

Erfaringer med DRG innen øyefaget

Prosess og resultat

Nils Petter Dalaker
Øyeavdelingen Sykehuset Buskerud

Problemstillinger

- Kommunikasjonen mellom bruker/byråkrati
- Fjerne feil i systemet
- Påpeke urimelige grupperinger
- Hindre kreativ koding
- Innføre en logikk som synes fornuftig for både helseøkonomer og medisiner

Kommunikasjonsutvikling

- Utsending av ISF regelverk til brukerne
- Frustrerte brev fra faggruppe til helsebyråkratene siden 1999
- DRG Forum
- DRG konferanser
- Strukturerte møter med systematisk gjennomgang av logikken

Korrigerer av feil

- Extirpasjon av svulst fra øyelokk settes i 0 dersom den utgår fra bindevev
- Sondering gjennom tåreveier til nese honoreres. Innlegg av dren gjennom tåreveier til nese honoreres ikke selv om mer tid og ressurskrevende

Urimeligheter i systemet

- Hornhinnetransplantasjon og fjerning av chalazion opprinnelig i samme gruppe: Cornea/sclera/ekstraoculære strukturer
- Cornea flyttet til gruppen: Glaucom & opr på glasslegemet, men likevel for dårlig honorert
- Brudd på grunnide: Anatomisk gruppering

Kreativ koding innen øyefaget

- CKC40: Transpupillær fotokoagulasjon av lesjon i i retina. Brukt på neste alle typer fotokoagulasjon i retina da høy takst
- Fra 2005 koblet opp mot TCK00 Fotosensitivisering av choroidea og retina
- Konsekvens: Ikke budsjettert ”inntektssvikt” på mellom ½ og 2 mill pr øyeavdeling fra 2004 til 2005

Prosessutvikling

- Frem til 2005 brannslukking via ekspertgruppen for DRG
- Fra 2005 systematisk dialog SINTEF Helse og spesifikt fagmiljø øye

Dagsorden for prosess

- Kontakt SINTEF og NOF's utvalg for takster i sykehus etter DRG konferansen 2005.
- Avtale om tre diskusjonsmøter på Gardermoen. Første møte i september.
- Mellom møtene kontakt pr E-mail
- Telefonmøter i faggruppen

Innhold i møtene

- Første møte viet ”brannslukking”
- Senere møter diskusjoner knyttet til ny DRG logikk
- God møteklime med sterk vilje til forbedringer i systemet fra begge parter

Ny DRG logikk for øye

- Flikke på gammel modell med anatomisk oppdeling diskutert og ikke funnet godt nok
- Vurdering av ulike andre modeller etter forslag fra SINTEF

Konsensus

- Utgangspunkt Dansk DRG modell
- Fem parede kirurgiske DRG grupper: En uten og en med narkose
- 2 rent medisinske DRG grupper. En med liggetid mindre enn en dag og en med liggetid et døgn eller mer.

Grupperingsarbeidet

- Faggruppen (1 fra Universitetssykehus 2 fra perifere avdelinger) grupperte prosedyrer som ut fra klinisk erfaring kunne ansees som noenlunde likeverdige ressursmessig uavhengig av anatomisk lokalisasjon
- SINTEF gikk inn og sjekket inndelingen opp mot referansesykehus i den grad det var mulig

Veien videre

- Forslaget vurdert i norsk ekspertgruppe for DRG i begynnelsen av februar
- Oversendt for videre behandling i den nordiske ekspertgruppen
- Dersom godkjenning her kan systemet taes i bruk i 2007
- Nødvendig med møte SINTEF spesifikk faggruppe en gang årlig for justeringer og oppdatering

Konklusjon:

”Jeg kommer sent ,men jeg kommer godt”