

Kostnadsvektsarbeidet 2011-2012 - DRG-systemet

1. Innledning

I dette notatet redegjøres det for datagrunnlag og framgangsmåte for beregning av kostnadsvekter for ISF-2012. Årets beregninger bygger på data aktivitets- og kostnadsdata fra 2010. Kostnadsvektene er basert på pasient- og kostnadsdata fra følgende helseforetak/enheter, heretter kalt samarbeidssykehusene:

- Sykehuset i Vestfold
- Oslo Universitetssykehus
- Akershus Universitetssykehus
- Sykehuset Innlandet med enheter; Elverum/Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset og Kongsvinger
- Sykehuset Østfold
- Haukeland sykehus
- Helse Fonna med enhetene Haugesund sykehus, Odda sjukehus og Stord sjukehus
- Stavanger Universitetssykehus
- St.Olavs hospital
- Universitetssykehuset i Nord Norge
- Nordlandssykehuset i Bodø

Enhetene som inngår i kostnadsvektsarbeidet deltar i et to-årig samarbeidsprosjekt med Helsedirektoratet om å avgi kostnadsdata til kostnadsvektsarbeidet. Invitasjon til deltakelse i samarbeidsprosjektet ble sendt til de regionale helseforetakene som meldte på enhetene. Samarbeidsprosjektet gjelder for perioden 2011 og 2012. Samarbeidssykehusene står samlet sett for om lag 60 prosent av aktivitetsgrunnlaget for ISF i 2010 og gir dermed et godt grunnlag for beregning av kostnadsvekter. Aktivitetsdataene er utlevert av Norsk pasientregister (NPR).

Samarbeidssykehusene har tilrettelagt kostnadsinformasjon i henhold til spesifikasjonen "Fra regnskap til DRG-vekt", spesifikasjon av kostnadsgrunnlag for driftsåret 2010 – beregningsgrunnlag for DRG-vekter i ISF-regelverket 2012. Denne er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med deltakende enheter.

Hovedformålet med spesifikasjonen er å identifisere de sykehuskostnader som er relevante for DRG-aktivitet og fordele disse kostnadene til den aktivitet som har generert dem. Kostnadene i denne sammenheng omfatter driftskostnader, mens kapitalkostnader holdes utenfor. Kostnadene skal inkludere sin andel av sykehusets felleskostnader, disse fordeles til den enkelte kostnadsgruppe etter nærmere angitte kriterier.

For regnskapsåret 2010 ble det på grunn av pensjonsreformen gjort endringer i håndtering av pensjonskostnadene. Det var variasjoner i regnskapsføringen mellom

sykehusene med hensyn til hvordan dette ble håndtert. For at dette ikke skulle påvirke kostnadsgrunnlaget valgte vi å trekke ut pensjonskostnadene fra kostnadsgrunnlaget i 2010.

Kostnadene skal i størst mulig grad fordeles til der aktivitet faktisk har funnet sted og det tilstrebes samsvar mellom aktivitet og kostnader på avdelingsnivå. Avdelingsstrukturen i pasientdata er ikke nødvendigvis identisk med avdelingsstrukturen i regnskapet. Pasientdata er derfor gjennomgått i samarbeid med sykehusene for å koble aktiviteten til riktig kostnadssted. Dette arbeidet er gjort både for poliklinikkaktiviteten og for dag/døgn aktiviteten.

2. Kostnadsvektmodellen

Kostnadsvektene beregnes ved en top-down modell. Ved hjelp av beregningsmodellen fordeles alle relevante driftskostnader til det enkelte pasientoppholdet og konsultasjonen ut fra oppholdets utskrivings-DRG. Beregningsmodellen er todelt. Kostnad for DRGer som gjelder dag/døgn-aktivitet beregnes i en modell. Kostnader for DRGer som gjelder poliklinisk aktivitet beregnes i den andre. Modellen krever at aktivitet og kostnader fordeles tilsvarende. I det følgende redegjøres det kort for hvilke kostnadsgrupper beregningsmodellene består av og hvordan vi har gått fram for å tilrettelegge pasientdata. Modellgjennomgangen vil belyse hvilke elementer som inngår ved beregning av henholdsvis kostnad per opphold og kostnad per konsultasjon, som er det empiriske grunnlaget for beregning av kostnadsvektene.

2.1 Tilrettelegging av pasientdata

Beregningsmodellen krever sortering av aktivitet og kostnader til dag/døgn-modellen og til poliklinikk-modellen. I pasientdata fra NPR er informasjon om aktivitet levert samlet for dag/døgn og poliklinikk aktiviteten. Vi har brukt DRG-logikken som sorteringskriterier når pasientdata fordeles til riktig modell. Alle opphold i DRG 187E, 187O og 462O og DRGer som begynner med 700, 800 og 900 serien er polikliniske-DRGer og utgjør poliklinikk-modellen. Opphold i øvrige DRGer blir håndtert gjennom dag/døgn-modellen.

I 2011 har vi for første gang kostnadsberegnet poliklinisk stråleterapi og posedialyse. Stråleterapienhetene rapporterer foreløpig sitt aktivitetsgrunnlag i egen leveranse til NPR. Det er også et eget aktivitetsgrunnlag for posedialyse. Derfor brukes eget rapporteringsgrunnlag for disse nye kostnadsberegningene.

I dag/døgn-modellen summeres kostnadene for oppholdets utskrivingsDRG. Dersom sykehusoppholdet består av flere avdelingsopphold tildeles en andel kostnader fra hvert av avdelingsoppholdene til utskrivingsDRGen. En forutsetning for dette er at det er registrert liggetid på avdelingsoppholdet. Det betyr at det ikke blir tatt hensyn til evt. kostnader knyttet til polikliniske konsultasjoner som er gjennomført i løpet av sykehusinnleggelsen (internkonsultasjoner).

