



Sosial- og helsedirektoratet

## Poliklinikk 2008

Fredrik A.S.R. Hanssen  
Seniorrådgiver

# Agenda

1. Begrunnelse for omleggingen
2. Omfang av omleggingen i 2008
3. Hva er i endring?
4. Oversikt over ny DRG-struktur
5. Refusjonsvekker
6. Poliklinikk-ISF (Kortfattet)
7. Risikobetraktninger
8. Informasjonsmøter

# 1 Begrunnelse for omleggingen

- Kilder til økt forståelse
- Hovedhensyn

# Sentrale kilder

- [NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten](#)
- [St.meld. nr. 5 \(2003-2004\) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten](#) (jf [Stortingets behandling 16.12.2003](#))
- [St.prp. nr. 1 \(2007-2008\)](#)

# NOU 2003:1

- *”Utvalget foreslår derfor at det utvikles et **enhetlig, diagnosebasert klassifiserings-system for all somatisk spesialisthelsetjeneste i sykehus, poliklinikker og hos private spesialister**”*
  - Et enhetlig system er en forutsetning for helhetlig monitorering av all helsehjelp som ytes av spesialisthelsetjenesten...
- ...og for finansieringsordninger som er mer nøytrale overfor valg av omsorgsnivå.

## St.prp. nr. 1 (2007-2008)

- *”Å etablere et gjennomgående aktivitetsbasert finansieringssystem som på en bedre måte enn i dag kan oppdateres i forhold til poliklinisk utredning og behandling”.*
- *”I tillegg vil endringene legge til rette for en tettere oppfølging og kontroll av aktiviteten på poliklinikkene”.*
- *”Utvidelsen av ISF-systemet er et av flere elementer i strategien for å bedre kvaliteten på finansieringssystemet”.*

## 2 Omfang av omleggingen i 2008

- Hva er poliklinikk? - Begrepsavklaring
- Avgrensning av omfanget i 2008
- Økonomisk omfang

# Hva er poliklinisk aktivitet?

- Poliklinisk aktivitet er et vidt og ikke entydig begrep.
- En kjerneegenskap: Helsehjelpen ytes innenfor en kort periode, uten overnatting.
- De prinsipielle skillene fra helsehjelp ved innleggelse er små.



## Kategoriseringer (Eksempler)

Somatisk poliklinikk	vs	Poliklinikk innen psykisk helsevern
Klinisk aktivitet	vs	Laboratorie- og radiologisk virksomhet
Sykehuspoliklinikk	vs	Privatpraktiserende spesialist-poliklinikk
Ordinær poliklinikk	vs	Dagkirurgi/dagbehandling
Poliklinikk ved lege	vs	Poliklinikk ved annet helsepersonell
Aktivitet med pasient i helsetjenestens lokaler	vs	Ambulant virksomhet, telemedisinsk kontakt m.v.
Omfattet av aktivitetsbasert finansiering	vs	<i>Ikke</i> omfattet av aktivitetsbasert finansiering

# Berørt aktivitetsområde i 2008

- Aktivitet som er
  - somatisk og klinisk rettet;
  - utført av helseforetak og helseinstitusjoner med driftsavtale med RHF;
  - dekket av takstområdet A-O i [poliklinikkforskriften](#).
- Presisering: *Ikke* aktivitet som er
  - dekket av nullstilte takster (dagkirurgi/dagbehandling)
  - utført av private spesialister med driftsavtale med RHF;
  - utenfor hjemmelsområdet for dagens aktivitetsbaserte finansieringsordning.

