

Nasjonal spesifikasjon for modellering av kostnad per pasient beregninger i sykehus

DEFISJONER OG BEGREPER
2023

Innhold

1. Innledning.....	4
2. Formål.....	5
3. Generelt om KPP-modellen.....	6
3.1 Nødvendige forutsetninger for beregning av enhetskostnader i KPP-modellen	6
3.2 Behandling av taushetsbelagte helseopplysninger	7
4. Nasjonale prinsipper for KPP-modellering	8
4.1 Metodisk tilnærming	8
4.2 Innretning og standardisering	8
4.3 Spesifikasjonens omfang	8
4.4 Aktivitetsgrunnlag i endring	9
4.4.1 Særtjenestegrupper (STG).....	9
4.4.2 Forholdet til tjenesteforløpsgrupper (TFG-er)	9
4.5 Nærmere om kapitalkostnader	10
4.6 Nærmere om KPP-data til kostnadsvektene i ISF-ordningen	10
5. Fastsettelse av kostnadsgrunnlaget	11
5.1 Eksklusjoner.....	11
5.2 Avstemming av KPP-modellen	12
6. Pasientrelaterte tjenester i KPP-modellen	13
6.1 Tjenester i KPP-modellen	13
6.2 Pasientrelaterte tjenester i KPP-modellen.....	14
6.2.1 Akuttmottak	14
6.2.2 Operasjon	14
6.2.3 Intensiv	14
6.2.4 Anestesi	14
6.2.5 Bildediagnostikk/Radiologi.....	14
6.2.6 Laboratorietjenester.....	14
6.2.7 Poliklinikk.....	15
6.2.8 Ambulant	15
6.2.9 Basistjenester for inneliggende	15
6.2.10 Andre tjenester.....	15
6.3 Dokumentasjon av tjenestene	15
6.4 Forbruksvarer i en KPP-modell	16
6.4.1 Legemidler	17
6.4.2 Implantater.....	17
6.4.3 Forbruksmateriell	17

7.	Kostnadsberegning.....	18
7.1	Beregning av enhetskostnader i KPP-modellen	18
7.2	Konkretisering av fremgangsmåten	18
7.3	Modell for aktivitetsbasert kostnadsberegning	19
7.3.1	Direkte tilordnede kostnader	19
7.3.2	Indirekte kostnader	19
7.4	Felleskostnader	19
7.5	Håndtering av behandlerkostnader	20
7.6	Gruppering av regnskapsdata i tjenestegrupper og valg av kostnadsdrivere.....	20
7.6.1	Akuttmottak	20
7.6.2	Operasjon	20
7.6.3	Intensiv	21
7.6.4	Anestesi	21
7.6.5	Bilediagnostikk/Radiologi.....	21
7.6.6	Laboratorie	21
7.6.7	Poliklinikk.....	21
7.6.8	Ambulant	22
7.6.9	Basistjenester	22
7.6.10	Andre tjenester.....	22
7.7	Forbruksvarer	23
7.7.1	Legemidler inklusive blodprodukter.....	23
7.7.2	Implantater.....	23
7.7.3	Forbruksmateriell	23
7.8	Annet	23
7.8.1	Kostnader knyttet til utskrivningsklare pasienter	23
7.8.2	Kostnader knyttet til pasienter som ligger over årsskiftet utfordrer KPP-modellen.	23
8.	STG-kategorier.....	24
9.	Forholdet til Rapporteringsspesifikasjonen for rapportering av KPP-data til nasjonal KPP-database i Norsk Pasientregister.....	25
9.1	Innrapporteringsformat	25
9.2	Nærmere om rapporteringsformatet.....	25
Vedlegg 1	Mulige anvendelser av KPP-data	27
	Anvendelser i helseforetak.....	27
	Anvendelser i regionale helseforetak.....	27
	Anvendelser av sentrale helsemyndigheter.....	27
	Anvendelser av akademia/forskere.....	27

Vedlegg 2 Eksklusjonskategorier med eksempel på kostnadstyper	28
Vedlegg 3 Rapport fra RHF om fordeling av felleskostnader i Helseforetak, mai 2015	30
1. Bakgrunn	31
2. Formål.....	31
2.1 Nytteeffekter	31
3. Mandat	32
3.1 Leveranse.....	32
3.2 Organisering, roller, ansvarsområder og fullmakter.....	32
4. Arbeidsgruppe	33
5. Estimert tidsplan (2014/2015)	33
6. Kartlegging.....	33
6.1 Skjema	34
6.2 Deltakelse	36
7. Forslag til prinsipper	37
7.1 Oversikt prinipper – oppsummering av svar/tilbakemeldinger.....	38
7.2 Valg av ansatt nøkkel	40
7.3 Endelig utsendt forslag.....	43
8. Oppsummering av tilbakemeldingene	44
9. Konklusjon.	45
10 . Vedlegg.....	46

1. Innledning

Kostnader per pasient (KPP) er en betegnelse på en metode for kobling av informasjon om den medisinske behandlingen en pasient har fått med informasjon om hva denne behandlingen har kostet. KPP beregningsmodeller er utviklet og implementert i alle helseforetak (HF) for både den somatiske aktiviteten og aktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHV og TSB).

Helsedirektoratet har publisert to nasjonale spesifikasjoner for KPP-modellering i HF-ene. Den første (IS-2033) kom i 2012 og var rettet mot den somatiske aktiviteten i sykehus og den andre (IS-2490), som var rettet mot aktiviteten innen PHV ble første gang publisert i 2016. En revidert versjon av denne (IS-2756) ble publisert i 2018.

Tjenestene er i stadig utvikling og HF-ene har et helhetlig ansvar for å tilby helsetjenester til pasientene i sitt opptaksområde. Det er derfor både et behov for og ønskelig å etablere en nasjonal spesifikasjon for KPP-modellering i HF som gjøres gjeldene både for aktiviteten innen somatikk og PHV og TSB.

Denne spesifikasjonen bygger på de erfaringer som er gjort gjennom arbeidet med KPP-modellering i HF-ene siden 2012. Det er også pekt på de utfordringer implementering av ny teknologi og nye tjenestemodeller representerer for beregningsmodellen. I lys av denne utviklingen vil det være behov for en mer jevnlig revidering av den nasjonale spesifikasjonen enn det som har vært tilfelle frem til i dag. Spesifikasjonen hensyntar de krav som gjelder for HF-enes rapportering av KPP-data til Norsk pasientregister (NPR) og den nasjonale KPP-databasen.

2. Formål

Formålet med publisering av en nasjonal spesifisering for KPP beregninger er å etablere én felles standard for beregning av kostnader knyttet til den enkelte pasient på episodenivå i spesialisthelsetjenesten. Formålet med en slik standard er:

- Tilby en nasjonal mal for etablering av KPP- modeller
- Sikre lik praksis i beregningen av behandlingstkostnader på tvers av HF
- Legge til rette for at kostnadsvektene i ISF-ordningen kan beregnes med grunnlag i KPP-data
- Legge til rette for en videreutvikling av finansieringsmodellene

En KPP-modell vil ikke bare gi bedre innsyn i pasientrelaterte kostnader, den gir også en systematisk og oversiktlig fremstilling av den helsefaglige aktiviteten, dokumentert gjennom et sett av prosedyrer, i et pasientopphold. KPP-metodikken vil gi et datagrunnlag som setter HF-et i bedre stand til å vurdere ressursforbruket opp mot behandlingskvalitet, praksisforskjeller, behandlingslinjer og pasientforløp.

KPP-informasjon representerer kvalitets- og styringsdata som kan anvendes på ulike nivå i helseforvaltningen, men denne type data anses i særlig grad å være relevant for HF og RHF. KPP-beregninger vil være en av flere informasjonskilder som kan inngå i arbeidet med å forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen, effektivisere driften og styring av helseforetakene, jf vedlegg 1 for kort omtale av mulige anvendelser av KPP-data.

Hvilket formål KPP-dataene skal benyttes til vil være avgjørende for hvilke kostnadstyper som skal inngå i kostnadsgrunnlaget som skal etableres. Den nasjonale spesifiseringen omhandler etablering av hvilket kostnadsgrunnlag som skal inngå for beregning av kostnadsvekter til bruk i den aktivitetsbaserte finansieringsordningen Innsatsstyrt finansiering (ISF). I dette kostnadsgrunnlaget skal f.eks kapitalkostnader og kostnader knyttet til forskning og utvikling ekskluderes, da det er egne prosesser og midler knyttet til disse.

3. Generelt om KPP-modellen

Helseforetakene er ulike i størrelse og organisering og har ulikt ansvar. Helseforetakene har ulike mål og ambisjoner med hensyn til detaljeringsnivå ved utforming av KPP-modellen. Dette vil være avhengig av helseforetakenes interne behov og i hvilke sammenhenger disse dataene skal benyttes. Modellene som bygges etter denne spesifikasjonen vil imidlertid ha samme hovedstruktur. Inndeling av behandlingen i tjenester og beregning av kostnader vil imidlertid utføres med ulikt detaljeringsnivå, avhengig av både organisering, funksjoner og ansvar, samt muligheter for kobling av data fra ulike fagsystemer. KPP-data bør derfor suppleres med annen informasjon når en skal sammenligne behandlingkostnader på tvers av helseforetak

Fleksibiliteten i spesifikasjonen legger til rette for at en KPP-modell kan endres over tid, både med hensyn til endring i tjenestestrukturen, kostnadsgrunnlagene og nye måter å tilby tjenestene på.

Metoden legger til grunn at utredning og behandling av en pasient kan betraktes som en arbeidsprosess som består av en rekke delprosesser. Disse delprosessene klassifiseres i en KPP-modell som gjensidig utelukkende tjenester. Tjenestene skal ha et helsefaglig meningsfylt innhold og kunne kostnadsberegnes separat. Forbruket av tjenestene må kunne kobles til pasienten. Videre forutsetter metoden når det er mulig, at faktisk personelltid, forbruk av legemidler og forbruksmateriell kan knyttes til den enkelte pasient. Ved å summere kostnadene for samtlige tjenester pasienten mottar, inkludert vareforbruket og overveltede felleskostnader, kan det beregnes en unik kostnad for hver pasient.

Kostnadsgrunnlaget etableres med utgangspunkt i regnskapsførte kostnader for en bestemt tidsperiode, fratrukket definerte ekskluderinger, jf. kapittel 5.1. Kostnadene kobles mot registrerte episoder fordelt mellom de pasientrelaterte tjenestene og ulike typer medisinske forbruksvarer via kostnadsdrivere. Ved etablering av kostnadsgrunnlaget som skal benyttes for beregning av kostnadsvekter til ISF-ordningen skal kostnadsgrunnlaget avstemmes mot tilhørende aktivitet, jf. omtale under kapittel 9.2 om rapporteringsformatet.

3.1 Nødvendige forutsetninger for beregning av enhetskostnader i KPP-modellen

Etablering av KPP-data krever at aktivitetsdata og regnskapsdata kan kobles sammen.

Aktivitetsdataene defineres gjennom nasjonal informasjonsmodell, NPR-melding, og tilhørende kostnadsdata må hentes via nødvendig tilpasning av regnskapet.

Aktivitetsdataene benyttes til å beregne enhetskostnader for tjenestene og kan hentes fra både pasientadministrative og lokale fagsystemer.

Aktivitetsdataene fra de ulike fagsystemene vil gi informasjon om pasientbehandlingen via registrerte prosedyrekoder, tidsbruk, hvilket personell som har vært til stede, hvor behandlingen har funnet sted og om medisinsk forbruksmateriell og legemidler har vært benyttet. Kvaliteten og omfanget på registreringene vil variere mellom institusjoner. Hovedgrepet er å benytte de data man har, for så å videreutvikle modellen etter eget behov. Jo mer informasjon en kan få koblet direkte til de tjenester pasienten har fått og som er registrert i de lokale fagsystemene jo bedre grunnlag vil en få for analyse av kostnadsvariasjoner innad i definerte pasientgrupper. En god samhandling mellom de ulike fagmiljøene vil øke kvaliteten i grunnlagsdataene.

I hovedsak er det tre koblinger av data som må gjøres i KPP-beregningen:

- Kobling av regnskapstall i økonomisystemet og aktivitet i det pasientadministrative systemet, for bl.a. å kunne fordele kostnader. Dette forutsetter at det er godt samsvar mellom enhetene som benyttes i økonomisystemet og i det pasientadministrative systemet¹.
- Kobling av tjenstedata fra de enkelte fagsystemer til den enkelte pasient og episode. Dette forutsetter en gjennomgående unik identifikator for den enkelte pasient og den enkelte episode. I mangel av dette kan for eksempel fødselsnummer og dato anvendes.
- Kobling av enhetskostnader per tjeneste til den enkelte pasient. Dette forutsetter at det er samsvar mellom hvordan aktiviteten (ressursbruken) er definert i fagsystemet og strukturen i regnskapet. Med dette menes at kostnadene er korrekt fordelt til samme enheter hvor tjenestene finner sted.

I forbindelse med oppdatering av helseforetakets KPP-database er det viktig at det gjennomføres avstemminger mot andre rapporteringer, både når det gjelder aktivitets- og regnskapsdata. For rapportering til Norsk pasientregister (NPR) og den nasjonale KPP-databasen er det tilstrekkelig med en årlig kvalitetssikret oppdatering.

3.2 Behandling av taushetsbelagte helseopplysninger

Etablering av en KPP-modell forutsetter bruk av taushetsbelagte helseopplysninger. I dette arbeidet er det viktig at helseforetaket følger de krav som er nedfelt i Lov om personopplysninger fra 20.juli 2018. Loven kom som en følge av EUs Personvernforordningen (GDPR). Nærmere om lovens bestemmelser finnes her:

[Ny personopplysningslov - regjeringen.no](https://lovdata.no/dokument/lov/2018-07-20/lovg-2018-07-20-1)

¹ Der en ikke har direkte samsvar mellom organisasjonsoppsettet må dette løses gjennom mapping.

4. Nasjonale prinsipper for KPP-modellering

4.1 Metodisk tilnærming

Den nasjonale KPP-spesifikasjonen bygger på grunnprinsippene i Activity Based Costing² eller ABC-kalkulasjon som det ofte omtales. Arbeidskraft er den viktigste innsatsfaktoren i helsetjenesten. Tid egner seg godt for måling av denne typen ressursforbruk og er samtidig ett enkelt måleparameter. Rent konkret er det derfor lagt til grunn en tidsdrevet aktivitetsbasert kalkulasjonsmetode (TD-ABC «Time Driven Activity Based Costing³).

