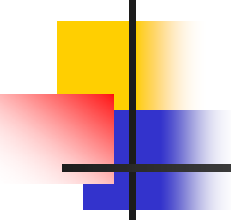




# Hva vil vi med DRG-systemet?

---

Dag Refvem  
analyseseksjonen  
Ullevål universitetssykehus



# DRG-systemenes primære **ambisjon**

---

- klassifisere pasientopphold i **medisinsk meningsfulle og ressursmessig homogene grupper** (på grunnlag av diagnosekoder, prosedyrekoder, alder og kjønn)



# DRG beskriver

---

- sykehusopphold for
  - sykdommer i omtrent samme inndeling som ICD
  - inngrep i samme organinndeling
  - spesielt ressurskrevende tilstander etter egen logikk, som går på tvers av alt annet
- kompliserende faktorer (bidiag. og komplik.)
  - lager #2 utgave av **107 DRG'er** for gj.sn. tillegg i kostnadsvekt
- et skille mellom barn og voksne som sjelden er reelt annet enn for kostnadene (**46 DRG'er**)  
(er det tilsv. kostnadsdiff. mellom "yrkesaktive" og geriatiske?)



# DRG beskriver ikke

---

- **samme hovedtilstand uttrykt ved én eller flere diagnosekoder, helhetlig:**
  - mange multitraumer og store operasjoner går i DRG 483 ved tracheostomi: det er hele tiden det dominerende ressursforbruk som kan knyttes til hoveddiagnose eller prosedyrekoder, som gjenspeiles: blir pasienten tracheostomert er DRG'en plutselig en helt annen som ikke sier noe om det som er det medisinsk primære i pasientforløpet
- **alvorlighetsgrad** som i nyere DRG-systemer (AP-R, o.l.)
- **mer enn én dimensjon ved sykehusoppholdet om gangen**



# Fungerer dagens DRG-system etter intensjonene?

---

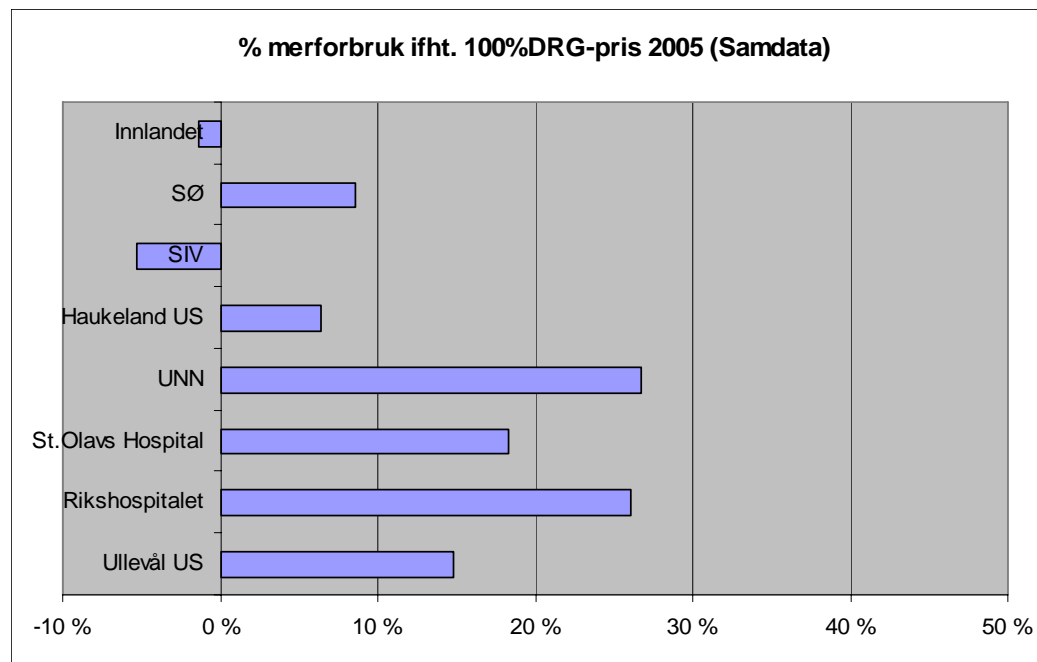
- medisinsk meningsfull klassifikasjon?
- ressursmessig homogene grupper?

