

ALLMENNLEGERS TAKSTBRUK

INNHOLD

0. SAMMENDRAG

Legeoppgjør over en periode på ett år er hentet inn fra tre fylker: Hordaland, Oslo og Rogaland. Leger som i perioden har levert minst seks oppgjør på diskett er inkludert. Regninger som gjelder forenklet fremmøte (takst 1ad/k) og konsultasjoner (takst 2ad/k) for pasienter identifisert med 11-sifret fødselsnummer er trukket ut. Materialet omfatter 482 leger, 311785 pasienter, 812123 regninger og 964695 takster utover takstene 1ad/k, 2ad/k og 2dd/k.

Formålet med å analysere legeoppgjør er dels å fremskaffe oversikt over hva som er vanlig takstbruk i norsk allmenn medisin, dels å undersøke om og hvorledes legeoppgjør kan benyttes i forsøk på å belyse viktige sider ved helsetjenesten.

Takstbruken totalt og for prosedyretakster og takster for laboratorieundersøkelser og prøver adskilt er analysert med gjennomsnittlig antall takster per regning/konsultasjon/pasient for leger gruppert etter praksisfylke, kjønn, alder spesialitet i allmenn medisin, laboratorie utstyr og praksisstørrelse (Antall pasienter som er med i legeregningstuttrekket).

Gjennomsnittlig antall takster totalt var 1,19 per regning for de 482 leger. Noen større forskjell i gjennomsnittet var det bare når legene ble gruppert etter spesialitet (leger som ikke var spesialister hadde et 36 prosent høyere gjennomsnitt enn spesialister), etter laboratorie kategori (leger med både celleteller og utstyr for tørrkjemi hadde et 85 prosent høyere gjennomsnitt enn leger uten dette utstyr) og etter praksisstørrelse (leger med <250 pasienter hadde nær 90 prosent høyere gjennomsnitt enn leger med 1000 og flere pasienter). Takstbruk etter laboratorie kategori må imidlertid suppleres med antall prøver rekvirert fra medisinske laboratorier for å gi et korrekt totalbilde av bruken av laboratorieundersøkelse og prøver. Slike data foreligger ikke på nåværende tidspunkt.

Fordeling av legene etter deres gjennomsnittlige takstbruk viste stor variasjon og fordelingene var skjeve mot høyere verdier. Det vil si at noen leger benytter et langt høyere antall takster enn vanlig. Det er i denne rapporten ikke gjort forsøk på belyse årsakene til variasjonen i takstbruken. Den må imidlertid, i noen grad ha sammenheng med legens pasientsammensetning. Det er vist i rapporten at pasientens kjønn og alder har betydning for takstbruken. Senere analyser vil fokusere på takstbruken i forhold til pasienter som er definert også i forhold til diagnose. Resultater av slike analyser vil ha en langt større medisinsk-faglig interesse og vil kunne gi grunnlag for faglige diskusjoner om bruk av laboratorieundersøkelser og prøver ved forskjellige kliniske problemstillinger.

Generaliserbarheten (representativiteten) av den beskrivelse av allmenn legers takstbruk som er gitt i denne rapporten kan ikke nærmere bedømmes etter de data som foreligger i dag. Det blir et spørsmål om de kriterier som ligger til grunn for regningstuttrekket gir skjevheter av noen betydning i materialet. Den store likhet i fordelingene av leger etter gjennomsnittlig takstbruk for leger gruppert etter praksisfylke, kjønn og alder og at de forskjeller som er observert mellom grupper har rimelige forklaringer, gir støtte til antagelsen om at beskrivelsen gjenspeiler generelle trekk i takstbruken i norsk allmennlege praksis i 1998/99.

1. BAKGRUNNEN FOR PROSJEKTET

1.1. Aksjon Riktig Takstbruk

Stortinget besluttet i 1990 at det skulle utvikles et system for elektronisk behandling av legeregninger. Bakgrunnen var den sterke vekst i trygdens utgifter til legehjelp gjennom en rekke år og problemene med å gjennomføre en manuell kontroll og vurdering av de ca 10 mill legeregninger som trygdekontorene årlig mottar fra mellom 6000 og 7000 leger.

Formålet med et edb-system var dels å sikre bedre kontroll med utgiftene, dels å skaffe bedre datagrunnlag for de årlige takstforhandlinger mellom staten og Den norske Legeforening. Det var forutsatt at det skulle gjennomføres edb-basert kontroll av minst et månedsoppgjør per år for alle leger som hadde oppgjør med trygden.

Legeregningssystemet var ferdig for utplassering i trygdekontorene i løpet av 1994.

Trygdekontorenes kontroll av legeregninger hadde i hovedsak vært innskrenket til en ren summeringskontroll og var i stor grad basert på tillit til at legen ikke utnyttet takstsystemet. Dette skyldtes at det i et manuelt system med enkeltregninger for hver pasient og basert på de takster som hver enkelt kontakt utløser, er svært vanskelig å få oversikt over legens takstbruk. Videre forelå det ikke materiale som viste hva som var "normal takstbruk" blant leger og hva som måtte anses som avvikende takstbruk. Endelig var det ikke kompetanse i trygdekontorene til å foreta en medisinsk-faglig overprøving av en leges takstbruk.

Saker som stiller spørsmål ved en leges takstbruk oppleves som vanskelige, tidkrevende og ubehagelige for den enkelte trygdefunksjonær. I tillegg knyttet det seg kapasitetsproblemer til å påta seg nye oppgaver for etaten. Det fremsto dersom som nødvendig å iverksette ekstraordinære tiltak rettet mot en generell kompetanseoppbygning og en skikkelig gjennomgang av saksområdet dersom en skulle ha sikkerhet for at et edb-basert kontrollsystem ville kunne gjennomføres som forutsatt av Stortinget.

Det ble således ansett nødvendig å etablere et kvalitetssikringsprosjekt (Aksjon Riktig Takstbruk) innenfor et ansvarsområde hvor utgiftene på trygdebudsjettet gjennom mange år hadde vært stigende og kontrollen med utbetalingene mangelfull.

1.2.Referanseverdiene

Som et ledd i prosjektet Aksjon Riktig Takstbruk utarbeidet Rikstrygdeverket referanseverdier vedrørende legers takstbruk. Referanseverdiene var ment som et internt verktøy til bruk for trygdekontorene slik at de i første omgang skulle få et sammenligningsgrunnlag til å plukke ut de leger hvor det var størst mulighet for å finne feil takstbruk. Det ble samtidig gjort helt klart at alle legene skulle kontrolleres i løpet av prosjektperioden 1994-96 og at referanseverdiene i seg selv ikke kunne legges til grunn ved den videre vurdering av en leges takstbruk.

Referanseverdiene var utarbeidet tidlig i prosjektperioden på grunnlag av et stort antall legeoppgjør som var registrert på det tidspunkt og ble av Rikstrygdeverket ansett hensiktsmessige for formålet.

Det ble fra legehold stilt spørsmål ved om referanseverdiene kunne være representative. Dette var bakgrunnen for at Rikstrygdeverket 30.04.97 inngikk en avtale med Den norske legeforening om å revidere referanseverdiene for normaloppgjør for allmennleger. De

reviderte referanseverdier var ferdigstilt 20.09.99 og er basert på et langt mer omfattende datagrunnlag.

Referanseverdiene begrenser seg til de poster som fremkommer i Oppgjørsrapporten i Legeregningskontrollprogrammet og er utformet som intervaller. Referanseverdiene omfatter 95 % av alle legers praksis slik at kun de 5 % øverste verdiene innenfor den enkelte post på oppgjørsrapporten faller utenfor referanseverdiene. Referanseverdiene for allmennleger 1999 viser også gjennomsnittsverdiene for de enkelte poster, samt 90%/10% verdiene.

Referanseverdiene viser ikke hvilke laboratorietakster eller prosedyretakster som legene bruker og således heller ikke hvordan bruken av disse takster fordeler seg hos legene. De skiller heller ikke mellom hvilket laboratorieutstyr legene har.

1.3. Behov for dokumentasjon av legers takstbruk-LDU-Prosjektet

I forbindelse med flere saker som har vært brakt inn for domstolene angående krav om tilbakebetaling av utbetalt refusjon for utgifter til legehjelp, har det oppstått et behov for nærmere dokumentasjon av takstbruken i allmennpraksis.

I Ryfylke **herredsrett's sak** nr. 96-00296 A har retten anført at i en slik situasjon hvor det ikke er fremlagt dokumentasjon for retten på at Praksisutvalgets skjønn er korrekt, må den tvil som hersker med hensyn til prøvenes medisinske berettigelse gå ut over staten. Rettens flertall fastsatte derfor selv rent skjønnsmessig et høyere nivå for tilbakebetaling for urettmessig bruk av de aktuelle takster enn hva som var anbefalt av Praksisutvalget.

Dokumentasjonen vil også kunne være utgangspunktet for en dialog med enkeltleger, for eksempel i tilfelle hvor legen legger sin takstbruk rett opp under det nivå som Praksisutvalget har tilrådd i forbindelse med tilbakekreving, men som forutsetningsvis ligger på et uakseptabelt høyt nivå i forhold til det som anses som medisinsk nødvendig takstbruk.

Dette er bakgrunnen for etableringen av LDU-prosjektet (LegeDataUttrekk) våren 1999. Prosjektet tar i første omgang sikte på å foreta en analyse av takstbruken hos allmennleger i Rogaland, Hordaland og Oslo i perioden januar 1998 til mai 1999.

De data som gjøres tilgjengelige gjennom LDU er per i dag unike i Norge, ved at de omfatter virksomhet over tid og ved at datamaterialet er stort. Det er Rikstrygdeverkets oppfatning at materialet vil kunne være en verdifull støtte for Praksisutvalgenes vurderinger og vil kunne virke som en tilbakemelding til legene med hensyn til hvordan deres egen takstbruk er sammenlignet med andre legers takstbruk.

2. OM LEGEREGNINGSKORTET

Etter § 4 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og i private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt skal legen utstede regning for utgifter til legehjelp på blankett fastsatt av Rikstrygdeverket senest førstkommande måned etter behandlingsdagen.

Regningen må i tillegg til kontaktform, diagnose, takster, dato og klokkeslett for de utførte legebehandlingene, inneholde alle opplysninger som er nødvendig for å avgjøre stønadskravet. Rikstrygdeverket har konsesjon til å kreve opplysning om pasientens fødselsnummer på regningskortet. Foreløpig er dette ikke gitt som et pålegg til legene. Dersom fødselsnummer ikke er angitt skal, i tillegg til navn, angis kjønn og alder.

Fra 01.10.1992 kreves at legeregningene blir påført diagnosekode fra kodeverk godkjent av Rikstrygdeverket. Det forutsettes at leger som utfører arbeid i primærhelsetjenesten bruker kodesystem ICPC-kortversjon. Kodesystemet inneholder både definerte sykdomstilstander og koder for symptomer og plager.

Det er de sykdommer/symptomer/plager som er grunnlaget for takstbruken som skal kodes. Hoveddiagnosen kodes først. Rikstrygdeverkets legeregningskontrollprogram (LRK) har foreløpig bare registrert to koder (de to første) selv om legen bruker flere diagnoser.

3.OM TAKSTENE

De nærmere regler om godtgjørelse av utgifter til legehjelp er gitt i forskrift fastsatt i medhold av folketrykkløven § 5-4

Forskriftens kap. 1 inneholder nærmere bestemmelser om hvilke materiellrettslige og administrative vilkår som gjelder for at stønad kan ytes.

Kap. 2 inneholder de fastsatte takster for godtgjørelsen (takstheftet). Takstene er inndelt i følgende avsnitt:

- A. ENKLE PASIENTKONTAKTER/KONSULTASJONER
- B. SYKEBESØK
- C. REISETILLEGG, LEDSADELSE AV PASIENT OG SKYSSGODTGJØRELSE
- D. KVELDS-, NATT- OG HELGEDAGSTILLEGG
- E. PROSEDYRETAKSTER
- F. LABORATORIEUNDERSØKELSER OG PRØVER
- G. RADIOLOGI

Det er prosedyretakstene og laboratorieundersøkelser og prøver som viser hvilke undersøkelser og prøver legen utfører på sine pasienter ved de diagnoser som er oppgitt på regningskortet.

I tillegg til det totale antall takster som er benyttet av hver lege inngår enkelte utvalgte takster i analysene. Utvalget er gjort med bakgrunn i formålet med prosjektet, samtidig som en ønsket å ikke gjøre materialet alt for omfattende.