2.2 Kostnadsgrupper dag/døgn modellen

Kostnadsgrunnlaget for dag/døgn modellen er fordelt mellom et utvalg kostnadsgrupper:

- Operasjon

- Intensiv
- Bildediagnostikk
- Laboratorier
- Cytostatika
- Strålebehandling
- Dialyse
- Direkte pleie
- Grunnkostnad

Fra hver av disse kostnadsgruppene fordeles kostnadene ut til det enkelte oppholdet ut fra oppholdets utskrivingsDRG. Det er utviklet nasjonale fordelingsnøkler som gir et mål på forventet ressursinnsats per opphold per DRG. Hvert opphold tildeles sin andel av kostnadene fra kostnadsgruppen ut fra fordelingsnøkkelen.

Når det gjelder kostnadsgruppen "direkte pleie" kobles liggetid og en egen fordelingsnøkkel per DRG for pleiekostnad. Kostnadsgruppen oppgis per avdeling og kostnadene fordeles mellom oppholdene etter fordelingsnøkkel som tildeler "pleiepoeng" per opphold per liggedag.

Grunnkostnaden utgjør en restkategori på avdelingsnivå når øvrige kostnader er trukket ut. Grunnkostnaden fordeles ut per opphold etter liggetid. Liggetid ut over trimpunkt¹, regnes som langtidsliggedager. Kostnadene for langtidsliggedager er ikke inkludert verken i pleie- eller grunnkostnaden og inngår ikke i beregningen av kostnad per opphold.

Når det gjelder kostnadsgruppen Dialyse fordeles kostnadene per registrerte opphold i DRG 317 og 317O.

For hvert sykehus beregnes det en gjennomsnittlig kostnad per opphold per DRG. Kostnaden fremkommer ved å summere gjennomsnittkostnaden per DRG fra de aktuelle kostnadsgruppene. Gjennomsnittskostnaden per DRG kan ut fra dette dekomponeres slik at det framgår hvor stor andel av kostnadene som kommer fra de ulike kostnadsgruppene.

Nedenfor gis en oversikt over hvor stor andel kostnadsgruppene utgjør i gjennomsnitt for hele sykehusutvalget. Bak dette gjennomsnittet er det variasjon mellom sykehusene i hvor stor andel de ulike kostnadsgruppene utgjør, jf minimums- og maksimumsverdier i tabellen. Når det gjelder kostnadsgruppens andel per DRG vises det til vedlegg 4.

Tabell 1 Kostnadsgrupper i dag/døgn modellen – andel av kostnadsgrunnet

	Gjennomsnitt	Min	Maks	Median
Grunnkostnad	51 %	42 %	58 %	51 %
Pleie	10 %	7 %	14 %	10 %
Operasjon	19 %	13 %	23 %	19 %
Intensiv	9 %	6 %	20 %	8 %
Laboratorie	5 %	2 %	8 %	4 %

¹ Trimpunkt beregnes for hver DRG til gjennomsnittlig liggetid + 1,65 standardavvik.

Bilddiagnostikk	4 %	2 %	7 %	4 %
Dialyse	1 %	0 %	3 %	1 %
Cytostatika	1 %	0 %	3 %	1 %
Strålebehandling	0 %	0 %	1 %	0 %

2.3 Kostnadsgrupper i poliklinikkmodellen

Kostnadsbaserte vekter for poliklinikken ble for første gang tatt i bruk for ISF 2010. Kostnadsdata fra samarbeidssykehusene er inndelt per poliklinikk og fordelt i to kostnadsgrupper:

- Lønnskostnader for personell som deltar i konsultasjonene
- Øvrige kostnader

Poliklinikken skal for øvrig også tildeles sin andel av felleskostnadene. Disse er lagt til kostnadsgruppen øvrige kostnader.

Lønnskostnader for personell som deltar i konsultasjonen fordeles per konsultasjon per DRG ut fra nasjonal beregnet fordelingsnøkkel for tidsbruk i konsultasjonen. Det er variasjoner mellom sykehusene når det gjelder fordeling av kostnadsgrunnlaget mellom de to kostnadsgruppene i poliklinikken. Andel av kostnadene som er spesifisert som lønnskostnad i konsultasjonene varierer fra 20 til 75 prosent. Det gjør at det er stor variasjon mellom sykehusene med hensyn til hvor mye av kostnadene i poliklinikken som er fordelt ved hjelp av fordelingsnøkkel for konsultasjonstid.

Det finnes et utvalg prosedyrer i poliklinikken som innebærer særskilte kostnader. Disse er tatt inn i modellen der det er et en til en forhold mellom prosedyre og kostnad, og såfremt kostnaden er mer enn 300 kroner. De særskilte kostnadene er identifisert ut fra registrerte prosedyrer i pasientdata. For kontakter med disse prosedyrene, vil engangskostnadene legges på de aktuelle konsultasjonene. I DRGer der slike prosedyrer har ett visst omfang vil gjennomsnittskostnaden for DRGen øke, se vedlegg 1 for nærmere detaljer.

Legemiddelkostnaden utgjør en vesentlig kostnadskomponent for et utvalg DRGer i poliklinikken. Dette er DRG 801H, 801J, 801W, 802U, 806H, 808H og 809H. Dette gjelder injeksjonsbehandling med biologiske legemidler. For disse DRGene er et anslag for gjennomsnittlig legemiddelkostnad pr DRG lagt til gjennomsnittlig konsultasjonskostnad. Legemiddelkostnaden er her beregnet ut fra informasjon om kostnader per dose og registrert legemiddel fra NPR-data, se også vedlegg 2.