**Beskriver DRG-systemet aktiviteten på sykehus?**

**Kan DRG brukes til å klassifisere pasientforløp på sykehus?**

# Styringsdata og inntektsmodeller vs. pasientgrupper og pasientforløp

- **Styringen av sykehusene må rettes inn mot de normale pasientforløp og håndtering av avvik:** Trenger medisinsk meningsfull klassifisering av pasientforløp med ressursdimensjon
- **Synes ikke å være ambisjoner om at DRG-systemet skal fange opp og beskrive ressursforbruket på sykehusnivå.**  
Likevel brukes DRG som objektivt kriterium for å beskrive aktivitetsnivå for sykehus både i Samdata og i inntektsmodeller, noe kostnadsvektarbeidet neppe reflekterer grunnlag for.





# Hva er det vi trenger?

---

- Et organiserings-uavhengig klassifikasjonssystem for pasientforløp som beskriver pasientgruppene medisinsk meningsfullt og reflekterer faktisk ressursforbruk i gj.sn. på sykehusnivå



# Kan vi få til noe bedre ved å bruke dagens DRG-system på en annen måte?

- 1) **Hoved-DRG:** Forenkle DRG-systemet slik at det tilsvarer medisinsk meningsfulle hovedgrupper for pasientforløp
- 2) **Tilleggsfaktorer som bi-DRG'er / attributter:**
  - Intensivbehandling av noe varighet pga. organsvikt ++:
    - → **egne intensiv-DRG'er**
    - eller
      - respiratorbehandling u/tracheostomi (DRG 475 i tillegg)
      - respiratorbehandling m/tracheostomi (DRG 483 i tillegg)
      - dialyse (DRG 317 i tillegg)
      - assistert sirkulasjon, etc.....
  - Rehabilitering
  - Isolasjon
  - Grove klasser av relevant komorbiditet / risikofaktorer / alvorlighetsgrad
  - Hastegrad (belaster beredskap)





# Eksempel

- **Multitraume m/opr:** Hoved-DRG 486
- **Tracheostomi:** DRG 483 i tillegg
- **Sum: Hoved-DRG=486,  
Bi-DRG=483 (senere egne intensiv-DRG'er)**
- I praksis en **splitting av DRG 483**
- **Får medisinsk meningsfullhet i større grad,**  
Bi-DRG'er som attributter kan forfine klassifiseringen:
  - **Komorbiditet:** kan erstatte "m/u BK"-DRG'ene, gir tilleggsbeskrivelser som gjør at f.eks. diabetes kan gjenfinnes som signifikant tilleggsdimensjon når det er kompliserende, og som hovedtilstand når det er hoved-DRG



# Mulig uten vesentlig logikkendring?

## Gruppere samme opphold i flere dimensjoner:

- **Primær** DRG: som nå, men uten todelte DRG'er m/u bk
- **Sekundære** DRG'er – prosedyrestyrt / bidiagnosestyrt:
  - respiratorbehandling av minimums varighet
  - tracheostomi
  - (gjentatt) dialyse
  - assistert sirkulasjon postopr.
  - rehabilitering
  - isolasjon
  - kompliserende tilstander, alvorlighetsgrad/risiko
- Kan antagelig utvides uten betydelige logikkendringer (hver dimensjon håndterer kun sin egen kompleksitet):
  - komorbiditet
  - alvorlighetsgrad / klinisk score (Gl. coma scale, m.fl.) / resultat
  - ressursforbruk/terskler kan differensieres ved NEMS-poeng/pleiekategorisering



# Kostnadsvektene

## ved multiple DRG'er for samme sykehusopphold

---

- Bør kunne bli noe forenkling av fordelingsnøklerne for tilleggs-DRG'ene når de er tilleggs-DRG'er, da de skal omfatte mindre av sykehusoppholdet (forlengelse av liggetid)
- Vil antagelig kunne utnytte "reell" KPP på en bedre måte i kostnadsvektarbeidet



