består av flere ark/faner som en får tilgang til ved å klikke nederst på hhv "Innledning", "Tjenesteproduksjon" osv. Det er utarbeidet en egen veiledning for utfylling av de enkelte arkene.

Hvite felt er til utfylling

Gule felt er valgfrie

Oppgi beløp i 1000 kroner

NB: Merk at enkelte ruter inneholder røde trekanter: Dette er kommentarer som kommer fram ved å holde musetasten over

Helseforetak	<input type="text"/>
Sykehus	<input type="text"/>
Enhet	<input type="text"/>

Kontaktperson	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-post	<input type="text"/>

Kommentarer til avgrensning av enheten:

Eventuelle spørsmål om utfylling kan rettes til:

Tor Iversen:
e-post: tor.iversen@medisin.uio.no
telefon: 23075308 (uke 28)
mobil: 99470479 (unntatt uke 27)

Terje P. Hagen:
e-post: t.p.hagen@medisin.uio.no
telefon: 23075316 (uke 26 og 27)
mobil: 97564771

Skjemaet, med eventuelle vedlegg returneres til hero@hero.uio.no

Ved å velge alle arkene samtidig (Skift-klikk) kan en skrive ut skjemaene, men vi ber om elektronisk utfylling og ikke på papir.

Tjenesteproduksjon

Pasientbesøk/rekvisisjoner

Vennligst fyll ut egen fane "Rekvisisjoner" (se eget regneark) for antall pasienter/konsultasjoner/rekvisisjoner fordelt etter tilknytning og hastegrad

Undersøkelser/Norako-koder

Vi ønsker tilsendt rådatafilene som beskriver røntgenaktiviteten ved enheten i 2002 og 2003 i hht NORAko-kodeverket av 1.1.2002 (se eget regneark).

Forskning

For publisering i internasjonale eller nasjonale fagtidsskrifter, vennligst før en liste over fulle referanser i fanen "Publisering" (se eget regneark).

	2002	2003	Kommentarer
Antall doktorgrader der doktoranden har sitt hovedarbeidssted ved enheten			

Utdanning

	2002	2003	Kommentarer
Antall undervisnings- og utplasseringsuker medisinerstudenter			
Antall undervisnings- og utplasseringsuker radiografstudenter			
Årsverk assistentleger			
Øvrig undervisning?			

Øvrig helsetjenesteproduksjon

Typen av tjenesteproduksjon som ikke er medregnet i gruppene ovenfor, men som inngår i enhetens virksomhet, og der ressursbruken ikke er trukket ut i fanene for kapital og driftsutg.

	Hva slags tjenester	2002	2003	Kommentarer
Antall DRG-poeng som blir godskrevet avdelingen direkte				
Inntekter fra tjenesteproduksjon som ikke er medregnet over				
Annen tjenesteproduksjon?				

Rekvisisjoner/pasientbesøk/konsultasjoner

Det er ikke nødvendig å skille mellom tre hastegrader, men vi ønsker egne tall for øyeblikkelig hjelp rekvisisjoner der en slik definisjon er meningsfylt.

Enhetens egen definisjon av ulike hastegrader

	Betegnelse	Definisjon
Hastegrad 1/ Øyeblikkelig hjelp		
Hastegrad 2		
Hastegrad 3		

Antall rekvisisjoner/konsultasjoner i 2002

	Hastegrad 1/ Øyeblikkelig hjelp	Hastegrad 2	Hastegrad 3	Sum
Inneliggende pasienter				0
Poliklinikkpasienter ved egen institusjon				0
Eksterne rekvisisjoner				0
Sum	0	0	0	0

Antall rekvisisjoner/konsultasjoner i 2003

	Hastegrad 1/ Øyeblikkelig hjelp	Hastegrad 2	Hastegrad 3	Sum
Inneliggende pasienter				0
Poliklinikkpasienter ved egen institusjon				0
Eksterne rekvisisjoner				0
Sum	0	0	0	0

Kommentarer

Undersøkelser i hht NORAKO-kodeverket

*Vi ønsker tilsendt rådatafilene som beskriver røntgenaktiviteten ved enheten i 2002 og 2003 i hht NORAKO-kodeverket av 1.1.2002.
Hvis antall undersøkelser etter NORAKO-kodeverket ikke er tilgjengelig, kan en alternativt fylle inn arket "PK-koder" (se neste regneark)
Filene må inneholde data om alle undersøkelser som er gjennomført de to aktuelle årene både på inneliggende pasienter og på pasienter som behandles poliklinisk.
Enheten i filen skal være pasientopphold (for heldøgnsopphold, dagbehandling innlagte og behandling ved poliklinikk som utløser DRG-refusjon)
eller polikliniske konsultasjoner/pasientbesøk (for undersøkelse som utløser refusjon fra Rikstrygdeverket).*

Filene må være på maskinlesbar form og på et slikt format at de kan behandles i POLK/LABRØNK.

Hvis ikke alle analyser som utføres telles etter NORAKO-kodeverket, ber vi om at det vedlegges egne lister over de øvrige analysene og en forklaring på kommentarfanen.

Recordbeskrivelse for opphold:

Løpenummer (per pasient)
Modalitetskode
Lokalisasjonskode
Prosedyrekode
Sidemarkeringskode
Tilleggskode
DRG (om mulig)

Recordbeskrivelse for poliklinisk konsultasjon:

Løpenummer (per pasient)
Modalitetskode
Lokalisasjonskode
Prosedyrekode
Sidemarkeringskode
Tilleggskode
PK-kode (om mulig)

Vi ber om egne filer for de enkelte år.

Undersøkelser i hht PK-kodeverket

Liste med antallet i hver PK-kode

Listen er et alternativ til NORAKO-arket, hvis antall pasientbesøk/undersøkelser etter NORAKO-kodeverket ikke er tilgjengelig.

Registreringene omfatter (sett kryss)

Inneliggende	Egen poliklinikk	Rekvirert av eksterne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PK-kode	Kategorinavn	Antall	
		2002	2003
PK001	Granskning CT MR og angio		
PK002	Granskning RG og UL		
PK003	Teleradiologisk konferanse		
PK004	Us inneliggende pas		
PK005	Us v/anestesi		
PK006	Intervensjon omfattende		
PK008	Intervensjon enkel		
PK009	Stentinnleggelse		
PK101	Rettslig us		
PK102	RG kontrast enkel		
PK103	RG kontrast omfattende		
PK104	RG u/kontrast omfattende		
PK107	RG større angiografi		
PK108	Mammografi		
PK109	RG u/kontrast m tilleggsbilder		
PK110	Venografi		
PK111	RG kontrast moderat		
PK112	RG u/kontrast enkel		
PK113	RG thorax		
PK114	RG u/kontrast moderat		
PK201	UL prosedyre		
PK203	UL region		
PK204	UL moderat		
PK205	UL enkel		
PK206	UL annet		
PK301	CT kontrast flere bilder		
PK302	CT kontrast enkeltorgan		
PK303	CT u/kontrast ts		
PK304	CT region u/kontrast		
PK305	CT enkeltorg m/pros u/kontrast		
PK306	CT enkeltorgan u/kontrast		
PK401	MR kontrast angio		
PK402	MR kontrast region/rekonstr		
PK403	MR kontrast enkeltorg/rekonstr		
PK404	MR u/kontrast ts		
PK405	MR u/kontrast region/bilat		
PK406	MR u/kontrast enkeltorgan		
PK407	MR angio u/kontrast		

Publisering

Liste med referanser til artikler i nasjonale eller internasjonale fagtidsskrifter fra 2002 og 2003 der minst en av forfatterne har sin hovedtilknytting til enheten

Nr	Referanse
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

Antall årsverk knyttet til røntgenvirksomheten

Inkluder årsverk som er knyttet til selve røntgenvirksomheten som rapporteres i skjemaet. Avdelings/seksjonsledelse inkluderes.

	2002	2003	Kommentarer
Assistentleger			
Overleger (radiologer)			
Radiografer			
Andre			

Driftsutgifter

Alle beløp i 1000 kroner

Kontokodene henviser til artskontoplanen for helseforetakene

Utgiftstype

Utgiftstype	Kontokode
Varekostnader	400-499
Lønnskostnader	500-599
Elektrisk kraft, fyring og brensel	634, 635
Renhold	636
Leie lokaler	630
IKT-utstyr	641, 651, 664
Leie av medisinsk teknisk utstyr	640
Medisinsk teknisk utstyr	650
Medisinsk teknisk utstyr, vedlikehold og service	662
Driftsbygninger, reparasjoner, vedlikehold, service	660
Avskrivning på medisinsk teknisk utstyr	603
Annen avskrivning	600, 601, 604-609
Øvrige driftsutgifter på enhetens regnskap	610-790 ikke inkludert over
Administrasjon og fellesfunksjoner ikke inkludert over	

Utgifter		Beløpene er fremkommet ved						Kommentarer
		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		
2002	2003							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Akkreditering

Er enheten akkreditert

2002	2003
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer

--

Anslå årlig kostnad i forbindelse med akkreditering

--	--

Avskrivning

Oppgi levetid som legges til grunn for avskrivninger av Bygninger
Medisinsk teknisk utstyr

Antall år

Realkapital, kapitalverdi og avskrivning

Alle beløp i 1000 kroner

Kapitaltype	Kontokode	Bokført kapitalverdi		Avskrivning		Beløpene er fremkommet ved					Kommentarer
		2002	2003	2002	2003	Regnskapsføring på avdelingen	Internfakturering av felleskostnader	Faste fordelingsnøkler for felleskostnader	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelsen	Lar seg ikke anslå uten betydelig merarbeid	
Bygninger og anlegg	110-119					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medisinsk teknisk utstyr	120					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IKT-utstyr	121					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Øvrig realkapital	123-129					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Enhetens Arealbruk

I kvadratmeter, ikke inkludert andel av fellesarealer

2002	2003

Kommentarer

--

Medisinsk teknisk utstyr innkjøpsverdi over 50000 kroner

En linje for hver utstyrsenhet

Nr	Type, merke, modell	Innkjøpsår	Innkjøpspris i 1000 kr	Utstyret leies/leases (Sett kryss)	Kommentarer
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

65

Vedlegg 2b

Annet og kommentarer

Gi en kort beskrivelse av vakt- og beredskapsordning ved enheten

Kommentarer til utfyllingen av skjemaet

Kommentarer til undersøkelsen ellers

Spørreskjema for private røntgenenheter

Spørreskjemaet består av flere ark/faner som en får tilgang til ved å klikke nederst på hhv "Innledning", "Tjenesteproduksjon" osv. Det er utarbeidet en egen veiledning for utfylling av de enkelte arkene.