Som nevnt foran under punkt 1, er formålet i første rekke å dokumentere allmennlegers takstbruk i saker som er fremlagt for Praksisutvalget til vurdering og i visse tilfeller også brakt inn for domstolene som følge av tilbakebetalingskrav mot legen for medisinsk uberettiget eller feil takstbruk. De utvalgte takster omfatter altså de takster som har vært oppe til vurdering i Praksisutvalget eller som av andre grunner har vært ansett som særlig interessante og hvor det av den grunn anses viktig som sammenligningsgrunnlag å få dokumentert hvordan andre leger bruker de samme takster.

Når en skal foreta en korrekt sammenligning av legers bruk av laborietakster, er det nødvendig å sammenligne leger som har samme utstyr. Derfor er legene oppdelt i kategorier etter laborietstyr som gjør dem i stand til selv å analysere visse prøver som andre leger må sende til eksternt laboratorium.

Oppgjør som inneholder takstene 705f og 706a viser om legen har celleteller. Inneholder oppgjørene takst 708b bruker legen tørrkjemi. Hvis oppgjørene både inneholder takst 705f, takst 706a og takst 708b har legen både celleteller og tørrkjemi.

Legene er oppdelt i følgende laboriekategorier:

- Lab. kategori A: Legen har celleteller, men ikke tørrkjemi (refletron)
- Lab. kategori B: Legen har tørrkjemi, men ikke celleteller
- Lab. kategori C: Legen har både celleteller og tørrkjemi
- Lab. kategori D: Legen har verken celleteller eller tørrkjemi
- Lab. kategori E: Alle legene.

4. UTTREKKET

4.1 Konesjonsbestemmelser

Rikstrygdeverket har 23.12.91 fått samtykke (konesjon) av Datatilsynet til å føre personregister. Konesjonen gjelder for Legeregningregister.

Registeret kan omfatte gjennomsnittlig 1/6 av innsendte legeregninger med krav om refusjon fra trygden. Hvordan man kommer frem til dette gjennomsnittet kan bestemmes av Rikstrygdeverket.

Registeret kan bare inneholde følgende typer opplysninger:

4.1.1. Opplysninger om lege

- navn
- fødselsnummer
- arbeidsgivernummer
- adresse
- praksistype (solo- eller gruppe-)
- praksisomfang
- legevaktarbeid
- sykehuslege
- legeårsverk i gruppepraksis
- spesialitet
- avtale om driftstilskudd
- hjelpepersonellårsverk i gruppepraksis
- godkjent av RTV for å bruke (..) takst
- godkjent av sentralstyret i Dnlf for å bruke (..) takst
- notatfelt
- fratatt refusjonsrett (varig eller midlertidig)

4.1.2. Opplysninger om pasientbehandling

- fødselsnummer
- arbeidsgivernummer
- navn
- adresse
- kommunenummer
- diagnosekode
- legevaktbehandling
- refusjon av egenandel m/fritekst
- takster
- behandlingsdato og klokkeslett
- unntak satsnivå
- reisetillegg
- antall sykebesøk på besøksrunde
- besøksrunde - sykebesøk
- skyss, kilometer med egen bil
- skyss, kroner, drosjeregning
- enkeltbeløp og sum refusjon per enkeltregning

Registeret kan bare nyttes til beregning av refusjon, kontroll, statistikk og revisjon.

Opplysningene kan bare innhentes fra legen. Innhenting av opplysninger skjer ved innsending av legeregningensblankett.

4.2 Innhenting av oppgjør

Allmennlege-oppgjør fra tre fylker er inkludert i det datamaterialet som ligger til grunn for Rapporten: Allmenn legers takstbruk.

De tre fylkene Hordaland, Oslo og Rogaland har etablert såkalte oppgjørskontorer, hvor alle oppgjør fra alle leger blir kontrollert og refusjon blir utbetalt.

Når oppgjør blir kontrollert i trygdetetatens kontrollprogram for legeregninger - LegeRegningsKontroll - blir de ferdig kontrollerte oppgjørene lagret i en lokal database på hvert av oppgjørskontorene.

Kopier av de tre lokale databasene ble hentet inn til Rikstrygdeverket via trygdeetatens interne nettverk og lagret. Så snart kopiene var lagret, kunne bearbeiding av datamaterialet starte (se punkt 4). De tre lokale databasene ble aksessert gjennom et eget IT- system utviklet for analysen. Utviklingen av dette ble gjort via en type prototyping.

I alt var det per november 1999¹ til sammen 1.164 allmennleger som leverte oppgjør i de tre fylkene. I legeregningensuttrekket er det med i alt 482 leger. Fordeling på praksisfylke og andelen legene utgjør av det total antall allmennleger er vist i tabell 1.

¹ Antall leger som har oppgjør varierer noe over tid, men størrelsesordenen er relativt stabil.

TABELL 1

Antall leger som er med i legeregningstuttrekket 1998/99 fordelt på praksisfylke

Praksis Fylke	Antall allmenn leger i alt	Allmenn leger med diskett oppgj.	Leger som er med i legeregningstuttrekket		
			Antall	I % av alle leger	I % av leger m/diskettoppgj
Hordaland	300	236	159	53,0	67,4
Oslo	638	330	254	39,8	77,0
Rogaland	226	165	69	30,5	44,8
I alt	1164	731	482	41,4	65,9

Av de 1.164 legene var det 731 leger (62,8%) som leverte oppgjør på diskett. Av disse 731 legene utgjorde utvalget 482 leger, eller 65,9%. Mer om datamaterialet finnes under punkt 6.

4.3 Kriterier for inklusjon av oppgjør

Det ble satt en rekke krav for at oppgjør skulle inkluderes i utvalget. Dette ble gjort for å sikre både reliabilitet og validitet, i tillegg til å påse at hensikten med analysen kunne bli oppfylt.

Følgende eksklusjoner av regninger ble utført:

- 1) **Alle oppgjør fra leger med mindre enn 6 oppgjør med persondata ble fjernet.** Noe av hensikten med LDU var å følge pasienter over tid, noe som forutsetter at pasienter kan identifiseres over tid. Trygdekontorene/oppgjørskontorene har i LegeRegningsKontroll et valg om å anonymisere oppgjør, det vil si å fjerne persondata (navn, fødselsnummer), enten mens opplysningene ble kontrollert eller etter at oppgjør er blitt kontrollert. Hvis det enten var lagret for få oppgjør totalt sett per lege, eller for mange av de oppgjør som var lagret per lege var uten persondata, ble alle den aktuelle legens oppgjør fjernet fra databasen.
- 2) **Alle ugyldiggjorte oppgjør ble fjernet fra databasen.** Trygdekontorene/oppgjørskontorene har i LegeRegningsKontroll et valg om å ugyldiggjøre oppgjør, det vil si å merke oppgjør som av ulike grunner ikke skal kontrolleres videre eller inngå i ulike typer statistikker. Slike merkede oppgjør blir ikke slettet fra den lokale databasen, men ble fjernet fra de tre sentrale databasene som ble dannet på basis av data som ble hentet inn til Rikstrygdeverket.
- 3) **Alle avviste regninger ble fjernet.** I den kontroll som gjøres i LegeRegningsKontroll, kontrolleres en rekke ulike forhold per enkeltregning, så som hvor mye som er krevet i refusjon, hvorvidt takster kan kombineres, og så videre. Regninger som ikke oppfyller alle krav som kontrolleres i kontrollen, blir avvist, og merket som dette i den lokale databasen. Regningene blir med andre ord ikke slettet. Når de lokale databasene ble hentet inn til Rikstrygdeverket ble disse regningene slettet fra den sentrale databasen.
- 4) **Alle regninger utenfor datoområdet ble fjernet.** Det ble fokusert på en periode på 12 måneder fra hvert av fylkene, og regninger utenfor dato området ble fjernet. For Rogaland og Hordaland var 12-måneders-perioden kalenderåret 1998. For Oslo var perioden fra og med juni 1998 til og med mai 1999.
- 5) **Alle dubletter ble fjernet.** I de lokale basene kunne det på grunn av ulike forhold være en mulighet for at dubletter fantes. Alle slike ble identifisert og den ene forekomsten ble i så fall slettet fra den sentrale databasen.
- 6) **Regninger uten 11-sifret fødselsnummer ble fjernet.** 11-sifret fødselsnummer var nødvendig for å kunne følge pasienter over tid. Selv om man i pkt 1) fjernet oppgjør uten persondata, var dette ingen garanti om at fullt fødselsnummer var lagret, siden det ikke kreves av legene at de registrere annet enn fødselsdato (som et minimum).
- 7) **Regninger uten én av takstene 1ad/k eller 2ad/k ble fjernet.** Regninger som inneholder disse takstene er henholdsvis regninger for enkelt fremmøte eller ordinær konsultasjon. Andre typer kontakt mellom pasient og lege består primært i telefonkonsultasjon og sykebesøk.

5. MATERIALET

Legeregningssuttrekket –LDU 1998/99 fra Hordaland, Oslo og Rogaland omfatter 482 allment praktiserende leger. Disse har levert minst 6 oppgjør på diskett i løpet av registreringsperioden. Regninger med takstene 1ad/k og 2ad/k og med pasient identifisert med fødselsnummer er inkludert i materialet ; i alt 812123 regninger. Av disse gjaldt 725477 konsultasjoner definert ved takst 2ad/k. Regningene omfattet 964695 takster. Antall pasienter utgjør 311785. Detaljer om leger, takster og pasienter er gitt i det følgende.

6. DETALJER OM LEGER, PASIENTER OG TAKSTER

6.1. Leger

6.1.1. Antall leger i forskjellige kategorier

Det er i alt 482 allment praktiserende leger som er med i legeregningssuttrekket- 1998/99. I tabell 1 er angitt antallet leger etter legens praksissted(fylke),kjønn, alder, spesialitet i allmenn-medisin, laboratorieutstyr (Lab.kat.) og praksisstørrelse (dvs. antall pasienter som er inkludert i legens legeregningssuttrekk).

Vel 50 % av legene har praksis i Oslo (254 av i alt 482). Det er forholdsvis flere kvinnelige leger i Oslo enn i de to andre fylker. Andelen med spesialitet i allmenn-medisin er lavest i Oslo, men andelen er ikke så forskjellige i de tre fylker. Legene i Rogaland har mest laboratorieutstyr, særlig er andelen i lab.kat.C høy, dvs. andelen av legene som både har celleteller og utstyr for tørrkjemi analyser. Praksisstørrelsen fordeler seg noe forskjellig i de tre fylker. Gjennomsnittlig antall pasienter per lege er størst i Hordaland med 769,6. Legene i Rogaland har et gjennomsnitt på 649,0 pasienter per lege, mens legene i Oslo ligger lavest med 569,4 pasienter per lege.

TABELL 2

Antall leger som er med i legereningsuttrekket fra Hordaland, Oslo og Rogaland i 1998/99

Kategori	HORDALAND		OSLO		ROGALAND		I ALT	
Leger	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
ALLE	159	100,0	254	100,0	69	100,0	482	100,0
KJØNN								
Kvinner	33	20,8	91	35,8	12	17,4	136	28,2
Menn	126	79,2	163	64,2	57	82,6	346	71,2
ALDER								
< 45 ÅR	86	54,1	133	52,4	30	43,5	249	51,7
45 + ÅR	73	45,9	121	47,6	39	56,5	233	48,3
SPESIALIST								
Allmenn med	107	67,3	159	62,6	48	69,6	314	65,1
Ikke spesialist	52	32,7	95	37,4	21	30,4	168	34,9
LABORATORIE								
KATEGORI								
Lab.kat.A	47	29,6	54	21,3	17	24,6	118	24,5
Lab.kat.B	16	10,0	20	7,9	8	11,6	44	9,1
Lab.kat.C	20	12,6	23	9,1	16	23,2	59	12,2
Lab.kat.D	76	47,8	157	61,7	28	40,6	261	54,2
PRAKSIS-								
STØRRELSE								
<250 pasienter	7	4,4	57	22,4	8	11,6	72	14,9
250-499	16	10,1	67	26,5	12	17,4	95	19,7
500-749	57	35,9	59	23,2	19	27,5	135	28,0
740-999	45	28,3	40	15,7	24	34,9	109	22,6
1000-1249	22	13,8	15	5,9	5	7,2	42	8,7
1250-1499	8	5,0	10	3,9	1	1,4	19	3,9
1500 +	4	2,5	6	2,4	0		10	2,1
Gjennomsnitt	769,6		569,4		649,0		646,9	

6.1.2. Gjennomsnittlig takstbruk per regning for forskjellige kategorier av leger og fordeling av legene etter det gjennomsnittlige antall takster de har benyttet per regning.