# Oppsummering

---

- Bør se på mulighetene for å bruke DRG som vi bruker medisinske klassifikasjoner ellers for å kunne komme nærmere å **beskrive aktiviteten fullstendig** medisinsk meningsfullt og mer korrekt ifht. det som er eller utløser innsatsfaktorer
- Vil kunne danne bedre sammenligningsgrunnlag for benchmarking (Samdata)



# Hva vil vi med KPP?

---

Dag Refvem  
analyseseksjonen  
Ullevål universitetssykehus



# KPP

---

- KPP: Kostnad per pasient(forløp)
  - Kobling av økonomi og aktivitet
  - Beregner sykehusets kostnader for tjenester og koble dette til faktisk aktivitet
- KPP må være et møtested for klinikere og økonomer – det handler om å se det samme bildet av aktivitet og økonomi



# Medisinsk virksomhetsanalyse – hva er vitsen?

---

- **Forbedring er å finne og håndtere avvik**
- Kvalitetsforbedring kan frigjøre ressurser/øke kapasiteten/gi økonomisk gevinst
- Kan ikke snakke om hva som er avvik eller unormalt / uønsket uten å ha en beskrivelse av hva som er normalt: Avvik / uønskete variasjoner ifht. en standard av det som er ønskelig og oppnåelig



# Hva vil vi med KPP?

---

- **Vi må få frem den faktiske spredning og variasjon** i kostnader pr pasientforløp
  - så tett opp til det reelle som praktisk mulig
  - tilkoblete aktivitetsdata slik at analyser av avvik kan føre til meningsfulle tiltak





# Hva bør KPP ellers brukes til?

---

- **Aktivitetsbudsjettering:**
  - Plantall
  - Konsekvens av aktivitetsendring
  - Marginalkostnader, terskler
  - Fordeling av sykehus-DRG etter faktisk forbruk
  - Intern-avregning
- **Vise faktiske variasjoner i forbruk:**
  - finne forklaringene på kostnadsvariasjonene
  - grunnlag for å beregne effekt av tiltak
  - grunnlag for å simulere/optimere hele eller deler av pasientforløp
- **DRG kostnadsvektarbeid, benchmarking**



# Hva kreves av KPP?

---

- **Robust** nok (enkel)
- **Reflektere virkeligheten:**
  - reell variasjonen, ikke bare gjennomsnitt
  - de viktigste kostnadsdriverne må være mest mulig reelle slik at klinikerne kjenner seg igjen og det ikke ender opp i nye diskusjoner
- **Forståelig** for både klinikere og økonomer

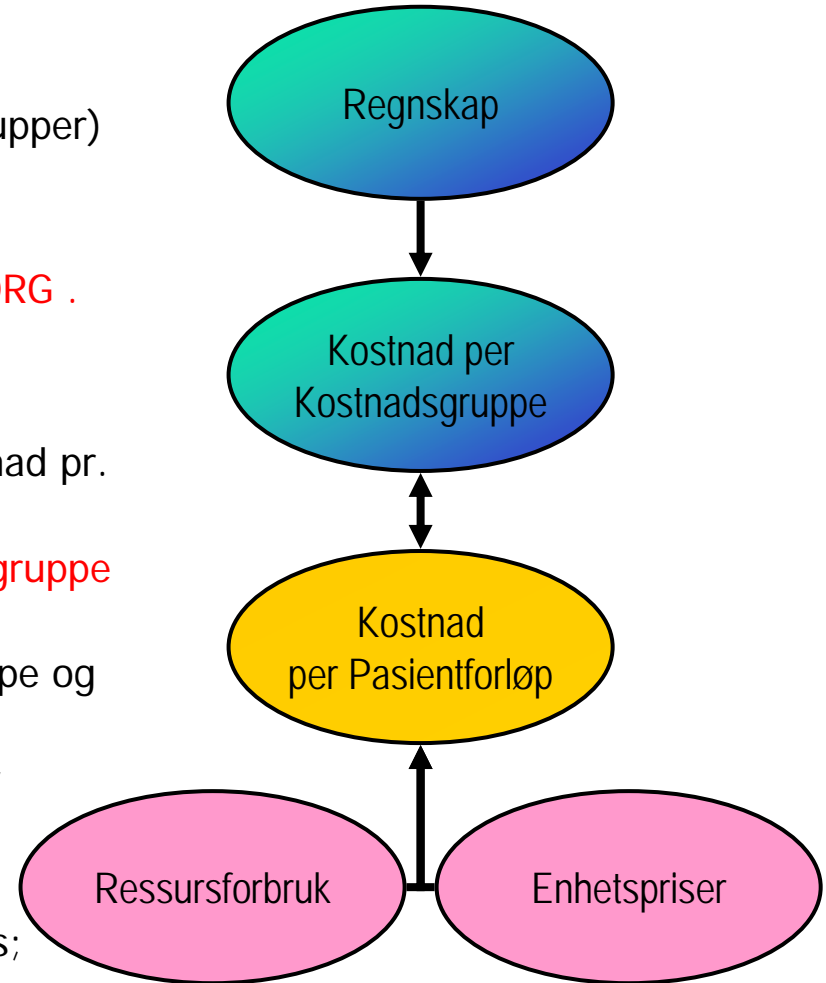
## 2 hovedprinsipper for beregning av kostnad pr. pasientforløp: Dagens KPP-systemer er varianter av disse

