



HelseDirektoratet

Nytt i 2014

DRG- forum 18. mars 2013
v Eva Wensaas

Disposisjon

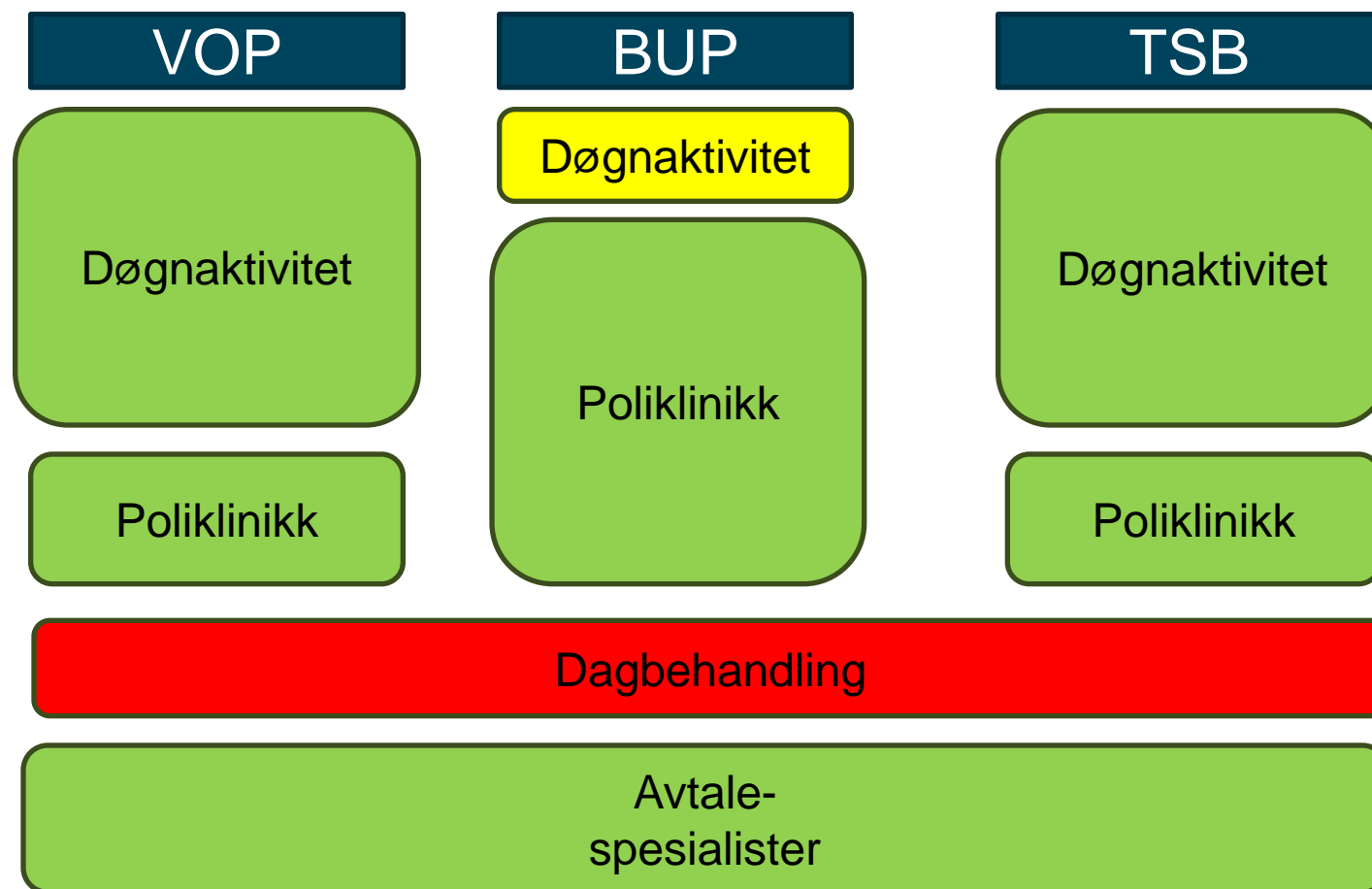
- Utrede og videreutvikle Kommunal medfinansiering (KMF) -for psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling (TSB)
- Utreder modeller for Kvalitetsbasert finansiering
- Planene for ISF-2014