Hvite felt er til utfylling

Gule felt er valgfrie

Oppgi beløp i 1000 kroner

NB: Merk at enkelte ruter inneholder røde trekkanter: Dette er kommentarer som kommer fram ved å holde musetasten over

Foretak
Avdeling

Kontaktperson
Telefon
E-post

Kommentarer til avgrensning av enheten:

--

Eventuelle spørsmål om utfylling kan rettes til:

Tor Iversen:
e-post: tor.iversen@medisin.uio.no
telefon: 23075308 (uke 28)
mobil: 99470479 (unntatt uke 27)

Terje P. Hagen:
e-post: t.p.hagen@medisin.uio.no
telefon: 23075316 (uke 26 og 27)
mobil: 97564771

Skjemaet, med eventuelle vedlegg returneres til hero@hero.uio.no

Ved å velge alle arkene samtidig (Skift-klikk) kan en skrive ut skjemaene, men vi ber om elektronisk utfylling og ikke på papir.

Tjenesteproduksjon

Pasientbesøk/rekvisisjoner

Vennligst fyll ut egen fane "Rekvisisjoner" (se eget regneark) for antall pasienter/konsultasjoner/rekvisisjoner fordelt etter tilknytning og hastegrad

Undersøkelser/Norako-koder

Vi ønsker tilsendt rådatafilene som beskriver røntgenaktiviteten ved enheten i 2002 og 2003 i hht NORAKO-kodeverket av 1.1.2002 (se eget regneark).

Forskning

For publisering i internasjonale eller nasjonale fagtidsskrifter, vennligst før en liste over fulle referanser i fanen "Publisering" (se eget regneark).

	2002	2003	Kommentarer
Antall doktorgrader der doktoranden har sitt hovedarbeidssted ved enheten			

Utdanning

	2002	2003	Kommentarer
Antall undervisnings- og utplasseringsuker medisinerstudenter			
Antall undervisnings- og utplasseringsuker radiografstudenter			
Årsverk assistentleger			
Øvrig undervisning?			

Øvrig helsetjenesteproduksjon

Tjenesteproduksjon som ikke er medregnet i gruppene ovenfor, men som inngår i enhetens virksomhet, og der ressursbruken ikke er trukket ut i fanene for kapital og driftsutgifter.

	Hva slags tjenester	2002	2003	Kommentarer
Antall DRG-poeng som blir godskrevet avdelingen direkte				
Inntekter fra tjenesteproduksjon som ikke er medregnet over				
Annen tjenesteproduksjon?				

Frie kommentarer vedrørende forsknings- og utdanningsaktivitet

Rekvisisjoner/pasientbesøk/konsultasjoner

Det er ikke nødvendig å skille mellom tre hastegrader, men vi ønsker egne tall for øyeblikkelig hjelp rekvisisjoner der en slik definisjon er meningsfylt.

Enhetens egen definisjon av ulike hastegrader

	Betegnelse	Definisjon
Hastegrad 1/ Øyeblikkelig hjelp		
Hastegrad 2		
Hastegrad 3		

Antall rekvisisjoner/konsultasjoner i 2002

	Hastegrad 1/ Øyeblikkelig hjelp	Hastegrad 2	Hastegrad 3	Sum
Inneliggende pasienter				0
Poliklinikkpasienter ved egen institusjon				0
Konsultasjoner rekvirert av eksterne				0
Sum	0	0	0	0

Antall rekvisisjoner/konsultasjoner i 2003

	Hastegrad 1/ Øyeblikkelig hjelp	Hastegrad 2	Hastegrad 3	Sum
Inneliggende pasienter				0
Poliklinikkpasienter ved egen institusjon				0
Konsultasjoner rekvirert av eksterne				0
Sum	0	0	0	0

Kommentarer

Undersøkelser i hht NORA KO-kodeverket

Vi ønsker tilsendt rådatafilene som beskriver røntgenaktiviteten ved enheten i 2002 og 2003 i hht NORA KO-kodeverket av 1.1.2002.

Hvis antall undersøkelser etter NORA KO-kodeverket ikke er tilgjengelig, kan en alternativt fylle inn arket "PK-koder" (se neste regneark)

Filene må inneholde data om alle undersøkelser som er gjennomført de to aktuelle årene både på inneliggende pasienter og på pasienter som behandles poliklinisk.

Enheten i filen skal være pasientopphold (for heldøgnsopphold, dagbehandling innlagte og behandling ved poliklinikk som utløser DRG-refusjon) eller polikliniske konsultasjoner/pasientbesøk (for undersøkelse som utløser refusjon fra Rikstrygdeverket).

Filene må være på maskinlesbar form og på et slikt format at de kan behandles i POLK/LABRØNK.

Hvis ikke alle analyser som utføres telles etter NORA KO-kodeverket, ber vi om at det vedlegges egne lister over de øvrige analysene og en forklaring på kommentarfanen.

Recordbeskrivelse for opphold:

Løpenummer (per pasient)

Modalitetskode

Lokalisasjonskode

Prosedyrekode

Sidemarkeringskode

Tilleggskode

DRG (om mulig)

Recordbeskrivelse for poliklinisk konsultasjon:

Løpenummer (per pasient)

Modalitetskode

Lokalisasjonskode

Prosedyrekode

Sidemarkeringskode

Tilleggskode

PK-kode (om mulig)

Vi ber om egne filer for de enkelte år.

Undersøkelser i hht PK-kodeverket

Liste med antallet i hver PK-kode

Listen er et alternativ til NORAKO-arket, hvis antall pasientbesøk/undersøkelser etter NORAKO-kodeverket ikke er tilgjengelig.

Registreringene omfatter (sett kryss)

Inneliggende	Egen poliklinikk	Rekvirert av eksterne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PK-kode	Kategorinavn	Antall	
		2002	2003
PK001	Granskning CT MR og angio		
PK002	Granskning RG og UL		
PK003	Teleradiologisk konferanse		
PK004	Us inneliggende pas		
PK005	Us v/anestesi		
PK006	Intervensjon omfattende		
PK008	Intervensjon enkel		
PK009	Stentinnleggelse		
PK101	Rettslig us		
PK102	RG kontrast enkel		
PK103	RG kontrast omfattende		
PK104	RG u/kontrast omfattende		
PK107	RG større angiografi		
PK108	Mammografi		
PK109	RG u/kontrast m tilleggsbilder		
PK110	Venografi		
PK111	RG kontrast moderat		
PK112	RG u/kontrast enkel		
PK113	RG thorax		
PK114	RG u/kontrast moderat		
PK201	UL prosedyre		
PK203	UL region		
PK204	UL moderat		
PK205	UL enkel		
PK206	UL annet		
PK301	CT kontrast flere bilder		
PK302	CT kontrast enkeltorgan		
PK303	CT u/kontrast ts		
PK304	CT region u/kontrast		
PK305	CT enkeltorg m/pros u/kontrast		
PK306	CT enkeltorgan u/kontrast		
PK401	MR kontrast angio		
PK402	MR kontrast region/rekonstr		
PK403	MR kontrast enkeltorg/rekonstr		
PK404	MR u/kontrast ts		
PK405	MR u/kontrast region/bilat		
PK406	MR u/kontrast enkeltorgan		
PK407	MR angio u/kontrast		

Publisering

Liste med referanser til artikler i nasjonale eller internasjonale fagtidsskrifter fra 2002 og 2003 der minst en av forfatterne har sin hovedtilknytning til enheten

Nr	Referanse
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

Antall årsverk knyttet til røntgenvirksomheten

Inkluder årsverk som er knyttet til selve røntgenvirksomheten som rapporteres i skjemaet. Avdelings/seksjonsledelse inkluderes.

	2002	2003	Kommentarer
Assistentleger			
Overleger (radiologer)			
Radiografer			
Andre			

Driftsutgifter

Alle beløp i 1000 kroner

Kontokodene henviser til artskontoplanen for helseforetakene

Utgiftstype

Kontokode

Varekostnader	4
Lønnskostnader	5
Elektrisk kraft, fyring og brensel	62
Renhold	636
Leie lokaler	630
IKT-utstyr, inkludert leie, vedlikehold, service	
Leie av medisinsk teknisk utstyr	
Medisinsk teknisk utstyr	
Medisinsk teknisk utstyr, vedlikehold og service	
Driftsbygninger, reparasjoner, vedlikehold,service	
Avskrivning på medisinsk teknisk utstyr	
Annen avskrivning	60 ikke inkludert over
Øvrige driftsutgifter på enhetens regnskap	60-79 ikke inkludert over
Administrasjon og fellesfunksjoner ikke inkludert over	60-79 ikke inkludert over

Utgifter		Beløpene er fremkommet ved						Kommentarer
		Føring i regnskapet av enhetens faktiske utgifter	Internfakturering av felleskostnader	Faste fordelingsnøkler for felleskostnader	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelsen	Lar seg ikke ansia uten betydelig merarbeid		
2002	2003							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Akkreditering

Er enheten akkreditert

2002	2003
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer

--

Anslå årlig kostnad i forbindelse med akkreditering

--	--

Avskrivning

Oppgi levetid som legges til grunn for avskrivninger av

Bygninger

Medisinsk teknisk utstyr

Antall år

--

Realkapital, kapitalverdi og avskrivning

Alle beløp i 1000 kroner

Kapitaltype	Kontokode	Bokført kapitalverdi		Avskrivning		Beløpene er fremkommet ved					Kommentarer
		2002	2003	2002	2003	Regnskapsføring på avdelingen	Internfakturering av felleskostnader	Faste fordelingsnøkler for felleskostnader	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelsen	Lar seg ikke anså uten betydelig merarbeid	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bygninger og anlegg	110-119					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medisinsk teknisk utstyr						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IKT-utstyr						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Øvrig realkapital	125-129					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Enhetens Arealbruk

I kvadratmeter, ikke inkludert andel av fellesarealer

2002 2003

--	--

Kommentarer

--

Medisinsk teknisk utstyr innkjøpsverdi over 50000 kroner

En linje for hver utstyrsenhet

Nr	Type, merke, modell	Innkjøpsår	Innkjøpspris i 1000 kr	Utstyret leies/leases (Sett kryss)	Kommentarer
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

Annet og kommentarer

Gi en kort beskrivelse av vakt- og beredskapsordning ved enheten

Kommentarer til utfyllingen av skjemaet

Kommentarer til undersøkelsen ellers

Spørreskjema for offentlige laboratorier (klinisk kjemi/medisinsk biokjemi)

Spørreskjemaet består av flere ark/faner som en får tilgang til ved å klikke nederst på hhv "Innledning", "Tjenesteproduksjon" osv. Det er utarbeidet en egen veiledning for utfylling av de enkelte arkene.

