



Sosial- og helsedirektoratet

Innsatsstyrt finansiering 2008

Informasjonsmøte 10. desember 2007

Program

- 10:00-10:10 Innledning v/Olav
- 10:10-11:45 ISF poliklinikk 2008
 - Formål med omleggingen v/Leena
 - Gjennomgang av regelverket v/Fredrik
 - Pasientopplæring og poliklinisk rehabilitering v/Eva
 - Kostnadsvekter v/Lars
 - Omfordelingseffekter v/Lars
 - Tekniske forhold v/Kristin
 - Oppfølging v/Leena
- 11:45-12:20 Lunsj
- 12:20-12:50 ISF poliklinikk fortsatt, inkludert spørsmål v/Olav
- 12:50-13:15 Nytt i regelverk ISF døgn/dag 2008, v/Paul Martin
- 13:15-13:45 Om 2. tertial aktivitet 2007 og avregning 2006 v/Paul Martin og Eva
- 13:45-14:00 Avslutning v/Olav
- 14:00-15:00 Etablering av samarbeidsnettverk for ISF poliklinikk og avklaring av detaljspørsmål v/Leena



Sosial- og helsedirektoratet

ISF Poliklinikk

Overordnede aspekter

ISF poliklinikk 2008

- Formål med dagens møte
 - relevant informasjon
 - god dialog

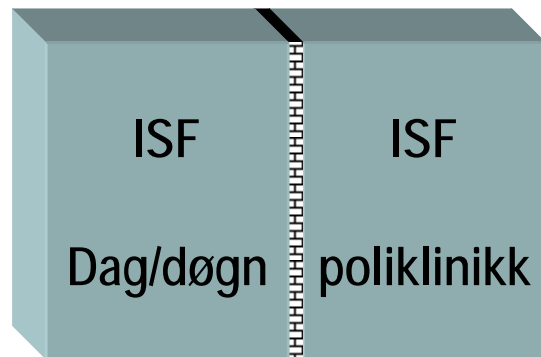


- Vanskelige/detaljerte spørsmål
 - Særlig for "superbrukere"



ISF – poliklinikk. Hvordan?

2008



2009



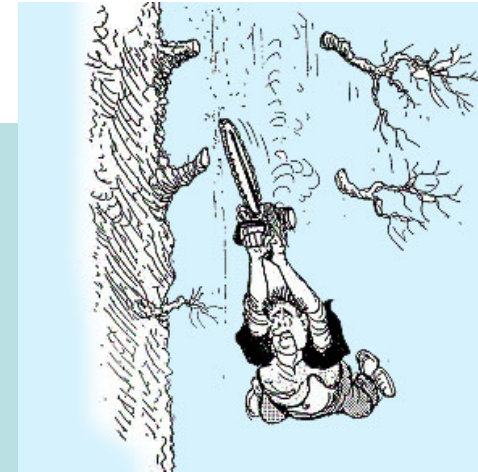
ISF poliklinikk. Hvorfor?



- Alt under ett – lettere å administrere og styre
 - samme pasienter – samme system
- Bedre aktivitetsbeskrivelse
 - fra subjektiv takstbruk til objektiv aktivitetsregistrering
- Bedre ressursfordeling etter hvert
 - bygget på kostnadsberegning

ISF poliklinikk. Risiko.

- Urealistiske forventninger
 - Formål? Omfang?
- Utilsiktete effekter
 - Samme aktivitet, ulik finansiering
- Varierende registrering
 - Uklare regler – individuelle tilpasninger
- God informasjon, lik forståelse !
- Fortsatt registrering av takstkoder

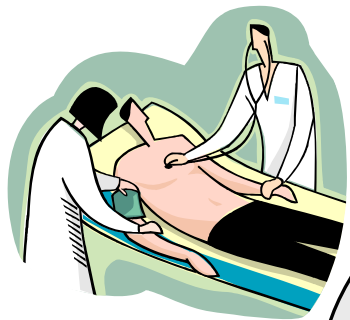







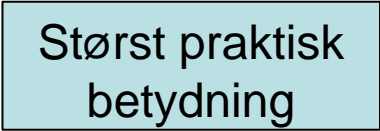
Sosial- og helsedirektoratet

Nærmere om regelverket for ISF Poliklinikk

Perspektivvalg



Regelverkets hovedstruktur

1. Innledende bestemmelser  
2. Bestemmelser om aktivitetsdata som utgjør grunnlaget for beregning av ISF-refusjon  
3. Hovedregler for beregning av ISF-refusjon
4. Utfyllende bestemmelser
5. Bestemmelser om kontroll, utbetaling, avregning og unntak

Utførende virksomheter må besørge

- Korrekt registrering av aktivitetsdata
- Korrekt rapportering av registrerte data

Metode for registrering av aktivitetsdata varierer mellom ulike pasientadministrative systemer. Spesifikasjonen av rapporteringsinnhold er den samme for alle. Regelverket definerer hva som må rapporteres for ISF-formål.