Med dette antydes hva som kan bli nytt i 2014- de endelige beslutninger er ikke tatt enda

Oppdrag fra HOD om KMF av psykisk helse og rus

- Utrede ulike modeller for KMF som kan realiseres på kort sikt
- Angi tiltak for å bedre datagrunnlaget for utskrivningsklare pasienter
- Levert i januar 2013.

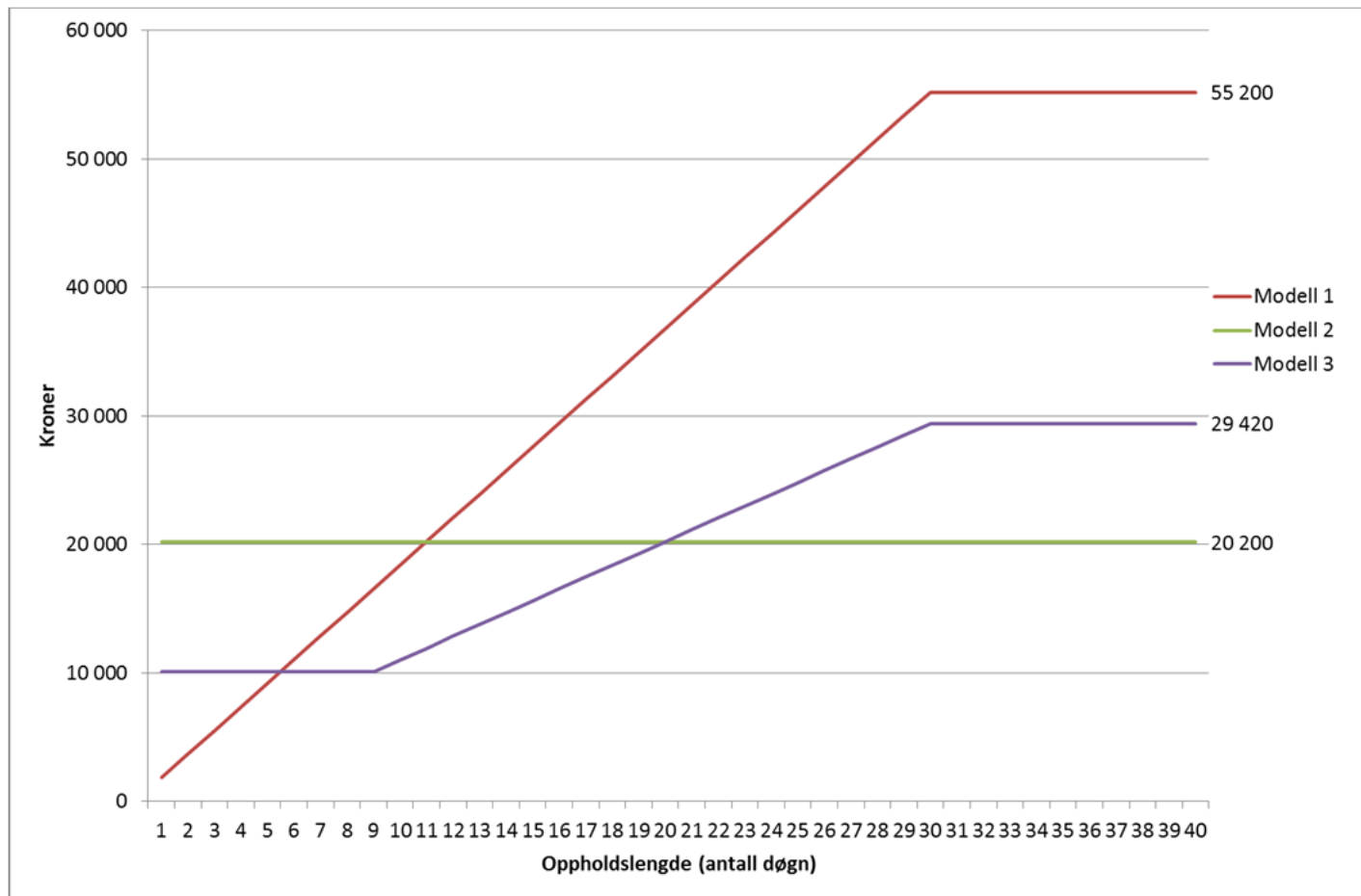
KMF psykiatri og rus: Anbefalinger om omfang



