

Erfaringar med DRG/ISF sett frå Helse Vest RHF

v/ Per Karlsen

Helse Førde

Helse Bergen

Helse Fonna

Helse Stavanger



Helse Vest RHF

- 45 institusjoner og sjukehus
 - Cirka 21 000 tilsette
 - Omsetning ca 15,5 milliarder kroner
 - Avtaler med private ideelle institusjoner
 - I tillegg: avtaler med privatpraktiserende spesialister og private klinikker
 - DRG-poeng 2007: 218.240
(A kontogrunnlag fra HOD)
-

- Praksis og problemstillinger når det gjeld bruk av ISF/DRG til finansiering av pasientbehandling
- Bidrar ISF/DRG til vekst i pasientbehandling?
- Bidrar ISF/DRG til produktivitet?
- Bidrar ISF/DRG til underskot?

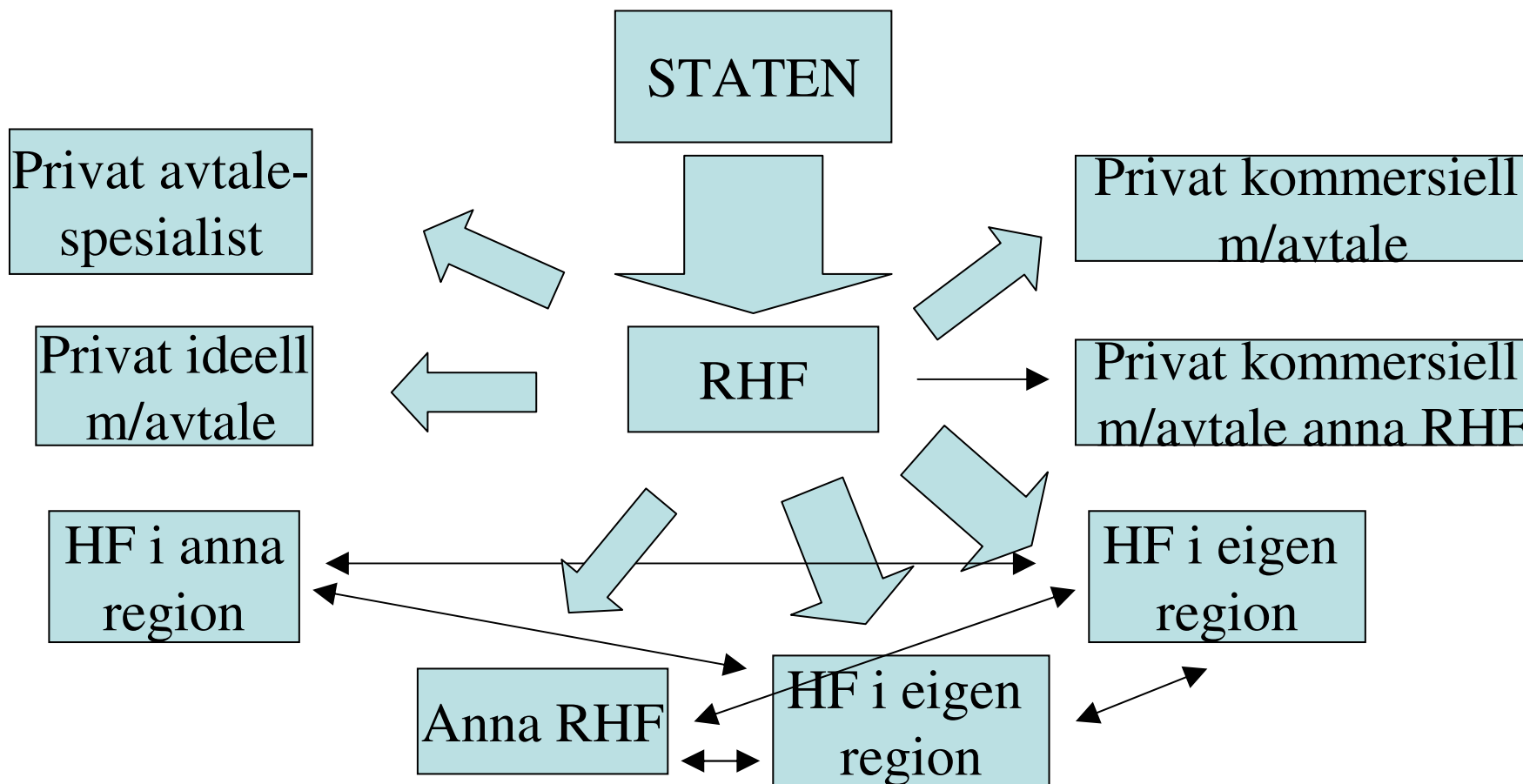
Inntekter i Helse Vest

- DRG-poeng 2007: 218.240
(A kontogrunnlag frå HOD)
- Gir inntekter på 2,87 milliardar kroner
 - gitt drg-pris 32.490 kroner og ein ISF-grad på 40%
- Utgjør da ca 18,5% av det totale inntektsgrunnlaget til Helse Vest.
- 81,5% av inntektene kommer på andre måtar.