Rapporteringskrav

- Generelt krav: NPR-meldingen
- Tilleggskrav: Spesifikasjon av dataelementer som må være med for ISF-formål og som ikke er obligatoriske i NPR-meldingen (bokstav a-j i punkt 2.4)

Sentrale informasjonselementer utover minimumskrav i NPR-meldingen

- Debitorkode
- Bostedskommune
- Omsorgsnivå og sted for aktivitet
- Medisinske koder (Tilstand(er) og prosedyrer)
- Utførende helsepersonell
- Alder (i dager)
- *Fra sted og Til sted*
- Inntid og uttid
- Inntilstand og uttilstand

Det er ikke forutsatt drastiske endringer i rapporteringskrav.

Medisinsk koding

- Vanlige prinsipper – som i 2007
- Formålet er en faglig beskrivelse av helsehjelpen som ytes gjennom *relevante* medisinske koder.

Benytt oppdaterte kodeverk!
finnkode.kith.no og [Oversikt kodeverk](#)

Utførende helsepersonell

- Hovedregel: Helsehjelp *utført* av lege
- Unntak:
 - Abdominal UL-undersøkelse av gravide
 - Tannbehandling
 - Pasientopplæring

Ambulant behandling

- 1.3, h)
- *”Helsehjelp som finner sted utenfor spesialisthelsetjenestens fysiske lokaler inngår i beregningsgrunnlaget så sant øvrige vilkår i regelverket er oppfylt”*
- *Obs Sted for aktivitet*

Telemedisinsk behandling

- Krav om bruk av videokonferanseutstyr
- Identifiseres som telemedisinsk kontakt gjennom *Sted for aktivitet* i NPR-meldingen

Takstkoderrapportering

- Egne regler for takstkoder (2.6 og vedlegg H)
- *”Takstkoder er et hjelpemiddel i overgangen mellom takstkodebasert finansiering og DRG-basert Innsatsstyrt finansiering...”*
- Det fremgår eksplisitt av regelverket med vedlegg hvilke takstkoder som har betydning for beregning av ISF-refusjon, og i hvilke tilfeller

Overordnet DRG-struktur

- DRG fordelt etter *hoveddiagnosegruppe* (HDG)
- Innen hver HDG
 - Spesifikke DRG (ut fra prosedyrer eller diagnoser)
 - DRG for konsultasjoner uten angitte prosedyrekoder (9##O)
 - DRG for konsultasjoner med prosedyrekoder som ikke leder til andre, spesifikke DRG (8##O)
 - Vedlegg G
- Fullstendig liste, inkludert presumptivt inaktive DRG, publiseres elektronisk og inngår i NPK Poliklinikk

Regler for beregning av ISF-refusjon til RHF

- **ISF-refusjon = Sum refusjonspoeng * Enhetsrefusjon * 0,40**
- **Refusjonspoeng per opphold:**
 - Refusjonspoeng = Kostnadsvekt for oppholdets DRG
eller (for DRG angitt i vedlegg I)
 - Refusjonspoeng = Kostnadsvekt for oppholdets DRG
avhengig av takstkoderegistrering
eller (unntaksvis)
 - Refusjonspoeng = Avhengig av antall takstkoder

Strålebehandling

- Spesiell løsning er valgt fordi det ikke har vært noe aktivitetsgrunnlag i NPR å analysere
- Rapporteringsløsning til NPR er under utvikling
- Takstkodeavhengig finansiering, som i 2007 (H05c og H06a)

Hjemmebasert posedialyse

- Spesiell løsning er valgt fordi dette ikke er helsehjelp som kan knyttes direkte til enkeltstående polikliniske konsultasjoner
- Takstkodeavhengig finansiering, som i 2007 (A93)

Pasienters egenbetaling

- Reguleres av poliklinikkforskriften
- NAV er forvaltningsinstans

Kan det bli endringer?

