

# SAMDATA

## Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2008

Birgitte Kalseth  
(red.)

SINTEF Teknologi og samfunn  
Helsetjenesteforskning  
7465 TRONDHEIM  
Telefon: 4000 2590  
Telefaks: 932 70 800  
Rapport 3/09

ISBN 978-82-14-04802-5  
ISSN 0802-4979

SINTEF © Teknologi og samfunn  
Helsetjenesteforskning  
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside: SINTEF Media  
Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

## 4 Geografiske forskjeller i beregnet ressursbruk

Kjartan Sarheim Anthun

Formålet med dette kapitlet er å belyse geografiske forskjeller i beregnet ressursbruk til somatiske spesialisthelsetjenester. Regnskapskostnader rapporteres på et nivå som er uegnet til bruk for å si noe om befolkningens bruk av tjenester på lavere nivå enn region, og gir heller ikke mulighet til å si noe om årsaker til kostnadsforskjeller. I dette kapitlet estimeres ressursbruk for helseforetaksområder og på kommunenivå. Vi skiller mellom to komponenter som gir opphav til kostnadsforskjeller:

- Forskjeller i forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester
- Forskjeller i produksjonskostnader

Estimeringen foretas ved bruk av informasjon fra pasientdata fra Norsk pasientregister kombinert med nasjonale priser for ulike typer behandling eller pasientgrupper, men med korleksjon for forskjeller i produksjonskostnader ved behandlende sykehus. Dette gir kostnadsestimat ned på pasientnivå. Informasjon om pasientens bosted gir mulighet til å summere kostnader på kommunenivå og helseforetaksområdenivå. Analysene er basert på data for 2008.

For en nærmere diskusjon av datamaterialet og fremgangsmåten, se delkapittel 4.6.

### 4.1 Hovedfunn

- Det er til dels store variasjoner i beregnet ressursbruk mellom ulike helseforetak og kommuner.
- Innad i helseforetaksområdene er det større variasjoner i forbruksnivå enn kostnadsnivå.
- Inntektsfordelingsmodellen (NOU 2008:2) fanger opp så godt som all regional variasjon i beregnet ressursbruk.
- Mellom ulike helseforetaksområder er det nesten like mye variasjon i kostnadsnivå som forbruksnivå, men forbruksnivå varierer litt mer.
- Kapitlet viser at det er fullt mulig og meningsfylt å beregne ressursbruk på kommune- og foretaksområdenivå.

## 4.2 Deskriptiv beskrivelse av geografiske forskjeller

For hver enkelt sykehusinnleggelse er det beregnet en tenkt kostnad basert på prisliste fra den aktivitetsbaserte finansieringen (ISF). Prisen justeres i forhold til kostnadsnivået ved det behandlende foretak (for beregning av kostnad per DRG-poeng, se Kalseth 2009). Hver polikliniske konsultasjon er tilsvarende kostnadsberegnet basert på takster og egenandeler. Alle kostnadene knyttes til hver enkelt pasients hjemkommune og tilordnes deretter foretaksområde og helseregion. Samlet gir dette en estimering av ressursbruken innen et visst geografisk område basert på den behandlingen som pasienter fra dette området faktisk har mottatt, i 2008.

### 4.2.1 Beregnet ressursbruk i forhold til innrapporterte regnskap

I henhold til helseforetakenes innrapporterte regnskaper kostet den somatiske spesialisthelsetjenesten 62 632 millioner i 2008, eller 13 050 kroner per innbygger (Rønningsen m.fl. 2009).

Formålet med dette kapitlet er derimot å beregne ressursbruk uten direkte bruk av regnskapsrapportering, men i stedet basert på aktivitetsstatistikk. Basert på pasientbehandlingen estimeres det en ressursbruk på 49 724 millioner, eller 10 496 kroner per innbygger. Tabell 4.1 viser total beregnet ressursbruk på nasjonalt nivå. ISF utgjør det meste av beregnet ressursbruk, hvor døgnbehandlingen estimeres til 38,4 mrd og dagbehandling til ca 6,5 mrd. Poliklinikk er her beregnet til ca. 3,4 mrd. og avtalespesialister til 1,4 mrd. For nærmere diskusjon om datagrunnlag og beregningsmetodikk, se kapittel 4.6 nedenfor.