KMF psykiatri og rus: mulige modeller

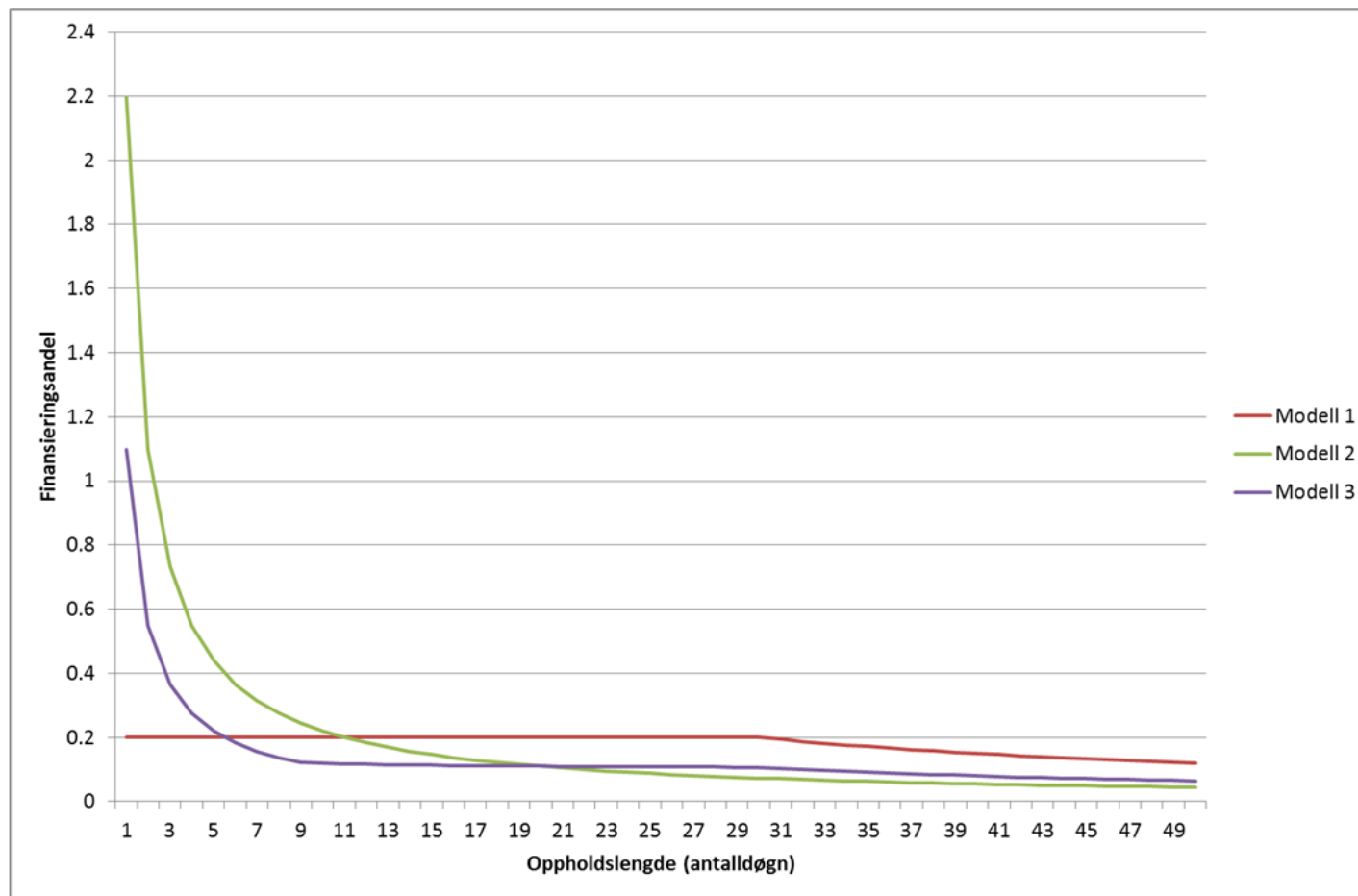
- **Døgnbehandling:** 3 alternativer hvor KMF beregnes som
 - 1) Antall liggedøgn (inntil maks 30) x kostnad pr. liggedøgn
 - 2) Fast kostnad pr. opphold (tilsvarende kostnad for median liggetid)
 - 3) 50 % fast kostnad pr. opphold og 50 % pr. liggedøgn = kombinasjon av 1) og 2)
- **Poliklinikk og avtalespesialister:** 2 mulige modeller
 - 1) fast beløp per konsultasjon (140 kr)
 - 2) 50 % av refusjon i den enkelte regning