TD-ABC baserer seg overordnet sett på to fundamentale prinsipper:

- Den legger til rette for å beregne ressursforbruket i en virksomhets sentrale arbeidsprosesser. Dette tilsvarer tjenestene i den Nasjonale KPP-spesifikasjon
- Beregningen tar utgangspunkt i den samlede ressurskapasitet som er gjort tilgjengelig for utførelse av virksomhetens arbeidsprosesser. Noe som er helt i samsvar med vårt metodiske krav om at KPP-beregningen skal inkludere alle påløpte kostnader

TD-ABC er relevant for KPP-beregninger og en KPP-modell bygget på disse prinsipper kan:

- Bygges og implementeres relativt raskt
- Oppdateres for å reflektere endringer i tjenester eller kostnader
- Gjenbruke data fra EPJ-systemer og ulike fagsystemer
- Valideres gjennom ulike avstemminger mot driftsregnskapet
- Skaleres til å håndtere mange transaksjoner
- Inkludere eksplisitt ressurskapasitet og ressursutnyttelse
- Redusere modellens kompleksitet gjennom tidsdrevet kostnadsberegning

4.2 Innretning og standardisering

Implementering av KPP-modeller skal ikke føre til nye registreringer i helseforetakene. Modellen etableres ved å bruke allerede registrerte opplysninger om pasientbehandlingen; tilstandskoder og prosedyrer, hvor behandlingen har funnet sted (ambulant eller i poliklinikk) og ulike administrative opplysninger om pasienten og behandlingen og kostnader ført i regnskapet.

For å sikre sammenlignbare resultater etablerer den nasjonale KPP-spesifikasjonen nasjonale standarder for tre forhold:

- Fastsette hvilke pasientspesifikke tjenester behandlingen skal inndeles i og hvordan disse tjenestene skal dokumenteres (identifiseres og registreres)
- Fastsette prinsippene for hvordan disse tjenestene kostnadsberegnes
- Fastsette hvordan tjenester som ikke er pasientspesifikke håndteres i beregningen

4.3 Spesifikasjonens omfang

Den nasjonale spesifikasjonen for KPP-modeller bygger på en generell metode. Metodikken kan

² Sending, Aage (2003) Innføring i bedriftsøkonomi (3 utg). Fagbokforlaget. S 147 (ISBN 82-7674-928-3).

³ Robert S Kaplan og Steven R Anderson, november 2003.

anvendes for alle områder innenfor spesialisthelsetjenesten. Denne spesifikasjonen gjelder KPP-beregning av all pasientbehandling som utføres i spesialisthelsetjenesten.

Spesifikasjonen har som metodisk utgangspunkt at samtlige kostnader påløpt i en gitt tidsperiode tildeles de pasienter som har fått behandling i samme tidsperiode. Dette innebærer at KPP-modelleringen skal inkludere all pasientaktivitet, uavhengig av om aktiviteten er finansiert gjennom den aktivitetsbaserte finansieringsordningen Innsatsstyrt finansiering (ISF) eller ikke.

4.4 Aktivitetsgrunnlag i endring

Aktivitetsgrunnlaget er i endring fra polikliniske kontakter eller innleggelser til at pasienten i økende grad får sin behandling hjemme, i kombinasjon med eller gjennom digitale kanaler. Dette som følge av medisinsk og teknologisk utvikling med muligheter for å ta i bruk pasientadministrative legemidler, lette og transportable behandlingshjelpemidler, bruk av telefon og video i konsultasjoner, ulike måle- og overvåkingsutstyr i hjemmet samt utvikling av nettbaserte behandlingsprogram. I tillegg satses det på utvikling av nye former for samarbeid på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten for i større grad å imøtekomme pasienter med store behov.

For å få informasjon om hvilken aktivitet dette er og kunne kostnadsberegne og finansiere denne er det opprettet en egen tjenestekategori STG.

4.4.1 Særtjenestegrupper (STG)

STG-er er behandlingsaktiviteter hvor finansieringen er knyttet til behandlingsperioder i stedet for enkelt-episoder eller grupperte sykehusopphold. Aktiviteten er i hovedsak knyttet til behandling utenfor sykehus og pasienten vil ha et varierende antall kontakter i perioden. Det er ønskelig at STG-aktiviteten kostnadsberegnes på lik linje med øvrig aktivitet.

Men slik STG-kategoriene er utformet utfordrer dette KPP-metodikken som er lagt til grunn for den nasjonale modellen, som i hovedsak er rettet mot definerte og avgrensede aktiviteter pasienten har mottatt i sykehus i en gitt tidsperiode og bruk av beregningsmetoden TD-ABC-kalkyle. I tillegg vil kostnader knyttet til enkelte av STG-ene være delvis relatert til ekskluderte kostnader, slik som pasientadministrerte legemidler, der kostnadsgrunnlaget vil gjenfinnes i eksklusjonskategori H-resepter. Videre vil det for enkelte av STG-ene være slik at HF-et ikke har oversikt over hele kostnadsbildet, da aktivitet og kostnader ikke nødvendigvis er registrert ved samme HF. I tillegg må NPR-meldingen utvikles for å hensynta nye tjenesteformer på en bedre måte enn i dag, både med hensyn til administrative kodeverk og nye informasjonselementer. Det er derfor behov for å utvikle nye beregningsmodeller for å kunne gi et godt kostnadsanslag på hva det koster å tilby disse tjenestene per pasient.

Videre vil det i mange tilfeller også være slik at pasienten i samme periode mottar tjenester gjennom en ordinær poliklinisk konsultasjon/episode. Nærmere omtale av etablering av kostnadsgrunnlag og kostnadsberegning for STG-ene er gitt i kapittel 8.

4.4.2 Forholdet til tjenesteforløpsgrupper (TFG-er)

TFG-er er en aggregering av STG-er og DRG-er innenfor en avgrenset tidsperiode og er knyttet til finansiering av tjenester på tvers av f.eks behandling gitt i sykehus eller administrert selv av pasienten hjemme. TFG-er er et rent finansieringsnivå og er ikke knyttet til pasientens henvisningsperiode og pasientforløp.

Til grunn for TFG-vekten ligger kostnadsberegning av tilhørende aktivitet som inngår i DRG og STG-

aktiviteten, det er dermed ikke lagt opp til egen kostnadsberegning av denne aktiviteten i HF-ene.

4.5 Nærmere om kapitalkostnader

I en KPP-modell skal i prinsippet alle kostnader som kan relateres til pasientbehandling inngå i kostnadsgrunnlaget og fordeles til den enkelte pasient, herunder også kapitalkostnader.

Ved etablering av kostnadsgrunnlaget, per episode, som skal rapporteres til Helsedirektoratet og som skal benyttes som grunnlag for beregning av kostnadsvekter til ISF skal alle kapitalkostnader ekskluderes, jf. også omtale i kapittel 5.1.

4.6 Nærmere om KPP-data til kostnadsvektene i ISF-ordningen

Ved rapportering av KPP-data til nasjonalt kostnadsvektarbeid, må KPP-modellen gjennom en godkjenningsordning, utformet av Helsedirektoratet. En slik ordning skal sikre at modellen oppfyller kravene i KPP-spesifikasjonen, og så langt det er mulig sikre sammenlignbarhet.

Godkjenningsordningen gjelder ved første års leveranse i arbeidet, samt ved store modellmessige endringer med konsekvens for kostnadsgrunnlaget. Helsedirektoratet skal kontaktes i disse tilfellene.

5. Fastsettelse av kostnadsgrunnlaget

Utgangspunktet for kostnadsberegningen er helseforetakets brutto driftskostnader i et definert regnskapsår, ført etter de krav regnskapslovgivningen stiller og rapporteres til SSB.

Ved etablering av kostnadsgrunnlaget i en aktivitetsbasert kostnadsberegningsmodell er det sentralt at ulike kostnadstyper kan merkes/grupperes for å tilpasses de ulike anvendelsene. Den nasjonale spesifikasjonen har fokus på de behandlingsrettede kostnadene knyttet til gjennomført og rapportert aktivitet i et definert regnskapsår. Det er mulig å tilpasse modellen for andre definerte perioder, men en er da avhengig av at alle kostnader er periodisert og avstemt med aktivitetsgrunnlaget.

5.1 Eksklusjoner

For å sikre lik forståelse for hvilke kostnader som skal ekskluderes fra kostnadsgrunnlaget tilknyttet den aktivitetsbaserte pasientaktiviteten, samt sammenlignbarhet med kostnadsgrunnlaget som benyttes i SAMDATA⁴, definerer spesifikasjonen et sett av eksklusjonskategorier. Disse er beskrevet i vedlegg 2.

Ekskluderte enheter/kostnadssteder skal inkludere tildelte felleskostnader, jf. Kapittel 7.3. Avhengig av hvordan KPP-modellen er satt opp, dvs hvor i prosessen med tilrettelegging av kostnadsgrunnlaget koblingen mellom kostnader og aktivitet gjøres, kan det være en fare for at kostnader ekskluderes to ganger. Dette er også en problematikk som gjelder kapitalkostnader, som i den nasjonale KPP-modellen skal ekskluderes når en skal beregne de aktivitetsavhengige kostnadene knyttet til pasientbehandlingen.

Når det gjelder kapitalkostnader og eksklusjoner er det en utfordring at det er ulik strategi med hensyn til kjøp eller leie av ulike typer dyrt medisinsk utstyr. Regnskapsmessig håndteres dette forskjellig og vil påvirke både hva som skal ekskluderes og hva som skal inngå i kostnadsgrunnlaget⁵. I prinsippet skal leiekostnader korrigeres for kapitalelementet, men der dette vanskelig lar seg identifisere vil leiekostnaden i sin helhet inngå i kostnadsgrunnlaget. Når det gjelder husleie er dette en definert og avgrenset kostnad. Husleiekostnaden må ses på som en alternativkostnad til kapitalkostnader knyttet til egne bygg og skal dermed ekskluderes.

Denne spesifikasjonen, anbefaler at en først ekskluderer kapitalkostnader etter art, dernest fordeler felleskostnader ut på alle enheter/kostnadssteder og så ekskluderer de enheter/koststeder som skal ekskluderes.

Eksklusjon av kostnader knyttet til forskning og utvikling (FOU) tar utgangspunkt i kostnader rapportert til NIFU (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning)⁶. Kostnadsgrunnlaget må her komme til fratrekk på enheter som har definerte og dedikerte forskningsressurser knyttet til seg. Kostnadsgrunnlaget til NIFU etableres særskilt og kan i enkelte tilfeller inkludere kapitalkostnader, så en bør være oppmerksom på muligheten for dobbelt uttrekk av kapitalkostnader ved enkelte enheter/aktiviteter. Metoden for uttrekk av kapital kan medføre at FOU innrapportert til NIFU ikke vil være identisk med FOU uttrekket i KPP-modellen og dermed vise

⁴ Analyser og styringsdata på utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten [SAMDATA spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet](#)

⁵ Se Regler for aktivering i regnskapshåndbok for de regionale helseforetak versjon 1.0.

⁶ [Produksjonen av FoU-statistikk flytter til SSB | NIFU](#)

avvik i forhold til kostnadsgrunnlag som rapporteres til SSB når det gjelder den pasientrelaterte aktiviteten.

Eksklusjonsgrunnlaget skal rapporteres årlig og vil sammen med avstemmingsskjema og kostnadsgrunnlaget for den pasientrelaterte aktiviteten inngå i de årlige oppdateringene av kostnadsvektene til ISF-ordningen.

5.2 Avstemming av KPP-modellen

Beregningene i KPP-modellen må avstemmes mot det ordinære driftsregnskapet slik at resultatene av beregningen faktisk reflekterer alle relevante påløpte kostnader fra det ordinære driftsregnskapet.

KPP-modellen bør avstemmes på flere nivåer, både på foretaksnivå mot SSB- rapporteringen (KOSTRA) og på tjenestenivået. Ved å gjøre slike kontroller kan en se om alle kostnader er fordelt. KPP-modellen skal for øvrig følge samme prinsipper for fordeling av felleskostnader som for rapportering av datagrunnlaget til SSB.

6. Pasientrelaterte tjenester i KPP-modellen⁷

6.1 Tjenester i KPP-modellen

Tjenestene i en KPP-modell benyttes for å strukturere informasjon om den medisinske behandlingen pasienten har fått. De er i utgangspunktet teoretiske begrep som ikke nødvendigvis har et åpenbart og tydelig medisinsk innhold. Tjenestene defineres derfor nærmere i KPP-spesifikasjonen.

Inndeling av tjenester skal ivareta flere hensyn. For det første skal tjenestene være forenlig med helsefaglig pasientrettet aktivitet. For det andre skal det være mulig å identifisere ressursforbruket som knyttes til den enkelte tjeneste. Det fordrer en entydig definisjon. Generelt må en slik definisjon inneholde tre elementer:

- Tjenestetype
- Tjenestevarighet
- Tjenestevolum (antall personell)

Godkjente medisinske kodeverk; ICD-10, NCMP, NCSP, NCRP, NLK og APAT, benyttes for å identifisere tjenestetype⁸. Tjenestevarighet og tjenestevolum bærer informasjon om tjenestens ressursforbruk, og kan inngå i fastsettelsen av en tjeneste. For en del tjenester vil tilstands- eller prosedyrekoder være til hjelp for å identifisere tjenesten, for andre er det i tillegg nødvendig å fastsette varighet. Selv om det skulle være slik at tjenestetype og tjenestevarighet er den samme for to forskjellige pasienter, kan i prinsippet personellinnsatsen være ulik selv om tjenesten er den samme. For å reflektere en slik variasjon må personell til stede være registrert tydelig for hver pasient. En alternativ og enklere tilnærming vil være å benytte den samme gjennomsnittlige personelltyngde for like tjenester. Da vil tjenestevarigheten være tilstrekkelig til å definere tjenesten

Mangfoldet av tjenester i og utenfor sykehuset er stort, og de ulike tjenestene kan være organisert på ulike måter i de enkelte helseforetak. Dette utfordrer tjenesteinndelingen. For å kunne sammenligne kostnader mellom pasienter og på tvers av institusjoner, har en i den nasjonale spesifikasjonen valgt å operere med relativt få tjenester i KPP-sammenheng. Inndelingen skal likevel være detaljert nok til å identifisere vesentlige forskjeller i kostnader. Et avgjørende hensyn har vært at inndelingen i tjenester ikke skal medføre mange nye krav til registrering av administrativ eller medisinsk informasjon. Informasjon om kostnader knyttet til spesifikke behandlinger, slik som f.eks samarbeidsaktiviteter med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten, ulike typer dialyse, palliasjon og strålebehandling, finnes gjennom analyse av data på DRG-nivå eller via tilstands- og/eller prosedyrekoder.