- Ja, jf. 1.4
- Vesentlig endret aktivitetsmønster i 2008 sammenlignet med 2007 vil kunne nødvendiggjøre endringer i løpet av 2008



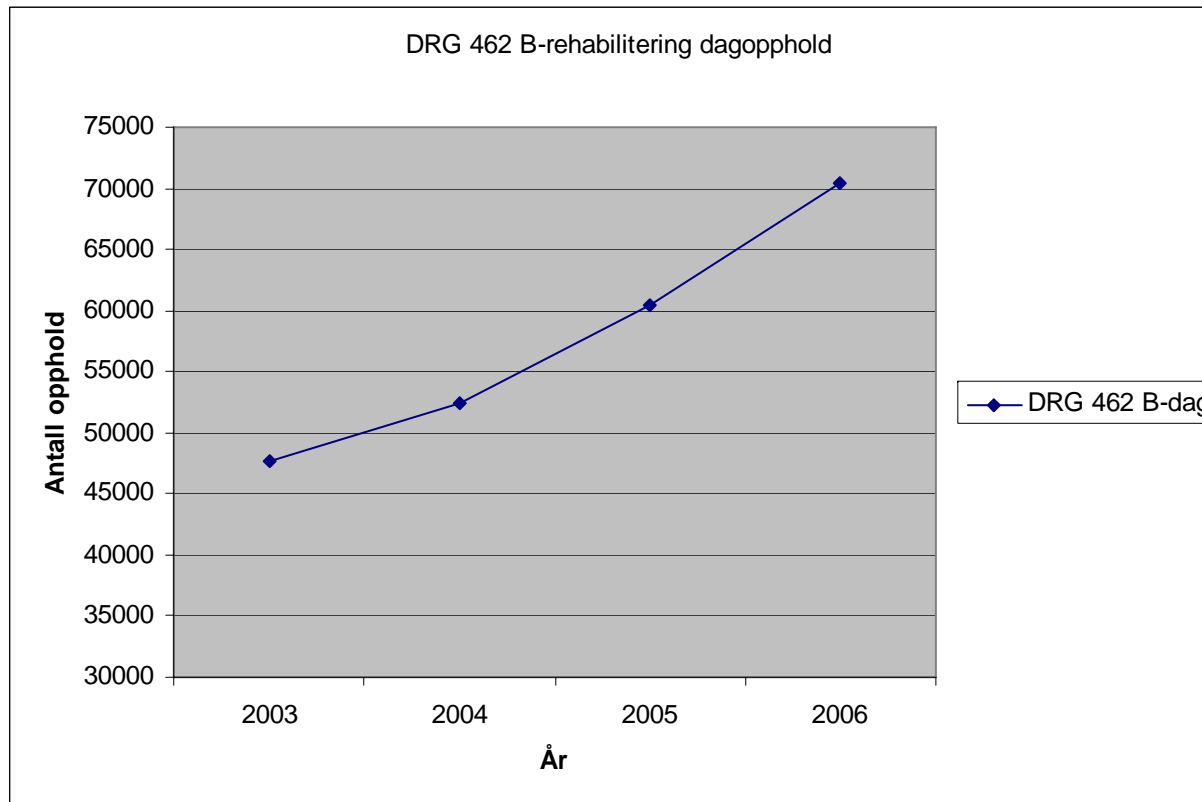
Sosial- og helsedirektoratet

Poliklinisk rehabilitering – Utvidet løsning

Bakgrunn

- Faglig utvikling innen dette fagområdet
- Både avregningsutvalget og Helse Sør- Øst har tatt til orde for at regelverket bør utvikles på dette området.

Utviklingen dagopphold i DRG- 462 B



Revidert regelverk 2008

Vi opprettholder regelverket knyttet til:

- DRG 462 B- individuell rehabilitering etter akuttopphold i sykehus og større operasjoner
- "A99" finansiering av pasientopplæring i den nye poliklinikk-løsningen omtrent som før

I tillegg opprettes en ny poliklinisk løsning:

- For strukturert informasjon og rehabiliterende tiltak for kronikere og andre med sammensatte lidelser

Den nye rehabiliteringsløsningen

Helsehjelp som omfatter:

- Strukturert medisinsk faglig tilbud over flere dager, hvor det legges vekt på informasjon og rehabiliterende tiltak for gjeldende pasientgruppe.
- Tverrfaglighet, med minst 3 helsefaglige grupper involvert i tilbudet
- Lege ansvarlig for innhold og gjennomføring.
- Planlagt tilbud for den individuelle pasient
- **Minst en individuell kontakt med lege; samtale eller behandling i løpet av programmet**

Aktuelle pasientgrupper eks

Pasienter med:

- KOLS
- Astma
- Muskel- og skjelett lidelser
- Diabetes
- Eldre og andre med kroniske og sammensatte lidelser

Dokumentasjon

- Aktiviteten skal registreres som poliklinisk aktivitet til NPR.
- Krav til registrering fremkommer i regelverket for ISF-poliklikk 2008.
- Aktiviteten skal dokumenteres forskriftsmessig i journal.