Liggetid og kommunenes betaling (i kroner) for psykiatrisk døgnbehandling i ulike modeller av KMF



Kilde: Sintef Helse – diskusjonsrapport februar 2013

Kommunenes andel av finansieringen av psykiatrisk døgnsbehandling i ulike modeller av KMF



Kilde: Sintef Helse – diskusjonsrapport februar 2013

Sammendrag – anbefalinger

- KMF av døgnaktiviteten vil innføre et nytt insentiv for psykiatri og TSB til økt aktivitet.
- Det er primært kommunene som vil bære den økonomisk risikoen ved en eventuell aktivitetsøkning utover budsjettet.
- RHF/HF må imidlertid vurdere både kostnads- og inntektssiden, samt andre relevante styringssignaler, ved en eventuell aktivitetsøkning.
 - En lav kommunal medfinansiering vil trekke i retning av at en aktivitetsøkning utover det som dekkes av basisbevilgningen trolig ikke vil være kostnadsdekkende,
- **Økonomisk risiko - forsiktig start !**

Kvalitetsbasert finansiering

Direktoratet utreder modeller for Kvalitetsbasert finansiering (KBF)

(tidligere har direktoratet brukt begrepet Resultatbasert finansiering og P4P)

KBF. Leveranser og status i dag

Januar 2012: «Økonomiske virkemidler for kvalitet i helse- og omsorgstjenesten». Rapport fra Hdir

Juni 2012: Eksempel på et mulig sett med indikatorer og en belønningsmodell (stat-RHF). Notat til HOD.

Januar 2013: Tildelingsbrevet

- «.. forslag til kvalitetsindikatorer med prestasjonsmål som kan inngå i en mulig ordning med kvalitetsbasert finansiering av de regionale helseforetakene»
- «..vurdere en mulig ordning for ikke å gi ISF for skader sykehuset selv har påført pasienten»

Frist 1.5.2013.

Utrede Ikke-ISF for skader sykehuset selv har påført

- Dersom skade/komplikasjon er påført av sykehus skal dette lede til avkortning i ISF-refusjon
- Identifisere og analysere HACer (hospital-acquired condition) i det norske kodeverk. Identifisere Never events. Beskrive mulige modeller

Mål: Understøtte god kvalitet i pasientbehandlingen

Risiko: Dårligere registrering som i verste fall undergraver kvalitetsarbeid.