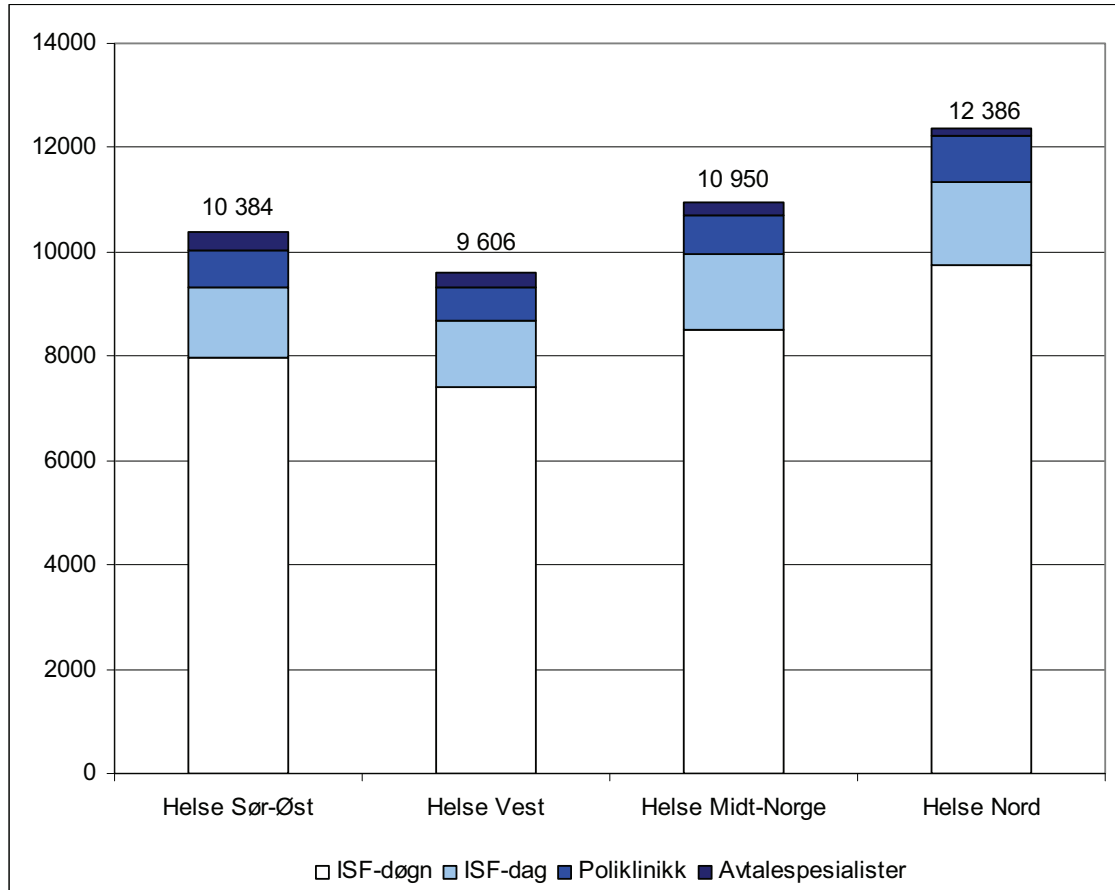
Den beregnede ressursbruken er lavere enn de samlede regnskapsførte kostnadene på grunn av beregningsmåten som benyttes. Den beregnede ressursbruken tar for det første kun hensyn til den faktiske pasientbehandlingen. Mange av sykehusenes andre viktige oppgaver blir dermed ikke her kostnadsberegnet; dette gjelder for eksempel forskning, informasjonsvirksomhet for pasienter og pårørende, utdanning, lab./røntgenaktivitet og private opptreningsinstitusjoner. I tillegg ser beregningen bort fra at kostnadsnivået ved det enkelte foretak kan inneholde regnskapsmessige underskudd eller overskudd. Den beregnede ressursbruken tar utgangspunkt i prisene for hver enkelt behandling, gjennom vekt for DRG-poeng eller takster for poliklinikk. I tillegg ekskluderes pasienter som ikke kan knyttes til et bestemt geografisk område (utenlandske pasienter eller pasienter med et registrert ugyldig kommunenummer).

Tabell 4.1 Beregnet total ressursbruk, etter aktivitetstype, 2008

Aktivitetstype	Beregnet ressursbruk (millioner)	Beregnet ressursbruk (kroner) per innbygger
ISF-døgnbehandling	38 419	8 110
ISF-dagbehandling	6 519	1 376
Poliklinikk	3 363	710
Avtalespesialister utenfor ISF	1 423	300
<b>Totalt</b>	<b>49 724</b>	<b>10 496</b>

### 4.3 Regioner

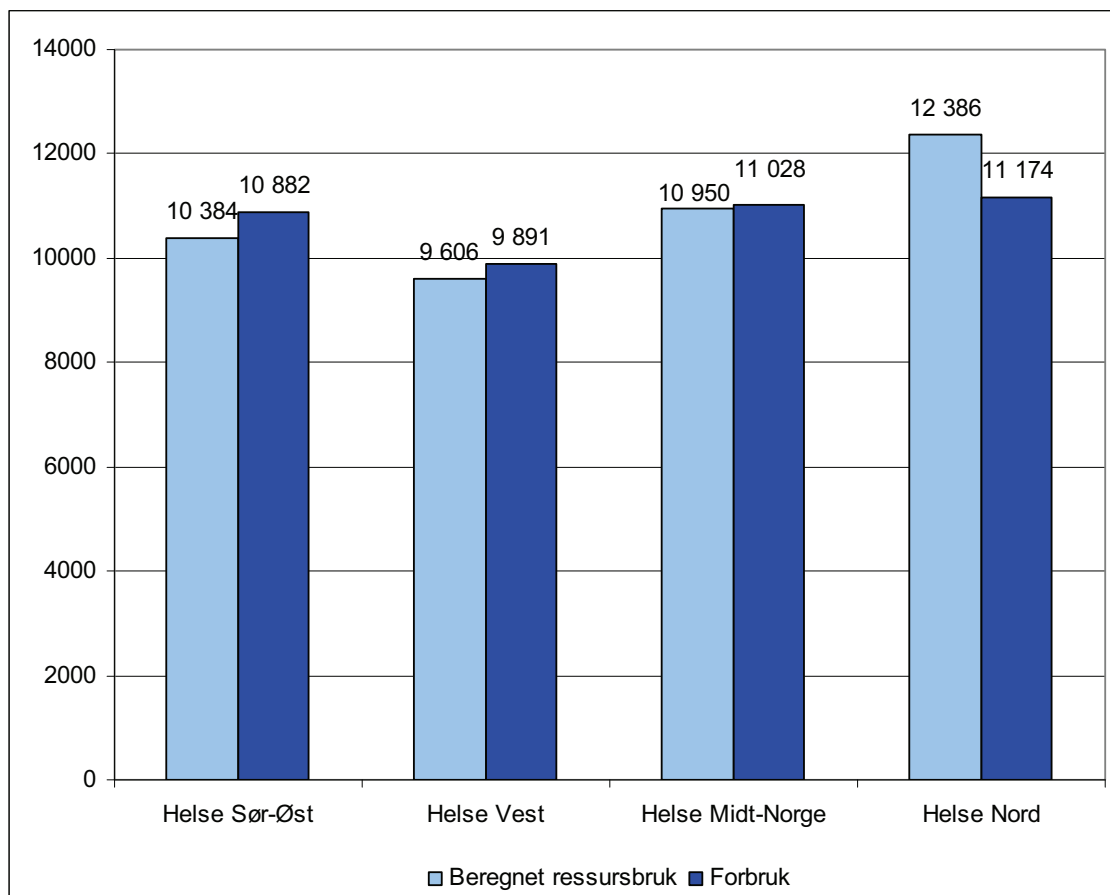
Figur 4.1 viser de beregnede kostnadene til ulike aktivitetstyper for helseregionene. Figuren viser at Helse Nord har det høyeste beregnede ressursbruket med til sammen 12 386 kroner per innbygger. Helse Vest har det laveste beregnede ressursbruket med 9 606 kroner per innbygger. Helse Sør-Øst har nest lavest beregnede kostnader og Helse Midt-Norge nest høyest beregnede kostnader.