# Økonomisk omfang

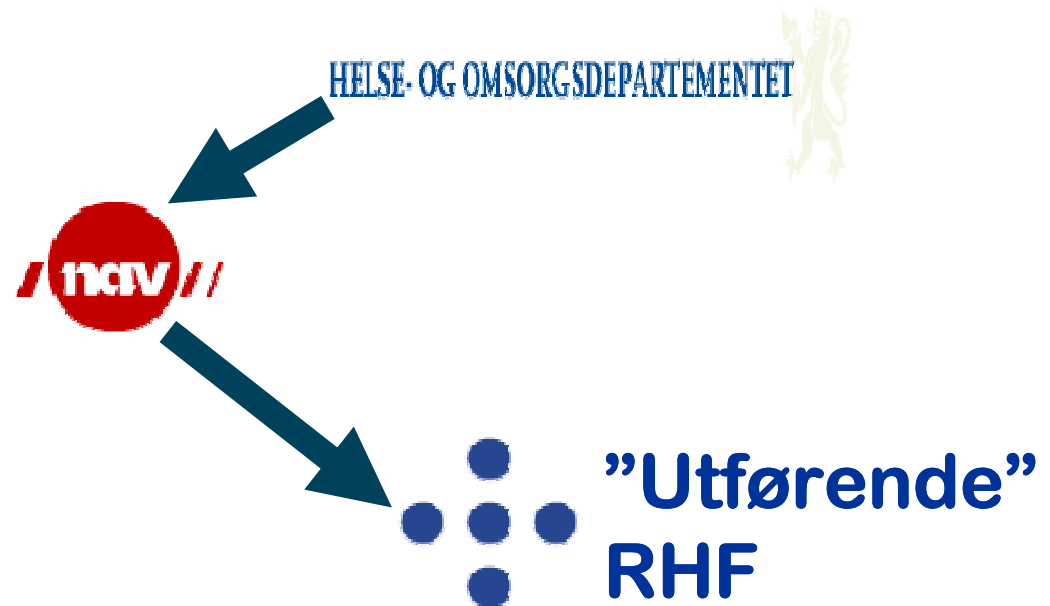
- Foreslått poliklinikk-ISF i 2008 (St.prop 1):  
1 304 millioner kroner
- Inkluderer
  - 1 160 mill kr overflyttet i 2008 fra kap 732 post 77 (St.prp 1)
  - 120 mill (+prisjustering) overflyttet i 2007 for koderefusjon
  - Aktivitetsvekst 2008: 1,5%
- Inkluderer ikke
  - 1 976 mill som blir igjen i post 76

## 3 Hva er i endring? (En konkretisering)

- Finansieringslinjen
- Kravene til aktivitetsregistrering
- Den tekniske rapporteringsløsningen
- Grunnlaget for refusjonsberegning
- Forvaltningsansvaret
- Regelverkets form og innhold

# Gjeldende finansieringslinje

- I mange tilfeller vil ikke RHFet med sørge for-ansvaret ha kontroll med bevilgningene knyttet til sine pasienter
- Understøtter ikke prinsippet om helhetlig styring



# Ny finansieringslinje

- Lik finansieringslinje som for rammebevilgning og øvrig ISF
- Understøttelse av RHFenes helhetlige sørge for-ansvar



# Krav til aktivitetsregistrering

	2006	2007	2008	2009
Tilstand	ICD-10	ICD-10	ICD-10	ICD-10 + ICF?
Prosedyrer	NCSP+NCMP	NCSP+NCMP	NCSP+NCMP (+HRRP)	NCSP+NCMP +HRRP
Takst- koder	Alle takstkoder	Alle takstkoder	Takstkoder P-S + noen A-O	?

# Den tekniske rapporteringsløsningen

## Gammelt POLK-record fra institusjon til NAV

- Et datasett tilpasset takstrefusjonssystemet
- Regningsbasert

## Nytt NPR-melding fra institusjon til NPR

- Tilpasset behovet for informasjonsbasert, helhetlig styring av helsetjenesten
- ... og tilpasset behovene til en DRG-basert, aktivitetsbasert finansieringsordning

- Obs: Fortsatt rapportering av visse data til NAV over POLK.