Praksis og problemstillinger når det gjeld bruk av ISF/DRG til finansiering av pasientbehandling

- DRG og ISF er grovmasket
- Fare for både over - og underprising
- Dersom ISF-graden er låg så trengs det og basisfinansiering.
- Gir ein viss risikodeling mellom bestiller og produsent - ikkje full kostnadsdekning for produsenten
- Lite egna som prissystem, men er det beste vi har

Bruk av ISF/DRG



Komplisert og administrativt tungt

- Fakturering på ”kryss og tvers”.
- Bør få til ein felles nasjonal ordning for handtering av gjestepasientar (alle dei små svarte pilene)...

Ikkje noko for alle...

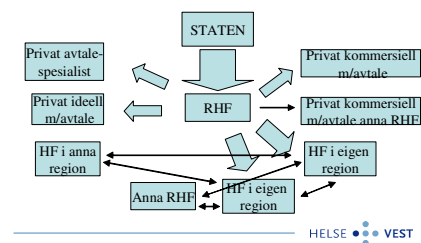
- DRG er eit relativt grovmaska system som er basert på gjennomsnitt.
 - Eigne HF, andre RHF og HF, samt større private ideelle med større breidde i produserte DRG og basistilskot frå RHF.
 - Problem å nytta direkte for dei små, smale og lite solide.
- Dei store må leva med ein viss risiko i høve til kva inntekter ein vil få frå ISF (ISF er tross alt ein liten del av totale inntekter). ISF lastar av ein del av risikoen ved auka produksjon.
- For dei små, smale og lite solide må ein finna andre løysingar (meir detaljert prising enn ISF/DRG) – fører til at bestillaren tar meir risiko (det går bra å rekna på kostnadene, men det kan bli problem med å rekna på kva dette blir i DRG-poeng)

Risiko for RHF som vi i stor grad må føre vidare til HF

- Risiko for uventa utslag av ny grouper.
- Risiko for lågare eller høgare indeksvekst enn føresett i statsbudsjettet
- Risiko for avvikande indeksvekst i høve til landsgjennomsnittet
- Risiko for mengdeavvik der våre kontraktar ikkje er knytt til DRG-poeng.
- Risiko for tapte inntekter dersom koding og innrapportering ikkje er korrekt og (leverandøren ikkje er i stand til å betala tilbake)
- Risiko for meirkostnader pga fritt sjukehusval – gjestepasientoppgjer og avtalar andre RHF har med private.

- Staten betaler for seg:
 - Anslag for DRG-pris i statsbudsjettet.
 - Basert på gitte føresetnader
- Dilemma : Korleis handtere avvik frå føresetnadene?
- Regne om avvika i drg- pris og deretter foreta eit etteroppgjer gjennom heile systemet?

Betaling for pasientbehandling



Ulik indeksvekst

- Ulike regionar og helseføretak har ulik indeksvekst.
- Staten reknar eit snitt for landet
- Helse Vest har låg indeks og låg utvikling i indeks
- Innspel:
 - Enklast om det var ein fast pris gjennom året og at det ikkje var gjort føresetnader om indeksvekst.
 - Deretter regulera neste års pris i tråd med faktisk indeksvekst.
 - Kva med å ha avrekninga pr region i staden for heile landet?

Føreseieleg og treffsikkert?

- Oppgjeret for 2005 var klart i september oktober 2006
- Grupper-effekt – grupperen er ferdig så seint at det inntektene i budsjettet kan bli feil.
- Sein utvikling av systemet – for eksempel behandling av overvektige
- Håper på forbetringar på desse tre områda.

Oppsummert

Innfør nasjonal eining for gjestepasientoppgjer

DRG/ISF fører med seg ein viss risiko for inntektene, men er no ein relativt liten del av det totale inntektsbiletet.

Kan regionale DRG- priser redusere risiko?