Figur 4.1 Beregnet ressursbruk per innbygger, etter bostedsregion og aktivitetstype, 2008

Poliklinikk og avtalespesialister ser ut til å være substituerende tjenester. Dagbehandling varierer noe, men vi ser av Figur 4.1 at det aller meste av variasjonen kan knyttes til døgninnleggelse. Dette kan skyldes flere forhold, men spesielt to: ulikt forbruk av tjenester, og ulikt kostnadsnivå. På regionnivå er disse to forholdene gjensidig forsterkende: Helse Vest har både et lavt kostnadsnivå og et lavt forbruk av tjenester, mens Helse Nord har høyt kostnadsnivå ved helseforetakene og et høyere forbruk av tjenester. Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har omtrent samme forbruk, slik at forskjellen i beregnet ressursbruk, skyldes primært skyldes et lavere kostnadsnivå i Helse Sør-Øst; se Figur 4.2.

I beregningene av ressursbruk benytter vi foretakenes kostnadsnivå for å ta høyde for ulikheter i produksjonskostnader mellom helseforetakene. Uten dette ville beregnet ressursbruk i praksis være en ren forbruksindikator. I Figur 4.2 er det skilt mellom beregnet ressursbruk og forbruk. Forbruk her er da en prisnøytral ressursberegning av forbruket. På denne måten kan vi skille mellom bidragene fra kostnadsnivå og forbruk.



Figur 4.2 Beregnet ressursbruk og forbruk målt i kroner per innbygger, etter bostedsregion, 2008

Forskjellen mellom beregnet forbruk i kroner og beregnet samlet ressursbruk er spesielt stor for Helse Nord. Regionen har riktignok høyest forbruk av helseregionene, men det er tydelig at det spesielt er det relative kostnadsnivået som gjør at den beregnede ressursbruken er høy i Helse Nord. For Helse Vest og Helse Midt-Norge er betydningen av kostnadsnivå mindre da begge regionene har et kostnadsnivå som er nært landsgjennomsnittet, mens det beregnede ressursbruket i Helse Sør-Øst er lavere enn forbruket skulle tilsi på grunn av et lavt kostnadsnivå.

I inntektsfordelingssystemet for de regionale helseforetakene (NOU 2008:2) er det mekanismer som skal ta høyde for forskjeller i ressursbehov mellom regionene slik at det tas både hensyn til ulikt kostnadsnivå i produksjonen av pasientbehandling og ulikt behov for spesialisthelsetjenester. For å ha en noenlunde rettferdig fordeling innad i regionene benytter mange regioner liknende ressursfordelingsmodeller som tar høyde for ulikt kostnadsnivå og ulikt behov i befolkningen.

Forskjellene vi beregner mellom regionene er i stor grad i overensstemmelse med forskjeller i ressursfordeling gjennom inntektssystemet. Magnussenutvalgets (NOU 2008:2) behovs- og kostnadsindekser ser ut til å forklare nær all regional variasjon. Helse Nord har 29 prosent høyere beregnet ressursbruk enn Helse Vest. Men hvis det justeres for både utvalgets beregning av ulikt kostnadsnivå og behov for somatiske tjenester er det under en prosent avvik mellom de regioner som ligger høyest og lavest i beregnet ressursbruk.

#### 4.4 Helseforetaksområder

Hver kommune er en del av et helseforetaksområde. Basert på pasientenes hjemkommuner er det mulig å tilordne beregnet ressursbruk til helseforetaksområder.

I Helse Sør-Øst er kommunene tilordnet helseforetaksområde etter de nye opptaksområdene som trådte i kraft 1. juli 2009 ved opprettelsen av Vestre Viken HF og de medfølgende endringene i andre opptaksområder (blant annet ved Sykehuset Telemark). Vestre Vikens opptaksområde spenner over fire fylker, og nest etter hovedstadsområdet har Vestre Viken landets nest største befolkningsgrunnlag med ca 435 000 innbyggere fra 27 kommuner. Foretaket er sammenslått av tidligere Sykehuset Asker og Bærum, Sykehuset Buskerud, Ringerike sykehus og deler av Blefjell sykehus (Kongsberg)<sup>21</sup>.

Alle kommuner i hovedstadsområdet er sammenslått til et eget virtuelt helseforetaksområde som dekker opptaksområdene i Oslo og Akershus (i tillegg til Rømskog i Østfold)<sup>22</sup>.