Nærmere om krav til registrering

Omsorgsnivå:	poliklinikk
Type helsepersonell:	utførende helsepersonell
Hovedtilstand:	Z-kode 50.9
Andre tilstander;	Pasientens tilgrunnliggende sykdom
DRG- gruppering:	DRG 462 O

Finansiering

- En finansieringsmodell bygger på gjennomsnittsbetraktninger og vil ikke være dekkende for ethvert tilbud.
- Det tas utgangspunkt i at disse tilbudene for en stor del er gruppebaserte og tverrfaglige.
- Vi har fått noe kostnadsinformasjon i arbeidet med avregningssaken og vi har informasjon om hvordan mange av tilbudene er organisert mht til personellressurser og gruppeopplegg.
- Det er imidlertid ikke gjort et kostnadsvektarbeid som for annen ISF

Finansiering

- 450 kr pr opphold (dag) pr pasient
- Maksimalt 10 opphold (dager) pr pasient pr program
- Pasienten betaler kun egenandel en gang pr program
- Dekkes innenfor ISF- budsjett 2008

Veien videre

- Direktoratet vil følge utvikling på dette fagområdet.
- Vi ønsker dialog med RHF/HF og fagmiljøet om utformingen av løsningen og den videre utviklingen



Sosial- og helsedirektoratet

ISF poliklinikk

Kostnadsvekter og omfordelingseffekter

Disposisjon

- Hensikten med kostnadsvekter
- Metode for beregning av kostnadsvekter
- Metode for beregning av alternativ kostnadsvekt
- Metode for beregning av enhetsrefusjon
- Omfordelingseffekter

Hensikten med kostnadsvekker i ISF

- Tallfeste forskjeller i gjennomsnittlig ressursbruk mellom ulike pasientgrupper (DRG-er)
 - F. eks at DRG 1 er dobbelt så ressurskrevende som DRG 2.
- Kostnadsvekker i ISF er relative størrelser
 - Dvs de viser ikke det faktiske kostnadsnivået for DRG-ene
- Refusjonen for en DRG:
 - $\text{Kostnadsvekker} * \text{enhetsrefusjonen} * \text{refusjonsandel}$

Metode og datagrunnlag for kostnadsvekter ISF poliklinikk

- "Kostnadsvektene" er ikke basert på reelle kostnadsdata.
- "Kostnadsvektene" basert på takstrefusjoner
 - Kun "A-O"-takstkoder, bl a er egenandeler ikke med
 - Beregnet gjennomsnittlig takstrefusjon per DRG
 - Gjennomsnittet per DRG ift gjennomsnittet for alle DRG-ene gir de relative vektene
- Datagrunnlag for "kostnadsvektene"
 - DRG-grupperte poliklinikkdata fra NPR
- **NB:** Vekter ISF poliklinikk er ikke sammenlignbare med kostnadsvekter for ISF døgn/dag

Alternativ kostnadsvekt

- En del DRG-er har både kostnadsvekt og alternativ kostnadsvekt
- Aktuelle DRG-er var refusjonsmessig heterogene i hovedsak pga at en del takstkoder ikke har motsvarende prosedyrekoder
- For disse DRG-ene er det innført refusjonsregler
- Tilordning av kostnadsvekt knyttes til utvalgte takstkoder
 - Ikke registrert utvalgte takstkoder gir kostnadsvekt
 - Registrerte utvalgte takstkoder gir alternativ kostnadsvekt
 - Nærmere informasjon: Vedlegg H i regelverket

Kostnadsvekter for særskilte DRGer

- Kostnadsvektene for noen få DRG-er er beregnet særskilt
- DRG 998O Pasientopplæring og DRG 462O Rehabilitering
 - Vektene er refusjonsbestemt.
- DRG 187E Tannimplantatbehandling.
 - Kun for denne DRG-en at tannimplantattakstene har lagt til grunn for kostnadsvekten.
- Dagkirurgiske O-DRGer håndtert likt
 - Mindre enn 3% konsultasjoner i disse DRGene
 - Hovedregel: DRG-ene har lik kostnadsvekt 0,98.