En regning i denne analysen er et legereningskort som inneholder takstene 1ad/k eller 2ad/k. (Se kapittel 4.3, punkt 7.) Takst 2ad/k definerer en konsultasjon. Med takster menes alle prosedyretakster i kapittel E i takstheftet (antall takstnr.=100), og alle laboratorieundersøkelser og prøver i kapittel F (antall takstnr.=33). Takst 2dd/k er ikke inkludert i "Takster" fordi taksten benyttes bare av spesialister i allmenn-medisin og er en

kvalifikasjonsgodtgjørelse og ikke en takst for utført arbeid. Gjennomsnittlig antall takster per regning fra leger i forskjellige kategorier er angitt i tabell 3.
Gjennomsnittlig antall takster per regning fra leger i forskjellige kategorier er angitt i tabell 3.

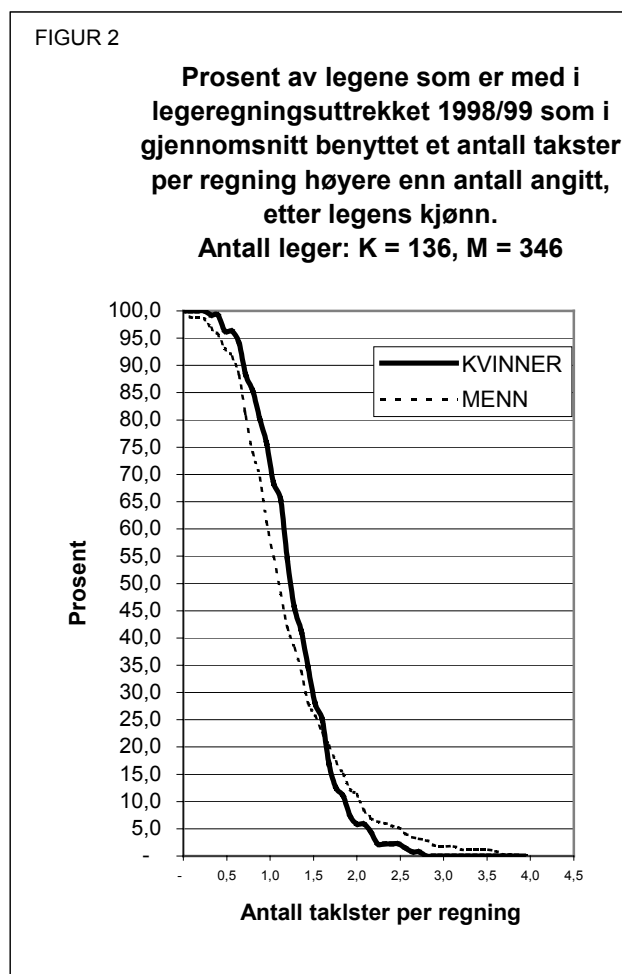
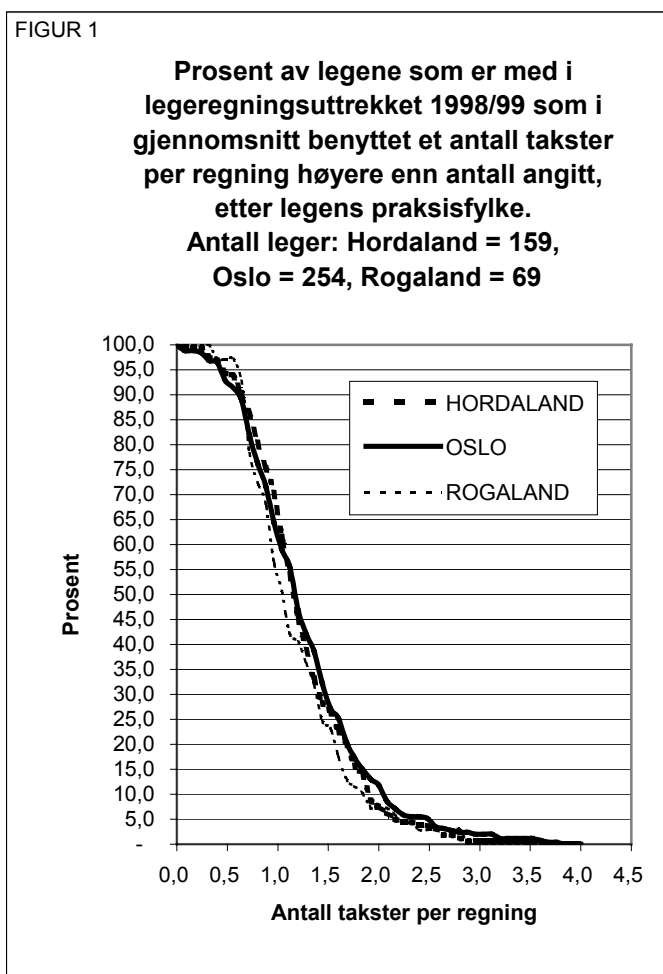
Tabell 3

Gjennomsnittlig antall takster per regning for forskjellige kategorier av leger som er med i legereningsuttrekket 1998/99. Takster i alt, prosedyretakster (kapittel E) og laborietakster (kapittel F)

Kategori leger	Antall leger	Gjennomsnittlige antall takster per regning (Takst 1ad/k +2ad/k)		
		I alt	Prosedyre	Laboratorie
Alle	482	1,18	0,47	0,71
Praksisfylke				
Hordaland	159	1,18	0,51	0,67
Oslo	254	1,23	0,47	0,75
Rogaland	69	1,12	0,41	0,71
Kjønn				
Kvinner	136	1,22	0,54	0,68
Menn	246	1,18	0,46	0,72
Alder				
< 45 år	249	1,22	0,51	0,71
45 år +	233	1,16	0,45	0,71
Spesialitet i allmenn-medisin				
Spesialist	290	1,09	0,44	0,65
Ikke spesialist	192	1,48	0,58	0,90
Laboratorie kategori				
Lab.kat.A	118	1,33	0,53	0,80
Lab.kat.B	44	1,25	0,45	0,80
Lab.kat.C	59	1,76	0,39	1,37
Lab.kat.D	261	0,95	0,47	0,48
Praksisstørrelse				
< 250 pasienter	72	1,83	0,68	1,15
250-499 pasienter	95	1,24	0,53	0,71
500-749 pasienter	135	1,29	0,55	0,74
750-999 pasienter	109	1,22	0,45	0,78
1000-1249 pasienter	42	1,00	0,41	0,59
1250-1499 pasienter	19	0,97	0,37	0,60
1500-eller flere pasienter	10	0,92	0,43	0,48

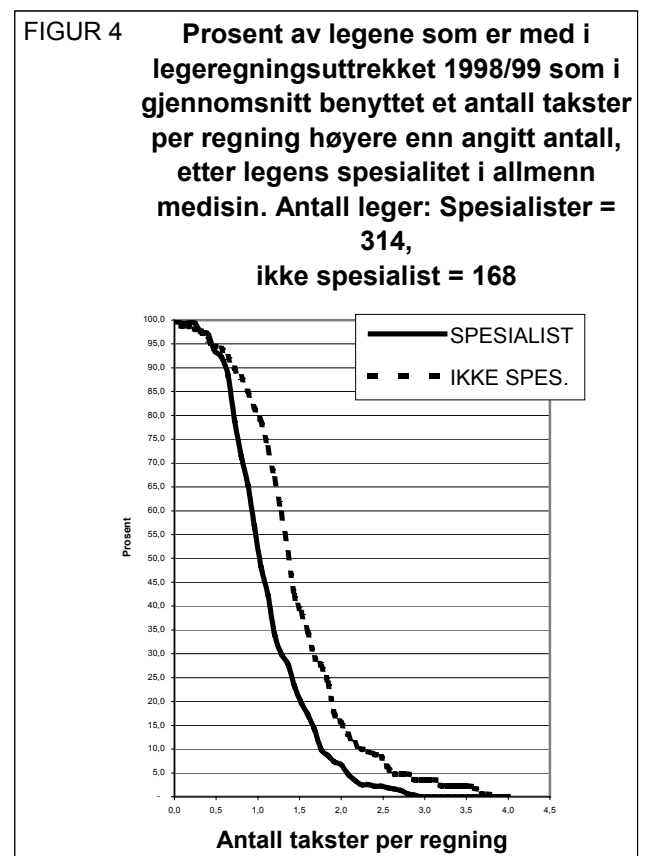
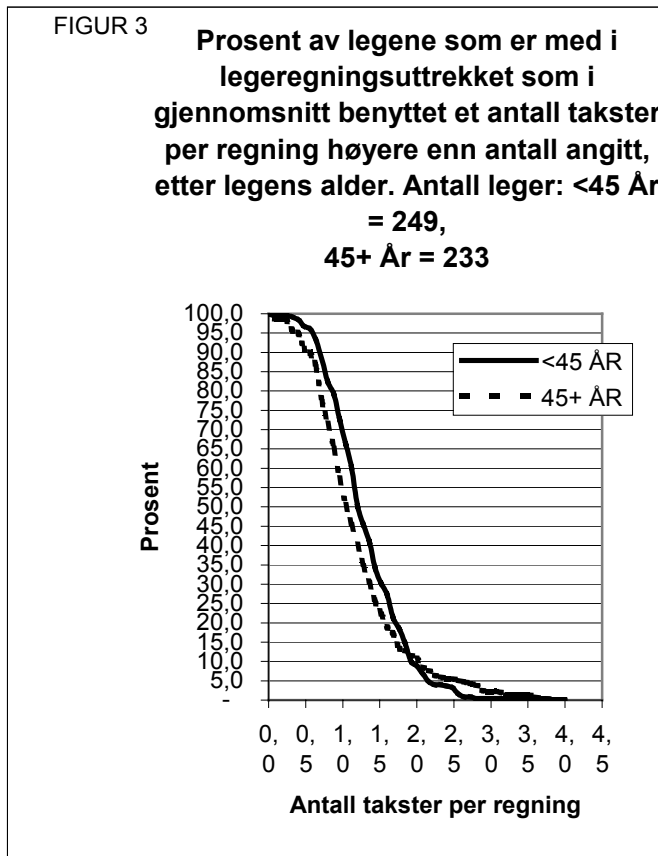
Hyppigst takstbruk har leger i Oslo med et gjennomsnittlig antall takster per regning på 1,23. Det er særlig en hyppigere bruk av laboratorietakster som bevirker det noe høyere gjennomsnitt, men forskjellene er ikke store (< 10 %). Fordeling av legene etter deres gjennomsnittlige takstbruk per regning, figur 1, viser stor likhet, men med fordelingen for leger i Rogaland forskjøvet noe til venstre, dvs. mot et noe lavere takstbruk per regning generelt.

Kvinnelige leger har et gjennomsnittlig takstbruk per regning som er ca. 3 % høyere enn deres mannlige kolleger. Figur 2 illustrerer at dette skyldes at de kvinnelige leger i gjennomsnitt jevnt over benytter flere takster under et antall på 1,5 per regning. Det oppveies ikke ved at andelen av de mannlige leger som i gjennomsnitt benytter over 1,5 takster per regning er høyere.



Det er ikke noen forskjell i det gjennomsnittlige takstbruk per regning mellom yngre og eldre leger. Det vil imidlertid fremgå av figur 3 at det er en høyere andel av de eldre leger enn de yngre som har et gjennomsnittlig takstbruk over ca.2. De yngre leger har på den annen side en høyere andel med et takstbruk under 2 takster per regning slik at gjennomsnittet blir det samme.

Ikke-spesialister i allmenn-medisin har et ca. 40 % hyppigere takstbruk enn spesialistene. Det gjelder særlig bruk av laboratorieundersøkelser og prøver (Kapittel F). Det vil fremgå av figur 4 at fordelingen av det gjennomsnittlige takstbruk per ikke-spesialist er av samme form som for spesialistene, men forskjøvet til høyere, dvs mot hyppigere takster. En slik forskyvning betyr at takstbruken blant ikke spesialister generelt er høyere enn blant spesialister. Fra figuren kan det avleses at det dreier seg om en forskjell på knapt 0,5 takster per regning.