Videre vil ulik administrativ registrert informasjon, f.eks "sted for aktivitet" gi informasjon om hvor behandlingen har funnet sted, hjemme eller på hvilken avdeling eller poliklinikk pasienten har vært innlagt ved eller til stede på, være avgjørende for kostnadsberegningen. Dette vil være viktige elementer i ressursberegningen, uavhengig av pasientens alder og helseforetakets organisering av tjenesten.

Spesifikasjonen definerer et sett av tjenester som skal inngå i kostnadsberegningen. Basistjeneste er en samlekategori som skal fange opp all aktivitet som ikke er definert gjennom de andre tjenestene.

⁷ Kodeverk 8488. Informasjon over gyldige administrative kodeverk finnes på www.volven.no

⁸ De medisinske kodeverkene forvaltes av e-helse direktoratet. [Kodeverk og terminologi - ehelse](#)

6.2 Pasientrelaterte tjenester i KPP-modellen

6.2.1 Akuttmottak

Tjenesten akuttmottak defineres til å være registrert opphold i akuttmottaket. Tjenesten vil være organisasjonsavhengig og kostnadsgrunnlaget vil kunne variere avhengig av hvilke funksjoner som er lagt til akuttmottaket slik som f.eks skadepoliklinikk. Hverken forskjeller i varighet eller personelltyngde er påkrevet for å identifisere tjenesten, kun det faktum at pasienten har vært i akuttmottaket. Alternativt kan det benyttes pasientspesifikk registrering av varighet og bruk av personell hvis registreringer på det finnes. Bruk av observasjonspost inngår i denne tjenesten.

Radiologiske undersøkelser, laboratorieanalyser, operasjoner eller andre tjenester som utføres i akuttmottaket defineres og registreres som egne tjenester. Se nærmere omtale under hver tjeneste.

6.2.2 Operasjon

Tjenesten operasjon gjelder alle typer kirurgiske inngrep, herunder terapeutiske intervensjoner (PCI, TAVI, m.fl). Tjenesten identifiseres med definerte prosedyrekoder (fra NCSP- og NCRP-kodeverkene), varighet av operasjon og antall og type personell til stede. Som tidsbegrep kan seansetid benyttes. Et alternativ er knivtid, men det valgte tidsbegrep må benyttes konsistent for alle pasienter.

Preoperative tjenester inngår i tjenesten basiskostnader.

6.2.3 Intensiv

Defineres som tiden pasienten oppholder seg i intensivsenhet. Tjenesten kan eventuelt suppleres med informasjon om NEMS-score og andre systemer som gir informasjon om pleieintensitet. Om mulig skal tjenesten også inkludere intermediære senger, samt intensivsatellitter. I denne sammenhengen forstås intensivsatellitter som intensivsenger opprettet for særskilte pasientgrupper utenfor "hovedintensiven".

Erfaring viser at postoperativ overvåking er ulikt organisert og i mange tilfeller vanskelig å skille fra ut fra tjenesten intensiv. Tjenesten intensiv inkluderer derfor postoperativ overvåking.

6.2.4 Anestesi

Anestesi omfatter både anestesi under operasjon og andre tjenester utført av anestesipersonell utenfor operasjon. Dette kan være tilsyn av pasienter ved andre avdelinger, smertelindrende behandling (palliasjon) og anestesi gitt under ulike prosedyrer, f.eks radiologiske undersøkelser av barn. Tjenesten identifiseres gjennom prosedyrekoder fra NCMP-kodeverket.

6.2.5 Bildediagnostikk/Radiologi

Radiologiske tjenester omfatter diagnostiske undersøkelser utført på enhet for bildebehandling/radiologisk avdeling. Tjenestetype identifiseres gjennom NCRP kodeverket, men tjenesten krever også varighet og personelltyngde for entydig identifikasjon. Varighet og personelltyngde kan være spesifikk eller basert på gjennomsnittsanslag. Terapeutiske intervensjoner, jf. Kapittel 6.2.2 Operasjon.

6.2.6 Laboratorietjenester

Omfatter alle prøver, analyser og undersøkelser innen laboratoriefagene medisinsk biokjemi, medisinsk mikrobiologi, medisinsk genetikk, immunologi og transfusjonsmedisin, klinisk farmakologi og patologi. Norsk laboratoriekodeverk (NLK) benyttes for identifisering av tjenestene, eksklusiv patologi som benytter APAT-kodeverket.

6.2.7 Poliklinikk

Tjenesten poliklinikk er knyttet til helsehjelp som finner sted uten overnatting⁹. Helsehjelpen kan skje via direkte møter med behandler(e) (konsultasjoner) eller gjennom video- og telefonkonsultasjoner, samt ambulante.

Tjenesten inkluderer også ulike indirekte pasientaktiviteter, som f.eks samarbeidsaktiviteter. I tillegg vil tjenesten inkludere polikliniske konsultasjoner som gis utenfor definerte poliklinikker, f.eks på ulike senge-/langtidsavdelinger.

6.2.8 Ambulant

At tjenesten ytes ambulant betyr at tjenesten ytes utenfor spesialisthelsetjenestens egne lokaler, der egne lokaler også inkluderer satellittavdelinger. Tjenesten identifiseres gjennom registrering av hvor tjenesten har funnet sted.

6.2.9 Basistjenester for inneliggende

Basistjenesten består av tiden pasienten er innlagt på sengepost andre steder enn akuttmottak og intensivavdeling. Både preoperativ liggetid og standard postoperativ overvåking (utenfor intensivavdelingen/recovery) skal inkluderes i denne tjenesten. Det bør benyttes pasientspesifikk registrering av varighet og bruk av personell hvis registreringer på det finnes.

6.2.10 Andre tjenester

Utstyrsintensive tjenesteleveranser i pasientbehandlingen som ikke kan plasseres i de overstående kategoriene, f.eks behandling i trykktank.

6.3 Dokumentasjon av tjenestene

Registreringen av medisinsk aktivitet som skjer i regi av spesialisthelsetjenesten skal kunne gjenbrukes for KPP-formål. Det gjelder ikke bare medisinsk informasjon basert på diagnoser og prosedyrer, men også tidsregistreringer og personell til stede, samt ulike typer administrativ informasjon.

I tabell 6.1 er tjenestene i den nasjonale KPP-modellen listet opp, sammen med kravene til lokal dokumentasjon.

⁹ For definisjon av helsehjelpsepisode, se ISF-regelverk kapittel 6.1. [Innsatsstyrt finansiering \(ISF\) – regelverk - Helsedirektoratet](#)

Tabell 6.1: Tjenestebegrep i spesifikasjonen og krav til aktivitetsdokumentasjon.

Punkt	Tjenester	Krav til aktivitetsregistrering	Kodeverk	Ressursparametere
6.2.1	Akuttmottak	Tidspunkt inn, tidspunkt ut	ICD-10/NCSP/NCMP	Oppholdstid, antall behandlere eller Antall episoder
6.2.2	Operasjon	Prosedyrer, knivtid start og slutt, seansetid start og slutt, anestestetid start og slutt	NCSP, NCRP	Stue-/seansetid, knivtid, anestestetid, antall og type personell, forbruksmateriell
6.2.3	Intensiv	Tidspunkt inn og tidspunkt ut	NCMP	Oppholdstid
6.2.4	Anestesi	Prosedyrer, anestestetid start og slutt	NCMP	Anestestetid, antall og type personell
6.2.5	Bilediagnostikk/ Radiologi	Prosedyrekoder	NCRP, NCMP	Kostnad per undersøkelse
6.2.6	Laboratorier	Tidspunkt prøve tatt, analysekode	NLK/APAT	Kostnad per analyse
6.2.7	Poliklinikk	Tidspunkt inn, tidspunkt ut	ICD-10/NCMP	Kontakttid, Antall behandlere
6.2.8	Ambulant	Sted for aktivitet	NPR-melding	Kontakttid, antall behandlere, reisetid, antall reiser
6.2.9	Basistjenester for inneliggende	Tidspunkt inn, tidspunkt ut	ICD-10/NCMP	Oppholdstid
6.2.10	Andre tjenestetyper	Prosedyrekoder	ICD-10/NCMP/NCSP/NCRP	Kostnad per behandling

Helseforetak er ulike i størrelse og organisert på ulike måter. For å gjøre beregningen av tjenestekostnader enklere og mer oversiktlig, kan det være hensiktsmessig å benytte tjenestehierarkier. Hovedtjenesten i et slikt hierarki er tjenestene i KPP-spesifikasjonen. Under hver slik hovedtjeneste kan tjenesten deles inn i mer presise subtjenester. En subtjeneste kan igjen deles inn i nye undergrupper i samsvar med helseforetakets organisering. Formålet med en slik inndeling i subtjenester er å sikre et best mulig samsvar mellom aktivitetssteder og kostnadssteder.

6.4 Forbruksvarer i en KPP-modell¹⁰

Pasientbehandling er ikke bare bruk av personellressurser og medisinsk teknologi, men også forbruk av ulike varer. Hensikten med registrering av forbruksvarer for KPP-formål er å identifisere særlig

¹⁰ Kodeverk 8489. Informasjon over gyldige administrative kodeverk finnes på www.volven.no

kostbare innsatsfaktorer knyttet til særskilte prosedyrer.¹¹ Disse vil være inkludert i tjenestekostnaden. I en overgangsperiode kan en fordele kostnadene jevnt mellom pasientene, men da vil relevante kostnadsforskjeller ikke bli synlige.

Forbruk av ulike innsatsfaktorer skal registreres lokalt i tilknytning til de relevante medisinske prosedyrene.

6.4.1 Legemidler

Med legemidler menes i KPP-sammenheng medikamenter som er gitt til pasienten i forbindelse med døgn, dag eller poliklinisk behandling, herunder blodprodukter.

Når helseforetakene innfører datasystemer (f.eks kurve) som kan identifisere hvilke medikamenter den enkelte pasient får (type og dose), kan faktisk medikamentkostnad knyttes til den enkelte pasient.

6.4.2 Implantater

Implantater defineres til å omfatte både ulike implantater og annet materiell som skal sitte igjen i kroppen etter fullført behandling. Implantater kan knyttes til aktuelle operasjoner gjennom prosedyrekodene, og dokumentasjonen skal primært skje basert på disse.

6.4.3 Forbruksmateriell

Med forbruksmateriell menes eksempelvis et sett av utstyr som brukes i forbindelse med bestemte operative inngrep ("kit") eller sårskift. KPP forutsetter at disse kan knyttes til aktuelle operasjoner/kontakter gjennom prosedyrekodene.

Tabell 6.2 gir oversikt over aktuelle forbruksvarer i den nasjonale KPP-modellen og krav til dokumentasjon.

Tabell 6.2 Forbruksvarer i spesifikasjonen og krav til dokumentasjon

Punkt	Forbruksvarer	Krav til aktivitetsregistrering	Kodeverk	Ressursparametere
6.4.1	Legemidler	Prosedyrer, type medikament	NCSP/NCMP, ATC	Pris pr enhet
6.4.2	Implantater	Prosedyrer, type implantat	NCSP, varenr., ol	Pris pr enhet
6.4.3	Forbruksmateriell		NCSP/NCMP	Pris pr enhet

¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/norsk-pasientregister-npr/registrering-og-rapportering-til-npr/informasjonsmodell-og-meldinger>

7. Kostnadsberegning

7.1 Beregning av enhetskostnader i KPP-modellen

Beregningen foregår etter følgende prinsipp:

Enhetskostnaden for de ulike tjenestene og valgte tjenestegrupper beregnes etter følgende enkle prinsippmodell.

Enhetskostnaden = kostnad/mengde

Kostnad er de totale kostnadene i en tjenestegruppe, mens mengde både kan være tid der en korrigerer for personellressurser eller antall enheter med hensyn til varekostnader.

For tjenestene vil enhetskostnadene også omfatte felleskostnadene, som gjerne også kan være en egen kostnadsgruppe (gjør det mulig å spore felleskostnaden).

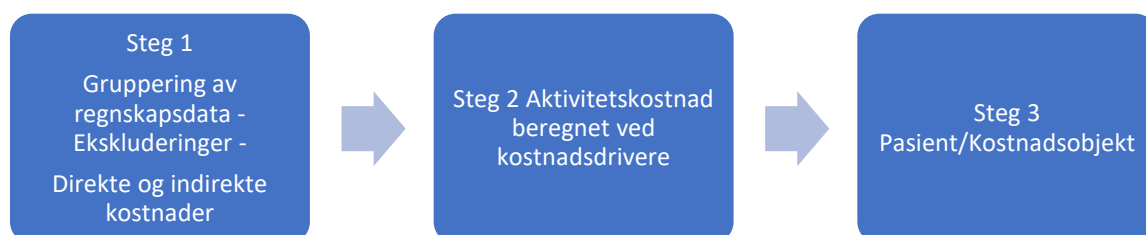
Ved å multiplisere enhetskostnaden med pasientens faktiske forbruk av tjenesten finner en kostnadene for de ulike tjenestene pasienten mottar.

7.2 Konkretisering av fremgangsmåten

For å synliggjøre variasjon i ressursforbruket per pasient, brukes tidsdrevet aktivitetsbasert kostnadsberegning. Mens tradisjonelle regnskap har fokus på kostnadssteder og fordelingsgrunnlag, har aktivitetsbasert regnskapsføring fokusert på aktiviteter, kostnadsdrivere og kostnadsobjekter.

- Aktivitet - det arbeidet som utføres og som medfører kostnader, f. eks en tjeneste
- Kostnadsdriver- den faktor som har avgjørende betydning for kostnadsnivået for aktiviteten, f. eks tjenestens varighet eller antall personell involvert
- Kostnadsobjekt – den enhet som tilknyttes et gitt ressursforbruk f. eks en pasient.

Det er ønskelig å skille mellom direkte og indirekte kostnader. Direkte kostnader representerer kostnader som kan henføres til kostnadsobjektet (pasient) på en entydig måte. Indirekte kostnader kan håndteres i en prosess i to eller flere trinn avhengig av funksjonsfordeling og organisering. Først omgrupperes tradisjonelle regnskapsposter til hensiktsmessige aktivitetskostnadsgrupper, der også felleskostnader inngår. I trinn to, eller gjennom flere trinn, fordeles disse kostnadene til de ulike kostnadsobjektene ved hjelp av kostnadsdriverne. Sammenhengen mellom begrepene er illustrert i figur 7.1.