Hvite felt er til utfylling

Gule felt er valgfrie

Oppgi beløp i 1000 kroner

NB: Merk at enkelte ruter inneholder røde trekanter: Dette er kommentarer som kommer fram ved å holde musetasten over

Helseforetak	<input type="text"/>
Sykehus	<input type="text"/>
Enhet	<input type="text"/>

Kontaktperson	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-post	<input type="text"/>

Kommentarer til avgrensning av enheten:

Eventuelle spørsmål om utfylling kan rettes til:

Tor Iversen:

e-post: tor.iversen@medisin.uio.no

telefon: 23075308 (uke 28)

mobil: 99470479 (unntatt uke 27)

Terje P. Hagen:

e-post: t.p.hagen@medisin.uio.no

telefon: 23075316 (uke 26 og 27)

mobil: 97564771

Skjemaet, med eventuelle vedlegg returneres til hero@hero.uio.no

Ved å velge alle arkene samtidig (Skift-klikk) kan en skrive ut skjemaene, men vi ber om elektronisk utfylling og ikke på papir.

Tjenesteproduksjon

Pasienter og prøver (rekvisisjoner)

Vennligst fyll ut egen fane "Prøver" (se neste regneark) for antall pasienter/prøver fordelt etter tilknytning og hastegrad

Analyser

Vennligst fyll ut egne faner "Laboratorieanalyser" (se eget regneark) med antall analyser i hver gruppe

Forskning

For publisering i internasjonale eller nasjonale fagtidsskrifter, vennligst før en liste over fulle referanser i fanen "Publisering" (se eget regneark).

	2002	2003	Kommentarer
Antall doktorgrader der doktoranden har sitt hovedarbeidssted ved enheten			

Utdanning

	2002	2003	Kommentarer
Antall undervisnings- og utplasseringsuker medisinerstudenter			
Antall undervisnings- og utplasseringsuker bioingeniørstudenter			
Årsverk assistentleger			
Øvrig undervisning?			

Øvrig helsetjenesteproduksjon

Typer av tjenesteproduksjon som ikke er medregnet i gruppene ovenfor, men som inngår i enhetens virksomhet, og der ressursbruken ikke er trukket ut i fanene for kapital og driftsutgifter.

	Hva slags tjenester	2002	2003	Kommentarer
Inntekter fra tjenesteproduksjon som ikke er medregnet over				
Annen tjenesteproduksjon?				

Frie kommentarer vedrørende forsknings- og utdanningsaktivitet

Rekvirerte Prøver (rekvisisjoner)

Det er ikke nødvendig å skille mellom tre hastegrader, men vi ønsker egne tall for øyeblikkelig hjelp rekvisisjoner der en slik definisjon er meningsfylt.

Enhetens egen definisjon av ulike hastegrader

	Betegnelse	Definisjon
Hastegrad 1/ Øyeblikkelig hjelp		
Hastegrad 2		
Hastegrad 3		

Antall prøver (rekvisisjoner) i 2002

	Hastegrad 1/ Øyeblikkelig hjelp	Hastegrad 2	Hastegrad 3	Sum
Prøver (rekvisisjoner) for inneliggende pasienter				0
Prøver (rekvisisjoner) rekvirert av egen poliklinikk				0
Prøver (rekvisisjoner) rekvirert av eksterne				0
Sum	0	0	0	0

Antall i 2003

	Hastegrad 1/ Øyeblikkelig hjelp	Hastegrad 2	Hastegrad 3	Sum
Prøver (rekvisisjoner) for inneliggende pasienter				0
Prøver (rekvisisjoner) rekvirert av egen poliklinikk				0
Prøver (rekvisisjoner) rekvirert av eksterne				0
Sum	0	0	0	0

Anslag på andelen prøver tatt selv med eget personale

2002	
2003	

Kommentarer

Laboratorieanalyser

Liste med antall analyser i hht egne definisjoner

Hvis takstkoden som brukes til hver analyse er lett tilgjengelig ber vi om at denne tas med.

En kan om nødvendig levere egen fil i elektronisk format i stedet for å fylle ut nedenfor.

Evt kode i eget system	Analysenavn	Takstkode	Antall analyser 2002	Antall analyser 2003

Publisering

Liste med referanser til artikler i nasjonale eller internasjonale fagtidsskrifter fra 2002 og 2003 der minst en av forfatterne har sin hovedtilknytting til enheter

Nr	Referanse
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

Antall årsverk knyttet til laborativirksomheten

Inkluder årsverk som er knyttet til selve laborativirksomheten som rapporteres i skjemaet. Avdelings/seksjonsledelse inkluderes.

	2002	2003	Kommentarer
Assistentleger			
Overleger			
Bioingeniører			
Andre			

Driftsutgifter

Alle beløp i 1000 kroner

Kontokodene henviser til artskontoplanen for helseforetakene

Utgiftstype

Utgiftstype	Kontokode
Varekostnader	400-499
Lønnskostnader	500-599
Transport av prøver	
Elektrisk kraft, fyring og brensel	634, 635
Renhold	636
Leie lokaler	630
IKT-utstyr	641, 651, 664
Leie av medisinsk teknisk utstyr	640
Medisinsk teknisk utstyr, inkludert vedlikehold, service	650,662
Driftsbygninger, reparasjoner, vedlikehold,service	660
Avskrivning på medisinsk teknisk utstyr	603
Avskrivning på transportmidler	602
Annen avskrivning	600, 601, 604-609
Øvrige driftsutgifter på enhetens regnskap	610-790 ikke inkludert over
Administrasjon og fellesfunksjoner ikke inkludert over	

Utgifter		Beløpene er fremkommet ved						Kommentarer
		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		
2002	2003							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Akkreditering

Er laboratoriet akkreditert

2002	2003
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer

--

Anslå årlig kostnad i forbindelse med akkreditering

--	--

Avskrivning

Oppgi levetid som legges til grunn for avskrivninger av

Bygninger

Antall år

Medisinsk teknisk utstyr

Realkapital, kapitalverdi og avskrivning

Alle beløp i 1000 kroner

Kapitaltype	Kontokode	Bokført kapitalverdi		Avskrivning		Beløpene er fremkommet ved					Kommentarer
		2002	2003	2002	2003	Regnskapsføring på avdelingen	Interfakturering av felleskostnader	Faste fordelingsnøkler for felleskostnader	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelsen	Lar seg ikke ansia uten betydelig merarbeid	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bygninger og anlegg	110-119					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medisinsk teknisk utstyr	120					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IKT-utstyr	121					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Biler og transportmidler	123-124					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Øvrig realkapital	125-129					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Enhetens Arealbruk

I kvadratmeter, ikke inkludert andel av fellesarealer

2002	2003

Kommentarer

--

Medisinsk teknisk utstyr innkjøpsverdi over 50000 kroner

En linje for hver utstyrsenhet

Nr	Type, merke, modell	Innkjøpsår	Innkjøpspris i 1000 kr	Utstyret leies/leases (Sett kryss)	Kommentarer
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

Annet og kommentarer

Gi en kort beskrivelse av vakt- og beredskapsordning ved enheten

Kommentarer til utfyllingen av skjemaet

Kommentarer til undersøkelsen ellers

Spørreskjema for private laboratorier (klinisk kjemi/medisinsk biokjemi)

Spørreskjemaet består av flere ark/faner som en får tilgang til ved å klikke nederst på hhv "Innledning", "Tjenesteproduksjon" osv. Det er utarbeidet en egen veiledning for utfylling av de enkelte arkene.

Hvite felt er til utfylling

Gule felt er valgfrie

Oppgi beløp i 1000 kroner

NB: Merk at enkelte ruter inneholder røde trekkanter: Dette er kommentarer som kommer fram ved å holde musetasten over

Foretak
Avdeling

Kontaktperson
Telefon
E-post

Kommentarer til avgrensning av enheten:

--

Eventuelle spørsmål om utfylling kan rettes til:

Tor Iversen:
e-post: tor.iversen@medisin.uio.no
telefon: 23075308 (uke 28)
mobil: 99470479 (unntatt uke 27)

Terje P. Hagen:
e-post: t.p.hagen@medisin.uio.no
telefon: 23075316 (uke 26 og 27)
mobil: 97564771

Skjemaet, med eventuelle vedlegg returneres til hero@hero.uio.no
Ved å velge alle arkene samtidig (Skift-klikk) kan en skrive ut skjemaene, men vi ber om elektronisk utfylling og ikke på papir.

Tjenesteproduksjon

Pasienter og prøver (rekvisisjoner)

Vennligst fyll ut egen fane "Prøver" (se neste regneark) for antall pasienter/prøver fordelt etter tilknytning og hastegrad

Analyser

Vennligst fyll ut egne faner "Laboratorieanalyser" (se eget regneark) med antall analyser i hver gruppe

Forskning

For publisering i internasjonale eller nasjonale fagtidsskrifter, vennligst før en liste over fulle referanser i fanen "Publisering" (se eget regneark).

	2002	2003	Kommentarer
Antall doktorgrader der doktoranden har sitt hovedarbeidssted ved enheten			

Utdanning

	2002	2003	Kommentarer
Antall undervisnings- og utplasseringsuker medisinerstudenter			
Antall undervisnings- og utplasseringsuker bioingeniørstudenter			
Årsverk assistentleger			
Øvrig undervisning?			

Øvrig helsetjenesteproduksjon

Typar av tjenesteproduksjon som ikke er medregnet i gruppene ovenfor, men som inngår i enhetens virksomhet, og der ressursbruken ikke er trukket ut i fanene for kapital og driftsutgifter.

	Hva slags tjenester	2002	2003	Kommentarer
Inntekter fra tjenesteproduksjon som ikke er medregnet over Annen tjenesteproduksjon?				

Frie kommentarer vedrørende forsknings- og utdanningsaktivitet

Rekvirerte Prøver (rekvisisjoner)

Det er ikke nødvendig å skille mellom tre hastegrader, men vi ønsker egne tall for øyeblikkelig hjelp rekvisisjoner der en slik definisjon er meningsfylt.

Enhetens egen definisjon av ulike hastegrader

	Betegnelse	Definisjon
Hastegrad 1/ Øyeblikkelig hjelp		
Hastegrad 2		
Hastegrad 3		

Antall prøver (rekvisisjoner) i 2002

	Hastegrad 1/ Øyeblikkelig hjelp	Hastegrad 2	Hastegrad 3	Sum
Prøver (rekvisisjoner) for inneliggende pasienter				0
Prøver (rekvisisjoner) rekvirert av egen poliklinikk				0
Prøver (rekvisisjoner) rekvirert av eksterne				0
Sum	0	0	0	0

Antall i 2003

	Hastegrad 1/ Øyeblikkelig hjelp	Hastegrad 2	Hastegrad 3	Sum
Prøver (rekvisisjoner) for inneliggende pasienter				0
Prøver (rekvisisjoner) rekvirert av egen poliklinikk				0
Prøver (rekvisisjoner) rekvirert av eksterne				0
Sum	0	0	0	0

Anslag på andelen prøver tatt selv med eget personale

2002	
2003	

Kommentarer

Laboratorieanalyser

Liste med antall analyser i hht egne definisjoner

Hvis takstkoden som brukes til hver analyse er lett tilgjengelig ber vi om at denne tas med.