Levering til HOD 1. mai 2013

Kort sikt (år 1)



Kvalitetsindikatorer

Belønningsmodell

Forsøksordning

Lengre sikt (år 3-5)

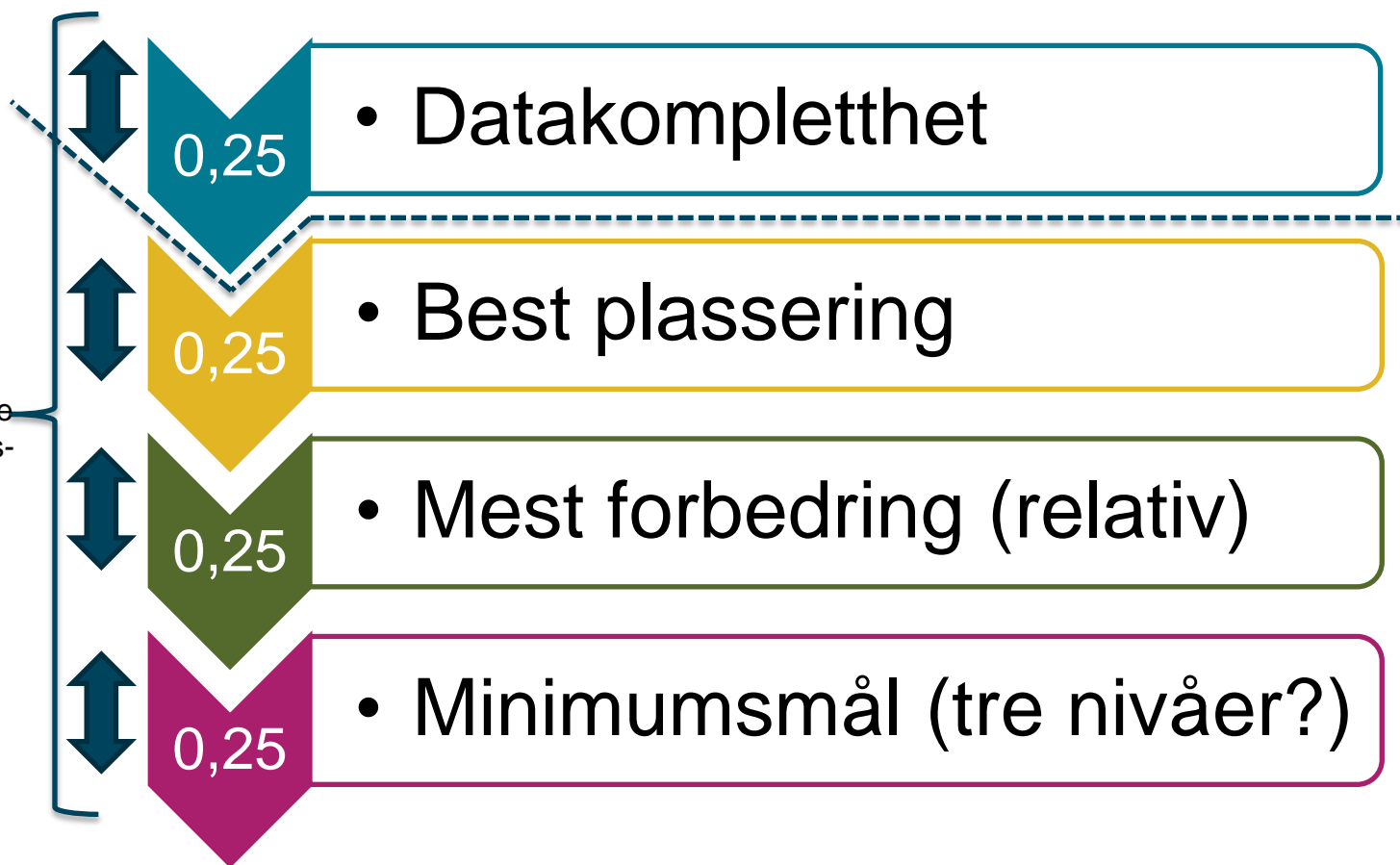


Mulighetsrom

Kvalitetsindikatorer

Belønningsmodell

Belønningsmodell



Sensitivetsanalyse
på hver belønnings-
komponent

Ikke alle kvalitetsindikatorer vil kunne belønnes med alle fire belønningskomponenter