Figur 7.1 Den generelle modell for beregning av tjenestekostnader.

7.3 Modell for aktivitetsbasert kostnadsberegning

Det ideelle for en aktivitetsbasert kostnadsberegning er at man har en entydig kobling mellom ressursforbruk og et kostnadsobjekt. I et HF som har et mangfoldig og sammensatt tjenestespekter, er det kun en liten andel av kostnadene som kan tilordnes direkte til den enkelte pasient. Der kostnaden ikke kan tilordnes direkte må større eller mindre deler av kostnadene først beregnes og deretter tilordnes den enkelte pasient indirekte.

Innretningen av en slik modell kan gjøres mer eller mindre avansert. De valg som er foretatt har vært styrt av at modellen skal balansere ønsket om enkle beregninger med behovet for et informasjonsgrunnlag som kan nyttiggjøres både på helseforetaksnivå, RHF-nivå, myndigheter og andre. Det er redegjort for disse valgene nedenfor.

7.3.1 Direkte tilordnede kostnader

Direkte kostnader i KPP-beregningen er innsatsfaktorer som kan tilordnes direkte til valgt kostnadsobjekt (den enkelte pasient), dvs. at en ikke har behov for egne fordelingsmodeller. Eksempler på direkte tilordnede kostnader er behandlerkostnad knyttet til polikliniske konsultasjoner og medikamentkostnader. Bruk av direkte kostnader er den mest egnete tilnærmingen med tanke på faktisk forbruk og kostnader på episodenivå, men dette forutsetter en entydig registrering av aktiviteten.

7.3.2 Indirekte kostnader

Mens direkte kostnader kan tilordnes direkte til den enkelte pasient, krever bruk av indirekte kostnader at regnskapsdata først tilrettelegges og fordeles via fordelingsnøkler til det laveste nivå hvor aktivitet og kostnad kan kobles sammen. Videre fordeles kostnaden på den enkelte pasient etter aktuelle indikatorer som eksempelvis oppholdsdøgn, per kontakt eller lignende.

7.4 Felleskostnader

Felleskostnader er kostnader knyttet til funksjoner som utføres for mer enn en enhet.

Felleskostnader vil oppstå på ulike nivåer i helseforetaket, avhengig av organisering. I en KPP-modell er det viktig å få med alle relevante felleskostnader fra alle nivåer.

Det skal være HF-ets totale kostnader til aktuelle funksjoner basert på gjeldende funksjonskontoplan (SSB), samt den delen av helseforetakets tverrgående tjenester som eksempelvis sentral stab/administrasjon som skal tillegges funksjonen felleskostnader.

For å sikre at kostnadsgrunnlaget beregnes riktig, er det viktig at regnskapet avstemmes mot andre rapporteringer. I Nasjonal spesifisering legges det til grunn at avstemmingskjemaet som følger kostnadsleveransen til Helsedirektoratets beregning av kostnadsvekter til ISF-ordningen benyttes.

Bruttokostnadene til aktivitet i KPP-modellen skal være lik bruttokostnadene til tilsvarende aktivitet i innrapportering til SSB.

I nasjonal spesifisering legges det til grunn at felleskostnadene skal fordeles etter den metodikk som er vedtatt benyttet i nasjonale retningslinjer for fordeling av felleskostnader¹². Denne er også gjeldende for regnskapsrapporteringen til SSB. De nasjonale retningslinjene for fordeling av felleskostnader følger vedlagt, jf. vedlegg 3.

¹² Rapport Fordeling av Felleskostnader (KPP), behandlet i økonomidirektørmøte januar 2016

Når det gjelder felleskostnader til kostnadselementer som skal ekskluderes, f.eks kostnader til forskning, vil det være behov for å fordele felleskostnader til kostnadselementer som skal ekskluderes på lik linje med annen fordeling av felleskostnader.

7.5 Håndtering av behandlerkostnader

Behandlerlønn¹³ til fordeling vil inkludere beredskapskostnader, da beredskapskostnader inngår som en naturlig del av de enkelte helseforetaks drift. Fordeling mellom de enkelte tjenestene, som akuttmottak, poliklinikk, operasjon og sengepost vil variere mellom helseforetak og være avhengig av ansvar og tillagte oppgaver.

Behandlerlønn utgjør en vesentlig andel av den totale kostnaden for flere av tjenestene. For å knytte riktig behandlerkostnad til riktig pasient er det nødvendig å sikre korrekt fordeling av behandlerlønn mellom de ulike pasientaktivitetene som utføres (operasjon, sengepost/tilsyn, poliklinikk mv). Dette fordi behandlerlønn ikke nødvendigvis er regnskapsført der behandler har utført sitt virke og fordi de ulike behandlergruppene utfører ulike typer pasientbehandling.

Avhengig av kvaliteten på tidsregistreringene for den behandlerrelaterte aktiviteten kan et alternativ til tidsregistreringer være å ta utgangspunkt i tilgjengelig behandlertid og med hjelp fra ulike planverktøy, som arbeidsplaner, lønnsrapporter eller aktivitetsoversikter og faglig skjønn fastlegge hvordan denne tiden fordeles (andelsmessig) mellom de ulike tjenestene.

Innen PHV og TSB er det verdt å merke seg at behandlerens tidsbruk knyttet til aktiviteter som skriving av sakkyndigrapporter i barnevernssaker, møter i ulike nemnder, rettsaker etc er å betrakte som aktiviteter av ekstern karakter. Disse aktivitetene vil også ofte ha kostnadsgodtgjørelse fra ekstern part. Ressurser knyttet til samlet tidsbruk til eksterne aktiviteter skal ekskluderes fra kostnadsgrunnlaget.

Kostnadsgrunnlag til fordeling er totalt utbetalt behandlerlønn (sum konto 5 for behandlere) pluss kostnader knyttet til innleie fra byrå (konto 468), fratrukket kostnader knyttet til tid brukt til forskning og utvikling (FoU) og eksterne veiledningsoppgaver.

7.6 Gruppering av regnskapsdata i tjenestegrupper og valg av kostnadsdrivere

Inndelingen i kostnadsgrupper skal reflektere de tjenestene som er definert i KPP-modellen, jf. kapittel 6. Innen hver tjenestegruppe kan kostnadene inndeles i ulike aktivitetsundergrupper i samsvar med helseforetakets organisering og inndelingen av regnskapsansvar.

7.6.1 Akuttmottak

Kostnadsobjektet er den enkelte pasient. Kostnadsgrunnlaget skal inkludere alle driftskostnader som påløper i akuttmottaket. Felleskostnader skal inkluderes. Ved bruk av informasjon fra tidsregistreringene beregnes en pasientspesifikk kostnad. Som et minimum beregnes en gjennomsnittskostnad per pasient.

7.6.2 Operasjon

Kostnadsobjektet er den enkelte pasient, og operasjonstiden pluss antall og type personell er kostnadsdrivere. Kostnadsgrunnlaget skal inneholde alle driftskostnader tilknyttet operasjonsenhetene, herunder varekostnader som implantater, blodprodukter og dyrt

¹³ Behandlerlønn defineres som lønnskostnader til leger og annet personell som kan knyttes til behandling og oppfølging av pasienter.

forbruksmateriell. Tidsbruk måles i samsvar med valgt tidsbegrep jf. kapittel 6.2.2. Legelønn regnskapsføres normalt ikke ved operasjonsenhetene og må derfor tilordnes operasjon i samsvar med omtale i kapittel 7.2.

7.6.3 Intensiv

Kostnadsobjektet er pasienten og kostnadsdriver er tid på intensivheten. Kostnadsgrunnlaget skal inkludere alle driftskostnader knyttet til enheten, herunder postoperativ og andel felleskostnader.

7.6.4 Anestesi

Kostnadsobjektet er den enkelte pasient, og tiden i anestesi er kostnadsdriver knyttet til anestesitjenester under operasjon. For andre typer tjenester, kan det beregnes en standardkostnad per tjeneste dersom en ikke har utviklet og tatt i bruk internhandelsmodeller.

7.6.5 Bildediagnostikk/Radiologi

Kostnadsobjektet er pasienten og kostnadsdriver er kostnad per prosedyre (NCRP)/undersøkelse. Kostnadsgrunnlaget skal inkludere alle driftskostnader som påløper ved radiologisk avdeling, herunder kostnader til eventuelt nukleærlaboratorium og tildelte felleskostnader. Om man benytter kalkulerte kostnader basert på historisk prislister per NCRP-kode, brukes denne som vektliste for å fordele avdelingens kostnader på de enkelte undersøkelser. Kostnader til intervensjonsprosedyrer beregnes med utgangspunkt i kostnadene på den enhet som har gjennomført prosedyren.

I utgangspunktet skal alle tjenester innen radiologi kostnadsberegnes, men i rapportering til ISF-formål skal aktivitet/kostnad knyttet til aktivitet finansiert av Helfo ekskluderes.

7.6.6 Laboratorie

Kostnadsobjektet er pasienten og kostnadsdriver er antall analyser. Kalkulerte gjennomsnittskostnader per undersøkelse/analyse kan benyttes. Et alternativ kan også være å legge refusjonssatser¹⁴ til grunn i beregningen, jf. Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften). Refusjonssatsene per refusjonskategori vil da kunne fungere som en vektliste for å fordele avdelingens kostnader ut på den enkelte analyse. Tjenestegruppen skal inkludere alle driftskostnader per fagområde inkludert andel felleskostnader.

I utgangspunktet skal alle laboratorietjenester kostnadsberegnes, men i rapportering til ISF-formål skal aktivitet/kostnad knyttet til aktivitet finansiert av Helfo ekskluderes.

7.6.7 Poliklinikk

Kostnadsobjektet er pasienten og konsultasjonstiden er kostnadsdriver. Kostnadsgrunnlaget er totale kostnader til konsultasjoner, herunder kostnader knyttet til ambulante konsultasjoner, samarbeidsaktiviteter med ekstern samarbeidspart, konsultasjoner på sengepost/langtidsavdelinger og internkonsultasjoner, inkludert tildelte felleskostnader.

Behandlerkostnadene tilordnes polikliniske tjenester i samsvar med registrert tidsbruk. Der medikamenter gis i konsultasjonen skal disse kostnadene inkluderes.

Videre vil tidsbruk knyttet til pasienter med behov for observasjon i etterkant av medikamentell behandling inngå. Kostnadsgrunnlaget kan etableres ved å anslå observasjonsressursen og komme i tillegg til konsultasjonskostnaden. Koblingen til pasient bør skje via aktuell legemiddelkode (ATC) og prosedyrekode for forordning.

¹⁴ Refusjonssatser er tiltenkt å dekke om lag 40 prosent av analysekostnadene. Både analysekostnader og dekningsgrader vil kunne variere mellom sykehusene sett opp mot normen på 40 prosent kostnadsdekning.

Kostnadsgrunnlaget ved poliklinikken vil inkludere kostnader til medikamenter som utleveres i poliklinikken og som utleveres i andre ordninger. Spesielt her er kostnader knyttet til LAR-medikamenter innen TSB. Kostnader til LAR-medikamenter skal ekskluderes fra kostnadsgrunnlaget, da det ikke er en felles praksis for forordning av LAR-medikamentene mellom helseforetakene i dag.

Kostnadsgrunnlaget skal videre inkludere kostnader knyttet til at pasienten ikke har møtt til avtalt behandling (konsultasjon).

7.6.8 Ambulant

Kostnadsobjektet er pasienten og kostnadsdriver er tiden som medgår i reisen til og fra den ambulante kontakten. Det ideelle hadde vært å få splittet kostnader knyttet til selve konsultasjonen (tjeneste poliklinikk) og kostnader knyttet til reisetid (Tjeneste ambulant).

Som et minimum må pasienter som får ambulante tjenester få tildelt en gjennomsnittlig reisekostnad (driftskostnad knyttet til den ambulante tjenesten). En mer presis metode er gjennom utvikling av reisetidsmodeller.

Særsilt for tjenester som ytes gjennom ulike team på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten er at kostnadsgrunnlaget skal knyttes til spesialisthelsetjenestens kostnader inn i disse teamene. Kostnadene skal deretter knyttes til kontakter som hører til teamenes aktivitet.

7.6.9 Basistjenester

Kostnadsobjektet er den enkelte pasienten. Kostnadsdriver er oppholdstid i enheten. Denne tjenestegruppen skal inneholde alle påløpte driftskostnader som ikke er inkludert i de andre tjenestegruppene over, samt tildelte felleskostnader.

Kostnader knyttet til polikliniske konsultasjoner, dvs behandlertid og behandlerkostnad som skjer på sengeposter/langtidsavdelinger, kostnadsberegnes for seg og disse kostnadene kommer til fratrukk når kostnad pr liggedøgn beregnes.

Innen PHV og TSB får enkelte innlagte pasienter ECT-behandling. ECT-behandlingen er ulikt organisert, men gis ofte innen den somatiske helsetjenesten og registreres med egen prosedyrekode der behandlingen har blitt utført, samtidig som pasienten er innlagt i psykisk helsevern. Å få beregnet og koblet kostnadene knyttet til ECT-behandling til korrekt pasient kan være utfordrende, da gruppering til DRG skjer hver for seg i separate kjøring basert på sektor.

Dokumentasjonen på gjennomførte behandlinger vil være dokumentert i pasientens journal. Kostnaden blir i slike tilfeller å regne som en felleskostnad som fordeles til alle pasienter ved avdelingen(e). En er avhengig av en mer presis registrering på pasientnivå for å bedre kostnadsberegningen her.

Dersom pleietyngdemålinger er satt i system vil en ha mulighet for å fange opp variasjoner i pleietyngde på pasientnivå og fordeling av pleieressursen vil på en bedre måte fange opp disse variasjonene. I mangel av slike systemer blir pleieressursen å anse som en døgnkostnad og kostnaden per pasient vil være avhengig av liggetiden samt bemanningsfaktoren pr enhet.

7.6.10 Andre tjenester

Kostnadsobjektet er pasienten og kostnadsdriver er tidsbruk knyttet til behandlingen og behandlerkostnader, evt forbruksvarer knyttet til behandlingen.