Metode for beregning av enhetsrefusjon

- Enhetsrefusjon er sum refusjoner dividert med antall refusjonspoeng (DRG-poeng)
- Estimerte konsultasjoner 2008 er basert på NAV-data for 1. tertial 2007
 - Periodisert og økt med 1,5%
 - Omgjort til refusjonspoeng ved hjelp av kostnadsvektene
- Budsjett ISF poliklinikk for hele 2008 avklart med HOD til å være 1 490 mill kroner
- Enhetsrefusjon beregnet til 993 kroner
 - Refusjonsandel 40% gir 397 kroner
 - Hjemmebasert posedialyse og strålebehandling holdt utenfor. Håndteres særskilt.
 - Omfang registreringsendring anslått til 5%.

Omfordelingseffekter regionalt

- Omfordelingseffektene er estimert basert på data fra NAV og NPR
 - Konsultasjoner og dagens takstrefusjoner hentet fra NAV
 - Estimerte DRG-poeng i 2008 basert på både NAV og NPR data
 - Dette gjør det vanskelig å dekomponere omfordelingseffektene.
- Omfordelingseffektene er eksklusive strålebehandling og posedialyse.

Omfordelingseffekter regionalt

RHF	NAV-data		"Budsjett" 2008	Estimert		Endring	
	Konsultasjoner	Refusjoner		DRG-poeng	ISF-refusjon	Refusjon	Prosent
RHF Øst	1 133 157	287 489	345 195	850 910	338 052	-7 144	-2,1
RHF Sør	844 174	221 839	266 368	690 929	274 494	8 127	3,1
RHF Vest	755 463	183 142	219 903	578 418	229 796	9 892	4,5
RHF Midt	587 634	152 964	183 667	441 961	175 584	-8 084	-4,4
RHF Nord	426 258	110 451	132 621	326 795	129 830	-2 791	-2,1
RHF samlet	3 746 687	955 886	1 147 755	2 889 014	1 147 755	0	0,0



Sosial- og helsedirektoratet

ISF 2008 – Teknisk løsning og NPK

Teknisk løsning for gruppering av ISF aktivitet

- **Overordnede prinsipper i grupperingsprogramvaren**
(NPK Døgn/dag og NPK Pol)
- **Tidsplan**

Teknisk løsning - NPK



Deling av ISF materialet i NPK

NPK Dag/ døgn:

- ISF aktivitet som i 2007
- Samme kriterier som i 2007 (nullstilte takster)

NPK Poliklinikk:

- Takster (ikke psykisk helsevern, laboratorieus. eller radiologi - *kap. P, R og S i poliklinikkforskriften*)
- Helseperson
(jfr punkt 1.3 virkemåte i Regelverket)

Tidsplan

- **NPK Dag/døgn**
(v. 43 av NPR meldingen) → Medio/ultimo des 2007
- **NPK Poi**
(v. 43 av NPR meldingen) → Ultimo jan 2008

-
- **NPK Dag/døgn**
(v. 47 av NPR meldingen) → Før 1. tertial rapportering 2008
 - **NPK Poi**
(v. 47 av NPR meldingen) →



Sosial- og helsedirektoratet

Oppfølging i 2008

Superbrukermøte 14-15

- Hvorfor brukernetverk
- Organisering av nettverket
 - Hvem skal lede?
 - Hvem skriver referat? (Eva)
- Gjensidige forventninger
 - Informasjonskanal
 - Hva skal helt konkret gjøres
- Hvordan skal nettverket jobbe
 - Hvordan kommuniserer vi (e-post)
 - Hvordan informerer vi om arbeidet?
 - Hvor ofte treffes vi?
- Tidspunkt for oppstartsmøte i januar





Sosial- og helsedirektoratet

Nytt i ISF døgn- og dagbehandling 2008

Den årlige oppdateringen av regelverket for ISF består i:

- Kodeverk
- DRG-logikk
- Kostnadsveker
- Refusjonsregler
- Enhetsrefusjon
- Refusjonsandel
- Andre retningslinjer

Regelheftet
NPK

Nytt i ISF innlagte døgn- og dagbehandling 2008

- Største endring:
 - Regelverket klart desember 2007
- I tillegg er det endringer for
 - Tilleggsrefusjon organdonasjon
 - Grupperingslogikk for DRG-er
 - Oppdaterte kostnadsvekter
 - Ny enhetsrefusjon (33 647), refusjonsandel 40%

Organdonasjon

- Fra 2008 vil det bli etablert en tilleggsrefusjon for preservasjon og/eller organuttak (St. prp. nr 1)
- I kostnadsgrunnlaget for beregningen av tilleggsrefusjonen er både uttak og preservasjon, også preservasjon som ikke fører til uttak, tatt med
- Tilleggsrefusjonen utløses ved registrert uttak av organer
- Tilleggsrefusjon: 5,94 poeng