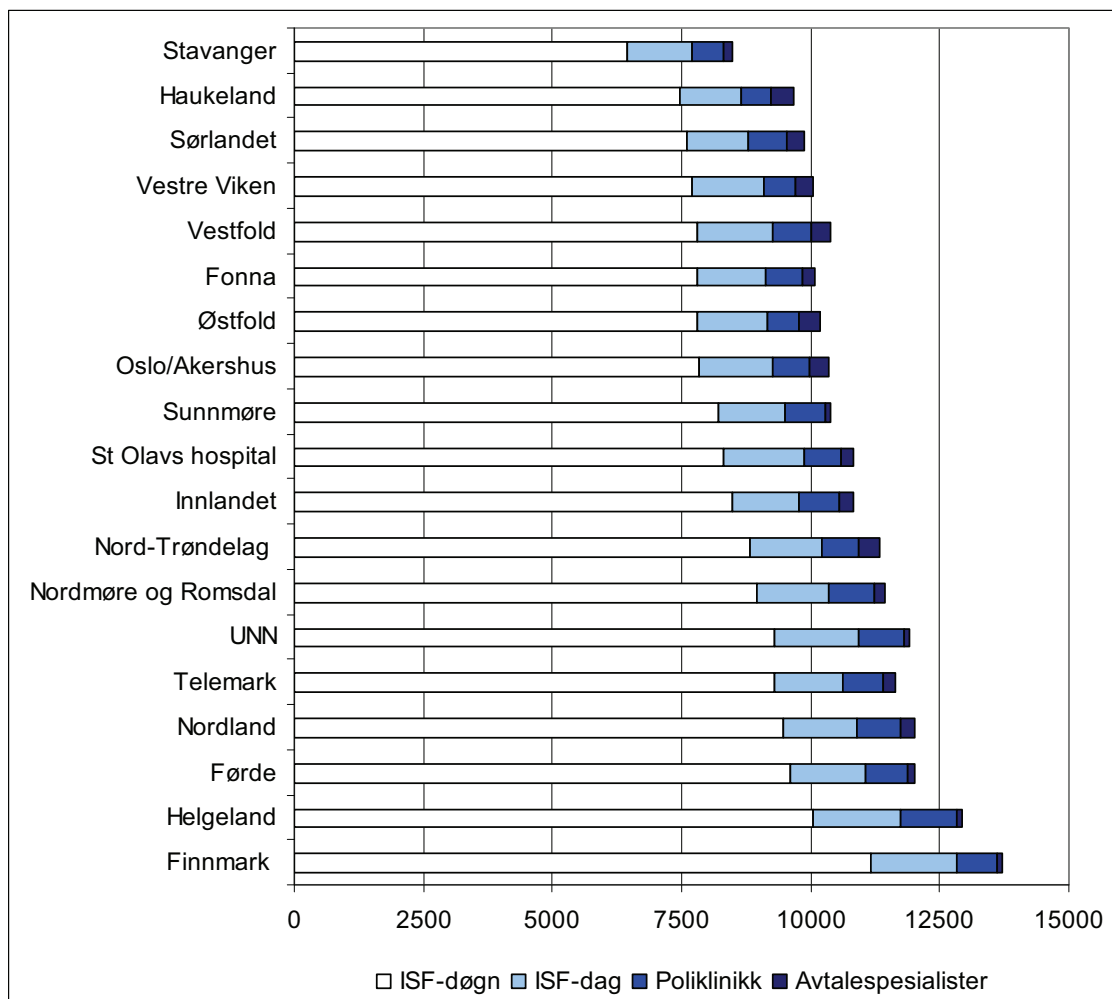
Figur 4.3 viser de beregnede kostnadene til ulike aktivitetstyper for helseforetaksområdene. I Figur 4.4 er det skilt mellom beregnet ressursbruk og forbruk i kroner per innbygger. Figur 4.3 viser at Finnmark har høyest beregnet ressursbruk per innbygger med 13 703 kroner per innbygger. Figur 4.4 viser imidlertid at den høye beregnede ressursbruken ved helseforetaksområdet i stor grad skyldes det høye kostnadsnivået ved helseforetaket. Hvis en legger gjennomsnittspris til grunn (altså en ren forbruksrate) estimeres ressursbruken i Finnmark til kun 11 208 kroner per innbygger. Telemark har høyest samlet forbruk per innbygger, men grunnet et lavt kostnadsnivå er beregnet ressursbruk her lavere.

Stavangerområdet, på den annen side, har lavest både beregnet ressursbruk og beregnet forbruk i kroner per innbygger. Forbruket målt i kroner er litt høyere enn beregnet ressursbruk, noe som innebærer at pasientene i opptaksområdet behandles ved helseforetak som har et kostnadsnivå som er lavere enn gjennomsnittet, primært ved Helse Stavanger som har et lavt kostnadsnivå.

Forskjell mellom helseforetaksområdene med høyest og lavest beregnet ressursbruk er 5 228 kroner per innbygger, som innebærer at beregnet ressursbruk i Finnmark er 62 prosent høyere enn i Stavanger. I beregnet forbruk (i kroner) er forskjellen mellom foretaksområdet med høyest og lavest forbruk 4 615 kroner per innbygger. Det innebærer at Telemark har 53 prosent høyere forbruk enn Stavanger. Kostnadsnivået forsterker derfor forskjellene mellom helseforetaksområdene.