Det som så gjenstår i kostnadsgruppens øvrige kostnader, når særskilte kostnader er trukket ut, fordeles ut flatt med like stort beløp per konsultasjon for alle opphold i aktuelle poliklinikk.

Det beregnes en kostnad per DRG per poliklinikk og gjennomsnittskostnad per konsultasjon. Etter å ha beregnet kostnad per DRG per poliklinikk summeres kostnadene for sykehuset som helhet og gjennomsnittskostnad per konsultasjon per DRG beregnes.

Tabell 2 Kostnadsgrupper i poliklinikken – andel av kostnadsgrunnlaget

	Median	Gjennomsnitt	Minimum	Maksimum
--	--------	--------------	---------	----------

Fordelt etter tid	59 %	57 %	20 %	75 %
Fordelt per konsultasjon	40 %	40 %	22 %	60 %
Sum særskilte	2 %	2 %	1 %	3 %

2.4 Kostnadsberegning av poliklinisk stråleterapi

Det ble utviklet og innført en ny DRG-løsning for poliklinisk strålebehandling fra 2011. DRG-logikken ble gjennomgått på nytt våren 2011 i samarbeid med en referansegruppe fra fagmiljøet. Samtidig er det jobbet med å kostnadsberegne aktiviteten på poliklinikken. En stor del av ressursforbruket er knyttet til planlegging og forberedelse i forkant av at pasienten møter til poliklinisk stråleterapi. Det benyttes ulike planleggingsprosedyrer og det er variasjon i hvor kompleks og tidkrevende planleggingsaktiviteten er. Av den grunn er det foreslått å opprette egne DRGer for planlegging. De nye DRGene er etablert i DRG-logikken, men aktiviteten vil foreløpig ikke inngå i grunnlaget for ISF-refusjon. Årsaken er usikkerhet om rapporteringen pga behov for etablering av nye rapporteringssystemer for nye strålemaskiner. Dette gjelder både OUS og St. Olav og dermed en stor andel av aktiviteten innenfor poliklinisk stråleterapi. Det legges opp til kostnadsberegnete vektorer også for planleggingsDRGene fra 2013.

Samarbeidssykehusene ble bedt om å rapportere kostnadstall for poliklinisk stråleterapi etter samme mal som for øvrig poliklinisk virksomhet. Samarbeidssykehusene inkluderer aktivitet ved 6 av 8 av landets stråleenheter. I kostnadsberegningen av stråleterapi for 2012 er kostnadene fordelt til DRGene for oppmøte. Tilbakemeldingene Helsedirektoratet har fått fra referansegruppen er at det ikke er vesentlig forskjell i ressursforbruk eller tidsbruk per oppmøte. Kostnadene er derfor fordelt flatt per registrerte oppmøte (samlet for alle oppmøte DRGer).

Beregningene viste en variasjon i kostnad per oppmøte fra 872 til 3 021 kroner per oppmøte. Gjennomsnittlig 100% ISF-refusjon per oppmøte per 1. tertial 2011 er 5 685 kroner. Kostnadsberegningen viser dermed at den takstbaserte vekten har gitt betydelig bedre kostnadsdekning enn forutsatte 40% i ISF-refusjon.

2.5 Kostnadsberegning av posedialyse

I årets kostnadsvekstarbeid er også posedialyse kostnadsberegnet. Refusjon for posedialyse er ikke knyttet til pasientoppmøte, men gis på grunnlag av registrering av antall måneder hver pasient mottar helsehjelp i form av hjemmebasert peritonealdialyse. I samarbeid med et utvalg av samarbeidssykehusene er det gjennomført en kartlegging av hvilke kostnader som er knyttet til helsehjelpen.

På grunnlag av dette ble samarbeidssykehusene bedt om å rapportere egne kostnadstall for posedialyse. Det ble beregnet gjennomsnittlig kostnad per måned per sykehus basert på rapporteringsgrunnlaget fra NPR. Gjennomsnittskostnaden varierte mellom enhetene fra 19 712 til 44 881 kroner, mens 100 ISF-refusjon i 2011 tilsvarer 98 076 kroner. På samme måte som for stråleterapien viste kostnadsberegningen at ISF-refusjonen har vært vesentlig høyere enn gjennomsnittskostnaden for aktiviteten tilsier.

2.6 Ny kostnadsberegning av transplantasjonskirurgien

På basis av nye beregninger fra OUS foreligger det i år nytt grunnlag for kostnadsvektene for transplantasjonskirurgi. OUS har landsfunksjon for transplantasjonkirurgi og fagområdet er så spesielt at det krever egne beregninger. OUS sine beregninger bygger på kalkulerte gjennomsnittskostnader per pasient fra 2010. Nye kostnadsberegninger viser vesentlig høyere kostnader enn de forrige beregningene fra 2000-2001. Dette er årsaken til at de fleste DRGene for transplantasjonskirurgi går opp i 2012.

3. Beregning av kostnadsvekter

Etter å ha beregnet gjennomsnittskostnaden per opphold og kostnad per konsultasjon for sykehusene i utvalget, sammenstilles resultatene. Som den representative kostnad for en DRG velges den gjennomsnittskostnaden som utgjør mediankostnaden per HF i utvalget (mediankostnaden må inneholde flere enn 5 opphold/konsultasjoner). Fra de helseforetakene som inngår med mer enn ett sykehus har vi beregnet vektet gjennomsnittskostnad per DRG. Dette gjelder for Helse Fonna og Sykehuset Innlandet. Dette innebærer en endring fra tidligere år, der vi har brukt mediankostnad av alle sykehus. På grunn av sammenslåing av flere enheter ved OUS inngår OUS som en enhet i kostnadsvektsarbeidet 2011. For å hindre for stor variasjon i størrelse og kompleksitet mellom enhetene valgte vi å bruke HF-median som grunnlag for vektberegningene. Helsedirektoratet vurderer overgang til vektet gjennomsnitt som grunnlag for vektberegningene fra neste års kostnadsvektsarbeid.