### "Top-Down": kfr. KVA-modellen

- Kostnadene i HF'enes resultatregnskap og trekkes ut og fordeles på standardiserte kategorier (kostnadsgrupper)
- Kostnadene fordeles ut på pasientforløp ved hjelp av fordelingsnøkler (standard eller aktivitetsbaserte)
- Gir gjennomsnittlige kostnader pr. pasientforløp pr. DRG .

### "Bottom-Up"

- Kostnad per pasientforløp beregnes på basis av kostnad pr. tjenesteenhet:
  - "Reelt" ressursforbruk pr. pasientforløp, kostnadsgruppe og enhet
  - Beregnede enhetspriser pr. ressurs, kostnadsgruppe og enhet
- Kostnader kan summeres langs ønskede dimensjoner
- Vil kreve avstemming mot det reelle regnskapet
- Ekstremvariant:  
*All* ressursbruk registreres og *alle tjenester* gis en pris; tilsvarer *full* internfakturering/avregning



# KPP-programmer: applikasjoner for nøkkeldata som kan kobles til vanlige aktivitetsdata for analyse

Meny med tilgjengelige rapporter

Utvalg og innstillinger

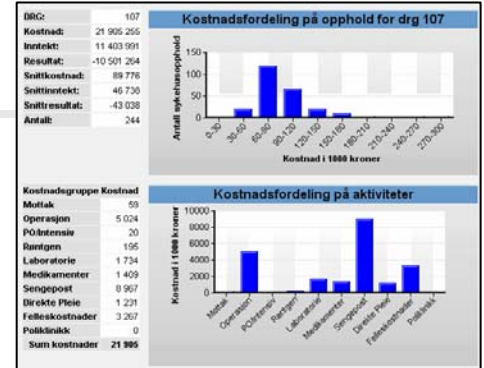
Kobling til aktivitetsdata

LisUS

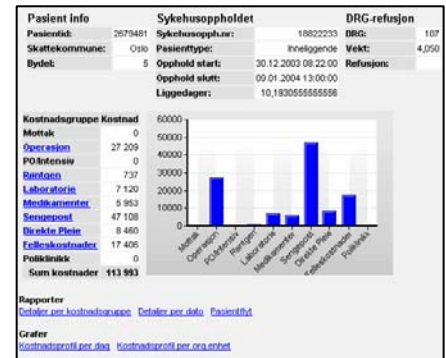
Organisasjonshierarki

Rapporter  
(her: oppsummering for alle DRG)