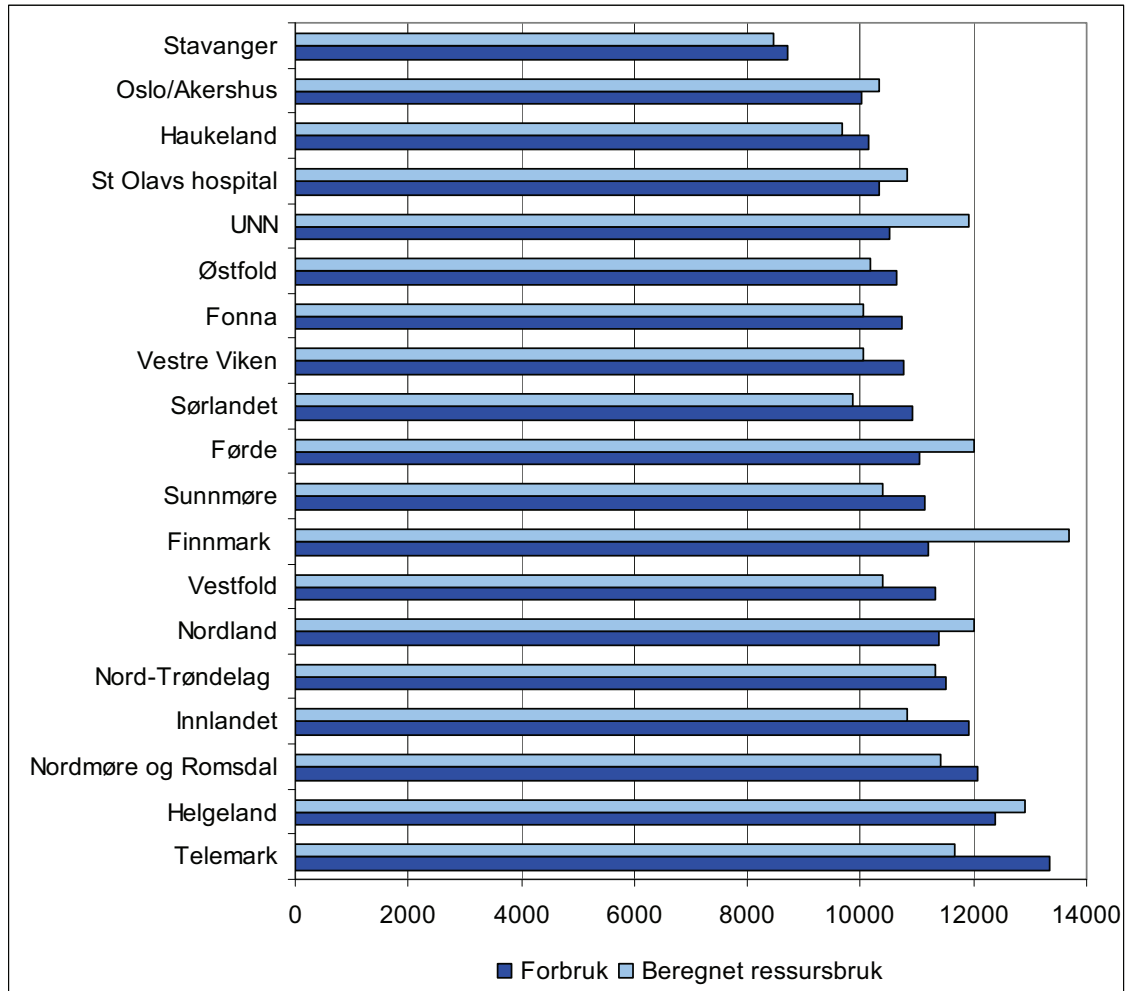
<sup>21</sup> Kostnadsnivået er hentet fra de opprinnelige foretakene. Dette gjør at det for helseforetaksområdet Vestre Viken kan være større variasjon grunnet kostnadsnivå enn ved andre helseforetaksområder.

<sup>22</sup> I pasientdata er koding av bydel ikke komplett for innleggelse og poliklinikk, og mangler i data fra avtalespesialister. Dette har betydning for koding av Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus og Akershus Universitetssykehus. Alle disse har opptaksområder i Oslo kommune.



Figur 4.3 Beregnet ressursbruk per innbygger per helseforetaksområde, delt i ISF-døgn, ISF-dag, poliklinikk og avtalespesialister, 2008





Figur 4.4 Beregnet ressursbruk og forbruk målt i kroner per innbygger i helseforetaksområde, 2008

Figur 4.4 viser at det ikke er noen direkte sammenheng mellom forbruks- og kostnadsnivå når en betrakter helseforetak. Det er ikke slik at alle de som har høyt forbruk nødvendigvis har høyt kostnadsnivå og motsatt at som har lavt forbruk har lavt kostnadsnivå. I Tabell 4.2 har vi beregnet forbruksindeks og kostnadsindeks ved foretaksområdene. Beregnet ressursbruk er et produkt av disse to indeksene. Målt som absolutt (uvektet) avvik er det større variasjon i forbruksindeksen enn i kostnadsindeksen. Kun syv av helseforetaksområdene har indekser som forsterker hverandre: Stavanger og Haukeland har både forbruks- og kostnadsindekser under landsgjennomsnittet (under verdien 1). Områdene Unn, Nordland, Førde, Helgeland og Finnmark har både forbruks- og kostnadsindekser over landsgjennomsnittet (over verdien 1) og dette bidrar til å gi høyere beregnet ressursbruk.

Tabell 4.2 Forbruksindeks og kostnadsindeks, etter helseforetaksområde, 2008

Helseforetaksområde	Forbruksindeks	Kostnadsindeks	Beregnet ressursbruk
Stavanger	0,83	0,97	0,81
Haukeland	0,97	0,95	0,92
Sørlandet	1,04	0,90	0,94
Vestre viken	1,02	0,94	0,96
Fonna	1,02	0,94	0,96
Østfold	1,01	0,96	0,97
Oslo/Akershus	0,95	1,03	0,98
Sunnmøre	1,06	0,93	0,99
Vestfold	1,08	0,92	0,99
Innlandet	1,14	0,91	1,03
St. Olavs Hospital	0,98	1,05	1,03
Nord-Trøndelag	1,10	0,98	1,08
Nordmøre og Romsdal	1,15	0,95	1,09
Telemark	1,27	0,87	1,11
UNN	1,00	1,13	1,14
Nordland	1,09	1,05	1,14
Førde	1,05	1,09	1,14
Helgeland	1,18	1,04	1,23
Finmark	1,07	1,22	1,31

## 4.5 Kommuner

Ettersom beregningene tar utgangspunkt i et estimat på kostnadene knyttet til hver enkelt pasientbehandling (og konsultasjon) er det mulig å estimere ressursbruken i hver enkelt kommune. Denne ressursbruken er ikke reell i forhold til at det er en pris som kommunene eller helseforetakene må betale, men er et uttrykk for pasientsammensetningen i kommunene og kostnadsnivå ved helseforetakene hvor pasientene behandles.