I de tilfellene vi ikke har tilstrekkelig antall opphold i DRGene beregnes en gjennomsnittlig kostnad for DRGen basert på tidligere vekter. Konsultasjoner i poliklinikken gir inntekt til sykehusene gjennom egenandeler. Derfor må det tas hensyn til egenbetaling før kostnadene for poliklinikken sammenstilles med kostnadene i dag/døgn modellen. Egenandelen, 307 kroner, er trukket fra før kostnad per konsultasjon er sammenstilt med kostnadene i dag/døgn modellen.

Etter å ha funnet mediankostnad for de enkelte DRGene, vektet disse kostnadene mot gjennomsnittet av alle mediankostnadene. Beregning av nye vekter gir da oppdatert informasjon om endring i relative kostnadsforhold mellom ulike DRGer og blir kalt empiriske kostnadsvekter.

Nye kostnadsvekter skal ikke påvirke inntektsrammen. Dette betyr at de nye vektene skal gi like mange DRG poeng som de gamle vektene på samme pasientmaterialet. Ved beregning av kostnadsvektene for 2011 har vi benyttet 1. tertial data 2011 som beregningsgrunnlag. I beregningsgrunnlaget har vi fjernet opphold som finansieres ved hjelp av prisregler, dvs kun opphold med vekt lik korrvekt er inkludert. Vektene er kalibrert slik at de gir like mange DRG poeng som 2011-vektene ga på 1. tertial data.

4. Konsekvens av vektendringer

Endring i vekter fra 2011 til 2012 skyldes endring i relative kostnadsforhold mellom DRGene. Det er flere forhold som kan påvirke dette. Vi vil her peke på viktige endringer i årets kostnadsvekter:

- Vektene for poliklinisk stråleterapikonsultasjoner har blitt betydelig redusert som følge av kostnadsberegning. Reduksjon i DRG-poeng til stråleterapi som følge av

dette er overført til øvrige DRGer. Dette innebærer flere DRG-poeng til øvrig poliklinikk (1,9 % økning) og en økning på 1,6 % til dag/døgn aktivitet, jf tabell 3.

Endring etter aktivitetsområde - anslag basert på aktivitet 1. tert 2011

Tabell 3 – endret fordeling av DRG-poeng mellom aktivitetsområder

Sum	Vekt 2011	Vekt 2012	Effekt 1. tert	Estimert årseffekt	
Dag/Døgn	361 104	367 037	5 933	17 798	1,6 %
Poliklinikk	51 822	52 796	974	2 923	1,9 %
Stråleterapi	8 947	3 586	-5 362	-16 085	-59,9 %
Posedialyse	2 348	803	-1 545	-4 635	-65,8 %
Total	424 221	424 221	0	0	

- I årets kostnadsvektsarbeid har vi gjort mindre justeringer av fordelingsnøkkelen for operasjonskostnader. Endringene er knyttet til nytt kostnadsgrunnlag og endret fordeling av kostnader knyttet til implantater. Disse justeringene innebærer ny fordeling av operasjonskostnaden som påvirker vekten for enkelte DRGer.
- Oppdatert beregningsgrunnlag for transplantasjonskirurgi gir økning i kostnadsvektene for de fleste DRGer på dette området.
- En stor andel av kostnadene i dag/døgn modellen blir fordelt etter liggetid. Dette gjelder grunnkostnaden og kostnadsgruppen direkte pleie. I sum utgjør disse kostnadsgruppene i overkant av 50% av kostnadene. Dersom det skjer endring i liggetid for enkelte DRGer vil det påvirke kostnadene og vektene for de aktuelle DRGene.
- DRGer med få opphold er sårbare mht variasjon i kostnader fra ett år til ett annet. Dette fordi de er mer påvirket av variasjon i liggetid som kan gi utslag i endring i kostnader. Samtidig vil DRGer som er representert ved få sykehus påvirkes av hvor mange/hvilke sykehus som har mer enn 5 opphold i DRGen. Med forskjell i kostnadsnivå mellom sykehusene vil små endringer i utvalg kunne gi relativt store endringer i gjennomsnittskostnader for enkelte DRGer.

4.1 Omfordelingseffekter av nytt ISF-regelverk 2012

Beregningsgrunnlaget er 1. tertial 2011, og estimert årseffekt er beregnet som 3 ganger 1.tertialeffekten. Beregningene skal vise konsekvenser av nye vekter for 2012. Det er derfor gjort noen tilpassinger i datagrunnlaget for å rendyrke effekten av nye vekter. Opphold er med i beregningsgrunnlaget så langt ISF-refusjon gis i henhold til vekt for DRGen. Opphold som for tilleggsrefusjon pga prisregler er ikke inkludert. Det samme gjelder rehabiliteringsDRGer der ISF-refusjon er en konsekvens av liggetid. Det er om lag 1,7 prosent av oppholdene (33 000) som ekskluderes fra beregningsgrunnlaget, i hovedsak gjelder dette dag/døgn opphold. Samlet utgjør disse oppholdene 18 700 DRGpoeng.