Eksempel på utvalgte kvalitetsindikatorer:

basert på de nasjonale kvalitetsindikatorene og Kunnskapscenterets PasOpp-undersøkelser

Resultatindikatorer

Fødselsrifter grad 3 og 4 pr. HF/region	5 års overlevelse prostatakreft pr. region
5 års overlevelse tykktarmskreft pr. region	30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd pr. region
5 års overlevelse endetarmskreft pr. region	30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt pr. region
5 års overlevelse lungekreft pr. region	30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag pr. region
5 års overlevelse brystkreft pr. region	30-dagers risikojustert totaloverlevelse pr. region

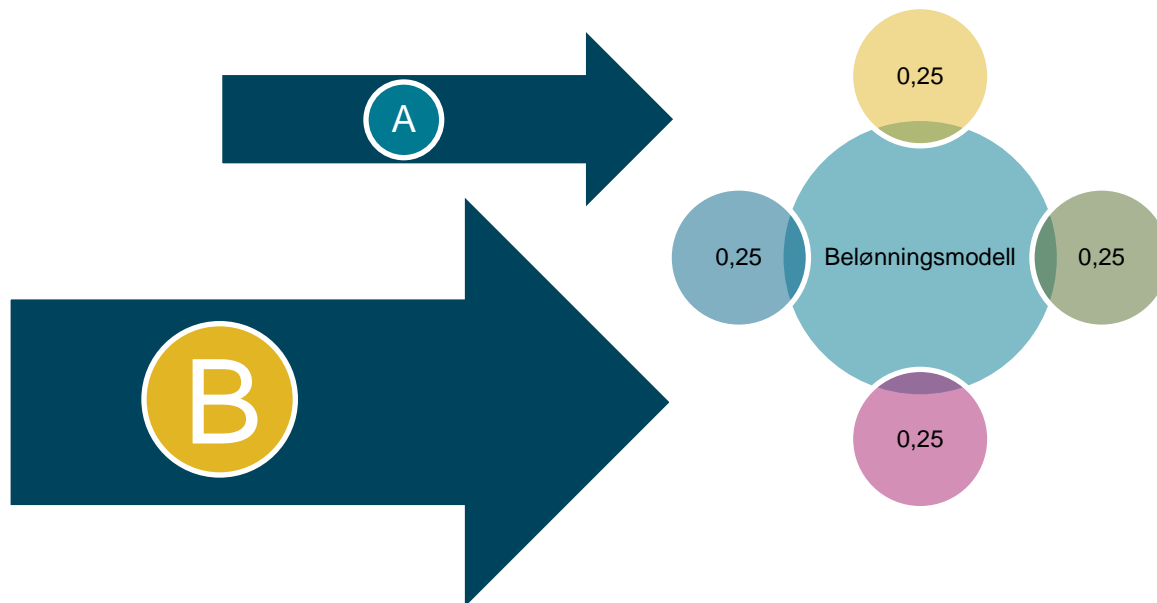
Prosessindikatorer

Antall og andel korridorpasienter i registreringsperioden pr. HF/region	Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse pr. HF/region
Andel epikriser sendt ut innen en uke pr. HF/region	Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft pr. HF/region
Andel pasienter med lårhalsbrudd operert innen 48 timer pr. HF/region	Tid fra henvisning til første behandling lungekreft pr. HF/region
Strykninger fra operasjonsprogrammet pr. HF/region	Tid fra henvisning til første behandling brystkreft pr. HF/region