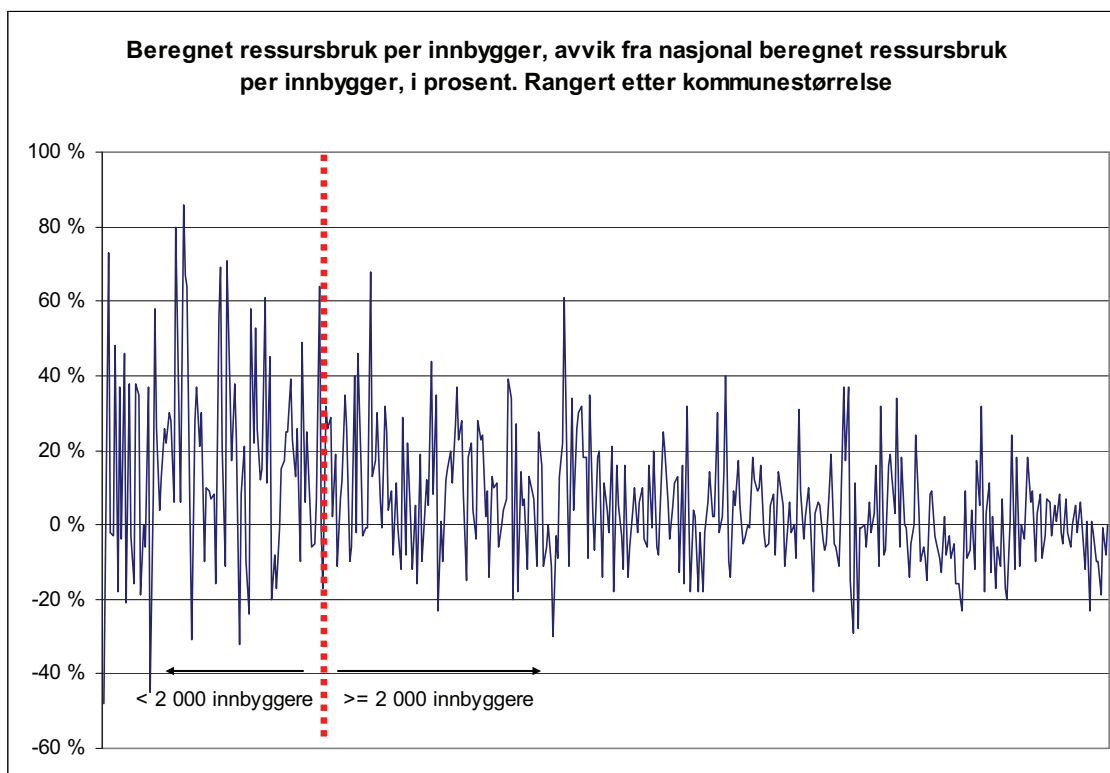
Gruppert til helseforetaksområder kan vi se i Tabell 4.3 at kommunene i Stavanger har lavest beregnet ressursbruk, i den forstand at mediankommunen i Stavanger har lavt beregnet ressursbruk. Det er imidlertid enkelte kommuner i andre helseforetaksområder som har lavere ressursbruk, for eksempel i Fonna-området og Sørlandet HF-område. Tabell 4.3 viser at det er svært stor variasjon mellom helseforetaksområdene og innad i hvert enkelt helseforetaksområde. I stor grad er variasjonen innen et helseforetaksområde et uttrykk for ulik pasientsammensetning (og variasjon i behandlingstilbud) og i mindre grad uttrykk for forskjeller i enhetskostnader. Pasienter innen samme helseforetaksområde er i stor grad behandlet ved samme helseforetak og har dermed den samme enhetskostnaden.

Ettersom median varierer mye er det også beregnet variasjonskoeffisient som uttrykker variasjon i forhold til medianen (i prosent). Vi ser da at relativ variasjonen innad i foretaksområdene er minst ved Vestfold og Oslo/Akershus, og høyest i Helgeland- og Finnmarksområdet.

Tabell 4.3 Beregnet ressursbruk per innbygger i kommuner, gruppert etter helseforetaksområde, sortert etter median, 2008

Foretaksområde	Median	Lavest	Høyest	Std. avvik	Variasjonskoeffisient (prosent)	Antall kommuner
Stavanger	8 467	7 283	11 540	1 021	12,1	18
Sørlandet	9 622	5 732	11 587	1 126	11,7	30
Haukeland	9 661	8 120	13 692	1 283	13,3	22
Fonna	9 983	5 508	12 089	1 473	14,8	19
Østfold	9 987	7 944	11 462	881	8,8	17
Oslo/Akershus	9 999	8 276	11 284	729	7,3	21
Vestfold	10 285	8 985	11 477	635	6,2	12
Sunnmøre	10 490	9 643	13 243	1 081	10,3	17
Vestre Viken	10 512	8 657	11 810	908	8,6	27
Innlandet	11 012	8 447	13 494	1 160	10,5	47
Nordmøre og Romsdal	11 077	8 804	14 742	1 418	12,8	18
Telemark	11 611	7 178	14 742	1 863	16,0	18
St. Olavs Hospital	11 766	8 787	15 674	1 701	14,5	24
Førde	11 819	10 254	16 900	1 543	13,1	26
Nord-Trøndelag	12 026	8 541	14 501	1 568	13,0	27
Nordland	12 647	10 138	16 569	1 523	12,0	21
UNN	12 776	9 374	16 897	1 854	14,5	30
Helgeland	13 044	10 238	18 210	2 292	17,6	17
Finnmark	14 389	10 122	19 479	2 698	18,8	19
Alle kommuner	10 977	5 508	19 479	2 059	18,8	430

Det er særlig helseforetaksområder med mange små kommuner som har stor variasjon innad i helseforetaksområdet. Dette gjelder for eksempel Fonna, Nord-Trøndelag, Helgeland og Finnmark. Hovedstadsområdet, Vestfold, Stavanger, Østfold og Vestre Viken har jevnt over større kommuner og dermed mindre variasjon. De små kommunene står for langt større utslag enn større kommuner. Blant de 30 kommunene med høyest beregnet ressursbruk er det kun en kommune som har over 4 000 innbyggere, og de fire kommunene med lavest beregnet ressursbruk har under 1 000 innbyggere i gjennomsnitt. Figur 4.5 viser avvik fra nasjonal beregnet ressursbruk per innbygger rangert etter kommunestørrelse. Vi ser at det særlig er blant kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere at variasjonen er svært stor.



