



HelseDirektoratet

Om nasjonal KPP-modell

- kan sykehusene allerede nå ta i bruk modellen?

DRG-konferansen 9. mars 2010

Hva er KPP?

Kostnader per pasient (KPP) er

En metode:

- *for systematisk oppstilling av den behandlingen en pasient mottar under et sykehusopphold og hva denne behandlingen koster*
- *der entydig definerte medisinske tjenester dokumenteres og kostnadsberegnes*
- *der summen av tjenestekostnadene utgjør totalkostnaden for et pasientopphold*

Et ordinært sykehusregnskap

klassifiserer ressursforbruket etter innsatsfaktorer.

- *lønn*
- *varekostnader*
- *kapitalkostnader (avskrivninger)*
- *andre driftskostnader*
- *etc*

Et KPP-regnskap.....

omgrupperer det ordinære regnskapet slik at bruken av ressurser klassifiseres etter de medisinske tjenestene

- *operasjon*
- *anestesi*
- *radiologi*
- *pleie*
- *etc*

Nytte av KPP

Nytte for HF-ene

- Kunnskap om hva egen pasientbehandling koster
- Bedre innsikt i sammenhengen mellom kostnad og kvalitet
- Sammenligningsgrunnlag med andre HF – både klinisk praksis og kostnadsforhold
- Bedre datagrunnlag for planlegging og omorganisering
- Bedre grunnlag for dialog om finansiering med RHF

Nytte for RHF-ene

- Informasjon om behandlingstkostnader
 - som støtte i planlagt funksjonsfordeling og spesialisering av behandlingstilbud i regionen
 - som grunnlag for å utvikle en mer adekvat finansiering av egne helseforetak – lokale finansieringsmodeller
 - som grunnlag i avtaler med private aktører
- Informasjon om klinisk praksis
 - et grunnlag for en bedre monitorering av medisinsk kvalitet og praksisforskjeller mellom helseforetak

Hovedtrekk - nasjonal KPP-modell

Den nasjonale KPP- spesifikasjon

En beregningsmodell der en særlig har lagt vekt på:

- Inndeleging av medisinsk behandling i relativt få tjenestetyper
- Utnytte den medisinske informasjonen som allerede registreres i helseforetakene
- En relativt enkel metodikk for beregning av kostnader som kan anvendes for alle typer tjenester
- En fremstilling av aktivitet og kostnader som skal gi et informasjonsgrunnlag for medisinsk forbedringsarbeid

Avgrensning av spesifikasjonens omfang

- Foreløpig omfatter KPP-modellen kun somatisk behandling
- Metodikken kan imidlertid også anvendes innen psykisk helsevern eller rusbehandling
 - vil kreve et standardiseringsarbeid

De pasientspesifikke tjenestene

- Akuttmottak
- Operasjon
- Intensivbehandling/Postoperativ observasjon
- Anestesi-tjenester
- Radiologitjenester
- Laboratorietjenester
- Strålebehandling
- Basistjenester
 - innleggelse
 - dagbehandling
- Polikliniske konsultasjoner
- Andre tjenester

Tjenestebegrep i spesifikasjonen - krav til aktivitetsdokumentasjon.

| Punkt | Tjenester | Krav til aktivitetsregistrering | Kodeverk | Ressursparametere |
|--------|---------------------------------|--|------------------|---|
| 4.1.1 | Akuttmottak | Tidspunkt inn, tidspunkt ut | ICD-10/NCSP/NCMP | Oppholdstid |
| 4.1.2 | Operasjon | Prosedyrer, knivtid start og slutt, Stuetid/seansetid start og slutt | NCSP | Stuetid/seansetid, knivtid, antall operatører og operasjonssykepleiere, annet personell |
| 4.1.3 | Intensivbehandling/postoperativ | Tidspunkt inn, tidspunkt ut, NEMS-score, gjelder også postoperativ enhet | | Oppholdstid og NEMS-score |
| 4.1.4 | Anestesi | Prosedyrer, anestesitid start og slutt | NCMP | Anestesitid, antall anestesiloger og anestesisykepleiere |
| 4.1.5 | Radiologi | Prosedyrer, undersøkelsestid start og slutt | Nytt kodeverk | Seansetid per modalitet, radiologtid, personell tilstede (Nytt nasjonalt kodeverk) |
| 4.1.6 | Laboratorier | Undersøkelser basert på lokale kodeverk | Lokalt kodeverk | Standard ressursbruk per undersøkelse (Nytt nasjonalt kodeverk) |
| 4.1.7 | Strålebehandling | Prosedyrekode | ICD-10/NCMP | Standard ressursbruk (stråle- poeng) per type NCMP-kode |
| 4.1.8 | Basistjenester: | | | |
| | Inneliggende | Tidspunkt inn, tidspunkt ut, Pleietyngde, | ICD-10/NCSP/NCMP | Oppholdstid og pleietyngde eller (antall personell og personellsammensetning) |
| | Dagbehandling | Tidspunkt inn, tidspunkt ut | ICD-10/NCSP/NCMP | Kontakttid antall personell og personellsammensetning |
| 4.1.9 | Polikliniske tjenester | Tidspunkt inn, tidspunkt ut | ICD-10/NCSP/NCMP | Kontakttid, antall personell og personellsammensetning |
| 4.1.10 | Andre tjenester | Tidspunkt inn, tidspunkt ut | Lokalt fagsystem | Kontakttid |