En kan om nødvendig levere egen fil i elektronisk format i stedet for å fylle ut nedenfor.

Evt kode i eget system	Analysenavn	Takstkode	Antall analyser 2002	Antall analyser 2003

Publisering

Liste med referanser til artikler i nasjonale eller internasjonale fagtidsskrifter fra 2002 og 2003 der minst en av forfatterne har sin hovedtilknytting til enheter

Nr	Referanse
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

Antall årsverk knyttet til laborativirksomheten

Inkluder årsverk som er knyttet til selve laborativirksomheten som rapporteres i skjemaet. Avdelings/seksjonsledelse inkluderes.

	2002	2003	Kommentarer
Assistentleger			
Overleger			
Bioingeniører			
Andre			

Driftsutgifter

Alle beløp i 1000 kroner

Kontokodene henviser til artskontoplanen for helseforetakene

Utgiftstype

Utgiftstype	Kontokode
Varekostnader	4
Lønnskostnader	5
Transport av prøver	61
Elektrisk kraft, fyring og brensel	62
Renhold	636
Leie lokaler	630
IKT-utstyr, inkludert leie, vedlikehold, service	
Leie av medisinsk teknisk utstyr	
Medisinsk teknisk utstyr, inkludert vedlikehold, service	
Driftsbygninger, reparasjoner, vedlikehold, service	
Avskrivning på medisinsk teknisk utstyr	
Avskrivning på transportmidler	
Annen avskrivning	60 ikke inkludert over
Øvrige driftsutgifter på enhetens regnskap	60-79 ikke inkludert over
Administrasjon og fellesfunksjoner ikke inkludert over	60-79 ikke inkludert over

Utgifter		Beløpene er fremkommet ved						Kommentarer
		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		
2002	2003							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Akkreditering

Er laboratoriet akkreditert

2002	2003
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer

Anslå årlig kostnad i forbindelse med akkreditering

--	--

Avskrivning

Oppgi levetid som legges til grunn for avskrivninger av

Bygninger

Medisinsk teknisk utstyr

Antall år

Realkapital, kapitalverdi og avskrivning

Alle beløp i 1000 kroner

Kapitaltype	Kontokode	Bokført kapitalverdi		Avskrivning		Beløpene er fremkommet ved					Kommentarer
		2002	2003	2002	2003	Regnskapsføring på avdelingen	Interfakturering av felleskostnader	Faste fordelingsnøkler for felleskostnader	Anslag gjort i forbindelse med denne undersøkelsen	Lar seg ikke ansia uten betydelig merarbeid	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bygninger og anlegg	110-119					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medisinsk teknisk utstyr	120					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IKT-utstyr	121					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Biler og transportmidler	123-124					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Øvrig realkapital	125-129					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Enhetens Arealbruk

I kvadratmeter, ikke inkludert andel av fellesarealer

2002	2003

Kommentarer

--

Medisinsk teknisk utstyr innkjøpsverdi over 50000 kroner

En linje for hver utstyrsenhet

Nr	Type, merke, modell	Innkjøpsår	Innkjøpspris i 1000 kr	Utstyret leies/leases (Sett kryss)	Kommentarer
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

Annet og kommentarer

Gi en kort beskrivelse av vakt- og beredskapsordning ved enheten

Kommentarer til utfyllingen av skjemaet

Kommentarer til undersøkelsen ellers

Analysenavn	Offentlig takst	Refusjons-sats etter takst	Utførte analyser		Andel av utførte analyser		Totalt registrerte analyser		Andel antatte sendeprøver		Analyser veid med offentlige takster		Analyseaktivitet (Renormalisert produksjonsmål)		Andel av analyseaktiviteten	
			2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Klinisk kjemi og analyser som er vanlige ved klinisk kjemiske laboratorier																
A1-antitrypsin Div. spes. Proteiner	707B	29	14 839	11 918	0.03 %	0.02 %	15 283	12 495	3 %	5 %	430 331	345 622	23 700	19 035	0.04 %	0.03 %
ABO-Rh	703A*2	30	16 841	17 109	0.03 %	0.03 %	26 333	28 101	36 %	39 %	505 230	513 270	27 826	28 268	0.05 %	0.05 %
ABO-typing	703A	15	64 147	70 104	0.11 %	0.11 %	64 147	70 104	0 %	0 %	962 205	1 051 560	52 993	57 915	0.09 %	0.09 %
acetone	707D	165	56	41	0.00 %	0.00 %	56	41	0 %	0 %	9 240	6 765	509	373	0.00 %	0.00 %
ALAT	707A	11	2 343 304	2 541 455	4.15 %	4.10 %	2 343 304	2 541 455	0 %	0 %	25 776 344	27 956 005	1 419 630	1 539 675	2.54 %	2.46 %
albumin	707A	11	1 008 680	1 089 178	1.79 %	1.76 %	1 008 686	1 089 191	0 %	0 %	11 095 480	11 980 958	611 083	659 850	1.09 %	1.05 %
alfa-feto-protein	707C	55	13 065	14 705	0.02 %	0.02 %	13 217	14 946	1 %	2 %	718 575	808 775	39 575	44 543	0.07 %	0.07 %
alfa-thalassemi gentest	701D3+AC	336	-	2	0.00 %	0.00 %	-	2	0 %	0 %	-	672	-	37	0.00 %	0.00 %
alkalisk fosfatase (IFCC) og sure -	707A	11	1 563 396	1 719 544	2.77 %	2.77 %	1 563 408	1 719 553	0 %	0 %	17 197 356	18 914 984	947 143	1 041 741	1.70 %	1.66 %
ALP isoenzymer	707C	55	247	209	0.00 %	0.00 %	247	210	0 %	0 %	13 585	11 495	748	633	0.00 %	0.00 %
alprazolam	707D	165	43	41	0.00 %	0.00 %	43	41	0 %	0 %	7 095	6 765	391	373	0.00 %	0.00 %
amfetamin	707C	328	80 204	90 818	0.14 %	0.15 %	80 206	90 821	0 %	0 %	4 411 220	4 994 990	242 948	275 099	0.44 %	0.44 %
amitriptylin	707D	165	128	182	0.00 %	0.00 %	296	336	57 %	46 %	21 120	30 030	1 163	1 654	0.00 %	0.00 %
Ammonium	707B	29	3 048	3 502	0.01 %	0.01 %	3 138	3 604	3 %	3 %	88 392	101 558	4 868	5 593	0.01 %	0.01 %
amprenavir	707D	165	1	5	0.00 %	0.00 %	1	5	0 %	0 %	165	825	9	45	0.00 %	0.00 %
amylase isoenzymer	707C	55	213	176	0.00 %	0.00 %	220	183	3 %	4 %	11 715	9 680	645	533	0.00 %	0.00 %
ANA	703M+N	70	50 922	51 648	0.09 %	0.08 %	52 846	53 865	4 %	4 %	3 564 540	3 615 360	196 317	199 116	0.35 %	0.32 %
angiot.conv. enzym	707A	11	7 598	8 093	0.01 %	0.01 %	7 969	8 411	5 %	4 %	83 578	89 023	4 603	4 903	0.01 %	0.01 %
Antistofscreening	703D	83	48 223	53 532	0.09 %	0.09 %	49 816	55 233	3 %	3 %	4 002 509	4 443 156	220 438	244 707	0.39 %	0.39 %
Antistreptolysintitering	704K	29	2 965	2 373	0.01 %	0.00 %	3 166	2 618	6 %	9 %	85 985	68 817	4 736	3 790	0.01 %	0.01 %
Anti-TPO Thyreoideantistoffer	707C	55	97 065	106 016	0.17 %	0.17 %	99 498	108 479	2 %	2 %	5 338 575	5 830 880	294 022	321 135	0.53 %	0.51 %
Antitrombin	707B	29	10 423	10 021	0.02 %	0.02 %	10 488	10 089	1 %	1 %	302 267	290 609	16 647	16 005	0.03 %	0.03 %
Antitrypsin	707B	29	30 585	25 693	0.05 %	0.04 %	30 585	25 693	0 %	0 %	886 965	745 097	48 850	41 036	0.09 %	0.07 %
APC-resistens	707C	55	4 476	3 775	0.01 %	0.01 %	4 480	3 779	0 %	0 %	246 180	207 625	13 558	11 435	0.02 %	0.02 %
apolipoprotein A1	707B	29	3 168	4 239	0.01 %	0.01 %	3 193	4 301	1 %	1 %	91 872	122 931	5 060	6 770	0.01 %	0.01 %
apolipoprotein B	707B	29	4 868	4 921	0.01 %	0.01 %	4 888	4 976	0 %	1 %	141 172	142 709	7 775	7 860	0.01 %	0.01 %
ASAT	707A	11	1 791 055	1 919 565	3.17 %	3.09 %	1 791 649	1 919 922	0 %	0 %	19 701 605	21 115 215	1 085 065	1 162 919	1.94 %	1.85 %
ascorbinsyre	707A	11	9	2	0.00 %	0.00 %	9	2	0 %	0 %	99	22	5	1	0.00 %	0.00 %
b2-mikroglobulin	707C	55	4 980	4 989	0.01 %	0.01 %	4 980	4 989	0 %	0 %	273 900	274 395	15 085	15 112	0.03 %	0.02 %
barbiturater	707C	165	39 709	43 898	0.07 %	0.07 %	39 713	43 900	0 %	0 %	2 183 995	2 414 390	120 283	132 972	0.22 %	0.21 %
bekr. av amfetamin	707E	328	157	145	0.00 %	0.00 %	157	145	0 %	0 %	51 496	47 560	2 836	2 619	0.01 %	0.00 %
bekr. av etanol	707D	165	3	5	0.00 %	0.00 %	3	5	0 %	0 %	495	825	27	45	0.00 %	0.00 %
bekr. av metadon	707D	165	17	16	0.00 %	0.00 %	17	16	0 %	0 %	2 805	2 640	154	145	0.00 %	0.00 %
bekr. av opiater, etc.	707E	328	364	337	0.00 %	0.00 %	364	337	0 %	0 %	119 392	110 536	6 576	6 088	0.01 %	0.01 %
bekr. benzodiaz.	707E	328	322	261	0.00 %	0.00 %	322	261	0 %	0 %	105 616	85 608	5 817	4 715	0.01 %	0.01 %
bekr. cannabinoid	707E	328	418	290	0.00 %	0.00 %	418	290	0 %	0 %	137 104	95 120	7 551	5 239	0.01 %	0.01 %
benzodiazepiner	707C	328	81 642	91 581	0.14 %	0.15 %	81 645	91 583	0 %	0 %	4 490 310	5 036 955	247 304	277 410	0.44 %	0.44 %
Bikarbonat	707A	11	69 709	73 502	0.12 %	0.12 %	108 373	113 502	36 %	35 %	766 799	808 522	42 231	44 529	0.08 %	0.07 %
bilirubin	707A	11	825 734	898 800	1.46 %	1.45 %	825 736	898 801	0 %	0 %	9 083 074	9 886 800	500 250	544 515	0.90 %	0.87 %
blod i fæces	707A	11	13 231	13 363	0.02 %	0.02 %	14 113	14 124	6 %	5 %	145 541	146 993	8 016	8 096	0.01 %	0.01 %
Blødningstid	707A	11	855	796	0.00 %	0.00 %	958	895	11 %	11 %	9 405	8 756	518	482	0.00 %	0.00 %
blodprøvetaking	-	0	229	188	0.00 %	0.00 %	229	188	0 %	0 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
buprenorfin	707C	55	31 694	32 959	0.06 %	0.05 %	31 694	32 959	0 %	0 %	1 743 170	1 812 745	96 005	99 837	0.17 %	0.16 %
CA125	707C	55	49 424	55 918	0.09 %	0.09 %	49 908	56 437	1 %	1 %	2 718 320	3 075 490	149 711	169 382	0.27 %	0.27 %
Cadmium, spormetaller/-stoffer	707C	55	35 906	33 879	0.06 %	0.05 %	36 114	34 092	1 %	1 %	1 974 830	1 863 345	108 764	102 624	0.19 %	0.16 %
calcium	707A	11	1 143 407	1 207 483	2.02 %	1.95 %	1 143 503	1 207 603	0 %	0 %	12 577 477	13 282 313	692 704	731 522	1.24 %	1.17 %
calcium ionisert	707B	29	29 557	39 175	0.05 %	0.06 %	29 568	39 175	0 %	0 %	857 153	1 136 075	47 208	62 569	0.08 %	0.10 %
Cancermarkør, diverse	707C	55	3 175	3 558	0.01 %	0.01 %	3 175	3 558	0 %	0 %	174 625	195 690	9 617	10 778	0.02 %	0.02 %
cannabinoider	707C	55	77 384	84 708	0.14 %	0.14 %	77 387	84 709	0 %	0 %	4 256 120	4 658 940	234 406	256 591	0.42 %	0.41 %
CDT	707D	328	8 649	11 951	0.02 %	0.02 %	9 756	13 220	11 %	10 %	1 427 085	1 971 915	78 597	108 603	0.14 %	0.17 %
CEA	707C	55	79 433	90 578	0.14 %	0.15 %	79 866	91 024	1 %	0 %	4 368 815	4 981 790	240 612	274 372	0.43 %	0.44 %
cephotest, koag.tid	707A	11	65 259	64 985	0.12 %	0.10 %	65 259	64 985	0 %	0 %	717 849	714 835	39 535	39 369	0.07 %	0.06 %
ceruloplasmin	707B	29	1 844	1 727	0.00 %	0.00 %	1 857	1 733	1 %	0 %	53 476	50 083	2 945	2 758	0.01 %	0.00 %
cholinesterase	707A	11	60	62	0.00 %	0.00 %	61	63	2 %	2 %	660	682	36	38	0.00 %	0.00 %
ciclosporin	707C	55	23 890	24 361	0.04 %	0.04 %	24 872	25 279	4 %	4 %	1 313 950	1 339 855	72 366	73 792	0.13 %	0.12 %