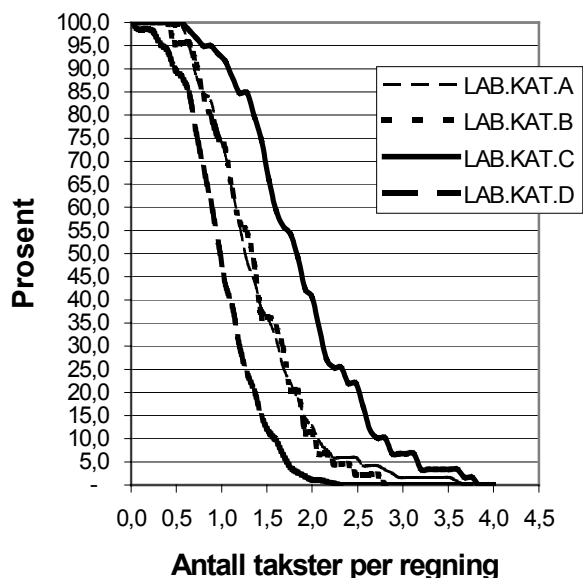


Fordelt etter laboratorie kategori (utstyr) har legene i lab.kat.C, de legene som har både celleteller og utstyr for tørr-kjemi, desidert det høyeste takstbruk. Forskjellene er hovedsakelig et utslag av bruk av kapittel F takster. Figur 5 illustrerer at takster per regning for leger i lab.kat.C øker progressivt med høyere antall takster i forhold til leger i lab.kat.D.

Takstbruken i forhold til praksis-størrelsen er høyest for leger med færrest pasienter og lavest for leger med et stort antall pasienter. Antall leger med mer enn 1500 pasienter (se tabell 2).omfatter syv leger med 1500-1759 pasienter, en lege med 1897 pasienter og to leger med 2000 og flere pasienter. Figur 6 som viser fordelingen av legene etter gjennomsnittlig takstbruk per regning bekrefter forskjellen mellom leger med få og mange identifiserte pasienter i oppgjørene.

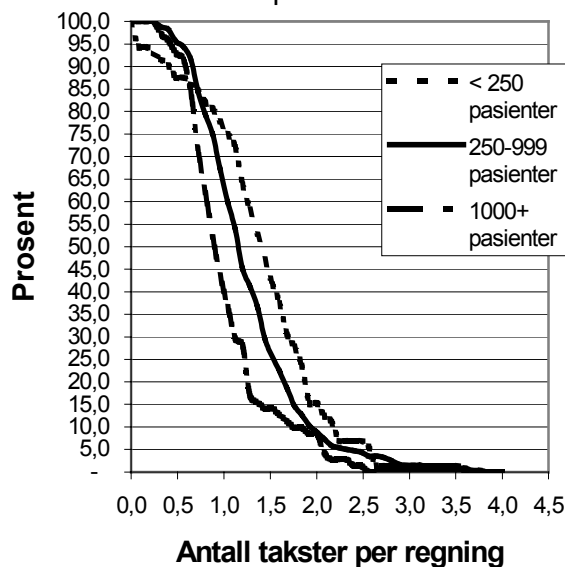
FIGUR 5

Prosent av legene som er med i legeregningstuttrekket 1998/99 som i gjennomsnitt benyttet et antall takster høyere enn antall angitt, etter legens laboratorie kategori. Antall leger :
 Lab.Kat.A = 118, B = 44,
 C = 59, D = 261



FIGUR 6

Prosent av legene som er med i legeregningstuttrekket 1998/99 som i gjennomsnitt benyttet et antall takster per regning høyere enn antall angitt, etter legenes praksisstørrelse. Antall leger: <250 pas.= 72,
 250-999 pas. = 339,
 1000+ pas. = 71



6.2. Pasienter

6.2.1. Antall pasienter etter praksisfylke, alder og kjønn

Det er i alt 31.1785 pasienter som inngår i legeregningsoppgjørene fra de 482 leger som er med i legeregningstuttrekket . En person kan ha oppsøkt flere leger og vil i slike tilfeller telle som pasient like mange ganger Antallet pasienter etter alder og legens praksisfylke er gitt i tabell 4, etter praksisfylke og kjønn i tabell 5.

Pasientene fra Oslo utgjør nær 50 % av det totale antall pasienter som inngår i legeregningstuttrekket. Bare 1 av 7 er fra Rogaland. Det er bare små forskjeller i aldersfordelingen av pasienter fra de tre fylker.

TABELL 4

Pasienter¹ i legeregningssystemet-LDU 1998/99 etter alder og legens praksisfylke

Alder (år)	Hordaland		Oslo		Rogaland		I alt	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
< 7	6628	5,4	8758	6,1	1244	2,8	16631	5,3
7-15	4846	4,0	4771	3,3	1197	2,7	10814	3,3
16-24	13247	10,8	14621	10,1	4816	10,8	32684	10,5
25-44	42442	34,7	58895	40,7	18055	40,3	119392	38,3
45-69	37450	30,6	38308	26,5	13765	30,7	89523	28,7
> 69	17751	14,5	19284	13,3	5706	12,7	4241	13,7
I alt	122364	100,0	144637	100,0	44784	100,0	311785	100,0

TABELL 5

Pasienter² i legeregningssystemet 1998/99 etter kjønn og legens praksisfylke

Fylke	Antall pasienter	Kvinner		Menn	
		Antall	%	Antall	%
	I alt				
Hordaland	122364	77426	63,3	44938	36,7
Oslo	144637	91655	63,4	52982	36,6
Rogaland	44784	28319	63,2	16465	36,8
I alt	311785	197400	63,3	114385	36,7

Kvinner utgjør vel 63 % av pasientene og % er den samme i alle tre fylker.

TABELL 6

Pasienter² i legeregningssystemet fra Hordaland, Oslo og Rogaland 1998/99 i prosent av befolkning i fylkene per 1998

Alder (år)	Hordaland	Oslo	Rogaland
< 7	15,4	19,9	3,1
7-15	9,3	10,8	2,5
16-24	26,2	30,3	10,7
25-44	33,3	32,2	16,1
45-69	34,2	31,1	15,3
> 69	36,2	31,9	16,1
I alt	28,3	28,7	12,1

Andelen pasientene utgjør i forhold til den total befolkning i de tre fylker per 1998 er vist i tabell 6. For Hordaland og Oslo er ca 28 % av befolkningen representert i legeregningssystemet. For Rogaland utgjør pasientene bare 12 % . Andelen av barn under 16 år er lav i alle tre fylker, men noenlunde lik for de øvrige aldersgrupper.

¹ Pasienter er definert i forhold til den enkelte lege. Er flere lege benyttet teller pasienten med like mange ganger.

² Se forhold tabell 4.

TABELL 7

Gjennomsnittlig antall takster per pasient : Alle takster, takster fra kapittel E (prosedyrer) og F (laboratorieprøver) i forskjellige grupper av pasienter

Pasient gruppe	Pasienter		Gjennomsnittlig antall takster per pasient		
	Antall	Prosent	I ALT	Kapittel E	Kapittel F
Alle	311785	100,0	3,09	1,24	1,85
Praksisfylke					
Hordaland	122364	39,2	3,21	1,38	1,83
Oslo	144637	46,4	2,87	1,11	1,76
Rogaland	44784	14,4	3,52	1,29	2,23
Kjønn					
Kvinner	197400	63,3	3,31	1,35	1,96
Menn	114385	36,7	2,72	1,04	1,67
Alder					
< 7 år	16631	5,3	0,93	0,29	0,64
7-15 år	10814	3,5	1,34	0,49	0,85
16-24 år	32684	10,5	2,49	0,94	1,56
25-44 år	119392	38,3	2,87	1,28	1,59
45-69 år	89523	28,7	3,60	1,44	2,16
> 69 år	42741	13,7	4,41	1,51	2,90

6.2.2. Gjennomsnittlig bruk av takster per pasient i forskjellige grupper av pasienter

Gjennomsnittlig antall takster i alt per pasienter er 3,09 –dvs vel tre takster per pasient i gjennomsnitt i den perioden uttrekket omfatter. Tabell 7.

Laboratorietakster (Kapittel F) per pasient er 1,85 og det er nær 50 % høyere enn prosedyretakster med et gjennomsnitt på 1,24 per pasient. Oslo har det laveste antall takster per pasient, Rogaland det høyeste. Rogalands høyere gjennomsnitt skyldes en høyere bruk av laboratorietakster.

Kvinnelige pasienter fører til et 22 % høyere forbruk av takster i forhold til menn.

Takstbruken øker med alder, fra under 1 takst per barn under 7 år til vel 4 takster per pasient over 69 år

6.3.Takster

Det totale antall takster, som er registrert i legeregningsuttrekket ,utover takstene 1ad/k, 2ad/k og 2dd/k ,er nær en million, 964.695. Av disse er 239.218 prosedyretakster og 725.477 laboratorietakster . Referansegruppen har valgt ut noen prosedyretakster fra Kapittel E og noen laboratorietakster fra Kapittel F.(Jfr. kapittel 3) Dette utvalg av takster utgjør 10,0 % av alle prosedyretakster og 94,2 % av laboratorietakstene. Antallet av disse takster og % av prosedyretakster i forhold til alle takster i kapittel E og % av laboratorietakstene i forhold til takster i kapittel F er gitt i tabell 8.

Det er bare tre av de utvalgte prosedyretakstene som har et omfang over 2 %; takst 213 Individuell prevensjonsveiledning (2,2 %), takst 507C Dynamisk spirometri (3,6 %) og takst 609 Særlig tidrøvende muskelfunksjons- og sensibilitetsprøver (2,2 %).

De utvalgte laboratorietakster har et ganske annet og større omfang. Takst 701A Taking og innsending av blodprøver til medisinske laboratorier utgjør alene over ¼ av alle takster i kapittel F. Takst 701B Taking og innsending av histologiske- og cytologiske prøver har et omfang på vel 11 %. Takst 705K Immunologisk CRP test omfatter 16,7 %, takst 708A Blodsukkertest 11,6 % og takst 708B. Andre analyser: kolesterol, etc. 6,4 % for å nevne de fem laboratorietakster som er brukt i størst omfang. Til sammen utgjør de 72 % av alle laboratorietakstene som inngår i legeregningsuttrekket.

TABELL 8

Utvalg av takster fra kapitler e og f i takstheftet - Legeregningsuttrekket 1998/99

Takst nr.		Antall	Prosent
KAPITTEL E Prosedyretakster			
129F	Ambulant kontinuerlig 24 timers registrering av blodtrykk	724	0,19
213	Individuell prevensjonsveiledning	8334	2,15
325A	Us på _recruitment,-diplacosis terskelvandring, etc.	1932	0,50
325B	To eller flere underskøleser	1267	0,33
506A	Bestemmelse av PEF på barn <7 år	27	0,01
507C	Dynamisk spirometri (flow-volume-curve)	13842	3,58
507D	Ved gjentatt us etter broncholytisk medikasjon	2151	0,56
609	Særlig tidrørende muskelfunksj.og sensitivitetstprøver	8527	2,20
612A	Nødvendig samtale med pårørende v/ spesielle problemer	925	0,24
612B	Særlig tidrørende samtaler med pårørende	866	0,22
	Utvalgte kapittel E takster i alt	38595	9,97
Kapittel E	Prosedyretakster i alt	387018	100,00
KAPITTEL F Laboratorieundersøkelser og prøver			
701A	Taking og innsending av blodprøver ved med.lab.	149999	25,97
701B	Taking og innsending av histologiske og cytologiske prøver	64861	11,23
701C	Innsending av positiv inkubert urinprøve	833	0,14
703	Inkubering av objektglass agar	10766	1,86
701C+703	Både 701C og 703 på samme regningskort	1341	0,23
705G	Fremstilling og fargning av blodutstryk	7595	1,31
705K	Immunologisk CRP test	96721	16,74
705F	MCV	3395	0,59
706A	Oversiktsmikroskopi av blod eller diff.telling	19010	3,29
705F+706A	Både MCV og oversiktsmikroskopi	9989	1,73
706F	Telling av trombocytter	15018	2,60
706I	Immunologisk test på mikroalbumin i urin	4232	0,73
706K	Immunologisk test på bakterieantigen(steptokokker)	19497	3,38
707A	Taking av EKG	11298	1,96
708A	Glukose(Blodsukkertest)	67131	11,62
Alle 708B	Andre analyser: Kolesterol,triglycider,kalium etc.	36893	6,39
< 6ggr 708B	Inntil 5 analyser	31433	5,44
> 5ggr 708B	Flere enn 5 analyser	5460	0,95
709	HbA1c-glykosert hemoglobin for best. Av langtidsglukose	10929	1,89
710	Trombotest	14444	2,50
	Utvalgte laboratorieundersøkelser og prøver	543952	94,16
Kapittel F	Laboratorieundersøkelser og prøver i alt	577677	100,00
KONS 2a	Konsultasjoner (takst 2ad/k)	725477	
REGN (1a+2a)	Regninger (Takst 1ad/k+2ad/k)	812123	
TAKSTER	Takster i alt -(1ad/k, 2ad/k, 2dd/k)	964695	
ANT.PAS	Antall pasienter	311785	
ANT.LEGER	Antall leger	482	

6.4. Oppsummering av materialet og takstbruken generelt

Legeregningsuttrekket 1998/99 omfatter 482 allment praktiserende leger, 311.785 pasienter, 812.113 regninger hvorav 725.477 gjelder konsultasjoner, og i alt 964.695 takster.