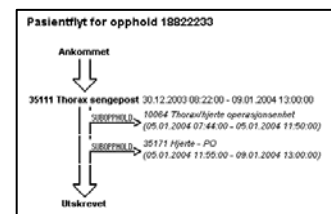
## Oppsummerende statistikk per DRG



## Oppsummerende statistikk per opphold

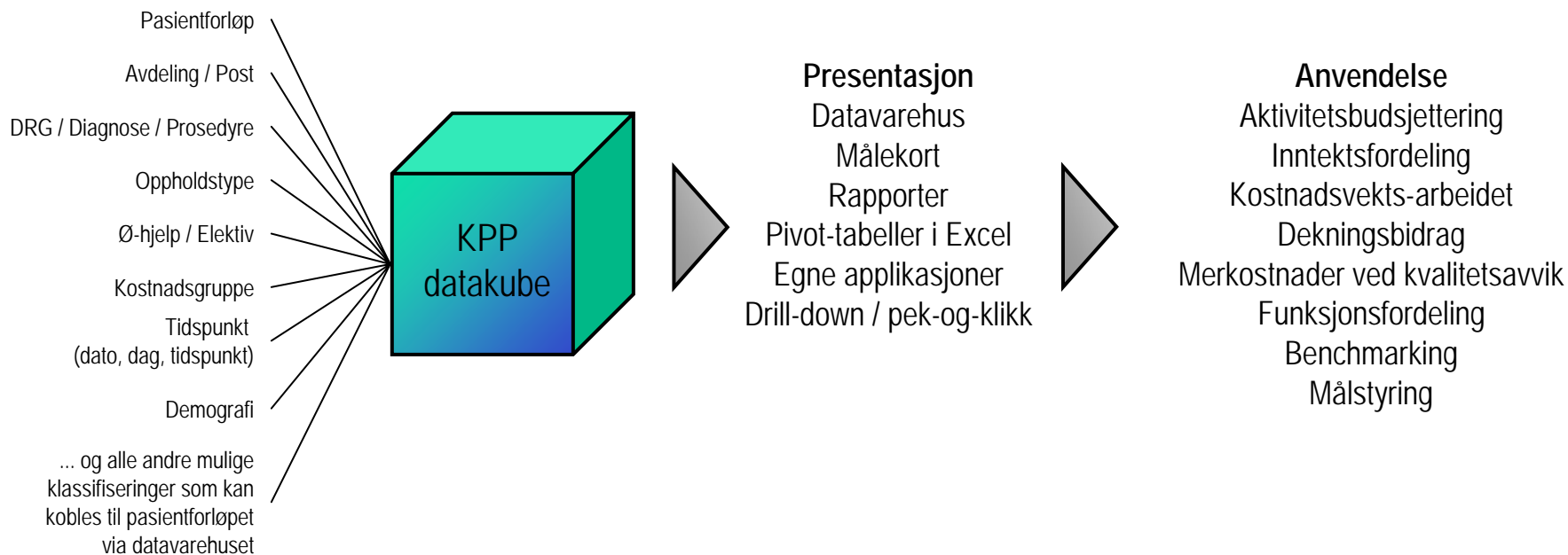


## Pasientflyt per opphold



DRG (Detalj-lister pr. beregnet delkostnad)

# Kobling til godt kvalitetssikrede data i et godt organisert datavarehus gir nærmest ubegrensede muligheter for presentasjon og anvendelse



- Målet er å få KPP til å være møtested for økonomer, klinikere og kvalitetsfolk
- Viktig med bevisstgjøring rundt både muligheter og begrensninger i det tallmaterialet som ligger til grunn, fokus på de kostnadsvariasjonene som betyr noe



# Kritiske suksessfaktorer for KPP

---

- Klinikere og økonomer må få en korrekt virkelighetsbeskrivelse i KPP, **klinikerne må kjenne seg igjen.**
  - Gjennomsnitt for store kostnadsdrivere (f.eks. operasjon) gir neppe de fremstillingene av variasjon som er hele poenget med KPP
  - Vi må ikke la begrensingene i det vi registrerer i dag hindre oss i å etablere de rutinedata som trengs for å få reelle KPP-modeller
- Begynne i det små, men sette målet raskt
- Forene alle gode krefter som vil dra samme vei og etablere nasjonale standarder