Omfordelingseffekten tar ikke hensyn til endring i logikken. Kostnadsgrunnlaget for vektene er fra 2010 og beregningene bygger på 2010-logikken, mens omfordelingseffektene er beregnet ut fra 2011 og 2011-logikk. DRGer som er etablert etter 2010 foreligger det ikke empirisk kostnadsgrunnlag for. Det er i tillegg gjennomført enkelte logikkendringer fra 2011 til 2012. Refusjon for opphold som endrer DRG-plassering som følge av logikkendringer og derfor får annen kostnadsvekt, blir ikke tatt hensyn til i beregningene av omfordelingseffekter. Som følge av logikkendringene er det enkelte DRGer som er særskilt beregnet. En

oversikt over de største logikkendringene og beregningsgrunnlag for disse vektene gis i vedlegg 3.

Som redegjort for ovenfor, må en ta noen forbehold i beregnede omfordelingseffekter. Tabellene under viser en oversikt over hvilke konsekvenser en forventer at de nye kostnadsvektene har når det gjelder fordeling mellom regionale helseforetak (RHF), helseforetak og medisinske fagområder (HDGer).

I tabell 4 vises beregnede omfordelingseffekter per pasientregion, dvs konsekvens av endring i vekter for de opphold de regionale helseforetakene har finansieringsansvar for.

Datagrunnlaget er NPR-data fra 1.tertial 2011 med de modifikasjoner som angitt over. I den første kolonnene vises beregnede antall DRG-poeng samlet dvs inkluderer polikliniske konsultasjoner, dag/døgn innleggelser, stråleterapi og posedialyse med DRG-gruppering, vekter og prisregler som i ISF-regelverket for 2011 (ISF-2011). Den andre kolonnen viser hvor mange DRG-poeng som er beregnet for disse oppholdene med regelverket for 2012. Endring i DRG-poeng gis først for 1.tertial, denne ganget med 3 viser estimert årseffekt av omleggingen. Endring i prosent er i forhold til DRG-poeng i 2011.

Tabell 4 Beregnede omfordelingseffekter av nytt ISF-regelverk 2012 på RHF-nivå, NPR-data fra 1.tertial 2011

Sum			Effekt 1.	Estimert	
			tertial	årseffekt	
Pasientregion	Vekt 2011	Vekt 2012	Endr i poeng	Endr i poeng	I prosent
Helse Vest	82 887	83 259	373	1118	0,45 %
Helse Midt-Norge	61 657	61 573	-85	-254	-0,14 %
Helse Nord	42 478	42 385	-93	-280	-0,22 %
Helse Sør-Øst	237 199	237 005	-195	-584	-0,08 %
Total	424 221	424 221	0	0	0,00 %

I tabell 5 vises beregnede omfordelingseffektene pr helseforetak

Tabell 5 Beregnede omfordelingseffekter av nytt ISF-regelverk 2012 pr helseforetak, NPR-data fra 1.tertial 2011

Sum Helseforetak	Vekt 2011	Vekt 2012	Effekt 1. tertial		I prosent
			Endring i poeng	Estimert årseffekt	
Helse Sør RHF (Betanien hospital)	1 351	1 403	53	158	3,89 %
Sunnaas sykehus HF	22	26	3	10	15,58 %
St. Olavs Hospital HF	30 990	30 459	-531	-1594	-1,71 %
Vestre Viken HF	27 968	28 583	615	1846	2,20 %
Helse Øst RHF (Lovisenberg)	5 260	5 417	157	470	2,98 %
Helse Vest RHF (Stiftelsen Betanien Bergen)	170	196	26	79	15,50 %
Helse Vest RHF (Haugesund sanfor revm)	775	817	41	124	5,34 %
Helse Øst RHF (Martina Hansens hospital)	2 878	2 940	62	187	2,16 %
Helse Øst RHF (Revmatismesykehuset Lillehammer)	348	333	-14	-43	-4,17 %
Helse Øst RHF (Diakonhjemmet)	5 424	5 561	136	409	2,51 %
Akershus universitetssykehus HF	22 945	23 300	355	1065	1,55 %
Sykehuset Innlandet HF	29 354	29 620	266	798	0,91 %
Sykehuset Østfold HF	17 382	17 720	338	1015	1,95 %
Helse Stavanger HF	21 282	21 156	-126	-377	-0,59 %
Helse Fonna HF	11 327	11 624	297	892	2,63 %
Helse Bergen HF	35 973	35 315	-658	-1973	-1,83 %
Helse Førde HF	7 534	7 711	177	531	2,35 %
Helse Sunnmøre HF	11 367	11 286	-81	-243	-0,71 %
Helse Nordmøre og Romsdal HF	7 627	7 832	205	615	2,69 %
Helse Nord Trøndelag HF	9 350	9 503	154	461	1,64 %
Helse Finnmark HF	4 065	4 193	128	383	3,14 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	19 420	18 954	-466	-1398	-2,40 %
Nordlandssykehuset HF	11 199	11 312	114	341	1,02 %
Helgelandssykehuset HF	4 965	5 059	94	281	1,89 %
Sørlandet sykehus HF	22 474	22 250	-224	-672	-1,00 %
Sykehuset i Vestfold HF	16 854	17 103	250	749	1,48 %
Sykehuset Telemark HF	13 678	14 029	351	1052	2,56 %
Helse Vest RHF (Haraldsplass Diakonale sykehus AS)	3 940	4 126	186	559	4,73 %
Helse Øst RHF (Oslo legevakt)	789	829	40	121	5,11 %
Oslo universitetssykehus HF	70 514	68 580	-1934	-5803	-2,74 %
Private sykehus	6 998	6 983	-14	-43	-0,20 %
Total	424 221	424 221	0	0	0,00 %

I tabell 6 vises beregnede omfordelingseffektene pr HDG.