7.7 Forbruksvarer

7.7.1 Legemidler inklusive blodprodukter

Kostnadsobjektet er pasienten og kostnadsdriver er medikamenter gitt til pasient, jf. kapittel 6.4.1. Kostnadene skal inkludere alle medikamentkostnader gitt til pasient under en pasientkontakt. Hvis registrering av medikamentforbruk ikke finnes på pasientnivå, kan gjennomsnittlige medikamentkostnader per pasientkontakt for enheten benyttes.

7.7.2 Implantater

Kostnadsobjektet er pasienten og kostnadsdriver er implantatet pasienten har fått, jf. kapittel 6.4.2. Kostnadene skal inkludere alle implantatkostnader pasienten har mottatt under sykehusoppholdet.

7.7.3 Forbruksmateriell

Kostnadsobjektet er pasienten og kostnadsdriver er definert forbruksmateriell/kit pasienten har forbrukt under sykehusoppholdet, jf. kapittel 6.4.3. Kostnadene skal inkludere alle kostnader knyttet til forbruksmateriellet pasienten har mottatt under sykehusoppholdet.

7.8 Annet

7.8.1 Kostnader knyttet til utskrivningsklare pasienter

Ved etablering av kostnadsgrunnlaget som skal benyttes som grunnlag for beregning av kostnadsvekter til ISF-ordningen foretar Helsedirektoratet en korrigering i helseforetakenes innrapporterte kostnadsgrunnlag knyttet til liggedøgn som kommer inn under finansierungsordningen for utskrivningsklare pasienter. Helsedirektoratet benytter da informasjon fra NPR om når en pasient er registrert som utskrivningsklar og når pasienten faktisk skrives ut, samt HF-enes egne beregnede basiskostnader.

7.8.2 Kostnader knyttet til pasienter som ligger over årsskiftet utfordrer KPP-modellen.

KPP-dataene etableres på årsdata og tilordnes alle behandlingsepisoder. Pasienter som ligger over årsskiftet har ikke avsluttede sykehusopphold. Dette er i hovedsak knyttet til pasienter i døgn-/langtidsavdelinger og er av større betydning innen PHV og TSB enn i den somatiske behandlingen. I hovedsak dreier dette seg om en kombinasjon av kostnader knyttet til pleie/sengepostkostnader og behandlerkostnader. Disse pasientene skal ha sin andel av kostnadene, representert gjennom liggedøgnskostnadene.

Problemstillingen er tilsvarende for pasienter som er overliggere fra tidligere år. Modellen bør utformes for å imøtekomme HF-enes egne behov for styringsinformasjon. For rapportering til kostnadsvektsberegningen knyttet til ISF-ordningen skal kostnadsgrunnlaget etableres eksklusive både disse behandlingsepisodene og tilhørende kostnader. Se nærmere om rapportering av KPP-data til NPR i kapittel 9.

8. STG-kategorier

Det er flere kategorier av STG-er og etablering av kostnadsgrunnlag for KPP-beregning vil være avhengig av både hvilken type STG det er og tilgjengelige datakilder. Per i dag vil det for enkelte STG-kategorier ikke være mulig for HF-et selv å beregne de pasientrelaterte kostnadene, da de kun har tilgang til data tilknyttet " sørge for ansvaret", mens pasientbehandlingen i mange tilfeller vil skje på tvers av dette.

Videre vil kostnadsgrunnlagene i mange tilfeller være koblet til ekskluderte kostnader (for eksempel h-resepter/pasientadministrerte legemidler og enkelte behandlingshjelpemidler), jf omtale i kapittel 4.4.1. I tillegg kan det for noen av de nye tjenestene ligge hindringer i form av ukjente utviklingskostnader, ulike medfinansieringsløsninger fra ekstern samarbeidspart etc, som gjør at prinsippet om bruk av historisk kostnadsdata må fravikes, dvs å ta i bruk mer normative beregningsmodeller. Dette utfordrer den nasjonale spesifikasjonens prinsipp om avstemte kostnadsgrunnlag mot årlige brutto driftsregnskap, men anses å være nødvendig for å understøtte nødvendig tjenesteutvikling. Beregningsmodellen kan endres over tid etter hvert som en vinner erfaring med de nye tjenestene både mht volum og hvilke kostnadselementer som skal inngå er mer avklart.

Tabell 8.1 STG kategorier i den nasjonale KPP-modellen.

Kategori	Beskrivelse	Datakilder	Identifikator	Kostnadsdriver
8.1.1	Pasientadministrative legemidler	Legemiddelverkets oppgjørsdatabase	ICD-10 og ATC	Legemiddelkostnader
8.1.2	Pasientadministrert dialysebehandling	Brutto driftskostnader	ICD-10, NCMP	Personellressurser og forbruksmateriell
8.1.3	Følge med og følge opp - PRO	Brutto driftskostnader	ICD-10, NCMP	Antall pasienter
8.1.4	Asynkron behandling, Nettbaserte behandlingsprogram	Brutto driftskostnader	ICD-10, NCMP	Antall pasienter
8.1.5	Annet		ICD-10, NCMP	Antall pasienter

9. Forholdet til Rapporteringsspesifikasjonen for rapportering av KPP-data til nasjonal KPP-database i Norsk Pasientregister

Norsk pasientregister (NPR) inneholder opplysninger om alle pasienter som venter på, eller har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. Fra 2018 har HF-ene rapportert KPP-data til NPR som et ledd i å bygge opp en nasjonal KPP-database til bruk i bla utvikling av finansieringsordningene og i utvikling av ulike nasjonale styringsindikatorer/nasjonale veiledere i forhold til beste praksis og i arbeidet med å redusere uønsket variasjon.

9.1 Innrapporteringsformat

Rapportering av data til NPR krever at dataene er strukturerte etter egen beskrivelse og fyller et sett med betingelser, herunder frister gitt i de årlige innkallingsbrevene NPR sender ut til HF/RHF. Nærmere om rapportering av data til NPR finnes på nettsiden:

[Registrering og rapportering til NPR - Helsedirektoratet](#)

Endringer i innrapporteringsformat skal være kjent og varslet både HF og KPP-leverandører senest 9 måneder før rapporteringsfrist.

9.2 Nærmere om rapporteringsformatet

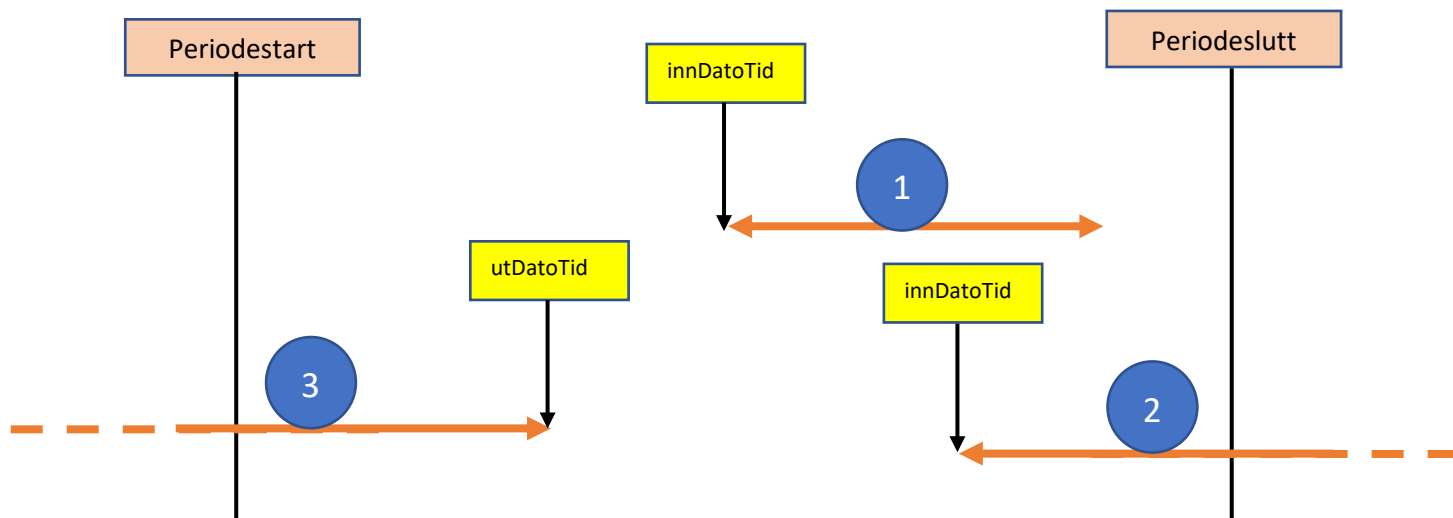
Når det gjelder HF-enes rapportering av KPP-data til NPR ser vi at det er hensiktsmessig å minne om at all aktivitet utført i spesialisthelsetjenesten skal rapporteres til NPR i form av episoder¹⁵. HF-ene beregner kostnader knyttet til alle tjenester en pasient har mottatt per episode. KPP-data fra HF-ene skal derfor også rapporteres per episode, uavhengig av om det er beregnet kostnader knyttet til episodene. For innrapportering av KPP skal derfor samme seleksjonskriterier benyttes som for innrapportering av ordinær aktivitet. Kriteriene er følgende:

- Alle episoder som er opprettet (innDatoTid er i perioden) og avsluttet (utDatoTid er i perioden) i rapporteringsperioden skal rapporteres
- Episoder skal rapporteres selv om de ikke er avsluttet (mangler utDatoTid eller utDatoTid > PeriodeSlutt)
- Episoder som er startet før PeriodeStart (innDatoTid < PeriodeStart) men ikke er avsluttet ved rapporteringsperiodens start (utDatoTid > PeriodeStart) skal rapporteres
- Episoder som har startet før PeriodeStart og som ikke er avsluttet ved PeriodeSlutt skal rapporteres. Dette kan i særlig grad være aktuelt for Episoder innen PHV.

Figur 9.1 illustrer hvilke datauttrekk som skal rapporteres til den nasjonale KPP-databasen i NPR.

¹⁵ En episode kan enten være et avdelingsopphold eller en poliklinisk kontakt.

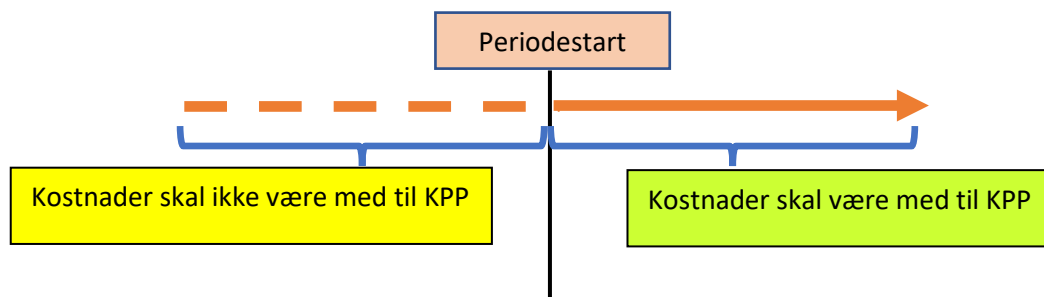
Figur 9.1. Gyldige KPP-episoder som skal rapporteres til Nasjonal KPP-database i NPR.



Det vil ikke være aktuelt å rapportere episoder i KPP-sammenheng som er utført (har utDatoTid) før periodestart, men som hører til et "sykehusopphold" som strekker seg inn i rapporteringsperioden. Imidlertid vil det kunne være behov for å se slike episoder i KPP-sammenheng lokalt da de vil være med i kostnadsbildet når man ønsker å analysere KPP i forhold til sykehusopphold.

Det betyr også at ikke avsluttede episoder skal kostnadsberegnes og rapporteres til NPR (all aktivitet som skjer i kalenderåret skal kostnadsberegnes og rapporteres)¹⁶.

Seleksjonskriterier for Episoder vil være de samme som den aktivitet som blir tatt med i regnskapet for perioden. Det betyr videre at kostnader for Episoder som passerer en av periodegrensene er den kostnaden som tilhører perioden, ikke den kostnad som faller utenfor perioden.



Vi vet at det er vanskelig å få nøyaktige estimater av kostnader på en del-Episode. Av den grunn vil Helsedirektoratet ikke ta med Episoder som passerer periodegrenser når data fra den nasjonale KPP-databasen skal benyttes til analyser og beregninger.

¹⁶ For ISF-formål vil imidlertid kun avsluttede og DRG-grupperte sykehusopphold inngå i kostnadsvektberegningen.

Vedlegg 1 Mulige anvendelser av KPP-data

Anvendelser i helseforetak

En KPP-modell gir mulighet for å følge kostnaden per behandlet pasient innenfor et diagnoseområde eller en gruppe over tid. Med personentydige data om hvilken behandling pasienten har mottatt og hvilke ressurser denne behandlingen krever, sammen med klassifikasjon av pasienter i grupper, vil KPP-dataene både kunne avdekke avvikende opphold med høye kostnader og store variasjoner i kostnadene innen en diagnosegruppe.

Videre kan slike data gi forklaringer på kostnadsutviklingen i eget foretak over tid både når det gjelder en bestemt type behandling, bestemte pasientgrupper mm. KPP-dataene er også godt egnet som utgangspunkt for benchmarking mot andre HF, både mht enkelte behandlingsmetoder og pasientgrupper.

Anvendelser i regionale helseforetak

Ved analyse av KPP-data kan RHF-ene blant annet få informasjon om hvilke helseforetak som har kostnader som overstiger nasjonale gjennomsnittskostnader for enkelte type behandlinger/pasientgrupper og hvilke som ligger under. Dette vil kunne gi informasjon om de enkelte HF-enes pasientsammensetning og utnyttes av RHF-ene når finansieringsrammene for de enkelte helseforetak skal fastsettes.

Anvendelser av sentrale helsemyndigheter

Når KPP-regnskapet utarbeides etter en nasjonal KPP-spesifikasjon vil myndighetene kunne gjenbruke de KPP-dataene som utarbeides i helseforetakene.

KPP-dataene kan utnyttes i forvaltningen av DRG-systemet og i utvikling av den innsatsstyrte finansieringen (ISF) når resultatene samles inn i en nasjonal KPP-database på episodenivå.

Sekundærbruk av KPP-data vil både effektivisere og forbedre kostnadsvektberegningene.

KPP-beregninger vil blant annet innbefatte informasjon om aktuell medisinsk praksis og de ressurser den behandlingen krever, på pasientnivå. Slike kostnader er en viktig forutsetning for å kunne belyse kostnadshomogeniteten i ulike pasientgrupper. KPP-data kan dermed bli et viktig element i revidering og videreutvikling av DRG-systemet, og legge til rette for et mer treffsikkert system.