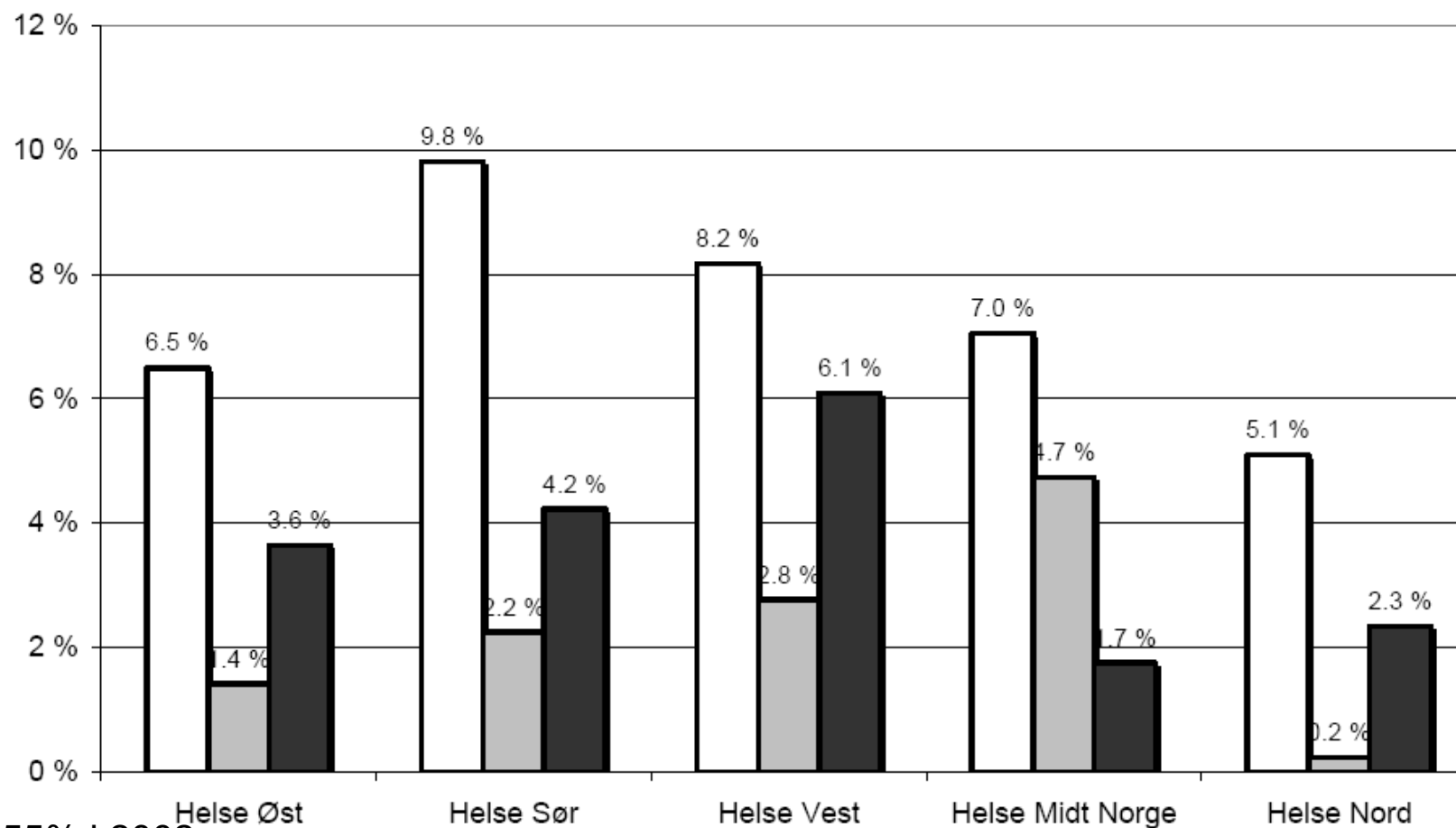
Kunne gitt betre lågare risiko ved raskare oppdatering av kostnadsvekker og fjerning av føresetnad om indeksvekst i prisen.

Egna til:

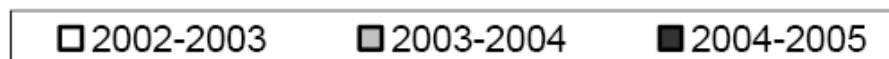
Risikodeling mella staten og RHF (men RHFa må i stor grad føre risikoen vidare på sine leverandørar)

Bidrar DRG/ISF til økt produksjon?

Figur 7.1: Vekst i antall registrerte DRG-poeng 2002-2005. Kilde Norsk Pasientregister, SINTEF Helse



ISF = 55% i 2002
 ISF = 60% i 2003
 ISF = 40% i 2004
 ISF = 60% i 2005
 ISF = 40% i 2006



Bidrar ISF/DRG til produktivitet?

Netto kostnad ut over ISF for meirproduksjon 2002 – 2006 om DRG poenga kostar 100% av DRG prisen å produsera

Kostnad merproduksjon:

DRG poeng 2002 = 11922	158	ISF = 55%
DRG poeng 2003 = 12563	150	ISF = 60%
DRG poeng 2004 = 2883	51	ISF = 40%
DRG poeng 2005 = 11266	138	ISF = 60%
DRG poeng 2006 = 4173	79	ISF = 40%
	<hr/>	
	498	

Underskota i Helse Vest har ikkje har auka i tråd med
tala over. Produktivitetsvekst er nok ein del av svaret

Bidrar ISF/DRG til underskot?

Om ein snur resonnementet - Dersom vi ikkje hadde hatt produksjonsvekst, men hatt same vekst i produktivitet og vi i staden for auka produksjon har tatt ned kostnadssida tilsvarande ville resultata akkumulert vore tilsvarande betre.

Problemstillinga er teoretisk for vi veit ikkje om vi kunne tatt ned så stor produksjonskapasitet.

... Men då ville vi hatt vesentleg lengre ventetid for behandling (med vel 42 000 færre DRG poeng produsert i 2007 i Helse Vest)