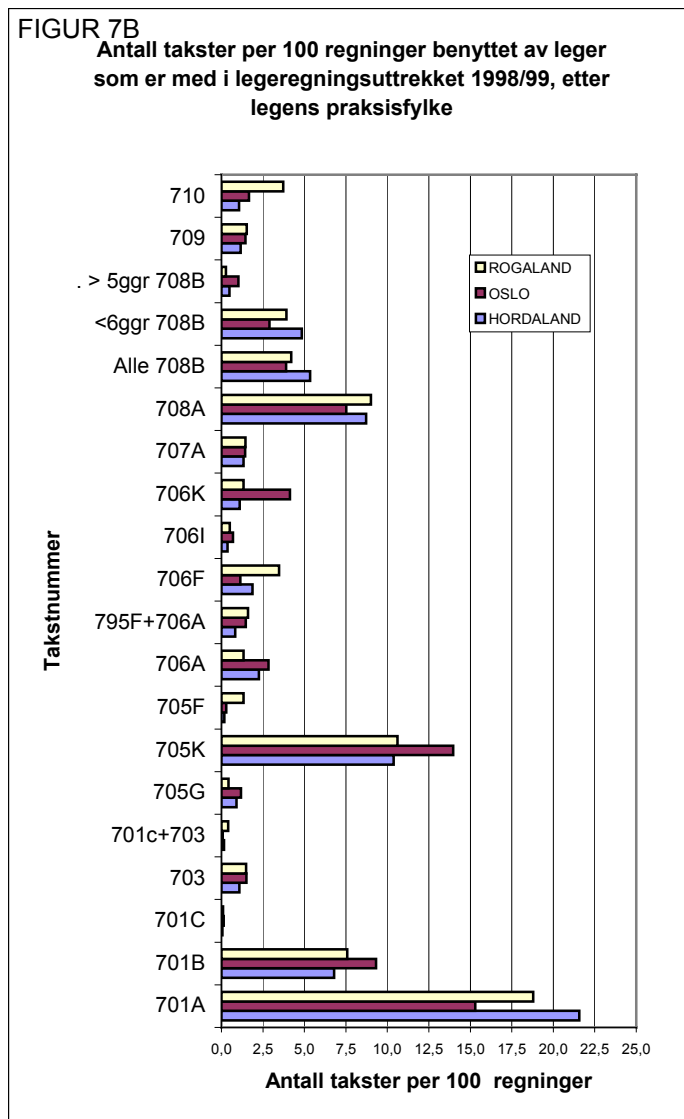
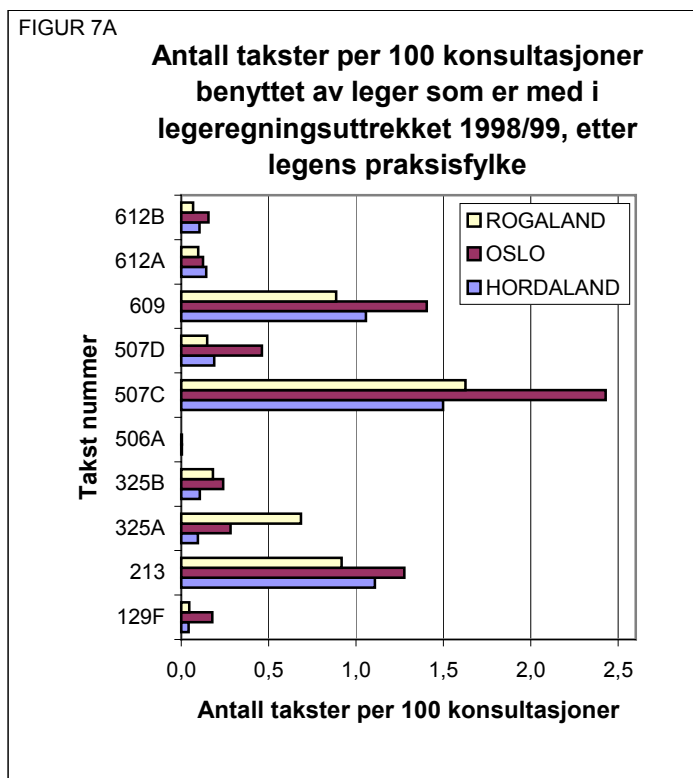
For legene gir det fylke de praktiserer i små forskjeller i takstbruk. Legenes kjønn og alder synes heller ikke å gi noen forskjeller av betydning. Forskjeller i gjennomsnittlig takstbruk av noen størrelse er avdekket mellom spesialister og ikke spesialister, og som ventet mellom leger i forskjellige laboratorie kategorier. Praksisstørrelsen er også åpenbart av betydning for takstbruken.

Gjennomsnittlig bruk av de utvalgte takster blant forskjellige kategorier av leger er presentert ved oversiktstabeller i Appendiks. I kapittel 7 er forskjeller i bruk av de enkelte takster per 100 konsultasjoner/regninger illustrert i figurer. Ved særlig store forskjeller i bruk av takster blant leger i forskjellige kategorier er fordelingene av leger etter deres gjennomsnittlige takstbruk vist i figurer. I disse figurer er fordelingene kumulert og vil angi % av legene i den aktuelle kategori som har et større takstforbruk enn et valgt antall takster per konsultasjon/regning.

Pasientenes betydning for takstbruken etter pasientens kjønn og alder er omtalt i kapittel 8 ved gjennomsnittlig antall takster per pasient for leger i forskjellige kategorier. I disse analyser er aldersgrupper for pasienter redusert til tre: <16 år, 16-44 år, 45år og eldre.

7. Bruk av utvalgte takster i forskjellige grupper av leger

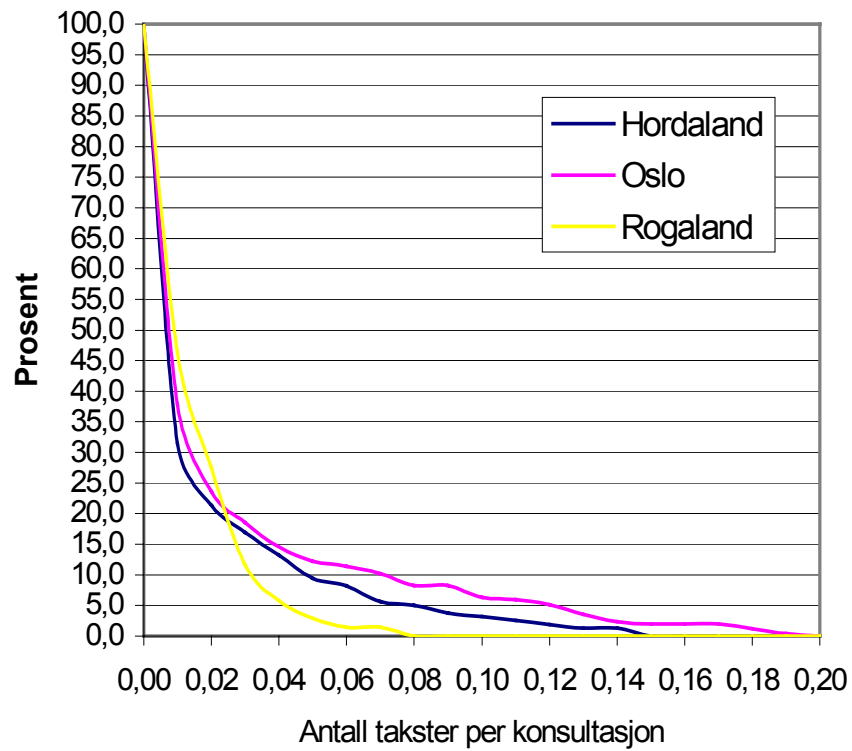
7.1. Leger gruppert etter praksisfylke (Appendiks tabell 1) Figurer 7A, B, C



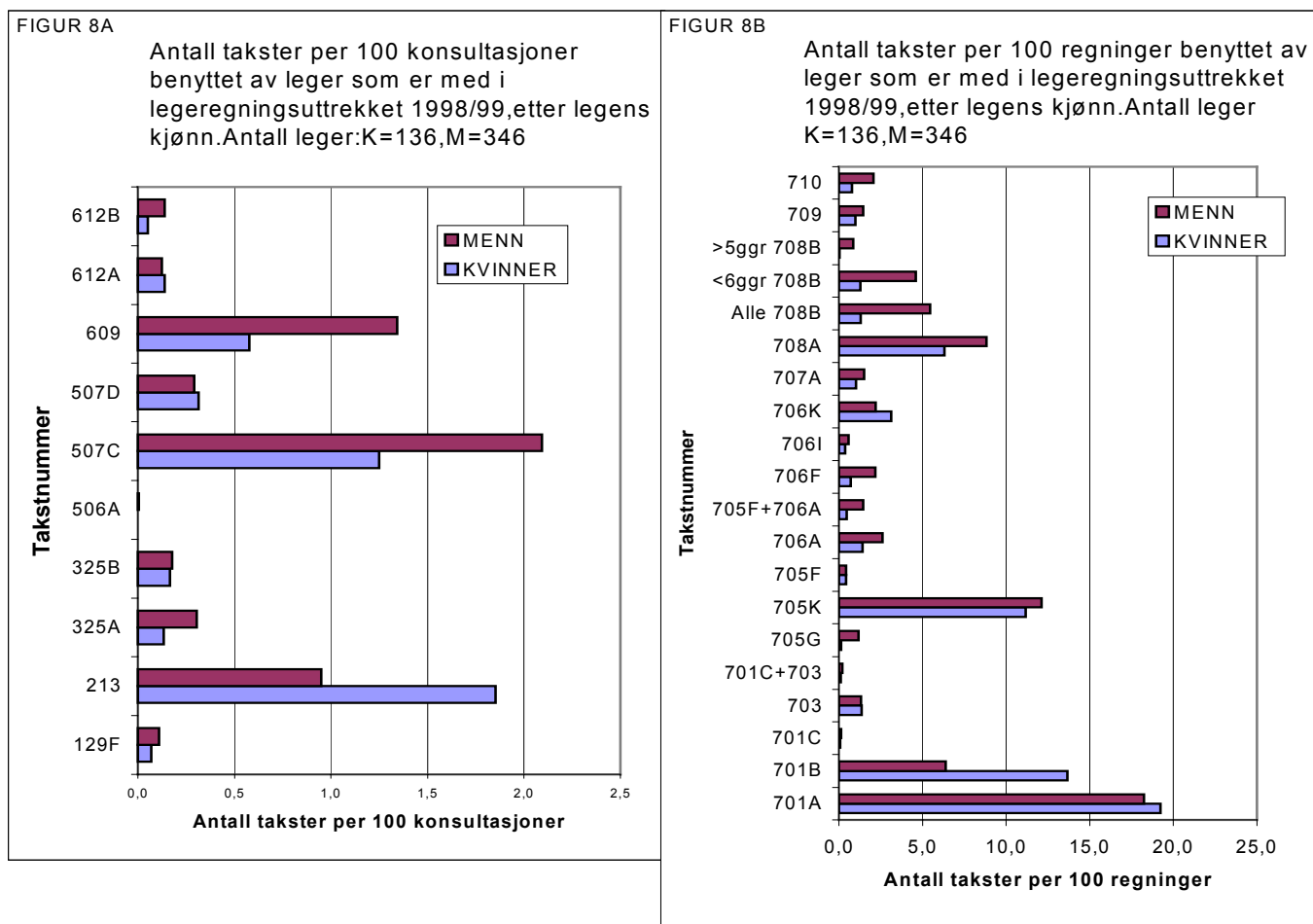
Figur 7A og 7B viser at bruken av de forskjellige takster ikke er særlig forskjellig i de tre fylkene. Et unntak er takst 507C : Dynamisk spirometri som oftest er benyttet av legene i Oslo. Fordelingene etter gjennomsnittlig antall takster 507C per konsultasjon for legene fra de tre praksisfylker er vist i figur 7C . Fordelingene tyder på at forskjellene skyldes at det er Oslolegene som har det høyeste antall takster per konsultasjon blant de 20 % av legene som bruker taksten mest . Et par % av legene i Oslo benytter, som det kan avleses fra figur 7C, taksten i mer enn 16 % av konsultasjonene.