Tabell 6 Beregnede omfordelingseffekter av nytt ISF-regelverk 2012 pr HDG, NPR-data fra 1.tertial 2011

Hoveddiagnosegrp	Vekt 2011	Vekt 2012	Endring i poeng	Estimert årseffekt	I prosent
Sykdom i nervesystem	27 649	29 308	1 659	4 977	6 %
Øyesykdom	11 568	11 637	68	204	1 %
Øre/nese/halssykdommer	13 910	13 289	-622	-1 866	-4 %
Sykdom i åndedrettsorgan	36 031	36 823	792	2 376	2 %
Sykdom i sirkulasjonsorgan	55 137	56 996	1 859	5 577	3 %
Sykdom i fordøyelsesorgan	35 865	35 424	-442	-1 326	-1 %
Sykdom i lever, galle, bukspyttkjertel	10 994	10 782	-212	-636	-2 %
Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev	76 259	77 407	1 148	3 444	2 %
Sykdom i hud og underhud	9 601	10 115	514	1 542	5 %
Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykd	8 857	9 467	610	1 830	7 %
Nyre- og urinveissykdom	21 608	20 938	-670	-2 010	-3 %
Sykdom i mannlige kjønnsorganer	4 632	4 448	-185	-555	-4 %
Sykdom i kvinnelige kjønnsorganer	10 162	10 605	443	1 329	4 %
Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel	16 065	15 800	-265	-795	-2 %
Nyfødt m/tilst. i perinatalperioden	17 265	17 123	-142	-426	-1 %
Sykdom i blod, bloddannende org og immunapp.	3 207	3 015	-193	-579	-6 %
Myeloproliferative sykdommer og lite diff. svulster	26 490	20 734	-5 756	-17 268	-22 %
Infeksiøse og parasittære sykdommer	10 298	10 460	162	486	2 %
Psykiske lidelser og rusproblemer	2 601	2 935	334	1 002	13 %
Skade, forgiftning etc.	3 560	3 848	288	864	8 %
Forbrenninger	654	619	-36	-108	-5 %
Faktorer som påvirker helsetilst - annen kont. m/helsetj	15 729	16 004	275	825	2 %
Signifikant multitraume	763	974	211	633	28 %
Sykdommer i bryst	3 561	3 637	76	228	2 %
Utenom hoveddiagnosegruppene	1 625	1 710	85	255	5 %
Total	424 094	424 094	0	0	0 %

5. Justeringer etter publisering av foreløpig regelverk

Etter framleggelse av foreløpig regelverk er det foretatt noen endringer som ikke inngår i beregnede omfordelingseffekter over. Dette gjelder følgende:

- Justering av vekt for poliklinisk infusjonsbehandling av enkelte biologiske legemidler
- Justering av vekt for IVF-behandling
- Oppdatering av trimpunkt
- Justering av vekter for kjemoterapi

5.1. Justering av vekt for poliklinisk infusjonsbehandling

Helsedirektoratet har fått reaksjoner på at vekter for poliklinisk infusjonsbehandling har gått opp til tross for at kostnadene for legemidlene faktisk har gått ned. På bakgrunn av dette har vi foretatt en ny gjennomgang av grunnlaget for kostnadsvektene. Årsaken til at vektene for aktuelle DRGer i første omgang ble økt

er dels modell teknisk. I kostnadsvektsmodellen beregnes relative kostnadsforskjeller og selv om kostnadene for aktuelle DRGer faktisk har gått ned har relativ kostnad faktisk gått opp. Dette skyldes endring i kostnadsgrunnlaget knyttet til pensjoner. I tillegg har kostnadsberegning av stråleterapi og posedialyse medført overføring av DRG-poeng til andre aktivitetsområder. For aktuelle DRGer er legemiddelkostnaden den viktigste kostnadsdriveren, og helsedirektoratet finner det riktig å la dette bli reflektert i kostnadsvektene. Vektene er derfor justert ned.

5.2 Justering av vekt for IVF-behandling

I kvalitetssikringen av vektene fant vi at vi ikke har inkludert en engangskostnad på 2000 kroner knyttet til IVF-behandling (DRG 813R). Dette medfører at vekten i foreløpig regelverk ble for lav, og vekten justeres opp i endelig regelverk. Når vil legger til engangskostnaden tilsvarer det en økning i vekten fra 0,128 til 0,181. Volumet for denne DRGen var i 1.tertial 2011 2132 konsultasjoner. En økning i vekten vil medføre en økning på 113 DRG-poeng første tertial.

5.3 Beregning av nye trimpunkt

Det er beregnet nye trimpunkt til regelverket for ISF-2011. Ny beregning baserer seg på datagrunnlag fra 2010. Endring av trimpunkt har betydning for beregning av langtidsliggertillegget. Dette gjelder for opphold i DRGer der trimpunktet er større enn 20 og liggetiden er mer enn 10 dager lenger. Konsekvensen av nye trimpunkt er at tilleggsrefusjon for langtidsliggertid er beregnet å utgjøre 344 flere DRG-poeng.

For å sikre at justeringer av vekter ikke medfører reduksjon i DRG-poeng er samtidig vektene for tre av DRGene for kjemoterapi justert tilbake til nivået i 2011.