Analysenavn	Offentlig takst	Refusjons-sats etter takst	Utførte analyser		Andel av utførte analyser		Totalt registrerte analyser		Andel antatte sendeprøver		Analyser veid med offentlige takster		Analyseaktivitet (Renormalisert produksjonsmål)		Andel av analyseaktiviteten	
			2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
citalopram	707D	165	110	155	0.00 %	0.00 %	110	155	0 %	0 %	18 150	25 575	1 000	1 409	0.00 %	0.00 %
CK	707A	11	492 620	565 726	0.87 %	0.91 %	492 620	565 726	0 %	0 %	5 418 820	6 222 986	298 441	342 731	0.53 %	0.55 %
CK isoenzymer	707C	55	507	193	0.00 %	0.00 %	507	193	0 %	0 %	27 885	10 615	1 536	585	0.00 %	0.00 %
CKMB	707B	29	266 483	284 305	0.47 %	0.46 %	270 072	284 367	1 %	0 %	7 728 007	8 244 845	425 619	454 084	0.76 %	0.72 %
Clearance, nyrer	707B	29	9 629	10 406	0.02 %	0.02 %	9 917	10 649	3 %	2 %	279 241	301 774	15 379	16 620	0.03 %	0.03 %
CO-hemoglobin	707B	29	315	251	0.00 %	0.00 %	315	251	0 %	0 %	9 135	7 279	503	401	0.00 %	0.00 %
Coombs	703G	76	5 830	5 898	0.01 %	0.01 %	6 101	6 184	4 %	5 %	443 080	448 248	24 403	24 687	0.04 %	0.04 %
C-peptid	707B	29	3 410	4 570	0.01 %	0.01 %	3 521	4 725	3 %	3 %	98 890	132 530	5 446	7 259	0.01 %	0.01 %
CRP	707B	29	1 873 788	2 102 815	3.32 %	3.39 %	1 873 788	2 102 815	0 %	0 %	54 339 852	60 981 635	2 992 764	3 358 589	5.36 %	5.36 %
cTroponin T (Troponin T og I)	707C	55	306 565	350 145	0.54 %	0.56 %	306 565	350 145	0 %	0 %	16 861 075	19 257 975	928 623	1 060 632	1.66 %	1.69 %
Cystatin C	707C	55	48	270	0.00 %	0.00 %	48	270	0 %	0 %	2 640	14 850	145	818	0.00 %	0.00 %
cystin/homocystin	707B	29	635	873	0.00 %	0.00 %	727	975	13 %	10 %	18 415	25 317	1 014	1 394	0.00 %	0.00 %
D-dimer	707B	29	96 732	109 760	0.17 %	0.18 %	97 022	110 033	0 %	0 %	2 805 228	3 183 040	154 498	175 306	0.28 %	0.28 %
desmetyldiazepam	707D	165	909	868	0.00 %	0.00 %	911	871	0 %	0 %	149 985	143 220	8 260	7 888	0.01 %	0.01 %
dextropropoxyfen	707D	165	3 495	3 394	0.01 %	0.01 %	3 495	3 394	0 %	0 %	576 675	560 010	31 760	30 843	0.06 %	0.05 %
diazepam	707D	165	1 215	1 174	0.00 %	0.00 %	1 223	1 178	1 %	0 %	200 475	193 710	11 041	10 669	0.02 %	0.02 %
digitoksin	707C	55	50 071	49 760	0.09 %	0.08 %	50 071	49 760	0 %	0 %	2 753 905	2 736 800	151 671	150 729	0.27 %	0.24 %
digoksin	707C	55	3 759	3 749	0.01 %	0.01 %	3 805	3 798	1 %	1 %	206 745	206 195	11 386	11 356	0.02 %	0.02 %
direkte bilirubin, bilirubin fraksjonert	707B	29	20 703	19 812	0.04 %	0.03 %	20 873	20 181	1 %	2 %	600 387	574 548	33 066	31 643	0.06 %	0.05 %
disopyramid	707C	55	55	43	0.00 %	0.00 %	55	43	0 %	0 %	3 025	2 365	167	130	0.00 %	0.00 %
ecstasy	707E	328	20 282	25 943	0.04 %	0.04 %	20 282	25 943	0 %	0 %	6 652 496	8 509 304	366 386	468 649	0.66 %	0.75 %
EDDP metadonmetabolitt	707C	55	17 613	19 828	0.03 %	0.03 %	17 613	19 828	0 %	0 %	968 715	1 079 540	53 352	59 456	0.10 %	0.09 %
Elastase	707B	29	679	772	0.00 %	0.00 %	679	772	0 %	0 %	19 691	22 388	1 084	1 233	0.00 %	0.00 %
eosinofile blodleg.	707B	29	286 425	319 545	0.51 %	0.52 %	286 425	319 545	0 %	0 %	8 306 325	9 266 805	457 470	510 369	0.82 %	0.81 %
Erytr.-G6PDH	707C	55	34	45	0.00 %	0.00 %	34	45	0 %	0 %	1 870	2 475	103	136	0.00 %	0.00 %
Erytr.-PK	707C	55	7	19	0.00 %	0.00 %	7	19	0 %	0 %	385	1 045	21	58	0.00 %	0.00 %
etanol	707C	55	42 288	45 322	0.07 %	0.07 %	42 301	45 322	0 %	0 %	2 325 840	2 492 710	128 095	137 286	0.23 %	0.22 %
etanol bekrefteelse	707D	165	13	17	0.00 %	0.00 %	13	17	0 %	0 %	2 145	2 805	118	154	0.00 %	0.00 %
Etanol geltest, fibr. Monomer	707A	11	9 105	7 195	0.02 %	0.01 %	9 126	7 214	0 %	0 %	100 155	79 145	5 516	4 359	0.01 %	0.01 %
etosuksimid	707C	55	30	30	0.00 %	0.00 %	30	30	0 %	0 %	1 650	1 650	91	91	0.00 %	0.00 %
etylenglykol	707C	55	152	161	0.00 %	0.00 %	152	161	0 %	0 %	8 360	8 855	460	488	0.00 %	0.00 %
Faktor V Leiden	701A+C	231	306	546	0.00 %	0.00 %	153	273	0 %	0 %	70 686	126 126	3 893	6 946	0.01 %	0.01 %
Farging av utstr.	-	0	92 412	97 787	0.16 %	0.16 %	92 412	97 787	0 %	0 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
fenazon	707D	165	9	17	0.00 %	0.00 %	9	17	0 %	0 %	1 485	2 805	82	154	0.00 %	0.00 %
fencyklidin	707C	55	17 929	20 542	0.03 %	0.03 %	17 929	20 542	0 %	0 %	986 095	1 129 810	54 309	62 224	0.10 %	0.10 %
fenobarbital	707C	55	3 936	3 836	0.01 %	0.01 %	3 936	3 836	0 %	0 %	216 480	210 980	11 923	11 620	0.02 %	0.02 %
fenytoin	707C	55	6 037	5 969	0.01 %	0.01 %	6 037	5 969	0 %	0 %	332 035	328 295	18 287	18 081	0.03 %	0.03 %
ferritin	707B	29	1 320 341	1 467 995	2.34 %	2.37 %	1 320 341	1 467 995	0 %	0 %	38 289 889	42 571 855	2 108 813	2 344 642	3.78 %	3.74 %
Fett (g/d), nitrogen (fæces)	707C	55	137	177	0.00 %	0.00 %	137	177	0 %	0 %	7 535	9 735	415	536	0.00 %	0.00 %
fibrinogen	707B	29	63 684	66 865	0.11 %	0.11 %	63 684	66 865	0 %	0 %	1 846 836	1 939 085	101 714	106 795	0.18 %	0.17 %
flunitrazepam	707D	165	7 345	8 047	0.01 %	0.01 %	7 345	8 047	0 %	0 %	1 211 925	1 327 755	66 747	73 126	0.12 %	0.12 %
folat	707C	55	424 529	508 375	0.75 %	0.82 %	440 676	512 765	4 %	1 %	23 349 095	27 960 625	1 285 950	1 539 930	2.30 %	2.46 %
folinsyre	707C	55	132 170	162 278	0.23 %	0.26 %	132 170	162 278	0 %	0 %	7 269 350	8 925 290	400 359	491 560	0.72 %	0.78 %
fosfat	707A	11	347 642	366 705	0.62 %	0.59 %	347 734	366 809	0 %	0 %	3 824 062	4 033 755	210 610	222 159	0.38 %	0.35 %
fritt T3	707C	55	138 648	177 972	0.25 %	0.29 %	145 683	178 005	5 %	0 %	7 625 640	9 788 460	419 982	539 099	0.75 %	0.86 %
fritt tyroksin	707B	29	1 185 335	1 321 287	2.10 %	2.13 %	1 185 335	1 321 287	0 %	0 %	34 374 715	38 317 323	1 893 185	2 110 324	3.39 %	3.37 %
Fruktosamin	707B	29	16 309	14 021	0.03 %	0.02 %	16 310	14 023	0 %	0 %	472 961	406 609	26 048	22 394	0.05 %	0.04 %
FSH	707C	55	67 690	74 345	0.12 %	0.12 %	68 752	75 201	2 %	1 %	3 722 950	4 088 975	205 041	225 200	0.37 %	0.36 %
fx5, matallergipanel	703Y	108	42 062	51 043	0.07 %	0.08 %	43 177	52 189	3 %	2 %	4 542 696	5 512 644	250 189	303 608	0.45 %	0.48 %
gallesyrer	707B	29	545	919	0.00 %	0.00 %	545	919	0 %	0 %	15 805	26 651	870	1 468	0.00 %	0.00 %
gammaparoksybutyrat	707D	165	119	534	0.00 %	0.00 %	119	534	0 %	0 %	19 635	88 110	1 081	4 853	0.00 %	0.01 %
Glukose bel 2 timer. Belastninger	707D	165	10 269	11 247	0.02 %	0.02 %	10 269	11 247	0 %	0 %	1 694 385	1 855 755	93 318	102 206	0.17 %	0.16 %
glukose, blod	707A	11	1 204 313	1 298 145	2.13 %	2.09 %	1 204 441	1 298 353	0 %	0 %	13 247 443	14 279 595	729 602	786 448	1.31 %	1.25 %
glukose, serum/plasma	707A	11	3 718	4 106	0.01 %	0.01 %	3 718	4 106	0 %	0 %	40 898	45 166	2 252	2 488	0.00 %	0.00 %
Graviditetstest	707A	11	4 875	5 205	0.01 %	0.01 %	5 167	5 552	6 %	6 %	53 625	57 255	2 953	3 153	0.01 %	0.01 %
GT	707A	11	1 565 749	1 712 528	2.77 %	2.76 %	1 565 749	1 712 528	0 %	0 %	17 223 239	18 837 808	948 569	1 037 491	1.70 %	1.65 %
haptoglobin	707B	29	47 302	45 971	0.08 %	0.07 %	47 302	45 971	0 %	0 %	1 371 758	1 333 159	75 549	73 424	0.14 %	0.12 %