Tilleggsref. utløses når en eller flere av følgende prosedyrekoder er registrert

- YFA00 Uttak av hjerte for transplantasjon
- YFA10 Uttak av hjerte til dominotransplantasjon
- YFA20 Uttak av hjerte og lunge til transplantasjon
- YFA50 Uttak av hjerte til homotransplantat
- YFA99 Annet inngrep ved uttak av organer for transplantasjon av hjerte eller hjerte og lunge
- YGA00 Uttak av lunge fra kadaverdonor (Av en eller begge lunger)
- YJA10 Uttak av lever fra kadaverdonor
- YJD00 Uttak av pancreas til øycelletransplantat
- YJD20 Reseksjon av pancreas fra kadaverdonor
- YJD30 Uttak av pancreas fra kadaverdonor
- YKA02 Uttak av nyre fra kadaverdonor
- YJB00 Uttak av tynntarm for transplantasjon
- YJC00 Uttak av ventrikkel og tynntarm for transplantasjon

Endringer i grupperingslogikk DRG

- De viktigste endringene er:
 - Ny løsning for deler av øyesykdommer (HDG2)
 - Utvidelse av DRG for store leddproteseoperasjoner (DRG 471)
 - Øvre ekstremitet inkluderes
 - Splitt av DRG for komplikasjoner ved behandling (DRG 452 og 453)
 - Skiller mellom kirurgi og annen behandling

Kostnadsvekter for ISF 2008

- Nye vekter er utarbeidet med basis i data fra 2006.
 - Inngår data fra 13 HF/sykehus
- Metoden for beregning av vekter er noe justert
- Vektene er tilpasset endringer i DRG-logikk fra 2006 til 2008
- Nye vekter gir omfordelingseffekter på RHF-, pasientgruppe- og institusjonsnivå

Nye vekter – omfordelingseffekter RHF

- Datagrunnlaget for tabellen er sykehusopphold for ISF 2. tertial 2007, eksklusiv opphold påvirket av prisregler i ISF.

Bostedsregion	Antall opphold	DRG-poeng		Endring	
		Gamle vekter	Nye vekter	DRG-poeng	Prosent
Helse Øst	269 806	232 758	232 645	-112	0,0
Helse Sør	182 466	143 008	142 557	-452	-0,3
Helse Vest	154 637	129 132	129 132	0	0,0
Helse Midt-Norge	111 035	94 834	94 950	116	0,1
Helse Nord	83 688	68 095	68 053	-42	-0,1
Samlet	801 632	667 828	667 338	-490	-0,1



Sosial- og helsedirektoratet

**ISF - aktivitet 2. tertial 2007 og
årsprognose**

Budsjett ISF 2007

	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord	Sum
DRG-poeng	387 250	239 519	218 240	156 399	116 706	1 118 114
Ordinære DRG-refusjoner	5 032,703	3 112,784	2 836,249	2 032,560	1 516,712	14 531,009
Tilleggsrefusjoner	2,852	4,924	3,758	1,114	3,777	16,425
Kompensasjon refusjonsregler	14,386	8,927	8,090	5,794	4,323	41,520
Poliklinikk	41,996	23,124	22,513	17,518	14,849	120,000
Sum a konto	5 091,937	3 149,759	2 870,609	2 056,986	1 539,662	14 708,954

- Poliklinikk 120 mill. kroner
- Ordinær ISF 14,547 mrd kroner

”Koderefusjon” poliklinikk

- Målsetting: Bedre datagrunnlag før omlegging av poliklinikkfinansieringen

Konsultasjoner fordelt i 3 grupper:

- Gruppe 1: Kun er registrert takst innenfor takstgr. 1 og 2.
10 kroner hvis gyldig diagnosekode er registrert.
- Gruppe 2: Takster i andre takstgrupper og krav om prosedyreregistrering.
70 kroner hvis diagnosekode og prosedyrekode
- Gruppe 3: Takster i andre takstgrupper, men med unntak fra krav om prosedyreregistrering
70 kroner hvis gyldig diagnosekode er registrert.