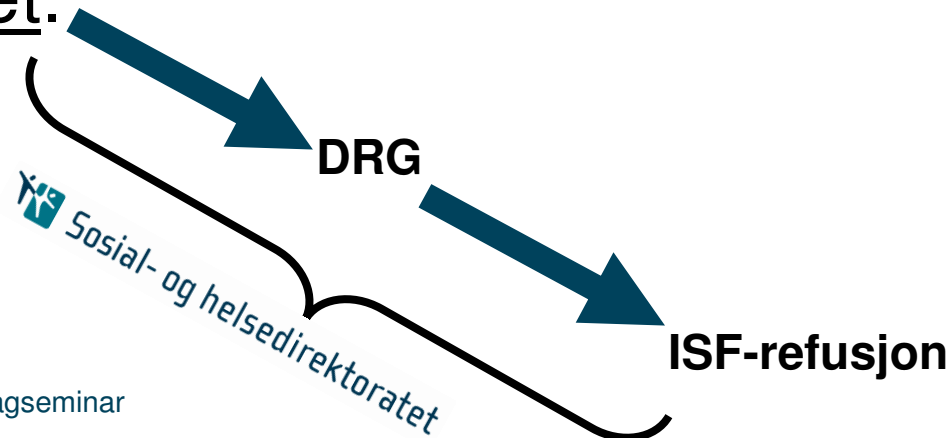


# Grunnlag for refusjonsberegning (1)

**Gammelt** Utførende helsepersonell fastsetter refusjonskravet i henhold til tolkning av et regelverk.



**Nytt** Utførende helsepersonell beskriver sin aktivitet.



## Grunnlag for refusjonsberegning (2)

**Gammelt** Om lag 550 takstkoder, hvorav om lag 400 for somatisk aktivitet (A-O)

**Nytt** Om lag 150 nye DRG for somatisk poliklinikk i 2008 (foreløbig).

# Endret forvaltningsansvar



 Sosial- og helsedirektoratet

# Endret regelverk



## 4 Oversikt foreløpig DRG-struktur

- 15-20 DRG for diagnostikk og behandling med endoskopisk metoder
- Om lag 80 DRG for andre spesifiserte helsehjelpsformer
- Om lag 50 DRG for konsultasjoner der vanlige kliniske metoder og mindre prosedyrer utgjør kjernen i helsehjelpen
- Over 200 andre DRG på vent

## 5 Refusjonsvekter $\neq$ Kostnadsvekter

- For poliklinikk-DRG eksisterer i 2008 kun refusjonsvekter, *ikke* kostnadsvekter
- Refusjonsvektene tar utgangspunkt i utbetalt takstrefusjon
- Metode for beregning (hovedprinsipp):
  1. Beregning av takstrefusjon per opphold
  2. DRG-gruppering av alle opphold
  3. Beregning av relative refusjonsvekter ut fra fordelingen av refusjonsbeløp for oppholdene innen hver DRG
- Kostnadsvektarbeid skal gjennomføres i 2008

## 6 Grunnprinsipper for poliklinikk-ISF

- Samme prinsipper som for ordinær ISF
- ISF 40% - Ramme 60%
- Refusjon utmåles hovedsakelig ut fra refusjonsvekten for aktuell DRG
- For enkelte DRG vil prisregler bli benyttet
- Refusjon utbetales til RHF med sørge for-ansvaret

# 7 Risikobetraktninger

- Viktige hensyn:
  - Redusere omfordelingseffekter
  - Bevare kostnadskontroll
- Store endringer langs mange akser gir høy risiko
- Begrensning av endringsomfang langs noen av aksene er viktig for risikoreduksjon
  - Teknisk omlegging mer vektlagt enn innholdsmessig utvidelse av finansieringsordningen
- Ekstraordinær rapportering og analyse av data fra januar og februar 2008



## 8 Informasjonsmøter

- **30. oktober**      **Helse Sør-Øst**
- **31. oktober**      **Helse Nord**
- **7. november**      **Helse Midt-Norge**
- **26. november**      **Helse Vest**
  
- **10. desember**      **Felles informasjonsmøte**
- **Møter med fagmedisinske foreninger under planlegging**
  
- **Regelverk publiseres elektronisk primo desember**