Analysenavn	Offentlig takst	Refusjons-sats etter takst	Utførte analyser		Andel av utførte analyser		Totalt registrerte analyser		Andel antatte sendeprøver		Analyser veid med offentlige takster		Analyseaktivitet (Renormalisert produksjonsmål)		Andel av analyseaktiviteten	
			2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
HbA1C - DCA2000	707B	29	355 613	385 552	0.63 %	0.62 %	355 613	385 552	0 %	0 %	10 312 777	11 181 008	567 975	615 793	1.02 %	0.98 %
HCG	707C	55	34 089	38 681	0.06 %	0.06 %	34 184	38 791	0 %	0 %	1 874 895	2 127 455	103 260	117 169	0.19 %	0.19 %
HDL kolesterol	707B	29	897 009	991 109	1.59 %	1.60 %	897 009	991 109	0 %	0 %	26 013 261	28 742 161	1 432 679	1 582 973	2.57 %	2.52 %
hematokrit	-	0	1 143 120	1 263 036	2.02 %	2.04 %	1 143 120	1 263 036	0 %	0 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
hemoglobin [note 1]	707A	11	3 053 485	3 328 432	5.41 %	5.37 %	3 053 485	3 328 432	0 %	0 %	33 588 335	36 612 752	1 849 875	2 016 445	3.31 %	3.22 %
Hemogram (enkelt) [note 1]	707A	11	130 773	141 057	0.23 %	0.23 %	130 773	141 057	0 %	0 %	1 438 503	1 551 627	79 225	85 456	0.14 %	0.14 %
Hemogram (utvidet med diff)	707B	29	389 761	456 879	0.69 %	0.74 %	389 761	456 879	0 %	0 %	11 303 069	13 249 491	622 516	729 715	1.12 %	1.16 %
hemokromatose kun PCR	701C	180	-	2	0.00 %	0.00 %	-	2	0 %	0 %	-	360	-	20	0.00 %	0.00 %
hemokromatose PCR	701A+C	231	1 788	1 570	0.00 %	0.00 %	1 788	1 570	0 %	0 %	413 028	362 670	22 747	19 974	0.04 %	0.03 %
Homocystein	707D	165	108 745	149 675	0.19 %	0.24 %	108 745	149 675	0 %	0 %	17 942 925	24 696 375	988 205	1 360 151	1.77 %	2.17 %
Hormoner, diverse ACTH	707C	55	23 832	33 632	0.04 %	0.05 %	25 659	35 602	7 %	6 %	1 310 760	1 849 760	72 190	101 875	0.13 %	0.16 %
hvite blodlegemer	-	0	2 550 555	2 819 692	4.52 %	4.55 %	2 550 555	2 819 692	0 %	0 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
hypocretin	707D	165	-	47	0.00 %	0.00 %	-	47	0 %	0 %	-	7 755	-	427	0.00 %	0.00 %
IgE	703W	35	80 232	90 164	0.14 %	0.15 %	81 255	91 251	1 %	1 %	2 808 120	3 155 740	154 657	173 802	0.28 %	0.28 %
immunfiksasjon/immunelektroforese	C	195	7 602	8 010	0.01 %	0.01 %	7 636	8 060	0 %	1 %	1 482 390	1 561 950	81 643	86 024	0.15 %	0.14 %
immunglobulin A	707B	29	62 608	83 486	0.11 %	0.13 %	62 610	83 487	0 %	0 %	1 815 632	2 421 094	99 996	133 342	0.18 %	0.21 %
immunglobulin G	707B	29	64 884	78 477	0.11 %	0.13 %	64 951	78 541	0 %	0 %	1 881 636	2 275 833	103 631	125 341	0.19 %	0.20 %
immunglobulin M	707B	29	57 995	70 170	0.10 %	0.11 %	57 995	70 170	0 %	0 %	1 681 855	2 034 930	92 628	112 074	0.17 %	0.18 %
indinavir	707D	165	4	10	0.00 %	0.00 %	4	10	0 %	0 %	660	1 650	36	91	0.00 %	0.00 %
indirekte bilirubin	707B	29	15 794	14 076	0.03 %	0.02 %	15 865	14 143	0 %	0 %	458 026	408 204	25 226	22 482	0.05 %	0.04 %
Insulin	707C	55	3 587	4 808	0.01 %	0.01 %	3 760	4 993	5 %	4 %	197 285	264 440	10 865	14 564	0.02 %	0.02 %
ion-calsium akt.	707B	29	48 564	54 113	0.09 %	0.09 %	49 342	55 167	2 %	2 %	1 408 356	1 569 277	77 565	86 428	0.14 %	0.14 %
isopropanol	707D	165	89	82	0.00 %	0.00 %	89	82	0 %	0 %	14 685	13 530	809	745	0.00 %	0.00 %
jernbelastning 2 timer	707A	11	5	6	0.00 %	0.00 %	5	6	0 %	0 %	55	66	3	4	0.00 %	0.00 %
jern	707A	11	471 703	531 762	0.84 %	0.86 %	471 732	531 796	0 %	0 %	5 188 733	5 849 382	285 769	322 154	0.51 %	0.51 %
jernbelastning 0 timer	707A	11	14 022	14 788	0.02 %	0.02 %	14 030	14 795	0 %	0 %	154 242	162 668	8 495	8 959	0.02 %	0.01 %
kalium	707A	11	2 441 172	2 686 663	4.32 %	4.33 %	2 441 234	2 686 737	0 %	0 %	26 852 892	29 553 293	1 478 921	1 627 646	2.65 %	2.60 %
karbamazepin	707C	55	18 545	18 303	0.03 %	0.03 %	18 559	18 350	0 %	0 %	1 019 975	1 006 665	56 175	55 442	0.10 %	0.09 %
karisoprodol	707D	165	251	225	0.00 %	0.00 %	251	225	0 %	0 %	41 415	37 125	2 281	2 045	0.00 %	0.00 %
kinidin	707C	55	48	46	0.00 %	0.00 %	49	47	2 %	2 %	2 640	2 530	145	139	0.00 %	0.00 %
klomipramin	707D	165	836	486	0.00 %	0.00 %	849	501	2 %	3 %	137 940	80 190	7 597	4 416	0.01 %	0.01 %
klonazepam	707D	165	303	359	0.00 %	0.00 %	312	364	3 %	1 %	49 995	59 235	2 753	3 262	0.00 %	0.01 %
klorid	707A	11	500 599	519 235	0.89 %	0.84 %	500 599	519 236	0 %	0 %	5 506 589	5 711 585	303 275	314 565	0.54 %	0.50 %
klorpromazin	707D	165	19	24	0.00 %	0.00 %	20	24	5 %	0 %	3 135	3 960	173	218	0.00 %	0.00 %
kodein	707E	328	182	262	0.00 %	0.00 %	182	262	0 %	0 %	59 696	85 936	3 288	4 733	0.01 %	0.01 %
koffein	707D	165	52	58	0.00 %	0.00 %	52	58	0 %	0 %	8 580	9 570	473	527	0.00 %	0.00 %
kokain	707C	55	46 636	49 810	0.08 %	0.08 %	46 647	49 817	0 %	0 %	2 564 980	2 739 550	141 266	150 881	0.25 %	0.24 %
kolesterol	707A	11	1 206 708	1 311 992	2.14 %	2.12 %	1 206 708	1 311 992	0 %	0 %	13 273 788	14 431 912	731 053	794 837	1.31 %	1.27 %
konkrement	707C	55	580	529	0.00 %	0.00 %	817	679	29 %	22 %	31 900	29 095	1 757	1 602	0.00 %	0.00 %
kopper kons.	707C	55	4 132	3 785	0.01 %	0.01 %	4 162	3 808	1 %	1 %	227 260	208 175	12 516	11 465	0.02 %	0.02 %
kortisol	707C	55	22 949	27 775	0.04 %	0.04 %	23 386	28 271	2 %	2 %	1 262 195	1 527 625	69 515	84 134	0.12 %	0.13 %
kreatinin	707A	11	3 098 940	3 430 281	5.49 %	5.53 %	3 127 716	3 456 212	1 %	1 %	34 088 340	37 733 091	1 877 413	2 078 147	3.36 %	3.31 %
Kuldeagglutinin	707A	11	5 253	4 784	0.01 %	0.01 %	7 252	6 336	28 %	24 %	57 783	52 624	3 182	2 898	0.01 %	0.00 %
kvant. cannabinoide	707C	55	333	177	0.00 %	0.00 %	333	177	0 %	0 %	18 315	9 735	1 009	536	0.00 %	0.00 %
lakt/glu før bel., når belastning	707D	165	1 640	1 523	0.00 %	0.00 %	1 667	1 570	2 %	3 %	270 600	251 295	14 903	13 840	0.03 %	0.02 %
laktat, citrat	707B	29	9 093	10 685	0.02 %	0.02 %	9 137	10 733	0 %	0 %	263 697	309 865	14 523	17 066	0.03 %	0.03 %
LD (IFCC)	707A	11	705 052	762 584	1.25 %	1.23 %	705 052	762 584	0 %	0 %	7 755 572	8 388 424	427 138	461 992	0.77 %	0.74 %
LD isoenzymer	707C	55	155	82	0.00 %	0.00 %	157	82	1 %	0 %	8 525	4 510	470	248	0.00 %	0.00 %
LDL-kolesterol	707b	29	200 591	261 152	0.36 %	0.42 %	205 654	274 910	2 %	5 %	5 817 139	7 573 408	320 379	417 105	0.57 %	0.67 %