FIGUR 7C

Prosent av legene som er med i legeregningsuttrekket som benyttet takst 507C per konsultasjon ofterer enn antall angitt, etter legens praksisfylke. Antall leger: Hordaland = 159, Oslo = 254, Rogaland = 69



7.2. Leger gruppert etter kjønn (Appendiks tabell 2) Figurer 8 A, B, C

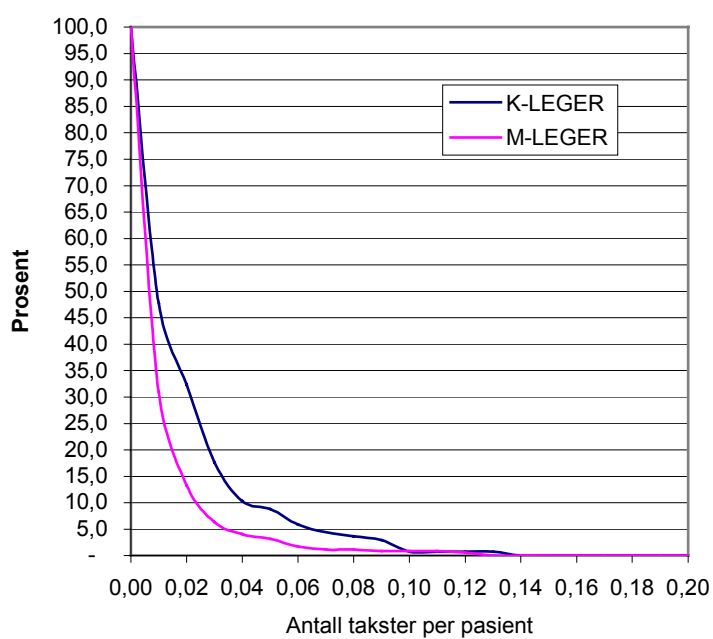


I figurene 8A og 8B er gjennomsnittlig antall takster per konsultasjon/regning vist for de utvalgte takstene etter legens kjønn. Det var liten forskjell når det gjelder takster totalt sett, men for enkelte av de utvalgte takster er det til dels betydelig forskjell. Det gjelder først og fremst takst 213; Individuell prevensjonsveiledning og 701B: Taking og innsending av histologiske- og cytologiske prøver som de kvinnelige leger benytter ca. dobbelt så ofte som deres mannlige kolleger. På den annen side benyttes Takst 507C: Dynamisk spirometri oftere av de mannlige leger.

Fordelingen etter gjennomsnittlig bruk av takst 213 for de kvinnelige og mannlige leger hver for seg, som er vist i figur 8C, kan tolkes derhen at det er ca. halvparten av de kvinnelige leger som i noen utstrekning gir individuell prevensjonsveiledning. For mannlige leger er %en langt lavere.

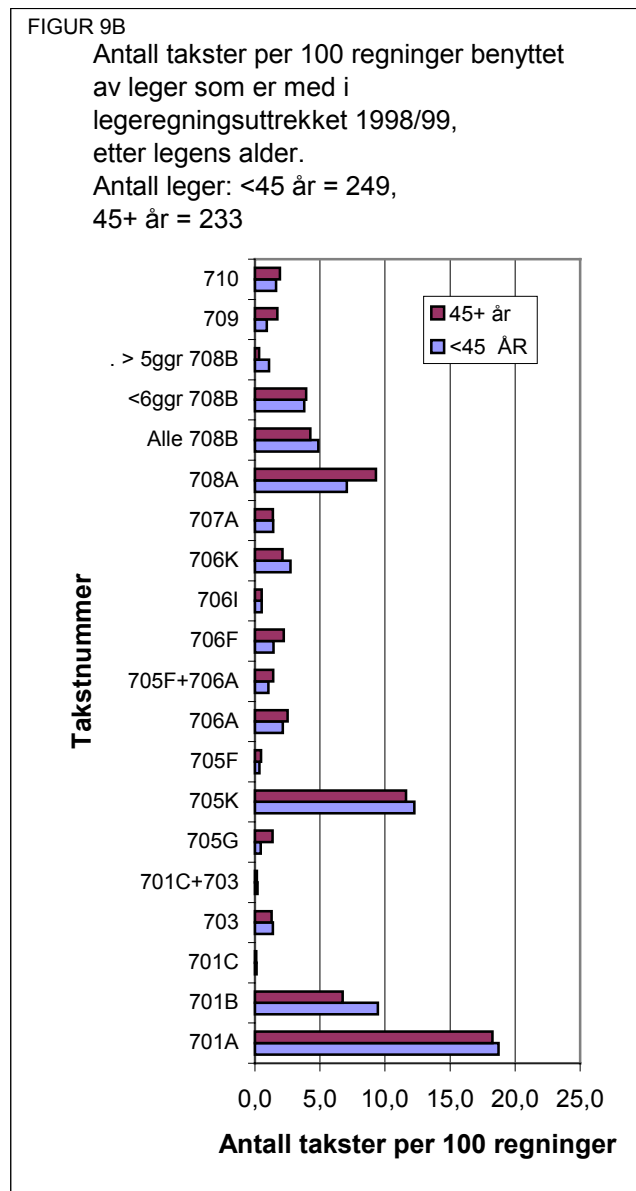
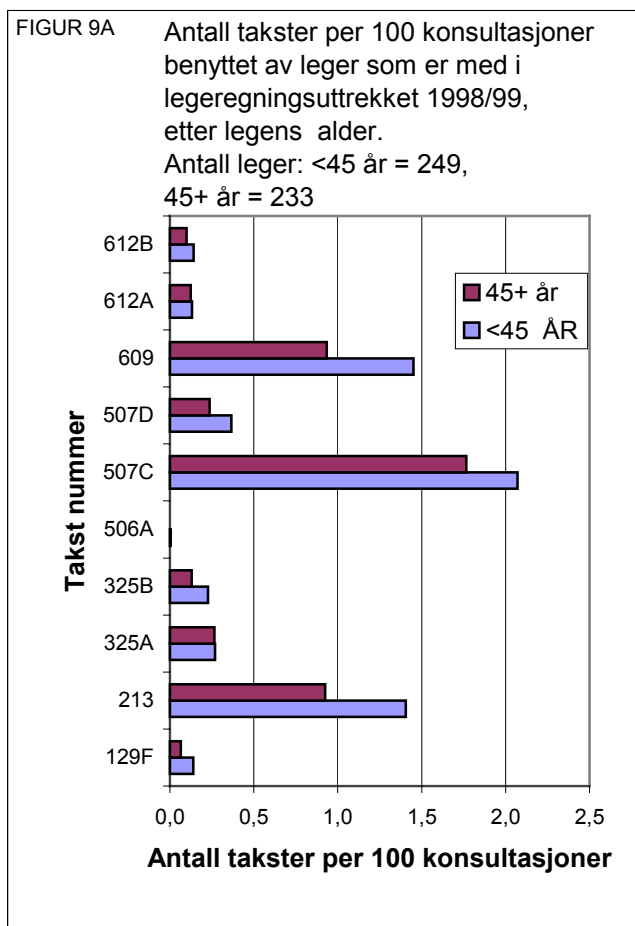
FIGUR 8C

Prosent av legene som er med i legeregningssystemet 1998/99 som benyttet takst 213 per konsultasjon oftere enn angitt antall, etter legens kjønn. Antall leger: K=136, M=336

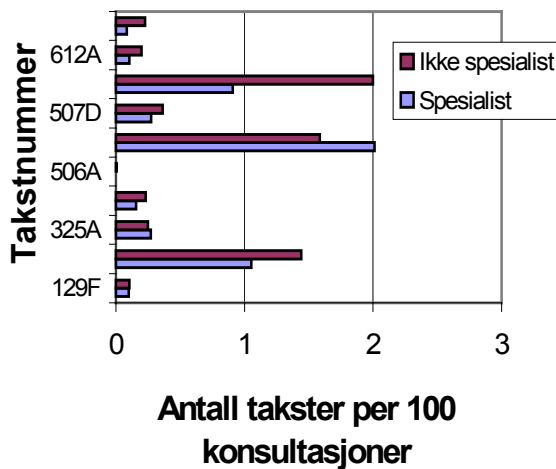


7.3. Leger gruppert etter alder (Appendiks tabell 3) Figurer 9 A, B

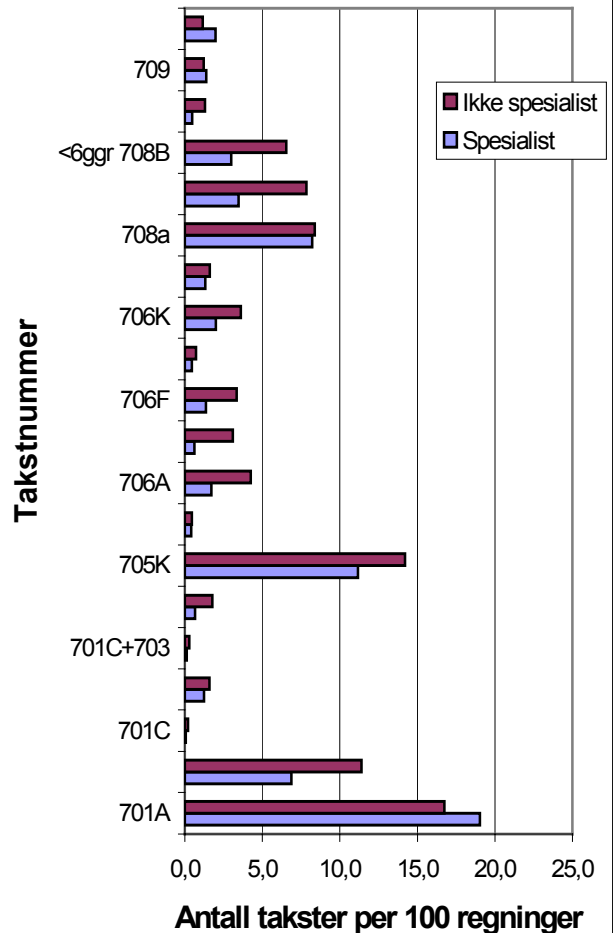
Tall for bruken av de utvalgte takster etter legens alder er gitt i Appendiks tabell 3. Den gjennomsnittlige bruk for leger etter alder er illustrert i figurene 9 A og 9B. Forskjellene er små.



FIGUR 10A Antall takster per 100 konsultasjoner benyttet av leger som er med i legeregningsuttrekket 1998/99, etter spesialitet i allmenn medisin. Antall leger: Spesialister = 314 Ikke spesialister = 168



FIGUR 10B Antall takster per 100 regninger benyttet av leger som er med i legeregningsuttrekket 1998/99, etter spesialitet i allmenn medisin. Antall leger: Spesialister = 314 Ikke spesialister = 168

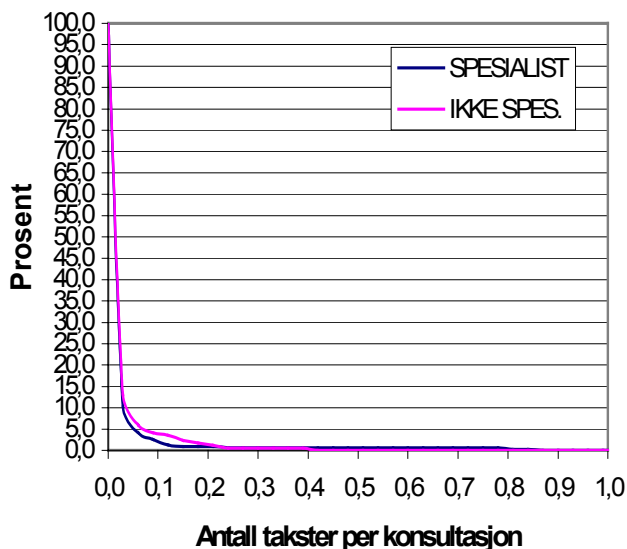


7.4. Leger gruppert etter spesialitet i allmenn-medisin (Appendiks tabell 4) Figurer 10 A, B, C, D

Det vil fremgå av figurene 10A og 10B at "Ikke spesialister" i allmennmedisin jevnt over bruker like mange eller flere takster enn spesialistene. Unntakene er takst 507C: Dynamisk spirometri, takst 710 : Trombotest og takst 701A: Taking og innsending av blodprøver ved medisinsk laboratorium. Når det gjelder Takst 609: Særlig tidrøvende muskelfunksjons- og sensibilitetsprøver og 708B: Andre analyser- Kolesterol, etc. benyttes disse i gjennomsnitt ca. dobbelt så ofte av ikke spesialister som av spesialistene. Fordelingene av de enkelte legers gjennomsnittlige bruk av disse takster er illustrert i figurene 10C og 10D.