Pasientopplevelsesindikatorer

Informasjon	Organisering	Utskriving	Ventetid
Pleiepersonalet	Pårørende	Samhandling	
Legene	Standard	Pasientsikkerhet	

Utvelgelse → analyse → levere



RAPPORT TIL HOD

Påpeker styrker og svakheter ved settene, enkeltindikatorer og komponentene i belønningsmodellen

Kommer med en anbefalt tilnærming

Avklaringer

- Hvilket nivå: RHF, HF, sykehus, klinikk, avdeling
 - Manglende data på sykehusnivå
- Hvem skal KBF gjelde for?
 - De med sørge for-ansvaret eller de som utfører behandlingen?
 - Private tilbydere med avtale med RHF

Disposisjon for leveranse

- Foreslå en konkret innretning av ordningen
 - Begrunne innretningen
 - Påpeke ulike muligheter og valg, herunder fordeler og ulemper (synliggjøres vha. sensitivitetsanalyse)
 - Størrelse på KBF (inn-/utbetaling)
 - Vekting av belønningskomponenter og kvalitetsindikatorer

Kvalitetsbasert finansiering

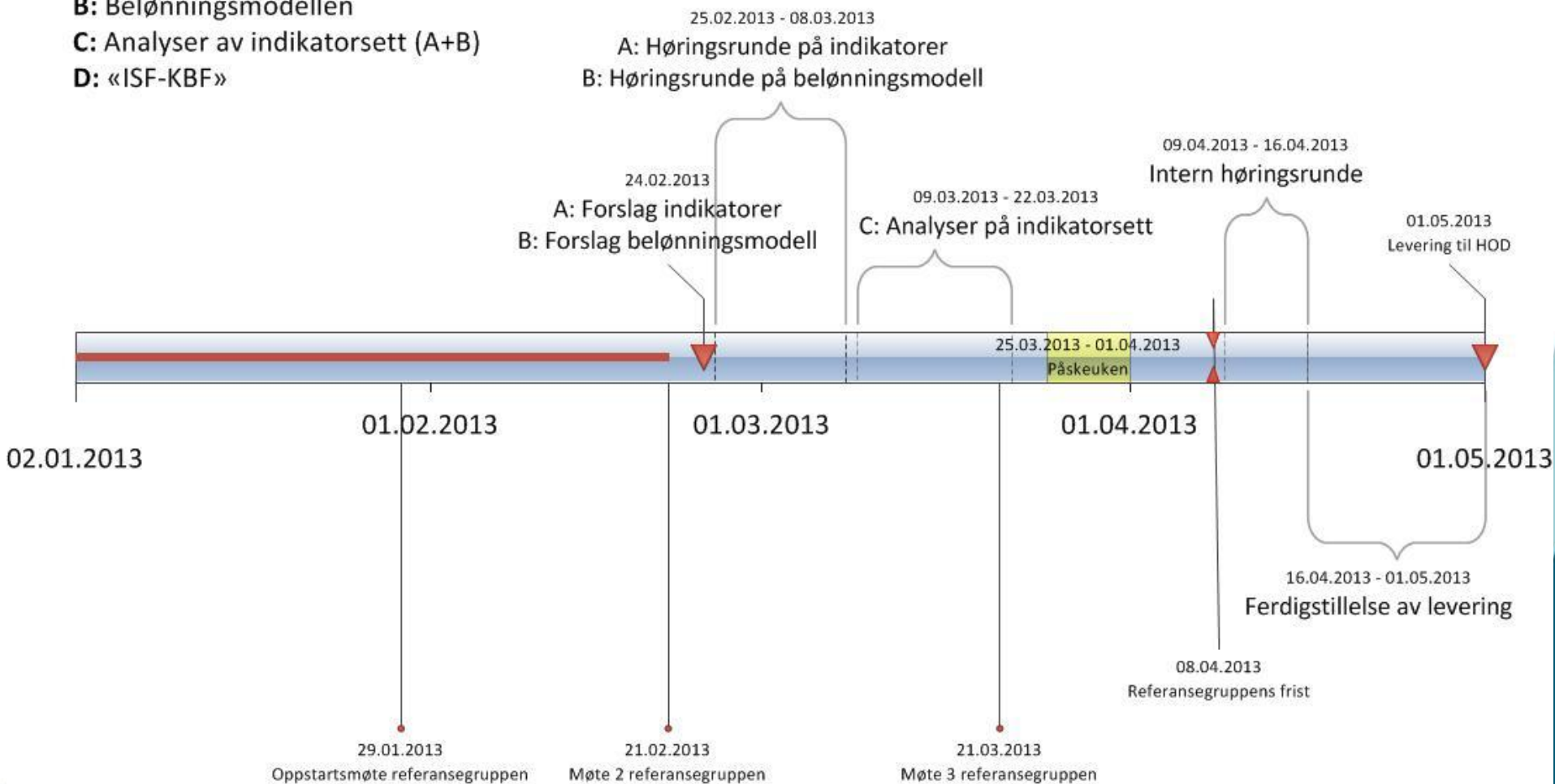
Aktiviteter:

A: Utvelgelse av indikatorer

B: Belønningsmodellen

C: Analyser av indikatorsett (A+B)

D: «ISF-KBF»



(Litt) nytt i ISF 2013

- PlanleggingsDRGene for stråleterapi etablert med kostnadsvekker
- Helsepersonellreglene uendret
- Poliklinisk rehabilitering- presisering ifht gruppebaserte tiltak
- Presisert i regelverket at det må søkes om ny aktivitet inn i ISF. Jfr. kap 4.3
- Nye kostnadsvekker beregnet
 - Bedre metode: Vektet gjennomsnitt
 - Liggedager for utskrivningsklare ekskludert
 - Kostnadsdata fra 11 sykehus
- M.m

Ny grupperingslogikk- CC

- Bedre skille mellom kompliserte og ukompliserte opphold («CC/MCC-logikk»)
- Ny grupperingslogikk basert på den nordiske (svenske) modellen
- Dagens DRG-logikk inneholder 125 DRG-par (250 DRG er) der opphold fordeles mellom kompliserte og ikke kompliserte opphold
- Foreløpig analyser på 2. tertialdata 2012 viser at endringen ikke er stor samlet sett, totalt ca 1 prosents endring i DRG poeng, men det blir noe flytting av opphold mellom mbk og ubk.
- Endringen skal gjøres budsjettneøytral.
- Ytterligere analysearbeid pågår, vi kommer tilbake med informasjon om omfordelingseffekter før sommeren,

Medikamentell kreftbehandling

- Formålet med en ny løsning er å legge til rette for ny DRG-struktur som i større grad er medisinsk meningsfull og samtidig tilstrekkelig økonomisk homogen.
- Løsning hvor det etableres en DRG for poliklinisk medikamentell kreftbehandling i HDG-er der dette er meningsfullt.
- Løsning forutsetter endret kodepraksis med aktuell cancer som hovedtilstand

DD-DRG vurderes

- HelseDirektoratet analysere DD-DRGene, med tanke på å få disse oppholdene til bedre DRG-er.
- Foreløpig analyser viser stor variasjon

Ny løsning for behandling av åreknuter

- Ny løsning meldt inn i det nordiske DRG-samarbeidet
- Forslag om at nye behandlingsmetoder av variser vil grupperes likt med tradisjonell kirurgisk behandling.



Rehabilitering

- Direktoratet har fått en del innspill i forhold til rehabiliteringsområdet.
- Vi vurderer mulige justeringer i samråd med fagmiljøet

Videre planer

- Tidlig oppstart (januar) og god kommunikasjon om endringer, inkludert beregnede konsekvenser
 - Økonomidirektørmøter
 - DRG-forum
 - Referansegruppe KMF- hvor KS sitter
 - Informasjonsmøter i Helsedir **17.juni og 17.oktober**