Analysenavn	Offentlig takst	Refusjons-sats etter takst	Utførte analyser		Andel av utførte analyser		Totalt registrerte analyser		Andel antatte sendeprøver		Analyser veid med offentlige takster		Analyseaktivitet (Renormalisert produksjonsmål)		Andel av analyseaktiviteten	
			2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
levomepromazin	707D	165	69	81	0.00 %	0.00 %	70	81	1 %	0 %	11 385	13 365	627	736	0.00 %	0.00 %
LH	707C	55	62 154	68 561	0.11 %	0.11 %	63 113	69 352	2 %	1 %	3 418 470	3 770 855	188 272	207 680	0.34 %	0.33 %
lipase	707A	11	69 119	93 358	0.12 %	0.15 %	69 162	93 389	0 %	0 %	760 309	1 026 938	41 874	56 559	0.08 %	0.09 %
lipoprotein a	707B	29	27 867	28 641	0.05 %	0.05 %	27 984	28 799	0 %	1 %	808 143	830 589	44 508	45 745	0.08 %	0.07 %
lipoprotein elfo	707C	55	733	310	0.00 %	0.00 %	733	310	0 %	0 %	40 315	17 050	2 220	939	0.00 %	0.00 %
litium	707B	29	26 350	26 972	0.05 %	0.04 %	26 350	26 972	0 %	0 %	764 150	782 188	42 086	43 079	0.08 %	0.07 %
lopinavir	707D	165	-	58	0.00 %	0.00 %	-	58	0 %	0 %	-	9 570	-	527	0.00 %	0.00 %
løselig TRF-reseptor	707C	55	3 573	4 623	0.01 %	0.01 %	3 573	4 623	0 %	0 %	196 515	254 265	10 823	14 004	0.02 %	0.02 %
LSD	707C	55	20 103	21 779	0.04 %	0.04 %	20 103	21 779	0 %	0 %	1 105 665	1 197 845	60 894	65 971	0.11 %	0.11 %
magnesium	707A	11	263 077	292 110	0.47 %	0.47 %	263 216	292 250	0 %	0 %	2 893 847	3 213 210	159 378	176 967	0.29 %	0.28 %
MCH	-	0	383 868	441 338	0.68 %	0.71 %	383 868	441 338	0 %	0 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
MCHC	-	0	234 662	261 514	0.42 %	0.42 %	234 662	261 514	0 %	0 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
MCV	-	0	574 833	644 769	1.02 %	1.04 %	574 833	644 769	0 %	0 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
meprobamat	707D	165	279	263	0.00 %	0.00 %	280	263	0 %	0 %	46 035	43 395	2 535	2 390	0.00 %	0.00 %
metadon	707D	165	52 145	58 007	0.09 %	0.09 %	52 145	58 007	0 %	0 %	8 603 925	9 571 155	473 861	527 131	0.85 %	0.84 %
metanol	707D	165	655	427	0.00 %	0.00 %	655	427	0 %	0 %	108 075	70 455	5 952	3 880	0.01 %	0.01 %
methemoglobin	707B	29	333	385	0.00 %	0.00 %	333	385	0 %	0 %	9 657	11 165	532	615	0.00 %	0.00 %
metotrexat	707C	55	1 737	2 112	0.00 %	0.00 %	1 745	2 119	0 %	0 %	95 535	116 160	5 262	6 398	0.01 %	0.01 %
Metylmalonsyre	707E	328	67 601	87 166	0.12 %	0.14 %	67 819	87 386	0 %	0 %	22 173 128	28 590 448	1 221 184	1 574 617	2.19 %	2.51 %
mianserin	707D	165	294	279	0.00 %	0.00 %	295	279	0 %	0 %	48 510	46 035	2 672	2 535	0.00 %	0.00 %
mononukleose-test	704K	29	19 319	19 247	0.03 %	0.03 %	19 346	19 263	0 %	0 %	560 251	558 163	30 856	30 741	0.06 %	0.05 %
morfin	707E	328	63	78	0.00 %	0.00 %	63	78	0 %	0 %	20 664	25 584	1 138	1 409	0.00 %	0.00 %
myoglobin	707C	55	10 445	10 201	0.02 %	0.02 %	10 452	10 211	0 %	0 %	574 475	561 055	31 639	30 900	0.06 %	0.05 %
natrium	707A	11	2 169 570	2 420 996	3.84 %	3.90 %	2 169 634	2 421 071	0 %	0 %	23 865 270	26 630 956	1 314 378	1 466 698	2.35 %	2.34 %
nelfinavir	707D	165	5	8	0.00 %	0.00 %	5	8	0 %	0 %	825	1 320	45	73	0.00 %	0.00 %
nitrazepam	707D	165	171	157	0.00 %	0.00 %	172	159	1 %	1 %	28 215	25 905	1 554	1 427	0.00 %	0.00 %
nortriptylin	707D	165	376	374	0.00 %	0.00 %	385	375	2 %	0 %	62 040	61 710	3 417	3 399	0.01 %	0.01 %
NSE	707C	29	6 584	6 382	0.01 %	0.01 %	6 734	6 521	2 %	2 %	362 120	351 010	19 944	19 332	0.04 %	0.03 %
O2-metning arteriell	707B	29	17 357	18 095	0.03 %	0.03 %	20 789	24 202	17 %	25 %	503 353	524 755	27 722	28 901	0.05 %	0.05 %
O2-metning venøst	707B	29	359	417	0.00 %	0.00 %	550	575	35 %	27 %	10 411	12 093	573	666	0.00 %	0.00 %
opiater	707E	328	95 203	107 380	0.17 %	0.17 %	95 204	107 382	0 %	0 %	31 226 584	35 220 640	1 719 802	1 939 774	3.08 %	3.09 %
osmolalitet	707B	29	24 430	27 375	0.04 %	0.04 %	24 430	27 375	0 %	0 %	708 470	793 875	39 019	43 723	0.07 %	0.07 %
Osteocalcin	707D	165	51	11	0.00 %	0.00 %	62	20	18 %	45 %	8 415	1 815	463	100	0.00 %	0.00 %
oxalat kons.	707B	29	77	105	0.00 %	0.00 %	77	105	0 %	0 %	2 233	3 045	123	168	0.00 %	0.00 %
oxazepam	707D	165	564	542	0.00 %	0.00 %	567	543	1 %	0 %	93 060	89 430	5 125	4 925	0.01 %	0.01 %
pancreas amylase (IFCC), spytt-	707B	29	99 061	127 292	0.18 %	0.21 %	99 072	127 302	0 %	0 %	2 872 769	3 691 468	158 218	203 307	0.28 %	0.32 %
paracetamol	707C	55	7 928	9 067	0.01 %	0.01 %	7 928	9 067	0 %	0 %	436 040	498 685	24 015	27 465	0.04 %	0.04 %
pCO2	707B	29	65 051	75 181	0.12 %	0.12 %	108 450	121 250	40 %	38 %	1 886 479	2 180 249	103 898	120 077	0.19 %	0.19 %
Phadiatop, allergenpanel (inhalasjon)	703Y	108	105 673	115 573	0.19 %	0.19 %	107 004	116 891	1 %	1 %	11 412 684	12 481 884	628 553	687 439	1.13 %	1.10 %
Porfobilinogen	707C	11	34	12	0.00 %	0.00 %	34	12	0 %	0 %	1 870	660	103	36	0.00 %	0.00 %
primidon	707C	55	51	49	0.00 %	0.00 %	51	49	0 %	0 %	2 805	2 695	154	148	0.00 %	0.00 %
ProBNP	707D	165	10 528	9 507	0.02 %	0.02 %	10 905	9 740	3 %	2 %	1 737 120	1 568 655	95 672	86 394	0.17 %	0.14 %
Progesteron	707C	55	31 920	34 971	0.06 %	0.06 %	32 583	35 508	2 %	2 %	1 755 600	1 923 405	96 690	105 931	0.17 %	0.17 %
Prolaktin	707C	55	45 581	50 724	0.08 %	0.08 %	46 161	51 232	1 %	1 %	2 506 955	2 789 820	138 070	153 649	0.25 %	0.25 %
prostata spes. antigen	707C	55	215 255	260 112	0.38 %	0.42 %	215 255	260 112	0 %	0 %	11 839 025	14 306 160	652 033	787 911	1.17 %	1.26 %
protein elfo	707C	55	97 803	108 954	0.17 %	0.18 %	99 584	110 943	2 %	2 %	5 379 165	5 992 470	296 257	330 035	0.53 %	0.53 %
Protein-C	707B	29	5 671	6 092	0.01 %	0.01 %	5 820	6 148	3 %	1 %	164 459	176 668	9 058	9 730	0.02 %	0.02 %
Protein-S-akt.	707B	29	5 735	5 934	0.01 %	0.01 %	5 902	6 127	3 %	3 %	166 315	172 086	9 160	9 478	0.02 %	0.02 %
PSA fri fraksjon	707C	55	13 661	15 190	0.02 %	0.02 %	13 661	15 190	0 %	0 %	751 355	835 450	41 381	46 012	0.07 %	0.07 %
PT-INR manuell	707A	11	727 477	755 179	1.29 %	1.22 %	727 477	755 258	0 %	0 %	8 002 247	8 306 969	440 723	457 506	0.79 %	0.73 %
retikulocytter	707B	29	47 456	51 278	0.08 %	0.08 %	49 690	55 262	4 %	7 %	1 376 224	1 487 062	75 795	81 900	0.14 %	0.13 %
Reumatoid faktor immu	703M+N	70	20 669	21 201	0.04 %	0.03 %	20 669	21 201	0 %	0 %	1 446 830	1 484 070	79 684	81 735	0.14 %	0.13 %
Reumatoid faktor latex	707b	29	46 860	49 392	0.08 %	0.08 %	46 860	49 392	0 %	0 %	1 358 940	1 432 368	74 844	78 888	0.13 %	0.13 %
Rhesus (D)	703A	15	29 435	33 736	0.05 %	0.05 %	29 607	33 884	1 %	0 %	441 525	506 040	24 317	27 870	0.04 %	0.04 %
Rheum. antistoffer etc, diverse	703M	35	39 929	75 982	0.07 %	0.12 %	42 012	79 163	5 %	4 %	1 397 515	2 659 370	76 968	146 465	0.14 %	0.23 %
ritonavir	707D	165	4	60	0.00 %	0.00 %	4	60	0 %	0 %	660	9 900	36	545	0.00 %	0.00 %
røde blodlegemer	-	0	766 005	841 177	1.36 %	1.36 %	766 005	841 177	0 %	0 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
salisylsyre	707C	55	2 931	3 397	0.01 %	0.01 %	2 931	3 397	0 %	0 %	161 205	186 835	8 878	10 290	0.02 %	0.02 %
saquinavir	707D	165	2	4	0.00 %	0.00 %	2	4	0 %	0 %	330	660	18	36	0.00 %	0.00 %
senkningsreaksjon	-	0	697 172	723 341	1.23 %	1.17 %	697 172	723 341	0 %	0 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
Shbg	707C	55	18 911	21 736	0.03 %	0.04 %	19 595	22 470	3 %	3 %	1 040 105	1 195 480	57 284	65 841	0.10 %	0.11 %
Spes. allergener (RAST)	703X	64	310 510	365 542	0.55 %	0.59 %	314 581	370 227	1 %	1 %	19 872 640	23 394 688	1 094 484	1 288 461	1.96 %	2.05 %
syre-base (komplett)	-	29	67 366	76 595	0.12 %	0.12 %	67 366	76 595	0 %	0 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
T3, T4 (thyr.horm. total)	707B	29	71 594	73 187	0.13 %	0.12 %	71 594	73 187	0 %	0 %	2 076 226	2 122 423	114 348	116 892	0.20 %	0.19 %