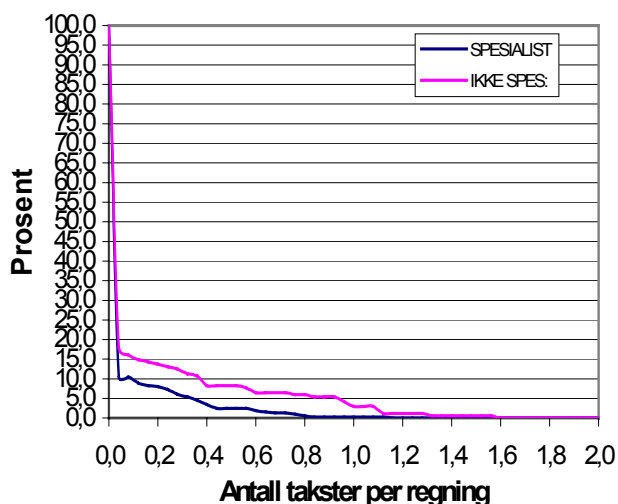
FIGUR 10C

Prosent av legene som er med i legeregningsuttrekket 1998/99 som benyttet takst 609 per konsultasjon oftere enn antall angitt, etter legens spesialitet i allmenn medisin.
Antall leger: Spesialister = 314
Ikke spesialist = 168



FIGUR 10D

Prosent av legene som er med i legeregningsuttrekket 1998/99 som benyttet takst 708B per regning oftere enn antall angitt, etter legens spesialitet i allmenn medisin.
Antall leger: Spesialister = 314
Ikke spesialister = 168



Fordelingene for takst 609 er svært like, figur 10C . At gjennomsnittet er så mye høyere for ikke spesialister må nok skyldes at enkelte av dem har benyttet taksten i uvanlig stor utstrekning, i opptil 80 % av konsultasjonene.

Bruken av takst 708B: Andre analyser: Kolesterol, m. v. benyttes i noen utstrekning av bare 10 % av spesialistene og vel 15 % av ikke spesialistene, figur 10D. Blant ikke spesialistene er det, som det kan avleses fra figur 10D, ca. 5 % som benytter taksten på 100 % av regningene.

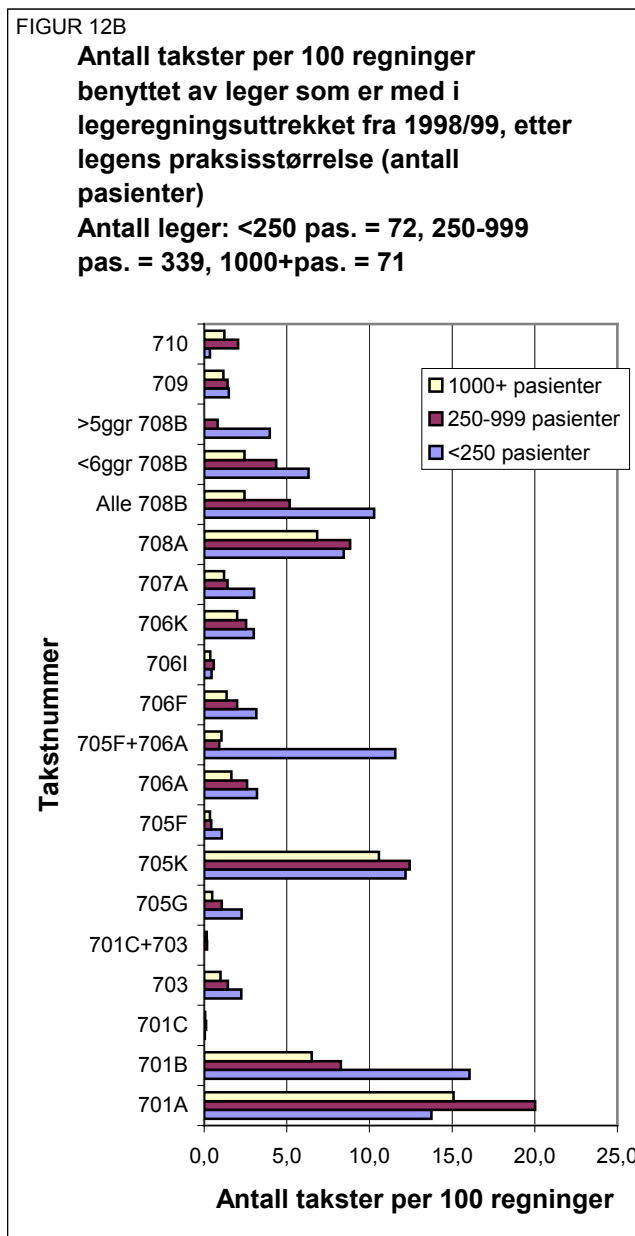
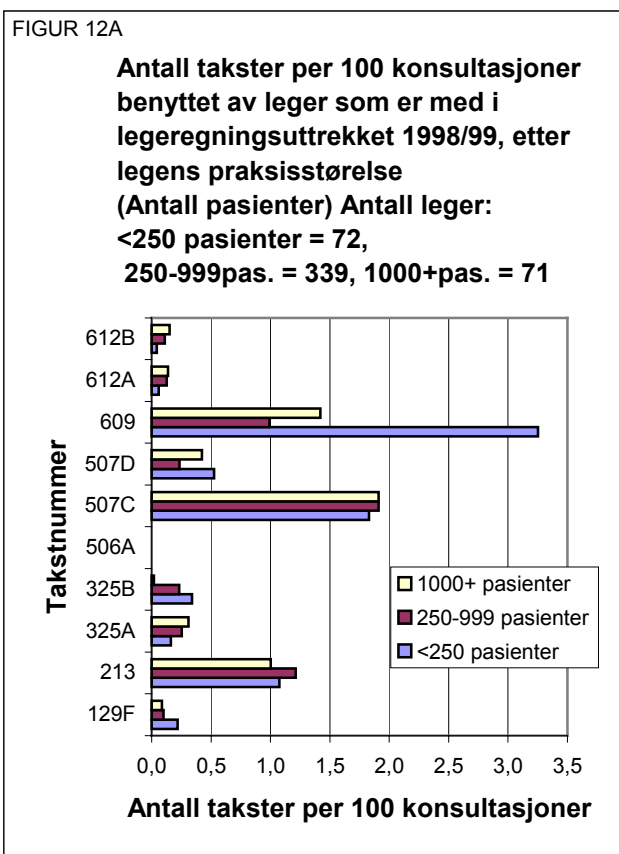
7.5. Leger gruppert etter laboratorie kategori (Appendiks tabell 5) Figurer 11 A, B

Det store takstbruk blant leger i lab.kat. C skyldes hovedsakelig bruk av takstene 708B, 705F, 706A og 706F. Dette er takster som har relasjon til laboratorie-utstyret disse legene har. Fra figur 11B vil det fremgå at legene som bare har celleteller (Lab.kat. A) benytter takst 706A: Oversiktsmikroskopi i betydelig mindre grad enn legene som både har celleteller og utstyr for tørrkjemi (Lab.kat C).

7.6. Leger gruppert etter praksisstørrelse (antall pasienter) (Appendiks tabell 6)

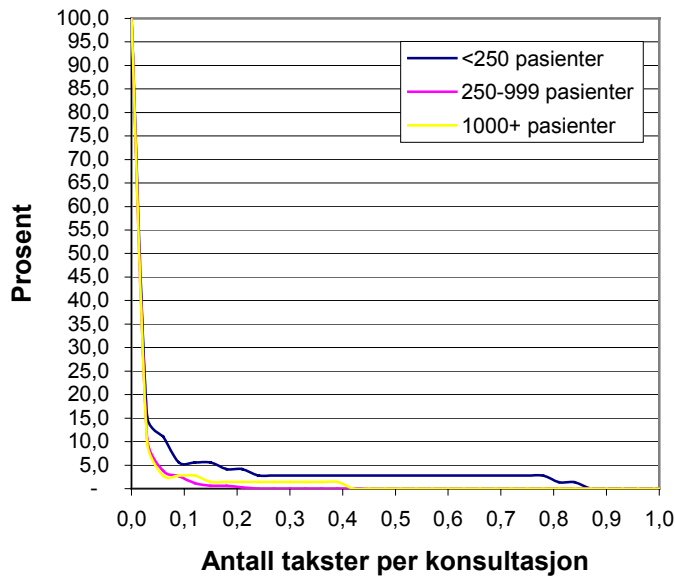
Figurer 12 A, B, C

Praksisstørrelsen hadde stor betydning for takstbruken generelt. Av figurene 12A og 12B vil det fremgå at det samme gjelder for enkelte av de utvalgte takster. Det gjelder særlig takst 609: Særlig tidrøvende muskelfunksjons- og sensibilitetsprøver og takstene 705F og 706A i kombinasjon: Både MCV og oversiktsmikroskopi . Fordelingen av legene , gruppert etter praksisstørrelse , etter gjennomsnittlig bruk av taksten 609 er vist i figur 12C . Enkelte av legene med <250 pasienter benytter åpenbart taksten 609 ved nær 80 % av konsultasjonene.



FIGUR 12C

Prosent av legene som er med i legeregningsuttrekket 1998/99 som benyttet takst 609 per konsultasjon oftere enn angitt antall, etter legens praksisstørrelse.
Antall leger: <250 pasienter = 72, 250-999 pas. = 339, 1000+ pas. = 71



8. Takstbruk etter pasientenes kjønn og alder

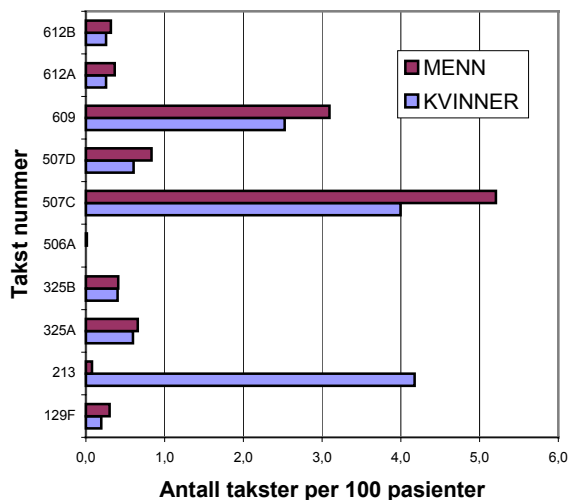
8.1. Takstbruk etter pasientens kjønn (Appendiks tabell 7) Figurer 13 A, B

Kvinnelige pasienter fører til et 22 % høyere takstbruk generelt enn mannlige pasienter. Per kvinnelig pasient er takstbruken i gjennomsnitt 3,3 mot 2,7 for mannlige pasienter. (Se appendiks tabell 7) Kvinnelige pasienter har nær 10 % flere konsultasjoner i oppgjørsperioden og vel 10 % flere regninger. Som det vil fremgå av figurene 13A og 13B er det takst 213: Individuell prevensjonsveiledning og takst 701B: Taking og innsending av histologiske og cytologiske prøver som i særlig grad benyttes oftere for kvinnelige pasienter. Ser man bort fra disse to takstene reduseres forskjellen i gjennomsnittlig takstbruk fra 22 % til 13 %. Figur 13C illustrerer at det er svært uvanlig å benytte taksten 213 når pasienten er en mann.

Hva angår takst 701B viser figur 13D at gjennomsnittet for antall takster per pasient øker progressivt for kvinner i forhold til menn når antall takster øker. Gjennomsnittet er per lege for vedkommendes mannlige og kvinnelige pasienter, og sier ikke noe om antall takster 701B som er benyttet for hver enkelt pasient i løpet av oppgjørsperioden.