Justering av vekt og konsekvens for 1.tertialdata vises i tabellen nedenfor:

DRG	Vekt foreløpig regelverk	Vekt i endelig regelverk 2012	Opphold i 1.tertial 2011	Endring i DRG-poeng
410A	0,196	0,214	26 219	472
410B	0,329	0,363	6 306	214
410C	0,551	0,617	1 607	106
801H	0,478	0,406	2 076	-198
801J	0,094	0,070	356	-26
801W	0,091	0,081	2 833	-6
802U	0,309	0,257	3 182	-105
806H	0,668	0,571	3 092	-355
808H	0,529	0,435	4 651	-333
809H	0,643	0,560	203	-259
813R	0,128	0,181	2 132	113
Effekt av nye trimpunkt				344

Vedlegg 1 - Oversikt over særskilte kostnader i poliklinikken

Pasientgruppe/tiltak	Kode	Beløp pr registrerte kode	Type kostnad
Allergitester	WGFXX, WGGM00	650	Ekstrakter ifm prikktester
Allogen transfusjon av trombocytter	RTGG00	3 800	Forbruksmateriell
Bløderpasienter	RKGM05	4 000	Medikament
ERCP	UJK02	3 220	Forbruksmateriell
Fordøyelse	R15 og JHFM10	450	Forbruksmateriell manometri
Gastro	JCF12	11 000	Stent spiserør
Gastro	JCA22	3 000	Ligering øsofagusvaricer
Gastro/koloskopi	UJD02, UJF32	1 400	Ballongdilator
Gastroskopi	UJD02	825	Forbruksmateriell
Gastrostomi	TJD20	2 500	Implantat + forbruksmateriell
Gynekologi/TVT	LEG10	5 150	Implantat
Kapselendoskopi	JFFX00 (+ZWU30)	5 000	Kapselskopien
Kjevekirurgisk	ECB50, EDC45, EEC42	1 250	Bensubstitutt
Kjevekirurgisk	ECB50, EDC45, EEC45	1 400	Membran til benregenerasjon
Kvinneklinikken	Z363 og MAA00	800	Amniocentese
Lungepasienter	UGC15 el UGC18	940	Forbruksmateriell
Lungepasienter	GAA10 el GAA96 el TGA30	700	Forbruksmateriell
Lungepasienter	UGC12 el UGC15	800	Aspirasjonsnål + børste
Ortopediske pasienter	TNH34, TNG32/33	375	Gips, ortoser
Pasienter med store sår	QDB10, QDB99	350	Forbruksmateriell
Revma/ortopedi	TNx11	240	Lederspan
Stent i gallegang	JKE18	10 750	Implantat + forbruksmateriell
Tannimplantat	EBB10	3 000	ekskl mva. implantat
Tannimplantatsperre	EBB15	550	Implantat + forbruksmateriell
Transfusjon av allogene erotrocytter	REGG00	1 450	Forbruksmateriell
Transfusjon av plasma	RPGG05	500	Forbruksmateriell
Urologiske pasienter	KBV02	585	Ureterstent eller J-stent
VAC	WLGX20	2 000	Forbruksmateriell
Yrkesmedisinsk	GDFC25	625	Capsiaicin/Metacholinprovokasjon
Øyepasienter	CKD05 – 1XC07 (tilleggskode)	600	Medikament
Øyepasienter	CKD05 – 1LA04 (tilleggskode)	4 700	Medikament
Øyepasienter	CJE20	950	Implantat (linser)

Vedlegg 2 Legemiddel-DRGer i poliklinikken:

I poliklinikken er det noen DRGer som vi har håndtert særskilt på grunn av høye legemiddelkostnader. For disse DRGene er det lagt inn legemiddelkostnader basert på beregning av normal dose for en antatt gjennomsnittspasient gitt forbruk av legemidler slik denne er rapportert i NPR-data. Nedenfor gis en oversikt over beregnet gjennomsnittskostnad som er lagt inn som grunnlag for de enkelte DRGene.

Det gjøres oppmerksom på at vektene for disse DRGene er justert etter framleggelse av foreløpig regelverk. For disse DRGene er det legemiddelkostnaden som er den vesentlige kostnadsdriveren. Legemiddelkostnaden er redusert fra 2010 til 2011, til tross for kostnadsreduksjon gikk vektene i foreløpig regelverk opp. Dette skyldes endring i kostnadsgrunnet knyttet til pensjonskostnader og overføring av DRG-poeng fra poliklinisk stråleterapi til øvrige aktivitetsområder.

Tabell Legemiddel-DRGer i poliklinikken – gjennomsnittlig kostnad for legemiddel per konsultasjon

DRG	Legemiddel	Gjennomsnittskostnad for legemiddel
801H	Tysabri	15 609
801J	Baklofen	1 730
801W	Botox	1 764
802U	Lucentis og Visudyne	9 477
806H	Remicade	22 027
808H	Remicade, MabThera, Tocilizumab og Orencina	16 946
809H	Remicade	22 027

Vedlegg 3 - Logikkendringer

DRGer som utgår fra 2011:

DRG 22

DRG 61 og DRG 62 – oppholdene vil gå i 55P.

DRG 39P oppholdene vil gå i DRG 39O.

DRG 705O oppholdene vil gå i DRG 710O

DRG 708O oppholdene vil gå i DRG 709O.

DRG 810S

DRG 830P

Nye DRGer i 2011

- DRG 570 Innsetting eller bytte av stimulator i hjernen
- DRG 570O Innsetting eller bytte av stimulator i hjernen, dagkirurgisk behandling
- DRG 481A Annen stamcelletransplantasjon
- DRG 481B Allogen stamcelletransplantasjon >17 år
- DRG 481C Allogen stamcelletransplantasjon <17 år
- DRG 914Q Fosterdiagnostiske undersøkelser
- DRG 997O Tverrfaglig utredning

DRG 570 Innsetting etter bytte av nevrologisk stimuleringsutstyr og 570O Innsetting etter bytte av nevrologisk stimuleringsutstyr, dagkirurgisk behandling

Disse DRGene var nye i DRG-logikken for 2011, og innføring av DRGene ble gjort samtidig med at prisregler/tilleggsrefusjoner for tilhørende implantater ble tatt bort. Kostnadsvekten for DRGene ble fastsatt ut fra gjennomsnittlig korrvekt for aktuelle opphold i 2010.