Andel diagnose- og prosedyrekoder

	Diagosekode		Prosedyrekode		Andel med diagn kode	Andel med pros kode
	Nei	Ja	Nei	Ja		
Gruppe 1	15 283	1 248 966	1 129 258	134 991	98,8 %	10,7 %
Gruppe 2	2 097	673 487	88 760	586 824	99,7 %	86,9 %
Gruppe 3	3 261	381 624	269 948	114 937	99,2 %	29,9 %
Totalt	20 641	2 304 077	1 487 966	836 752	99,1 %	36,0 %

Prognose 2007

- Basert på registreringer 2. tertial, periodisert som poliklinikk i ISF
 - 126,2 millioner kroner
- Samme forutsetning med 100% registrering
 - 135,1 millioner kroner

Ordinær ISF

Aktivitet 2. tertial 2006 – 2. tertial 2007

Bosteds-region	2006		2007		Endring i opphold		Endring i poeng	
	opphold	poeng	opphold	poeng	antall	prosent	antall	prosent
Øst	318 730	249 643	323 612	258 463	4 882	1,5 %	8 820	3,5 %
Sør	203 795	153 917	215 590	159 729	11 795	5,8 %	5 812	3,8 %
Vest	178 673	139 323	175 767	141 002	-2 906	-1,6 %	1 680	1,2 %
Midt-Norge	123 625	100 596	128 388	104 547	4 763	3,9 %	3 951	3,9 %
Nord	97 516	74 875	96 471	74 083	-1 045	-1,1 %	-792	-1,1 %
Samlet	922 339	718 354	939 828	737 824	17 489	1,9 %	19 470	2,7 %

Dagopphold 2. tert. 2006- 2. tert. 2007

Bosteds-region	2006		2007		Endring i opphold		Endring i poeng	
	opphold	poeng	opphold	poeng	antall	prosent	antall	prosent
Øst	140 715	41 585	146 854	45 290	6 139	4,4 %	3 705	8,9 %
Sør	96 807	25 878	106 947	28 008	10 140	10,5 %	2 130	8,2 %
Vest	71 338	22 547	71 616	23 706	278	0,4 %	1 159	5,1 %
Midt-Norge	50 249	15 798	56 262	18 588	6 013	12,0 %	2 790	17,7 %
Nord	39 506	11 102	39 952	11 714	446	1,1 %	612	5,5 %
Samlet	398 615	116 911	421 631	127 306	23 016	5,8 %	10 395	8,9 %

Døgnopphold 2. tert. 2006 – 2. tert. 2007

Bosteds-region	2006		2007		Endring i opphold		Endring i poeng	
	opphold	poeng	opphold	poeng	antall	prosent	antall	prosent
Øst	178 015	208 057	176 758	213 172	-1 257	-0,7 %	5 115	2,5 %
Sør	106 988	128 039	108 643	131 721	1 655	1,5 %	3 682	2,9 %
Vest	107 335	116 776	104 151	117 297	-3 184	-3,0 %	521	0,4 %
Midt-Norge	73 376	84 798	72 126	85 959	-1 250	-1,7 %	1 161	1,4 %
Nord	58 010	63 773	56 519	62 369	-1 491	-2,6 %	-1 404	-2,2 %
Samlet	523 724	601 444	518 197	610 518	-5 527	-1,1 %	9 075	1,5 %

Indeks døgnopphold 2. tertial

	2006	2007	endring
1 Helse Øst	1,169	1,206	0,037
2 Helse Sør	1,197	1,212	0,016
3 Helse Vest	1,088	1,126	0,038
4 Helse Midt-Norge	1,156	1,192	0,036
5 Helse Nord	1,099	1,104	0,004
Nasjonalt	1,148	1,178	0,030

DRG-er med størst endring

DRG	Tekst	Vekt	2006	2007	Endring	
					Antall	Prosent
89	Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk	1,55	11 461	12 754	1 293	11,3
209A	Primær proteseop i hoft/kne/ankel	4,51	7 146	7 924	778	10,9
475	Sykd. I åndedrettsorg m ventilasjonsstøtte	2,51	3 515	4 000	485	13,8
416	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år	1,99	3 667	4 146	479	13,1
112D	PCI uten AMI m/bk	1,63	1 528	1 951	423	27,7
372	Vaginal fødsel m/bk	0,72	6 174	6 582	408	6,6
520	Obstruktivt søvnapneproblem	0,27	8 983	6 247	-2 736	-30,5
373	Vaginal fødsel u/bk	0,5	26 230	25 269	-961	-3,7
245	Andre beinsykdommer u/bk	0,4	1 056	105	-951	-90,1
184A	Øsofagitt, gastroenteritt & div 0-17 år m/bk	0,56	1 526	939	-587	-38,5
244	Andre beinsykdommer m/bk	0,82	679	93	-586	-86,3
112C	PCI uten AMI u/bk	1,25	2235	1669	-566	-25,3