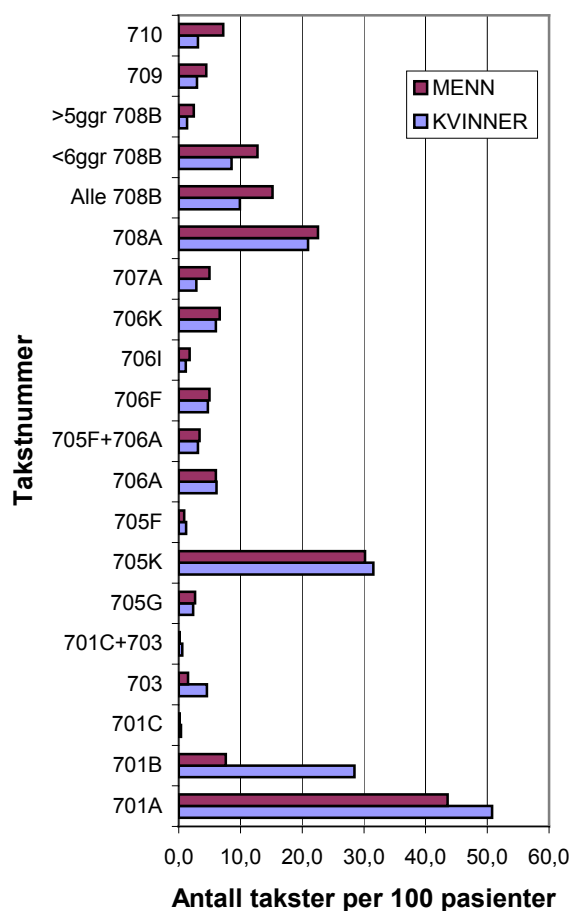
FIGUR 13A

Antall takster per 100 pasienter benyttet av leger som er med i legeregningsuttrekket 1998/99, etter pasientenes kjønn. Antall pasienter: K = 197400, M = 114385



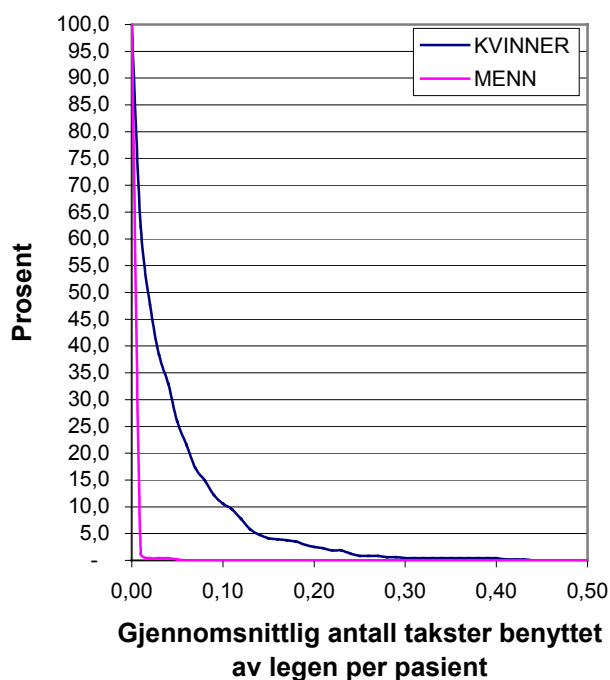
FIGUR 13B

Antall takster per 100 pasienter benyttet av leger som er med i legeregningsuttrekket 1998/99, etter pasientens kjønn. Antall pasienter: K = 197400, M = 114385



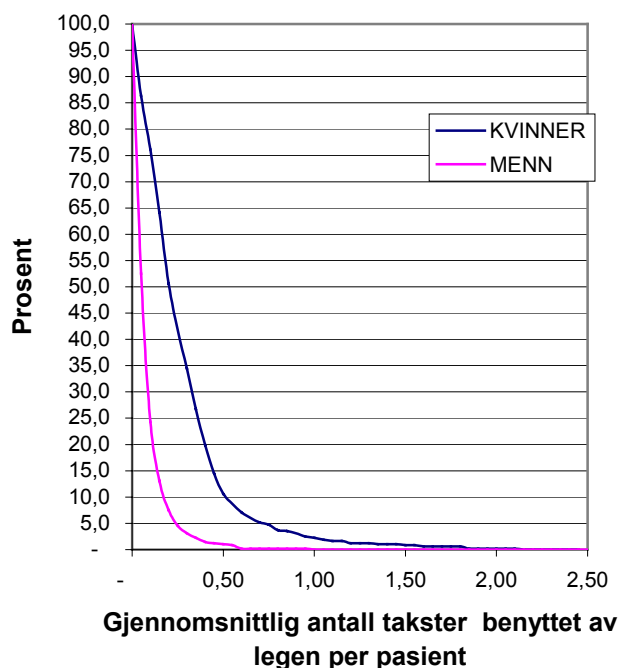
FIGUR 13C

Prosent av legene som er med i legeregningssystemet 1998/99 som benyttet takst 213 i gjennomsnitt per pasient i oppgjørsperioden oftere enn antall angitt, etter pasientenes kjønn. Antall :K=197400,M=114385



FIGUR 13D

Prosent av legene som er med i legeregningssystemet 1998/99 som benyttet takst 701B i gjennomsnitt per pasient i oppgjørsperioden oftere enn antall angitt, etter pasientens kjønn. Antall pasienter:K=197400,M=114385



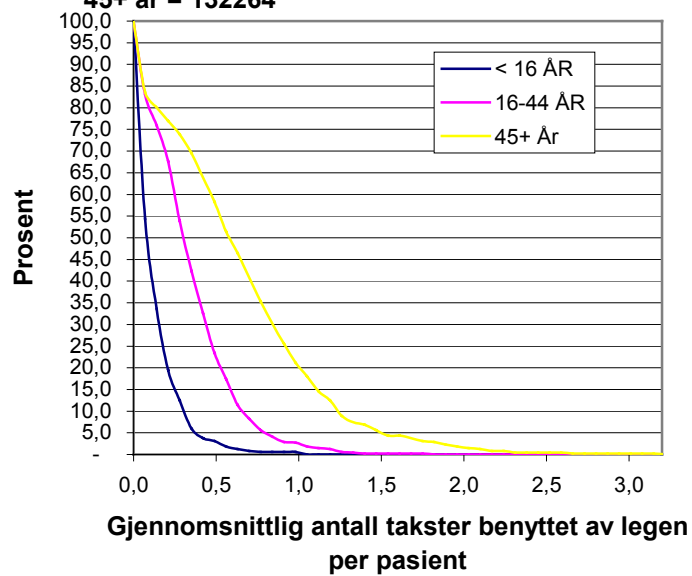
8.2. Takstbruk etter pasientens alder (Appendiks tabeller 8 A, B, C) Figurer 14 A, B, C

Takstbruken generelt øker med pasientenes alder. Det gjelder også for de fleste utvalgte takster. Figur 14A og 14B. Unntak er takst 213: Individuell prevensjonsveiledning som nesten utelukkende benyttes for pasienter i alderen 16-44 år, og takst 701B: Taking og innsending av histologiske og cytologiske prøver som også klart benyttes oftest for denne aldersgruppen.

Takst 705K: Immunologisk CRP test benyttes omtrent likt uansett alder. Den klareste aldersgradient gir bruken av takst 701A: Taking og innsending av blodprøver ved medisinsk laboratorium. Det er illustrert i figur 14C. Middeltallet (medianen) øker fra ca.0,1 per pasient for pasienter under 16 år, til ca.0,4 for pasienter 16-44 år og til ca. 0,7 for pasienter som er 45 år og eldre. De tilsvarende omtrentlige tall for 90-percentilen er 0,3 ,0,8, og 1,3 .

FIGUR 14C

Prosent av legene som er med i legeregningstuttrekket 1998/99 som benyttet takst 701A i gjennomsnitt per pasient i oppgjørsperioden oftere enn angitt antall, etter pasientenes alder. Antall pasienter: <16 år = 27445, 16-44 år = 152076, 45+ år = 132264



9.KOMMENTARER

Analysene som er presentert i denne rapporten er et første skritt for å belyse takstbruk i allmennlege praksis i Norge. Analysene tar utgangspunkt i gjennomsnittlig takstbruk for hver enkelt lege, både med hensyn til det totale antall takster som er benyttet, prosedyretakster i alt og laboratorieundersøkelser og prøver i alt og med hensyn til enkelte utvalgte takster. Når det gjelder prosedyretakster er gjennomsnittet antall takster per konsultasjon (Takst 2ad/k). For laboratorieundersøkelser og prøver og takster totalt er gjennomsnittet antall takster per regning (Takster 1ad/k og 2ad/k), dvs takster brukt ved enkelt fremmøte og konsultasjon.

For de 482 leger som er med i legeregningssystemet var det gjennomsnittlige antall takster 1,18 per regning. Forskjeller i gjennomsnittet av noen størrelse i forskjellige grupper av leger ble bare funnet mellom spesialister i allmenn-medisin og ikke spesialister, mellom leger med forskjellig laboratorie- utstyr og mellom leger etter praksisstørrelse (antall pasienter). Hva som er årsaken til forskjellene foreligger det ikke data som kan belyse. Når det gjelder forskjeller mellom leger med forskjellig laborieutstyr (Appendiks tabell 5) kan det imidlertid synes som forskjellene i hovedsak skyldes bruk av takster relatert til utstyret. Baseres gjennomsnittet på bruken av de øvrige takster reduseres forskjellene betraktelig, mest for leger i lab.kat.C; fra 85 % til 12 % høyere gjennomsnitt enn for leger i lab.kat.D.

Fordelingene av leger etter deres gjennomsnittlige takstbruk er ikke normal fordelt, men skjeve mot høyre, dvs mot hyppigere takster. Ved slike skjeve fordelinger er gjennomsnittlig takstbruk for grupper av leger ikke det beste sentrale mål. Et bedre sentralt mål ville være middeltallet (medianen) eventuelt supplert med percentilverdier, for eksempel 90 og 95 percentilene. Beregninger av disse verdier er ikke gjort, men verdiene kan avleses fra de figurer over fordelinger som er presentert.

Fordelingen viser at det er stor variasjon i takstbruken generelt mellom legene. Hva som er årsaken til denne variasjonen foreligger det heller ikke data til å belyse. Det kan allikevel, uten videre, antas at pasientgrunnet er en faktor. Når for eksempel legene i Oslo hadde benyttet takst 509C: Dynamisk spirometri(flow-volume-curve) oftere enn legene i Hordaland og Rogaland er det sannsynligvis et uttrykk for at legene i Oslo oftere konfronteres med pasienter med lungeproblemer. Det innsamlede materialet gir anledning til å belyse om en slik antagelse er riktig. Analyser med det formålet er planlagt som et neste skritt i prosjektet. Takstbruken i forhold til definerte pasientpopulasjoner etter kjønn, alder og diagnose ville ha betydelig større medisinsk-faglig interesse enn de foreliggende gjennomsnittstall, og ville kunne gi grunnlag for faglige diskusjoner om bruk av laboratorieundersøkelser ved forskjellige kliniske problemstillinger. I denne rapporten er det gjort en begynnelse ved å analysere legens gjennomsnittlige takstbruk i forhold til pasientens kjønn og alder. Kvinnelige pasienter fører til et høyere takstbruk enn mannlige pasienter. Dette skyldes i hovedsak bruk av takst 213: Individuell prevensjonsveiledning og takst 701B: Taking og innsending av histologiske og cytologiske prøver (Appendikstabell 7). Trekk disse to takstene fra, reduseres det høyere takstbruk for kvinner fra 24 til 3 %.

Pasientens alder er utslagsgivende for takstbruken totalt og for bruk av de enkelte takster. Enkelte takster for eksempel 325A: Undersøkelse på recruitment, -diplacisus terskelvandring, m.v. benyttes særlig for barn under 7 år. Bruken av takst 706 K: Immunologisk test på bakterieantigen (streptokokker) er klart avtagende med pasientens alder. På den annen side er takst 708B: Andre analyser: Kolesterol, triglycerider, etc. klart tiltagende med alder. Dette er bare et par eksempler for å understreke at legenes takstbruk må sees i forhold til de

problemstillinger pasientene presenterer, og at gjennomsnittlig takstbruk uten å ta hensyn til pasientsammensetningen bare kan gi et grovt og ufullstendig bilde av takstbruken i allmenn lege praksis.

Generaliserbarheten av dette bilde, om enn ufullstendig, synes imidlertid å være rimelig god. Denne antagelsen støtter seg på at fordelingene av leger etter gjennomsnittlig takstbruk er svært like blant leger når de grupperes etter praksisfylke, kjønn og alder, og det er rimelig enkelt å forklare de forskjeller som er observert .

APPENDIKS TABELLER

- 1) Takstbruk etter legens praksisfylke
- 2) Takstbruk etter legens kjønn
- 3) Takstbruk etter legens alder
- 4) Takstbruk etter legens spesialitet i allmenn-medisin
- 5) Takstbruk etter legens laboratorieutstyr (Lab.kat.)
- 6A) Antall takster etter legens praksisstørrelse (Antall pasienter)
- 6B) Takstbruk etter legens praksisstørrelse
- 7) Takstbruk etter pasientenes kjønn
- 8A) Takstbruk etter pasientenes alder, <16 år, 16-44 år, 45+år
- 8B) Antall takster etter pasientenes alder, seks aldersgrupper
- 8C) Takstbruk etter pasientenes alder, seks aldersgrupper

Appendiks 13 diagram

Diagrammer viser fordeling av legene eller deres gjennomsnittlige bruk av de utvalgte takster per konsultasjon (.....), henholdsvis for regning (for laboratorie.... Og prøver)

Diagrammene er ordnet etter takstnummer.

129 f