Figur 4.5 Beregnet ressursbruk per innbygger, avvik i prosent fra landsgjennomsnitt, rangert etter kommunistørrelse, 2008

Dette illustrerer et viktig poeng som er relevant for spørsmålet rundt finansiering av spesialisthelsetjenester og utbygging av kommunale tilbud som alternativ til sykehusinnleggelse, jf. St.meld. nr. 47 (2008-2009). De små kommunene vil være mer utsatt for økonomiske svingninger ved for eksempel ekstra ressurskrevende pasienter dersom kommunene selv tilbyr disse pasientene omfattende helsetjenester (utenfor sykehus), eller må betale for disse pasienters bruk av sykehus. For de minste kommunene er beregnet ressursbruk sterkt påvirket av pasientsammensetningen i det aktuelle år det presenteres statistikk for; små kommuner er mer påvirket av små endringer i forbruk og av tilfeldig variasjon.

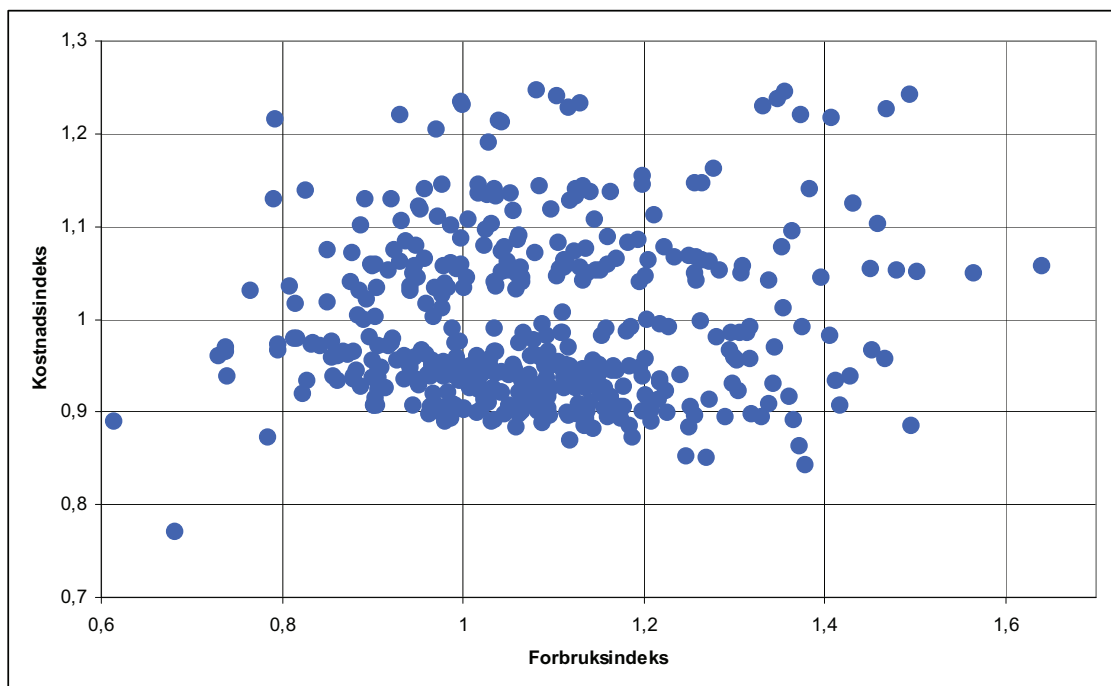
Tabell 4.4 nedenfor viser spredningen i kostnads- og forbruksindeks for kommunene i helseforetaksområdene. Vi ser at innad i foretakene er det langt mindre spredning i kostnadsindeksene enn i forbruksindeksene. Fonna, Telemark og Vestre Viken har høyest variasjonskoeffisient hvilket tyder på at pasientene i disse områdene har blitt behandlet ved flere ulike foretak. Ved å ekskludere de minste kommunene går variasjonskoeffisienten ned for nesten samtlige foretaksområder<sup>23</sup>

Figur 4.6 viser et spredningsplott med kostnadsindeks og forbruksindeks beregnet for hver kommune. Figuren illustrerer poenget fra Tabell 4.4; det er større variasjon i spredning i forbruksindeksen enn i kostnadsindeksen. Hvert enkelt foretaksområde vil legge seg plant med omtrent samme kostnadsindeks samtidig som forbruksvariasjonen er til dels stor innen samme foretaksområde. Figuren viser videre at det finnes enkelte ekstremobservasjoner, men som påpekt er dette i stor grad svært små kommuner.

<sup>23</sup> Dette gjelder både kostnadsindeks og forbruksindeks. Resultat ikke vist.