Analysenavn	Offentlig takst	Refusjons- sats etter takst	Utførte analyser		Andel av utførte analyser		Totalt registrerte analyser		Andel antatte sendeprøver		Analyser veid med offentlige takster		Analyseaktivitet (Renormalisert produksjonsmål)		Andel av analyseaktiviteten	
			2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
teofyllin	707C	55	13 096	12 089	0.02 %	0.02 %	13 096	12 089	0 %	0 %	720 280	664 895	39 669	36 619	0.07 %	0.06 %
testoseron	707C	55	24 207	26 815	0.04 %	0.04 %	24 955	27 598	3 %	3 %	1 331 385	1 474 825	73 326	81 226	0.13 %	0.13 %
TIBC	707B	29	275 817	312 661	0.49 %	0.50 %	281 916	332 523	2 %	6 %	7 998 693	9 067 169	440 527	499 374	0.79 %	0.80 %
total beta hCG	707C	55	3 157	3 200	0.01 %	0.01 %	3 157	3 200	0 %	0 %	173 635	176 000	9 563	9 693	0.02 %	0.02 %
totalamylase (IFCC)	707A	11	382 594	395 684	0.68 %	0.64 %	382 602	395 684	0 %	0 %	4 208 534	4 352 524	231 785	239 715	0.42 %	0.38 %
totalprotein	707A	11	355 729	361 017	0.63 %	0.58 %	356 513	361 679	0 %	0 %	3 913 019	3 971 187	215 609	218 713	0.39 %	0.35 %
Transferrin	707b	29	128 441	156 298	0.23 %	0.25 %	132 254	160 161	3 %	2 %	3 724 789	4 532 642	205 142	249 635	0.37 %	0.40 %
TRAS	707C	55	7 323	10 928	0.01 %	0.02 %	8 393	12 536	13 %	13 %	402 765	601 040	22 182	33 102	0.04 %	0.05 %
triglyserid	707A	11	665 817	747 595	1.18 %	1.21 %	665 819	747 595	0 %	0 %	7 323 987	8 223 545	403 368	452 911	0.72 %	0.72 %
trombocytter	707B	11	1 738 524	1 927 721	3.08 %	3.11 %	1 738 524	1 927 721	0 %	0 %	50 417 196	55 903 909	2 776 724	3 078 904	4.97 %	4.91 %
TSH	707B	29	1 321 223	1 462 444	2.34 %	2.36 %	1 321 223	1 462 444	0 %	0 %	38 315 467	42 410 876	2 110 222	2 335 776	3.78 %	3.73 %
urinstoff	707A	11	882 830	979 258	1.56 %	1.58 %	882 913	979 359	0 %	0 %	9 711 130	10 771 838	534 840	593 258	0.96 %	0.95 %
urinsyre	707A	11	696 278	764 189	1.23 %	1.23 %	696 398	764 307	0 %	0 %	7 659 058	8 406 079	421 822	462 964	0.76 %	0.74 %
valproat	707C	55	13 938	14 218	0.02 %	0.02 %	14 274	14 539	2 %	2 %	766 590	781 990	42 220	43 068	0.08 %	0.07 %
vektshormon	707C	55	2 916	3 659	0.01 %	0.01 %	2 916	3 659	0 %	0 %	160 380	201 245	8 833	11 084	0.02 %	0.02 %
vit. B12	707C	55	779 323	884 921	1.38 %	1.43 %	779 323	884 921	0 %	0 %	42 862 765	48 670 655	2 360 664	2 680 533	4.23 %	4.28 %
østradiol	707C	55	58 064	64 915	0.10 %	0.10 %	58 949	65 672	2 %	1 %	3 193 520	3 570 325	175 883	196 635	0.32 %	0.31 %
Samleposter for øvrige klinisk kjemiske analyser																
0-takst	-	0	3 400 548	3 458 488	6.02 %	5.58 %	3 400 548	3 458 488	0 %	0 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
Samlesekk neppe prissetting	-	0	60	30	0.00 %	0.00 %	60	30	0 %	0 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
Samlesekk mulig prissetting	707A	11	42 618	45 729	0.08 %	0.07 %	46 820	50 275	9 %	9 %	468 798	503 019	25 819	27 704	0.05 %	0.04 %
Samlesekk mindre analyser	707B	29	97 174	97 036	0.17 %	0.16 %	97 628	97 508	0 %	0 %	2 818 046	2 814 044	155 204	154 983	0.28 %	0.25 %
Samlesekk større analyser	707C	55	79 554	99 573	0.14 %	0.16 %	80 343	100 452	1 %	1 %	4 375 470	5 476 515	240 979	301 619	0.43 %	0.48 %
Andre spesialiteter																
Mikrobiologi			50 029	56 825	0.09 %	0.09 %	222 342	257 952	77 %	78 %	1 965 774	2 352 099	108 265	129 542	0.19 %	0.21 %
Immunologi/blodbank			21 098	21 527	0.04 %	0.03 %	401 619	394 651	95 %	95 %	2 528 314	2 589 050	139 247	142 592	0.25 %	0.23 %
Nukleærmedisin			3 646	162	0.01 %	0.00 %	7 414	4 570	51 %	96 %	1 229 878	-	67 735	-	0.12 %	0.00 %
Farmakologi			32	17	0.00 %	0.00 %	137	131	77 %	87 %	5 280	2 804	291	154	0.00 %	0.00 %
Patologi			911	1 005	0.00 %	0.00 %	917	1 009	1 %	0 %	555 197	614 938	30 577	33 868	0.05 %	0.05 %
Genetikk			2 402	3 471	0.00 %	0.01 %	7 804	10 454	69 %	67 %	656 138	1 055 914	36 137	58 154	0.06 %	0.09 %
Hematologi, koagulasjon med høy pris			2 400	2 685	0.00 %	0.00 %	2 704	4 967	11 %	46 %	157 836	165 367	8 693	9 108	0.02 %	0.01 %
Øvrige registrerte poster																
Apenbar dobbeltføring	-	0			0.00 %	0.00 %	73 200	82 504	100 %	100 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
Angitt som sendeprøver	-	0			0.00 %	0.00 %	315 666	349 452	100 %	100 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
Forskning	-	0	11 556	15 715	0.02 %	0.03 %	11 556	15 715	0 %	0 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
Ugjennkjennelig	-	0			0.00 %	0.00 %	4 106	5 392	100 %	100 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
Kommentarer	-	0			0.00 %	0.00 %	22 729	24 562	100 %	100 %	-	-	-	-	0.00 %	0.00 %
SUM			56 489 071	62 022 285	100.00 %	100.00 %	57 680 844	63 296 142	2 %	2 %	1 013 440 573	1 138 448 455	55 815 170	62 699 970	100.00 %	100.00 %
Note 1: Hemoglobin er ofte en markør for enkelt hemogram, og er derfor gitt takst ved sammenveing av analysene. Klassen enkelt hemogram selv er lite brukt. Øvrige komponenter i enkelt hemogram er gitt nulltakst.																