Ved beregning av kostnadsvekt for 2012 er det tatt utgangspunkt i informasjon om kostnader for implantater knyttet til aktuelle koder og forventet fordeling av opphold med de ulike prosedyrekodene. Nytt fra 2012 er at kode ABD40 og AAG20 også inkluderes i DRG 570. Opphold er flyttet fra DRG 1E og DRG 4. I tillegg til implantatkostnader legger vi til grunn KPO for DRG 8 for 570 og ½ av denne for DRG 570O.

Når det gjelder DRGene for transplantasjonskirurgi herunder DRG 481A, 481B og 481C foreligger nye kalkyler fra OUS som er langt til grunn for kostnadsberegning av vektene.

DRG 914Q Fosterdiagnostiske undersøkelser

Det ble opprettet en ny DRG for fosterdiagnostiske undersøkelser i 2011. Det foreligger ikke kostnadsgrunnlag for denne i KV-arbeidet. Vekten opprettholdes uendret fra 2011

- DRG 997O Tverrfaglig utredning

Det er opprettet en ny DRG for tverrfaglig utredning. Dette for å ta høyde for at tverrfaglig utredning krever mer tid og kompetanse enn ordinær utredning. Det tas utgangspunkt i at tverrfaglig utredning vil kreve tre ulike personellgruppers innsats i

½ time. Ved beregning av vekten tas det utgangspunkt i kostnad for DRG 901E*2 og 908O.

DRGer som utgår i 2012:

DRG 209A, DRG 209B, DRG 409D, DRG 409G, DRG 409J, DRG 409L, DRG 411, DRG 412 og DRG 801S

Nye DRGer i 2012 og fastsettelse av kostnadsvekt

DRG 104 C Kateterbasert aortaklaffimplantasjon(TAVI)

Logikkendring bygger på informasjon om svenske kostnadstall. Ved fastsettelse av vekt for 2012 har vi tatt utgangspunkt i informasjon om de svenske kostnadsvektene fra 2011. Ny vekt for 104C er beregnet slik at relativ forskjell fra 104B er den samme som de svenske vektene.

Ny DRG-løsning for utskifting og innsetting av hofte, ankel og kneproteser
I DRG-logikken for 2012 opprettes fem nye DRGer til erstatning for tidligere 209A og 209B. De nye DRGene er:

DRG 209C Utskifting av hofteleddsprotese
DRG 209D Innsetting av hofteleddsprotese m/bk
DRG 209E Innsetting av hofteleddsprotese u/bk
DRG 209F Utskifting av protese i kne eller ankel
DRG 209G Innsetting av protese i kne eller ankel

Også for disse DRGene har vi tatt utgangspunkt i svenske kostnadsdata og vektene i ISF-regelverket for 2012 er fastsatt slik at de har samme relative forhold som svensk kostnadsinformasjon tilsier. Logikkendringen innebærer budsjettneutrale løsning, dvs Det er lagt opp til at de vekter for de nye DRGene til sammen skal gi like mange DRG-poeng som ville blitt fordelt med gammel logikk.

DRG 222P Større operasjon på kne eller legg, dagkirurgisk behandling
DRG 222O er ved logikkendring i 2012 delt i to, der de største inngrepene flyttes til ny DRG 222 P. Kostnadsvekten er beregnet ut fra svensk kostnadsinformasjon. Vekten for opphold i 222P blir høyere enn 222O, og generer dermed flere DRGpoeng. For å sikre budsjettneutrale løsning reduseres 222O slik at det til samme fordeles like mange DRG-poeng.

DRG 409P Det er opprettet en ny DRG for brakyterapi for prostatakraft.
Kostnadsvekten er beregnet ut fra informasjon om kostnad ved planlegging, behandling og driftskostnader for strålekilden.

DRG 411N DRGen er sammenslått av opphold som tidligere ble gruppert til 411 og 412. Ny vekt er logikktilpasset dvs. som et vektet gjennomsnitt av DRG 411 og 412.

DRG 707P Det er opprettet en ny DRG for poliklinisk behandling av hemorider.
Vekten tar utgangspunkt i kostnadsberegning for DRG 707O som disse oppholdene ble gruppert i med 2010-logikk. Vekt for 707O i 2011 er satt høyere for å ta høyde for at oppholdene som blir igjen i DRGene er mer kostnadskrevenende.

Vedlegg 4 Kostnadsgruppens andel per DRG

I vedlagte regneark gis en oversikt over kostnadsgruppens andel per DRG. Oversikten tar utgangspunkt i mediankostnadene som er utgangspunkt for kostnadsvektene. For hver DRG kan mediankostnaden knyttes til gjennomsnittskostnaden fra ett eller to sykehus. For de DRGene der mediankostnaden kommer fra et bestemt sykehus angir kostnadsgruppens andel kostnadsfordeling for DRGen ved det aktuelle sykehuset. Når det er to sykehus er kostnadsgruppens andel beregnet som gjennomsnittlig andel for disse to sykehusene. Som vist til i avsnitt 2.2. er det variasjoner i hvordan sykehusene fordeler kostnader mellom kostnadsgrupper. Dersom en sammenholder kostnadsgruppens andel for to ulike DRGer må en være oppmerksom på at variasjoner også kan skyldes at mediankostnaden kommer fra ulike sykehus. I den grad det er ulik fordeling av kostnader mellom kostnadsgrupper påvirkes også kostnadsgruppenes andel på DRG-nivået.