KPP-data vil sammen med andre typer informasjon om pasientene også være et viktig informasjonsgrunnlag ved utvikling av alternative finansieringsløsninger i spesialisthelsetjenesten.

Anvendelser av akademia/forskere

Sammenholdt med annen informasjon om pasientene kan KPP-data benyttes i ulike typer analyser som f.eks sammenligning av nytte og kostnader ved ulike behandlingsmetoder, i kliniske studier, kostnadsutvikling over tid for bestemte pasientgrupper, variasjonsanalyser av aktivitetsdata som f.eks pasientforløp, mm.

Vedlegg 2 Eksklusjonskategorier med eksempel på kostnadstyper

Gruppe	Kategori	Beskrivelse
1	Kapital	Omfatter alle kostnader ført under konto 60X.
1	Husleiekostnader	Omfatter alle kostnader ført under konto 6300.
2	Kjøp av pasientbehandling	Omfatter kostnader som gjelder kjøp av pasientbehandling fra andre foretak (gjester) og kjøp fra private aktører (herunder kostnader som gjelder fritt behandlingsvalg og eventuelle driftstilskudd til private aktører). Vær spesielt oppmerksom på kostnader ført under kto 456, 457, 460, 463, 464 og 469.
3	Eksternt salg/utleie	Omfatter kostnader knyttet til salg eller utleie av varer og tjenester, herunder f.eks. salg av blodprodukter, kantinedrift og utleie av personell. Denne typen ekstern virksomhet har ofte inntekter ført under kto. 30, 31, 34 og 35. Eventuell rammekompensasjon for å utføre oppgaver på vegne av andre foretak kan også spesifiseres her dersom dette er aktuelt (internoppgjør mellom HF vil være nødvendig)
4	Forskning og utvikling (FOU)	Omfatter kostnader som gjelder forskning og utvikling (FoU) og som rapporteres til NIFU
4	Eksterne prosjekter	Omfatter kostnader som gjelder eksternt finansierte prosjekter (ikke pasientbehandling)
4	Drift av og tilskudd til kompetansesenter	Kostnader som gjelder drift og tilskudd til kompetansesenter trekkes ut i sin helhet når dette ikke gjelder pasientbehandling. Eksempel på dette kan være KORUS, Senter for aldring og helse, ROP, SIFER, K-res, o.l
5	Registerdrift	Kostnader som gjelder registerdrift spesifiseres og trekkes ut i sin helhet når dette ikke gjelder pasientbehandling. Eksempel på dette kan være beinmargregister, CP-register, medisinske registre og nasjonale kvalitetsregistre.
6	Lærings- og mestringssentre	Lærings- og mestringssentre
7	H-resept	Medikamenter knyttet til hjemmeadministrert behandling. Omfatter ikke inneliggende pasienter
7	Særskilte legemidler finansiert via Basisbevilgningen	Medikamenter som ikke inngår i ISF-ordningen
7	Medikamentkostnader til LAR (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling)	Kostnader knyttet til medikamenter gitt til pasienter under LAR innen TSB

8	Laboratorietjenester og bildediagnostikk	Kostnader knyttet til aktivitet finansiert via Helfo-takster
9	Pasientskade	Kostnader og premie - avstemmes mot kostnad ført under kto. 751
10	AMK og nødmeldetjenester	Kostnader til AMK og nødmeldetjenester spesifiseres dersom disse ikke er lagt til funksjon 600 (ambulansetjenester)
11	Administrasjon av behandlingshjelpemidler	Driftskostnader
12	Kommune	Omfatter eventuelle kommunale tilskudd, oppgaver og tjenester finansiert av kommunen (eksempel utleie av jordmortjenester, salg av mat til sykehjem) og eventuelle kjøp av kommunale tjenester når aktiviteten ikke fanges av pasientdata i NPR. Eksempel på dette kan være sykestuer og DMS
13	Pasienttransport	Ambulanse, syketransportbiler, akuttbil, helsebusser, taxi og enkeltoppgjør pasientreiser
14	Annet	Dette kan eksempelvis omfatte særskilte behandlingsrelaterte eller administrative oppgaver som partikkelterapi, fagenhet for tvungen omsorg, SANKS, regionale eller nasjonale koordineringsoppgaver, pasientrådgivningstelefon

Vedlegg 3 Rapport fra RHF om fordeling av felleskostnader i Helseforetak, mai 2015

Innhold

1. Bakgrunn	31
2. Formål.....	31
2.1 Nytteeffekter	31
3. Mandat	32
3.1 Leveranse.....	32
3.2 Organisering, roller, ansvarsområder og fullmakter	32
4. Arbeidsgruppe	33
5. Estimert tidsplan (2014/2015)	33
6. Kartlegging.....	33
6.1 Skjema	34
6.2 Deltakelse	36
7. Forslag til prinsipper	37
7.1 Oversikt prinipper – oppsummering av svar/tilbakemeldinger	38
7.2 Valg av ansatt nøkkel.....	40
7.3 Endelig utsendt forslag.....	43
8. Oppsummering av tilbakemeldingene	44
9. Konklusjon	45
10 . Vedlegg	46

1. Bakgrunn

Når alle helseforetak i Norge skal i gang med å etablere KPP regnskap, vil det være ønskelig for sammenligningsformål at felleskostnader fordeles etter samme prinsipper. Nasjonal strategigruppe for KPP har bedt om at en arbeidsgruppe anbefaler omforente prinsipper for fordeling av felleskostnader, til bruk i KPP regnskap, men også som underlag for SSB og KVA-rapportering og andre indikatorer og benchmark analyser.

Felleskostnader er kostnader knyttet til oppgaver som er felles for enheter/avdelinger i foretakene. Felleskostnader forstås som kostnader som ikke direkte er tilknyttet pasientbehandlingen uansett om disse er internt fakturert eller ikke.

HF-ene rapporterer årlig kostnader pr funksjonsområde til SSB (den såkalte Kostra-rapporteringen). Samtidig skjer det rapportering til Helsedirektoratet til Kostnadsvektarbeidet (KVA) som også forutsetter bruk av ulike fordelingsnøkler for fordeling av felleskostnader avhengig av HF. SAMDATA bygger på Kostratallene, og det blir årlig publisert nasjonale og regionale analyser der kostnader pr funksjonsområde er sentralt. I neste instans blir dette brukt som underlag for nasjonale og regionale beslutninger. I det nasjonale indikatorprosjektet for produktivitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten som jobber på oppdrag fra HOD har det også vært diskutert om fordeling av felleskostnader påvirker resultatene.

Det er derfor i alles interesse at omforente prinsipper for fordeling av felleskostnader etableres og brukes, og at det helst er de samme prinsippene som legges til grunn uavhengig av formål.

2. Formål

Definere og etablere et felles sett av prinsipper for fordeling av felleskostnader til bruk i KPP-regnskap. Prinsippene skal også kunne anvendes i SSB-rapportering, KVA-rapportering og alle typer indikatorprosjekt og benchmarkanalyser. De fagmiljøene som utarbeider de ulike rapportene nevnt over skal involveres i prosessen og prinsippene forankres i disse miljøene.

2.1 Nytteeffekter

- At alle HF i Norge fordeler felleskostnader på en lik og hensiktsmessig måte.
- Nøkklene skal være mulig å oppdatere med arbeidsinnsats i tråd med nytten.
- Øke sammenlignbarhet i tall fra ulike analyser fra norske sykehus/HF
- Redusere diskusjoner rundt antatt ulik fordeling av felleskostnader og konsekvensene av dette.

3. Mandat

Arbeidsgruppen har fått i oppdrag å lage omforente prinsipper for fordeling av felleskostnader i KPP arbeidet.

3.1 Leveranse

En detaljert beskrivelse av hvilke felleskostnader som skal fordeles etter hvilket prinsipp.

Oppgaver:

1. Kartlegge felleskostnader i sykehusene/Helseforetakene
2. Foreslå «nevner» for felles fordelingsbrøker for ulike felleskostnader
3. Vurdere hvorvidt man bør ha muligheter for å avvike fra prinsippene i enkelttilfeller
4. Foreslå modell/metodikk for forvaltning av fordelingsnøkklene etter at arbeidsgruppen har lagt fram en anbefaling, inkludert anbefaling om hyppighet for revisjon/oppdatering av nøklene

3.2 Organisering, roller, ansvarsområder og fullmakter

Prosjekteier

Helse Midt-Norge RHF

Styringsgruppe

Nasjonalt Økonomi- og Fagdirektørmøte

Prosjektgruppe

Nasjonal strategigruppe KPP v/ Kjell Solstad

4. Arbeidsgruppe

Helseforetak	Navn:	Rolle i prosjektet
Helse Bergen	Trine Sperre Wolz	Gruppeleder
Helse Vest	Tove Trovatn	Gruppemedlem
UNN	Thomas Krogh	Gruppemedlem
Nordlandssykehuset	Lasse Solhaug	Gruppemedlem
Sykehuset i Vestfold HF	Åge Nauff	Gruppemedlem
Helse Sør-Øst RHF	Elisabeth Brudvik	Gruppemedlem
St. Olavs Hospital HF	Toril Rendum	Gruppemedlem
Helse Midt-Norge RHF	Mats Troøyen	Gruppemedlem
Helse Midt-Norge RHF/HNT HF	Sveinung Aune	Gruppemedlem
Helsedirektoratet	Ann Lisbeth Sandvik	Gruppemedlem

5. Estimert tidsplan (2014/2015)

Tid	Aktivitet
November – Desember 2014	<ul style="list-style-type: none">• Etablering av arbeidsgruppe• Oppstartsmøte• Enighet om Prosjektskisse/-plan
Desember – Mars 2015	<ul style="list-style-type: none">• Kartlegging• Beskrivelse• Beslutte• Levere utkast til rapport til nasjonal Prosjektgruppe KPP
April 2015	<ul style="list-style-type: none">• Ferdigstille rapport til nasjonal KPP-prosjektgruppe
Mai 2015	<ul style="list-style-type: none">• Styringsgruppen beslutter prinsipper for fordeling av felleskostnader og forvaltning av prinsippene i fortsettelsen

6. Kartlegging

Et kartleggings skjema (6.1) ble sendt ut og sammen med følgende tekst:

«Når alle helseforetak i Norge skal i gang med å etablere KPP regnskap, vil det være ønskelig for sammenligningsformål at felleskostnader fordeles etter samme prinsipper. I den forbindelse ønsker den regionale arbeidsgruppen for felleskostnader i KPP arbeidet å gjennomføre en kartlegging av hvordan de ulike helseforetakene gjør fordelingen i dag i KPP, KVA eller SSB leveranser (Samdata).

Vedlagt er et skjema til utfylling. Der er sikkert variasjoner i navn på tjenestene, men så lenge formålet er det samme skal feltene til høyre fylles inn. Det siste feltet er til å skrive inn egen benevnelse. Skulle der være kostnader knyttet til oppgaver som ikke er nevnt er der noen felt nederst en kan benytte. Ber om at formatet forblir som det er og at det ikke føyes til noen linjer eller rader, arket skal være input i en større fil.»

Temaet fordeling av felleskostnader er det fokus på i alle miljøene nevnt over og de er informert om at et slikt arbeid pågår. Det ble positivt mottatt, og arbeidsgruppen har informert om prosessen underveis. De ser frem til å motta konklusjonen.

6.1 Skjema

Navn på foretak:						
Navn på Sykehus:						
Kostnader knyttet til:	Fordeles etter: forslag	Prismekanisme/ kostnadsdriver (tid, antall, etc)	Egen nøkkel (i bruk eller planlagt brukt)	Prismekanisme/ kostnadsdriver (tid, antall, størrelse, verdi)	Data grunnlag	Egen benevnelse på kostnaden
Økonomi- og finansavdelingen (regnskap, lønn, økonomistyring etc.)	Antall ansatte	Antall				
Foretaksledelsen, sekretariat, styret, beredskapsledelse	Antall ansatte	Antall				
P&O avd.(personalpolicy, bemanning, rekruttering, tillitsvalgte, HMS etc.)	Antall ansatte	Antall				
Forsknings- og utviklingsavdeling	Antall ansatte	Antall				
Drift/teknisk divisjon adm (kundesenter, hospitaldrift, prosjektkontoret	Antall ansatte	Antall				
Div. felleskostnader personal (ink. Pensjon hvis det er ført sentralt)	Antall ansatte	Antall				
Informasjon, kommunikasjon, grafisk	Antall ansatte	Antall				
Kvalitetsutvikling, hygiene	Antall ansatte	Antall				
Pasientsikkerhet, helsetjenesteutvikling	Antall ansatte	Antall				
Seksjon for fag og utdanning	Antall ansatte	Antall				
Arealkoordinering	Areal	Størrelse				
Avskrivning	Areal	Størrelse				
Elektro, strøm	Areal	Størrelse				
Kommunale avgifter	Areal	Størrelse				
Renovasjon	Areal	Størrelse				
Sikkerhet	Areal	Størrelse				
Teknisk avdeling	Areal	Størrelse				
Pasientbibliotek	Liggedøgn	Antall				
Pasienttransport	Liggedøgn	Antall				
Prestetjenesten	Liggedøgn	Antall				
Klinisk ernæring	Liggedøgn	Antall				
Avdeling for internasjonalt samarbeid	Faktisk forbruk	Tid				
Bemanningscenter	Faktisk forbruk	Tid				
Dokumentasjonsavdeling	Faktisk forbruk	Tid				
Fagsenter (kvalitetsregistre, innovasjon, administrative systemer etc)	Faktisk forbruk	Antall				
Forsyning (aktiv forsyning, distribusjon)	Faktisk forbruk	Antall				
Kjøp av IKT-tjenester	Faktisk forbruk	Antall				
Lager	Faktisk forbruk	Antall				
Lærings- og mestringssenter	Faktisk forbruk	Tid				
Matforsyning (kjøkken)	Faktisk forbruk	Tid/Antall				
Medisin teknisk avdeling (vedlikehold MTU)	Faktisk forbruk	Verdi				
Parkering	Faktisk forbruk	Antall				
Pasient Hotell	Faktisk forbruk	Antall				
Pasienttransport intern	Faktisk forbruk	Antall				
Renhold	Faktisk forbruk	Tid				
Seksjon for e-helse	Faktisk forbruk	Tid				
Sengeredning	Faktisk forbruk	Antall				
Telefoni	Faktisk forbruk	Antall				
Turnusleger	Faktisk forbruk	Tid				
Vaskeri	Faktisk forbruk	Antall				

6.2 Deltakelse

Foretak	Sykehus:
Finnmarkssykehuset HF	Hammerfest sykehus og Kirkenes sykehus
Helse Bergen HF	Haukeland, Voss
Helse Fonna	Helse Fonna
Helse Midt-Norge	Helse Nord-Trøndelag HF
Helse Stavanger HF	Stavanger Universitetssykehus (SUS)
Helse Sørøst RHF	Sykehuset Innlandet HF
Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset HF
Oslo Universitetssykehus	Oslo Universitetssykehus
St.Olavs hospital HF	St.Olavs hospital
STHF	Sykehuset Telemark
Sunnaas sykehus HF	Sunnaas sykehus HF
Sykehuset i Vestfold HF	Sykehuset i Vestfold HF
Sørlandet sykehus HF	Sørlandet sykehus
UNN	UNN ALLE
VESTRE VIKEN HF	Drammen, Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus
Akershus Universitetssykehus HF	Akershus Universitetssykehus HF

7. Forslag til prinsipper

I arbeidet med å fastsette prinsipper gikk arbeidsgruppen gjennom følgende problemstillinger med påfølgende konklusjoner:

1. Der hvor de fleste har samme prinsipp, men noen har ulikt, skal vi foreslå alle for et prinsipp og heller åpne for dispensasjon om det vanskelig for noen å få tak i data?