Endring i par DRG-er

Bostedsregion	2006		2007		endring	
	Andel par-DRG	Andel komp par-DRG	Andel par-DRG	Andel komp par-DRG	Andel par-DRG	Andel komp par-DRG
Helse Øst	54,8	41,5	55,2	42,1	0,5	0,6
Helse Sør	54,0	44,7	54,5	46,9	0,5	2,1
Helse Vest	54,9	39,0	55,3	40,4	0,4	1,4
Helse Midt-Norge	56,5	42,9	55,9	45,0	-0,6	2,2
Helse Nord	52,9	38,2	53,4	39,1	0,5	0,9
Regionene samlet	54,7	41,5	55,0	42,8	0,3	1,4

Prognose 2007 - regionalt

	Refusjoner (1000-kroner)		Tilleggsref. (1000-		Avvik (1000-kroner)		Avvik i prosent
	Registrert	Budsjett	Registrert	Budsjett	DRG-refusjoner	Tilleggs-refusjoner	
Øst	5 143 958	5 032 703	1 967	2 852	111 255	(885)	2,2 %
Sør	3 177 451	3 112 784	5 359	4 924	64 667	435	2,1 %
Vest	2 820 077	2 836 249	3 535	3 758	(16 172)	(223)	-0,6 %
Midt-Norge	2 083 289	2 032 560	3 129	1 114	50 730	2 014	2,6 %
Nord	1 477 052	1 516 712	1 867	3 777	(39 660)	(1 910)	-2,7 %
Totalt	14 701 828	14 531 009	15 857	16 425	170 819	(569)	1,2 %

Prognose 2007

- "Teknisk beregning" gir 170 millioner kroner (1,2%) over budsjett
- Tar man hensyn til sannsynlig avkorting dagrehabilitering vil prognosen være lavere
- Avkorting palliativ behandling?



ISF-avregning 2006

Avregning ISF-2006

SHdir støtter seg i all hovedsak på avregningsutvalgets i sine anbefalinger om endelige utbetalinger ISF for 2006.

Avregningsutvalget er et medisinsk-faglig utvalg som gir råd til direktoratet i spørsmål knyttet til ISF-utbetalingsgrunnlaget. Om utbetalingene er i tråd med regelverket og intensjonen med ordningen.

DRG 462B Rehabilitering vanlig - dagopphold

Pasientregion	opphold	opphold per 1000 innb
Øst	12 259	7,33
Sør	42 311	47,02
Vest	6 635	6,93
Midt	954	1,47
Nord	8 329	18,00
Nasjonalt	70 488	15,19

Avregning ISF 2006

Avregningsutvalgets konklusjon:

”Dagopphold kodet Z50.89 gruppert i DRG 462B avkortes i sin helhet ved undersøkte helseforetak, inkludert de helseforetak som valgte å ikke avlevere data. Det anbefales at 2 prosent av avkortningen overføres til de regionale helseforetakene justert for folketallet i hver av regionene. Avkortningen er i tråd med funn fra journalgranskningen.”

Avregningsutvalget baserer sin anbefaling på

- Journalrevisjonen av dagopphold i DRG 462 B foretatt av to leger i KITH (uavhengig av hverandre).
- Flere helseforetak ble bedt om å sende inn inntil 10 serier med dagopphold (definert på forhånd og siden anonymisert av institusjonene).
- Totalt antall dagopphold mottatt er 2455, fordelt på 253 pasienter og 26 institusjoner.

Bedømningskriteriene:

Krav til anvendelse av rehabiliteringskode Z50.89 (2006):

- Journaldokumentasjonen; at rehabiliteringen oppfyller kravene til bruk av kodene.
- Spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team skal være 4
- Målrettet arbeid med individuell behandlingsplan
- Samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen
- Virksomhet som omfatter pasientopplæring/mestring i gruppe og/eller klasseromsundervisning skal ikke registreres som ISF-aktivitet.

Direktoratets anbefaling:

ISF-avkortning i tråd med avregningsutvalgets anbefaling, men kompensasjon for poliklinisk aktivitet som tilsvarer bruk av takst A99 (pasientopplæring).

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Avregningsutvalget 2006	(17 478,847)	(65 298,335)	(8 822,660)	(967,441)	(12 006,167)	(104 573,450)
Kompensasjon avregning 2006	3 312,960	8 726,100	1 915,740	615,960	2 082,780	16 653,540
Totalt	(14 165,887)	(56 572,235)	(6 906,920)	(351,481)	(9 923,387)	(87 919,910)



Sosial- og helsedirektoratet

Avslutning