Tabell 4.4 Spredning i kostnads- og forbruksindekser i kommuner i helseforetaksområder, 2008

Helseforetaks- område	Kostnadsindeks			Forbruksindeks		
	Lavest	Høyest	Variasjons- koeffisient (prosent)	Lavest	Høyest	Variasjons- koeffisient (prosent)
Fonna	0,77	0,97	4,3	0,68	1,22	12,3
Telemark	0,84	0,97	3,9	0,78	1,50	14,7
Vestre Viken	0,88	0,98	3,4	0,86	1,19	9,4
Innlandet	0,88	1,00	2,5	0,86	1,42	11,1
Sørlandet	0,88	0,94	1,2	0,61	1,23	11,6
Østfold	0,89	0,97	2,1	0,82	1,14	8,2
Vestfold	0,91	0,95	1,2	0,94	1,15	5,3
Nordmøre og Romsdal	0,91	1,03	2,9	0,91	1,47	12,1
Haukeland	0,92	0,97	1,3	0,83	1,34	13,0
Sunnmøre	0,92	0,96	1,3	0,98	1,34	9,8
Stavanger	0,94	0,98	1,3	0,73	1,16	12,4
Nord-Trøndelag	0,97	1,01	1,0	0,83	1,41	12,7
Oslo/Akershus	0,98	1,07	2,4	0,76	1,04	7,8
Nordland	1,03	1,09	1,2	0,92	1,50	12,1
St. Olavs Hospital	1,03	1,10	1,5	0,81	1,36	13,7
Helgeland	1,04	1,06	0,6	0,94	1,64	17,0
Førde	1,04	1,12	2,0	0,89	1,46	12,7
UNN	1,11	1,16	1,0	0,79	1,43	14,2
Finnmark	1,19	1,25	1,2	0,79	1,49	18,5
Alle kommuner	0,77	1,25	9,3	0,61	1,64	15,1



Figur 4.6 Spredningsplott med kostnadsindeks og forbruksindeks per kommune, 2008

## 4.6 Datamateriale og metode

Datamaterialet er pasientdata for somatiske innleggelser (dag og døgn) samt poliklinisk aktivitet fra poliklinikker og avtalespesialister. Datakilde er Helsedirektoratet, Norsk pasientregister NPR).

Innleggelser (dag- og døgn) antas å være basert på komplette data, og med komplett korrigeret DRG-vekt kan hvert opphold tilordnes en vekt. Prisen per DRG-poeng er beregnet ved hvert enkelt foretak og brukes som uttrykk for ulikt kostnadsnivå (Kalseth, 2009). Kostnader for innlagte pasienter (døgn- og dag) er her beregnet til 44 938 millioner kroner, hvorav 38 419 mill. kroner er døgnbehandling og 6 519 kroner er dagbehandling. Faktiske ISF-overføringer til helseregionene var i 2008 på ca 16 280 millioner kroner (Rønningen m.fl. 2009), og hvis dette skal finansiere 40 prosent koster denne ISF-aktiviteten samlet ca. 40,7 mrd. Kroner.

Polikliniske data har ikke komplett DRG-koding eller komplett koding av diagnoser. På grunn av innføring av ISF-poliklinikk var takstregistrering anbefalt, men ikke obligatorisk i 2008. I 2008 ble det også endret rapporteringsformat hos NPR, og det er derfor også heftet usikkerhet ved omfanget av DRG-grupperte data. Det er i dette kapitlet tatt utgangspunkt i rapporterte takster, og ressursbruk er beregnet ut fra dette. Takster er bearbeidet på grunnlag av data hentet fra NAV. Prisene for hver konsultasjon antas å være sum av pasientbetaling og poliklinisk refusjon. Dette kan medføre underestimering av totale kostnader, i tillegg til en viss skjevhet hvis det er omfattende manglende/feilkodede takster for pasienter fra enkelte kommuner. Det forutsettes en kostnadsdekning på ca 67 prosent<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> I 2008 ble det overført ca 1,536 mrd. kroner som polikliniske refusjoner utenfor ISF (Rønningen m.fl. 2009). Dette inkluderer 926 millioner kroner som er overført som betaling for lab/røntgen-tjenester. Hvis man på dette legger ISF-poliklinikk estimeres det en samlet kostnad for poliklinikk på ca 3,363 mrd. kroner. Sum av takster og egenandeler utgjør ca 2,22 mrd. kroner. Basert på dette antas en kostnadsdekning på 67 prosent. Takstene multipliseres derfor med en faktor 1,5 for å komme frem til beregnet ressursbruk.

For avtalespesialister er data også hentet fra NPR. Takster er hentet fra Normaltariffen publisert av Legeforeningen. Prisene for hver behandling antas å være summen av pasientbetaling og refusjon til lege. Rapportering av pasientdata fra private avtalespesialister er ikke komplett. Et komplett datasett er estimert basert på kompletthet innen de ulike avtalehjemler for de ulike legespesialitetene<sup>25</sup>.

En kan dermed beskrive beregningen av ressursbruk som å skje gjennom følgende trinn:

#### Trinn 1 Pasientnivå (opphold/konsultasjoner)

- For innlagte pasienter: Estimert kostnad = DRG-poeng per opphold \* Kostnader per DRG-poeng ved helseforetaket hvor oppholdet er registrert
- For polikliniske konsultasjoner: Estimert kostnad = Sum alle registrerte takster og egenandeler \* 1,5
- For private avtale spesialister: Estimert kostnad = Sum alle registrerte takster og egenandeler

#### Trinn 2 Kommun nivå

- Sum estimerte kostnader for innlagte pasienter for kommuner basert på opplysning om pasientens bosted
- + Sum estimerte kostnader for poliklinisk behandlede pasienter for kommuner basert på opplysning om pasientens bosted
- + Sum estimerte kostnader for pasienter behandlet hos private avtalespesialister for kommuner basert på opplysning om pasientens bosted. Hver konsultasjon vektet i forhold til avtalehjemmel og spesialitet for å estimere fullstendig datasett
- = Sum estimerte kostnader kommune

#### Trinn 3 Helseforetaksområder

- Sum kostnader for kommuner som inngår i opptaksområdet

---

<sup>25</sup> For nærmere beskrivelse av estimeringsmetoden, se vedlegg SV4 i "Definisjoner og datagrunnlag til SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008" (se [www.sintef.no/samdata](http://www.sintef.no/samdata)).