Enighet i arbeidsgruppen om at det må et felles prinsipp på plass og at det er fornuftig å legge flertallets prinsipper til grunn, men åpne opp for evt. dispensasjon om det ikke er mulig for alle å følge.

2. Er det tilstrekkelig å si at prinsippet for fordeling av administrasjonskostnader (adm, økonomi, personal ect.) er etter ansatte og så er det opp til hvert enkelt foretak å velge netto, brutto, arbeidsgiveravgift eller skal vi foreslå klare føringer? For eksempel antall ansatte?

Enighet i gruppen om at prinsippet bør være så presist som mulig. Når det gjelder hvilket prinsipp så kan det se ut som om brutto årsverk er det som de fleste kan enes om. Det virker som om antall ansatte er heftet med en del usikkerhet og at brutto årsverk er mer robust. Flere velger arbeidsgiveravgift som også er robust og enkelt å vedlikeholde, men at dette velges bort pga ulike satser og at dette er et mer politisk mål.

3. Ikke alle har fylt ut egen nøkkel på faktisk forbruk, da ikke alle fordeler etter nøkkel. Noen bokfører direkte ut på avdeling eller benytter internhandel. Men denne bokføringen eller internhandelen forutsettes også fordelt etter noe (tid, areal, antall ect.) Så får vi plass hva det skal fordeles etter, så er hvordan ikke noen utfordring. Kanskje må vi være åpne for noen alternativer alt etter hvilke systemer foretakene har? For eksempel renholdstjenester. Noen renholds programmer bruker areal mens andre baserer seg på tid eller en kombinasjon av begge.

Arbeidsgruppen diskuterte ulike problemstillinger rundt fordeling av renholds kostnader, hvor grunnlaget for internfaktureringen/fordeling baserer seg på større renholdsprogrammer som en ikke uten videre kan bytte ut. Her må vi kanskje åpne for to ulike tilnærminger; tid og areal? Når det gjelder forbruk må det fokuseres på prismetanisme/kostnadsdriver.

7.1 Oversikt prinsipper – oppsummering av svar/tilbakemeldinger

Kostnader knyttet til:	Mer enn halvparten av de som har svart har valgt
Arealkoordinering	Areal
Avskrivning	Areal
Div. felleskostnader personal (ink. Pensjon hvis det er ført sentralt)	Ansatte
Drift/teknisk divisjon adm (kundesenter, hospitaldrift, prosjektkontoret)	Ansatte
Elektro, strøm	Areal
Fagsenter (kvalitetsregistre, innovasjon, administrative systemer etc)	Ansatte
Foretaksledelsen, sekretariat, styret, beredskapsledelse	Ansatte
Forsknings- og utviklingsavdeling	Ansatte
Informasjon, kommunikasjon, grafisk	Ansatte
Kommunale avgifter	Areal
Kvalitetsutvikling, hygiene	Ansatte
P&O avd.(personalpolicy, bemanning, rekruttering, tillitsvalgte, HMS etc.)	Ansatte
Parkering	Ansatte
Pasientbibliotek	Ansatte
Pasientsikkerhet, helsetjenesteutvikling	Ansatte
Prestetjenesten	Ansatte
Renovasjon	Areal
Seksjon for e-helse	Ansatte
Seksjon for fag og utdanning	Ansatte
Sikkerhet	Areal
Teknisk avdeling	Areal
Telefoni	Ansatte
Økonomi- og finansavdelingen (regnskap, lønn, økonomistyring etc.)	Ansatte

Kostnader knyttet til:	Korr. Benevnelse	Prismekanisme/kostnadsdriver (tid, antall, etc) forslag
Bemanningscenter	Faktisk forbruk	Tid
Forsyning (aktivi forsyning, distribusjon)	Faktisk forbruk	Antall
Kjøp av IKT-tjenester	Faktisk forbruk	Antall
Lager	Faktisk forbruk	Antall
Lærings- og mestringssenter	Faktisk forbruk	Tid
Matforsyning (kjøkken)	Faktisk forbruk	Tid/Antall
Medisin teknisk avdeling (vedlikehold MTU)	Faktisk forbruk	Verdi
Pasient Hotell	Faktisk forbruk	Antall

Pasienttransport intern	Faktisk forbruk	Antall
Sengeredning	Faktisk forbruk	Antall
Turnusleger	Faktisk forbruk	Tid
Vaskeri	Faktisk forbruk	Antall

Noen av prinsippene hadde ikke 50 % flertall og måtte vurderes enkeltvis.

Kostnader knyttet til:	Mindre enn 5 % flertall	Korr. Benevnelse	Antall av Sykehus:
Avdeling for internasjonalt samarbeid	mindre enn 5 % flertall	Ansatte	2
		Faktisk forbruk	2
Dokumentasjonsavdeling	mindre enn 5 % flertall	Andel epikrise	1
		Ansatte	7
		Antall epikriser	1
		Epikriser	1
		Faktisk forbruk	3
		Henvisninger	1
		Liggedøgn	1
		Opphold	1
Klinisk ernæring	mindre enn 5 % flertall	Ansatte	3
		Faktisk forbruk	3
		Liggedøgn	4
Pasienttransport	mindre enn 5 % flertall	Ansatte	1
		Faktisk forbruk	3
		Liggedøgn	2
		Opphold	1
Renhold	mindre enn 5 % flertall	Ansatte	5
		Areal	6
		Faktisk forbruk	5
Totalsum			

7.2 Valg av ansatt nøkkel

Oversikt over de forskjellige nøklene brukt til å fordele kostnader etter ansatte:

Korr. Benevnelse	Ansatte	
Kostnader knyttet til:	(Flere elementer)	
Egen nøkkel (i bruk eller planlagt brukt)	Antall av Sykehus:	
Antall ansatte	42	22 %
Antall årsverk	12	6 %
arbeidsgiveravgift	15	8 %
Del av felleskostnader på stab, fordelt etter antall ansatte antakelig	1	1 %
Netto månedsverk	13	7 %
Årsverk	15	8 %
Brutto årsverk	40	21 %
Bemanning (arb.giver avg)	19	10 %
Regnskapsført AGA	16	9 %
fordeles etter brutto månedsverk	14	7 %
Forskjellige nøkler, basert på intern fakturering, antall ansatte	1	1 %
Totalsum	188	

Oversikt over nøkler basert på en eller annen form for års-/månedsværk:

Antall årsverk	6 %
Årsverk	8 %
Brutto årsverk	21 %
Brutto månedsværk	7 %
Netto månedsværk	7 %
<hr/> Sum årsverk	<hr/> 50 % <hr/>

Gruppert:

Radetiketter	Summer av Antall av Sykehus:	Prosent
Antall ansatte	44	23 %
Arbeidsgiveravgift	50	27 %
Årsverk	94	50 %
Totalsum	188	100%

Arbeidsgruppen konkluderte ut fra dette at brutto årsverk skal være nøkkelen.

7.3 Endelig utsendt forslag

Etter gjennomgang av alle tilsendte skjemaer kom arbeidsgruppen frem til følgende nøkler. Disse ble sendt ut sammen med en anmodning om kommentar.

Navn på foretak:				
Navn på Sykehus:				
Kostnader knyttet til:	Nøkkel	Prismekanisme/ kostnadsdriver	Kommentar hvis valgt prinsipp ikke er mulig Mulig innen (velg fra nedtrekk)	
Økonomi- og finansavdeling (regnskap, lønn, økonomistyring etc.)	Brutto årsverk	Antall		
Foretaksledels, sekretariat, styret, beredskapsledelse	Brutto årsverk	Antall		
Avdeling for internasjonalt samarbeid	Brutto årsverk	Antall		
Div. felleskostnader personal (ink. Pensjon hvis det er ført sentralt)	Brutto årsverk	Antall		
Drift/teknisk divisjon adm (kundesenter, hospitaldrift, prosjektkontor etc)	Brutto årsverk	Antall		
Fagsenter (kvalitetsregistre, innovasjon, administrative systemer etc)	Brutto årsverk	Antall		
Forsknings- og utviklingsavdeling	Brutto årsverk	Antall		
Informasjon, kommunikasjon, grafisk	Brutto årsverk	Antall		
Kvalitetsutvikling, hygiene	Brutto årsverk	Antall		
P&O avd.(personalpolicy, bemanning, rekruttering, tillitsvalgte, HMS etc.)	Brutto årsverk	Antall		
Parkering	Brutto årsverk	Antall		
Pasientbibliotek	Brutto årsverk	Antall		
Pasientsikkerhet, helsetjenesteutvikling	Brutto årsverk	Antall		
Prestetjeneste	Brutto årsverk	Antall		
Seksjon for e-helse	Brutto årsverk	Antall		
Seksjon for fag og utdanning	Brutto årsverk	Antall		
Telefoni	Brutto årsverk	Antall		
Arealkoordinering (enhet for areal adm.)	Areal	Størrelse		
Avskrivning bygg	Areal	Størrelse		
Elektro, strøm	Areal	Størrelse		
Kommunale avgifter	Areal	Størrelse		
Renovasjon	Areal	Størrelse		
Sikkerhet	Areal	Størrelse		
Teknisk avdeling	Areal	Størrelse		
Bemanningscenter	Forbruk	Tid		
Forsyning (aktivi forsyning, distribusjon)	Forbruk	Antall		
IKT-tjenester	Forbruk	Verdi		
Lager	Forbruk	Antall		
Lærings- og mestringscenter	Forbruk	Tid		
Matforsyning (kjøkken)	Forbruk	Antall		
Medisin teknisk avdeling (vedlikehold MTU)	Forbruk	Verdi		
Pasient Hotell	Forbruk	Antall		
Pasienttransport intern	Forbruk	Antall		
Sengeredning (Sengesentral)	Forbruk	Antall		
Turnusleger	Forbruk	Tid		
Vaskeri	Forbruk	Antall		
Avskrivning MTU	Forbruk	Verdi		
Dokumentasjonsavdeling	Forbruk	Tid		
Pasienttransport intern i eget HF	Forbruk	Tid		
Renhold	Forbruk	Tid		
Klinisk ernæring	Forbruk	Tid		

8. Oppsummering av tilbakemeldingene

Tre foretak har kommentarer på valg av fordeling etter brutto årsverk; Sykehuset i Vestfold, Sykehuset i Østfold og Vestre Viken. De benytter alle arbeidsgiveravgift som fordeling på de samme kostnadene. Vestre Viken har ikke anledning til å benytte brutto årsverk, mens Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Østfold anser arbeidsgiveravgift til å være like god fordelingsnøkkel, som i tillegg er teknisk lettere å bruke da de henter tallene ut fra regnskapet.

Areal nøkkelen har fått kommentarer fra de samme foretakene og i tillegg fra OUS. Vestre Viken har ingen gode ressurser til å fordele kostnader på areal i dag på grunn av mye gammel bygningsmasse hvor alt ikke kan benyttes. Ved evt nytt VVHF sykehus vil nye systemer for dette vurderes tatt i bruk. Sykehuset i Vestfold sier følgende: Bruk av areal betinger en kontinuerlig oppdatert oversikt over arealfordeling pr kostnadssted, og vedlikehold av nøkler for fordeling av fellesareal. De anser foreløpig AGA som et mindre arbeidskrevende og brukbart alternativ. Sykehuset i Østfold har følgende kommentar: AGA nøkler er lettere å vedlikeholde og simulering har vist at det er veldig liten forskjell på bruk av AGA og mer detaljerte nøkler. OUS har ikke et godt nok areal system i dag og antar de må benytte brutto årsverk inntil det er på plass, kanskje i løpet av 2018.

Forbruksnøkklene har fått kommentarer fra 8 sykehus. De samme tre som over som fordeler etter arbeidsgiveravgift pluss 5 til. Helse Nord-Trøndelag, Sørlandet Sykehus og Universitetssykehuset i Nord Norge som fordeler renhold etter areal og Førde som fører litt mer direkte mot pasient. Sykehuset Innlandet fordeler forsyning, renhold, lager og sengeredning etter liggedøgn, IKT og mestringscenteret etter årsverk. Matkostnadene deres er splittet hvor mat føres direkte på pasient mens personellkostnadene tilknyttet dette fordeles etter liggedøgn. UNN fordeler mat etter liggedøgn og IKT tjenester etter årsverk.

9. Konklusjon.

16 foretak var med på kartleggingen og 13 sykehus returnerte skjema i kommentar runden etter at foreslåtte nøkler var sendt ut. Av disse hadde ca halvparten kommentarer. 1/3 av kommentarene relaterer seg gjennomgående til bruk av arbeidsgiveravgift, mens de øvrige var relatert til mangel på areal system og innarbeidede rutiner for bruk av liggedøgn.

Arbeidsgruppen konkluderer med at de foreslåtte nøklene bør legges til grunn for fordeling av felleskostnader for alle HF i Norge. Prinsippene bør benyttes fra og med 2015 rapporteringen i 2016 for KPP, KVA, SSB (Samdata) og øvrige benchmark analyser mellom foretak.