Kostnadene inndeles i tre hovedgrupper

- Direkte pasientspesifikke kostnader
- Indirekte pasientspesifikke kostnader
- Felleskostnader

Direkte pasientspesifikke kostnader

Pasientspesifikke kostnader som kan knyttes direkte til pasienten. Det gjelder:

- Kostbare medikamenter
- Kostbare implantater
- Blodprodukter

Indirekte pasientspesifikke kostnader

Kostnader som ikke kan henføres direkte til pasient men som må henføres til definerte medisinske tjenester, før de kan knyttes til pasienten

Metode for beregning av indirekte pasientspesifikke kostnader

Standard aktivitetskostnadsberegning:

- **Aktivitet** - defineres som det arbeidet som utføres og som medfører kostnader, f. eks en tjeneste.
- **Kostnadsdriver**- den faktor som har avgjørende betydning for kostnadsnivået for aktiviteten, f. eks varighet av aktiviteten.
- **Kostnadsobjekt** – den enhet som tilknyttes et gitt ressursforbruk f. eks en pasient.

Felleskostnader/-tjenester

- Fellestjenester er tjenester som ikke kan knyttes direkte til et pasientopphold
- Felleskostnader kan oppstå på ulike nivå i et sykehus
- Eksempel på fellestjenester er administrasjon, IT, vask, kjøkken etc.

Pilotering - nasjonal KPP-modell

Bakgrunn for piloteringsprosjektet

HOD har gitt direktoratet i oppdrag:

- å gjennomføre en pilotering av nasjonal KPP-spesifikasjonen

HOD har gitt RHF-ene i oppdrag:

- å foreslå helseforetak til piloten – i henhold til de føringer og frister som direktoratet setter

Organiseringen av pilotprosjektet

- Styringsgruppe
 - deltagelse på ledelsesnivå i RHF
 - Helsedirektoratet leder gruppen og har sekretæren
 - ansvar for å realisere en KPP-pilotering
- Prosjektgruppe
 - deltagelse fra RHF, HF og Helsedirektoratet
 - Helsedirektoratet leder gruppen og har sekretariat
 - ansvar for den operative framdriften i prosjektet

Helseforetak som deltar i piloteringen

- Oslo universitetssykehus HF
- Sykehuset Østfold HF
- St. Olavs Hospital HF
- Helse Sunnmøre HF
- Helse Fonna HF
- Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
- Sykehuset Telemark HF
- Ringerike Sykehus HF

Hovedpunkter i mandatet

- Operasjonalisere KPP-spesifikasjonen i utvalgte helseforetak
- Kartlegge grunnlagsdata
- Gi en vurdering av inndelingen i tjenester og metodikken for beregning av tjenestekostnader
- Gi en vurdering av KPP-spesifikasjonens krav til grunnlagsdata - riktig detaljnivå?
- Gi en vurdering av nytten av KPP-metodikk
- Oppsummere erfaringene i en prosjektrapport til HOD 15. mai 2010.

Erfaringer fra piloten så langt

- Ingen vesentlige endringer i KPP-spesifikasjon
- HF-ene kan oppfylle de fleste krav til grunnlagsdata
 - Men ingen HF som kan oppfylle alle krav
- Vanskelig å hente ut data fra grunnsystemene på en effektiv måte
- Standardmal for datauttrekk fra grunnsystemene
- Nødvendig å benytte SQL-database for lagring av aktivitetsdata og kostnadsdata
- Ressursbehovet for etablering av KPP-regnskap er moderat

Mangler i grunnlagsdata

- Det mangler nasjonal standard for
 - Fordeling av legeressurser
 - Radiologi
 - Laboratorium
 - Dyre implantater
 - Dyre medikamenter
- HF-ene registrerer i hovedsak ikke
 - Personell til stede ved ulike medisinske tjenester
 - Pleietyngde
 - Tidsbruk på poliklinikken

KKP - videre arbeid

- Rapport fra styringsgruppen til HOD 15. mai
- HOD har i tildelingsbrevet for 2010 bedt helsedirektoratet:
 - Etablere KPP som grunnlag for god virksomhetssyring i regionale helseforetak og helseforetak
 - Innen 1. september 2010 skal det redegjøres for hvordan KPP fases inn i kostnadsvektarbeidet

Konklusjon

HelseDirektoratets konklusjon

Sykehusene kan **allerede nå** sette i gang KPP-arbeid med utgangspunkt nasjonal KPP-modell