Sykehusene/Helseforetakene som ikke benytter de anbefalte nøklene må redegjøre for hvorfor de velger å bruke andre nøkler. Dette for å være klar over at evt avvik på indikatornivå kan skyldes ulik metode for fordeling av felleskostnader.

Arbeidsgruppen anbefaler at prinsippene revideres etter at de har vært i bruk i en periode. Naturlig tidspunkt for første revidering er forsommeren 2016 etter at alle rapporteringene er avsluttet, evt året etter når KPP skal være implementert i alle HF (1.1.2017). Endring/justering av prinsippene bør gjøres i denne gruppen eller en tilsvarende sammensatt gruppe etter tilbakemeldinger fra foretakene.

Hvert enkelt foretak er ansvarlig for å holde egne nøkler oppdatert. De bør oppdateres minimum en gang i året.

10 . Vedlegg

Tilbakemelding på prinsippene:

Kostnader knyttet til:	Nøkkel	Foretak	Kommentar hvis valgt prinsipp ikke er mulig
Arealkoordinering (enhet for areal adm.)	Areal	Helse Bergen	
		Helse Førde	Mulig ført som adm/Eigne avdeling
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Bruk av areal betinger en kontinuerlig oppdatert oversikt over arealfordeling pr kostnadssted, og vedlikehold av nøkler for fordelning av fellesareal. Vi anser foreløpig AGA som et mindre arbeidskrevende og brukbart alternativ.
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Har ingen gode ressurser til å fordele kost på areal i dag, mye gammel bygningsmasse hvor alt ikke kan benyttes. Ved evt nytt VVHF sykehus vil dette vurderes tatt i bruk.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
Avdeling for internasjonalt samarbeid	Brutto årsverk	Oslo Universitetssykehus HF	Arealdatabase ikke komplett, estimert 2017+, brutto årsverk må benyttes
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
		Helse Bergen	
		Helse Førde	Ikkje noko vi har
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Ikke aktuelt
		Sykehuset Innlandet HF	Ikke aktuelt
		VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
		Helse Stavanger	
Helse Nord-Trøndelag			
Sykehuset Telemark HF			
Sørlandet sykehus HF			
Oslo Universitetssykehus HF			
Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde		

		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Avskrivning bygg	Areal	Helse Bergen	
		Helse Førde	Mulig ført som adm/Eigne avdeling
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Inngår ikke i KPP
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Har ingen gode ressurser til å fordele kost på areal i dag, mye gammel bygningsmasse hvor alt ikke kan benyttes. Ved evt nytt VVHF sykehus vil dette vurderes tatt i bruk.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	Arealdatabase ikke komplett, estimert 2017+ må i tillegg markeres for ekskludering til eksempelvis KVA
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Avskrivning MTU	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Ikkje data per i dag
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Inngår ikke i KPP
		Sykehuset Innlandet HF	Fordelt til somatikk - ikke fordelt i KV
		VESTRE VIKEN HF	
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	ok, men må markeres for ekskludering til eksempelvis KVA
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Bemanningscenter	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Har ikkje
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	
		Sykehuset Innlandet HF	Ikke aktuelt

		VESTRE VIKEN HF	fordeler med aga, kostnad pr vikar internfaktureres avdeling så den kostnaden blir fordelt dit. Eneste felleskostnader blir da adm av bemanningssenter..
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	Per i dag ikke grunnlag for det
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Div. felleskostnader personal (ink. Pensjon hvis det er ført sentralt)	Brutto årsverk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Pensjon i hovedsak ikkje ført sentralt eller som ovanfor
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Økonomi m.v. Pensjon føres på respektive ansvar (med unntak av aktuarberegnet pensjon)
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	Se N.B.
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Dokumentasjonsavdeling	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Ikkje data per i dag
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Anser det arbeidskrevende å få korrekte og oppdaterte bilder på forbruk av denne tjenesten. Benytter AGA
		Sykehuset Innlandet HF	Ikke aktuelt
		VESTRE VIKEN HF	fordeler med aga
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	Per i dag ikke grunnlag for det
		Sykehuset Telemark HF	

		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Drift/teknisk divisjon adm (kundesenter, hospitaldrift, prosjektkontor etc)	Brutto årsverk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Mulig ført som adm/Eigne avdeling
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Økonomi m.v.
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Elektro, strøm	Areal	Helse Bergen	
		Helse Førde	Eigen art
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Arealkoordinering
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Har ingen gode ressurser til å fordele kost på areal i dag, mye gammel bygningsmasse hvor alt ikke kan benyttes. Ved evt nytt VVHF sykehus vil dette vurderes tatt i bruk.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	Arealdatabase ikke komplett, estimert 2017+, brutto årsverk må benyttes
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	

Fagsenter (kvalitetsregistre, innovasjon, administrative systemer etc)	Brutto årsverk	Helse Bergen		
		Helse Førde	Mulig ført som adm/Eigne avdeling	
			St. Olav Hospital	
			Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Økonomi m.v.
			Sykehuset Innlandet HF	
			VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
			Helse Stavanger	
			Helse Nord-Trøndelag	
			Sykehuset Telemark HF	
			Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF		
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde	
		Universitetssykehuset i Nord-Norge		
Foretaksledels, sekreteriat, styret, beredskapsledelse	Brutto årsverk	Helse Bergen		
		Helse Førde	Mulig ført som adm/Eigne avdeling	
			St. Olav Hospital	
			Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Økonomi m.v.
			Sykehuset Innlandet HF	
			VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
			Helse Stavanger	
			Helse Nord-Trøndelag	
			Sykehuset Telemark HF	
			Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF		
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde	
		Universitetssykehuset i Nord-Norge		
Forsknings- og utviklingsavdeling	Brutto årsverk	Helse Bergen		
		Helse Førde	Mulig ført som adm/Eigne avdeling	
		St. Olav Hospital		

		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Økonomi m.v.
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Forsyning (aktivi forsyning, distribusjon)	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Mot pasient nei går til avdelingar
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	
		Sykehuset Innlandet HF	Fordeles etter liggedøgn, varekost føres direkte på forbrukende enhet
		VESTRE VIKEN HF	fordeler med aga
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
IKT-tjenester	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Mulig via IKT?
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Har forsøkt belastning etter forbruk, men vedlikehold av oversikt over hvem som til enhver tid disponerer hvilket IKT-utstyr har vist seg vanskelig. Falt tilbake på AGA.
		Sykehuset Innlandet HF	Årsverk
		VESTRE VIKEN HF	fordeler med aga
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	

		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	Noe kan fordeles direkte, resten må gå via årsverk
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	Brutto årsverk - antall
Informasjon, kommunikasjon, grafisk	Brutto årsverk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Mulig ført som adm/Eigne avdeling
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Økonomi m.v.
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Klinisk ernæring	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Via internt fakturering
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Ikke overheakostnad hos oss.
		Sykehuset Innlandet HF	Ligger i de aktuelle avdelingene, grunnkostad
		VESTRE VIKEN HF	
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	Per i dag ikke grunnlag for det
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
	Forbruk	Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Kommunale avgifter	Areal	Helse Bergen	
		Helse Førde	Eigen art sammen med anna som skal ha samme fordeling

		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Arealkoordinering
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Har ingen gode ressurser til å fordele kost på areal i dag, mye gammel bygningsmasse hvor alt ikke kan benyttes. Ved evt nytt VVHF sykehus vil dette vurderes tatt i bruk.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	Arealdatabase ikke komplett, estimert 2017+, brutto årsverk må benyttes
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Kvalitetsutvikling, hygiene	Brutto årsverk	Helse Bergen	
		Helse Førde	har ikkje eiga avdeling på dette her
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Økonomi m.v.
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Lager	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Knyttast via avdeling så splitt
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	
		Sykehuset Innlandet HF	Fordeles etter liggedøgn
		VESTRE VIKEN HF	fordeler med aga,
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	

		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Lærings- og mestringscenter	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Ført som adm/Eigne avdeling, forbrukt derimot..
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	
		Sykehuset Innlandet HF	Årsverk
		VESTRE VIKEN HF	fordeler med aga
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	Per i dag ikke grunnlag for det
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	usikker om mulig
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Matforsyning (kjøkken)	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Via internt fakturering
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	
		Sykehuset Innlandet HF	Matkostander fordeles direkte, årsverk mv fordelse etter liggedøgn
		VESTRE VIKEN HF	Antall=antall liggedøgn
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	Liggedøgn - antall
Medisin teknisk avdeling (vedlikehold MTU)	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Usikker tviler

		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	
		Sykehuset Innlandet HF	Fordeles etter forbruk pr div/avd
		VESTRE VIKEN HF	
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
P&O avd.(personalpolicy, bemanning, rekruttering, tillitsvalgte, HMS etc.)	Brutto årsverk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Mulig ført som adm/Eigne avdeling
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Økonomi m.v.
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Parkering	Brutto årsverk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Ein del av Driftsteknisk så ikkje mulig
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Økonomi m.v.
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.

		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Pasient Hotell	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Via internt fakturering
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	
		Sykehuset Innlandet HF	Nøkkelfordeling (liggedøgn) til de avdelignene som bruker det
		VESTRE VIKEN HF	Antall=antall liggedøgn
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Pasientbibliotek	Brutto årsverk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Mulig ført som adm/Eigne avdeling
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for økonomi m.v.
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde

		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Pasientsikkerhet, helsetjenesteutvikling	Brutto årsverk	Helse Bergen	
		Helse Førde	har ikkje eiga avdeling på dette her
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Økonomi m.v.
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Pasienttransport intern	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Info bør ligge tilgjengelig per pasient
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Er denne forskjellig fra den 6 rader nedenfor?
		Sykehuset Innlandet HF	Fordeles etter forbruk pr div/avd
		VESTRE VIKEN HF	ekskluderes i KPP
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Pasienttransport intern i eget HF	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Info bør ligge tilgjengelig per pasient
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	
		Sykehuset Innlandet HF	Fordeles etter forbruk pr div/avd

		VESTRE VIKEN HF	ekskluderes i KPP
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Prestetjeneste	Brutto årsverk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Mulig ført som adm/Eigne avdeling
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Økonomi m.v.
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Renhold	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Usikker tviler
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som Dokumentasjonsavdeling
		Sykehuset Innlandet HF	Liggedøgn
		VESTRE VIKEN HF	fordeler med aga
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	Areal
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	Bruker areal som fordelingsnøkkel
		Oslo Universitetssykehus HF	ok, men fordrer arealdatabase
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde

		Universitetssykehuset i Nord-Norge	Areal - størrelse
Renovasjon	Areal	Helse Bergen	
		Helse Førde	Eigen art sammen med anna som skal ha samme fordeling
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Arealkoordinering
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Har ingen gode ressurser til å fordele kost på areal i dag, mye gammel bygningsmasse hvor alt ikke kan benyttes. Ved evt nytt VVHF sykehus vil dette vurderes tatt i bruk.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	Arealdatabase ikke komplett, estimert 2017+, brutto årsverk må benyttes
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Seksjon for e-helse	Brutto årsverk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Ein del av anna avdeling med samme fordeling ok
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for økonomi m.v.
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Seksjon for fag og utdanning	Brutto årsverk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Mulig ført som adm/Eigne avdeling
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for økonomi m.v.

		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Sengeredning (Sengesentral)	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Sentralt område ein del av portør avdelinga
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Gjøres av pleiepersonell på post
		VESTRE VIKEN HF	fordeler med aga
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	Per i dag ikke grunnlag for det
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Sengeredning (Sengesentral) - del av renhold	Forbruk	Sykehuset Innlandet HF	Liggedøgn, del av renhold
Sikkerhet	Areal	Helse Bergen	
		Helse Førde	Ein del av teknisk så isolert sett ok
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Arealkoordinering
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Har ingen gode ressurser til å fordele kost på areal i dag, mye gammel bygningsmasse hvor alt ikke kan benyttes. Ved evt nytt VVHF sykehus vil dette vurderes tatt i bruk.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	

		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	Arealdatabase ikke komplett, estimert 2017+, brutto årsverk må benyttes
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Teknisk avdeling	Areal	Helse Bergen	
		Helse Førde	Konflikt med parkering, mao inneholder meir
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Arealkoordinering
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Har ingen gode ressurser til å fordele kost på areal i dag, mye gammel bygningsmasse hvor alt ikke kan benyttes. Ved evt nytt VVHF sykehus vil dette vurderes tatt i bruk.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	Arealdatabase ikke komplett, estimert 2017+, brutto årsverk må benyttes
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Telefoni	Brutto årsverk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Eigen art
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Samme som for Økonomi m.v.
		Sykehuset Innlandet HF	
		VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Turnusleger	Forbruk	Helse Bergen	

		Helse Førde	Lønnsdata kanskje
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Ikke overheakostnad hos oss.
		Sykehuset Innlandet HF	Får lønn fra skutell avdeling, intet fordelingsproblem
		VESTRE VIKEN HF	
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Vaskeri	Forbruk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Ikke data per i dag
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Har ikke vaskeri
		Sykehuset Innlandet HF	Ekstern virksomhet selve vaskeriet, vaskekostanden fordels etter liggedøgn
		VESTRE VIKEN HF	fordeler med aga
		Helse Stavanger	
		Helse Nord-Trøndelag	
		Sykehuset Telemark HF	
		Sørlandet sykehus HF	
		Oslo Universitetssykehus HF	usikker om mulig
		Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
		Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Økonomi- og finansavdeling (regnskap, lønn, økonomistyring etc.)	Brutto årsverk	Helse Bergen	
		Helse Førde	Mulig ført som adm/Eigne avdeling
		St. Olav Hospital	
		Sykehuset i Vestfold HF	Antall årsverk må hentes fra lønnsystemet ved hver oppdatering av KPP. Det bør være teknisk mulig, men vi anser ikke at resultatet blir spesielt mye bedre enn å bruke AGA - som genereres automatisk i regnskapet.
		Sykehuset Innlandet HF	

VESTRE VIKEN HF	Fordeler med aga, dette gir en variant av årsverk, som kommer fra verdi i stedet for antall. Lettere å korrigere ved hver KPP. Ikke umulig å bruke brutto årsverk ,men vil det utgjøre stor forskjell.
Helse Stavanger	
Helse Nord-Trøndelag	
Sykehuset Telemark HF	
Sørlandet sykehus HF	
Oslo Universitetssykehus HF	
Sykehuset i Østfold	AGA. Lettere å vedlikeholde
Universitetssykehuset i Nord-Norge	
Totalsum	