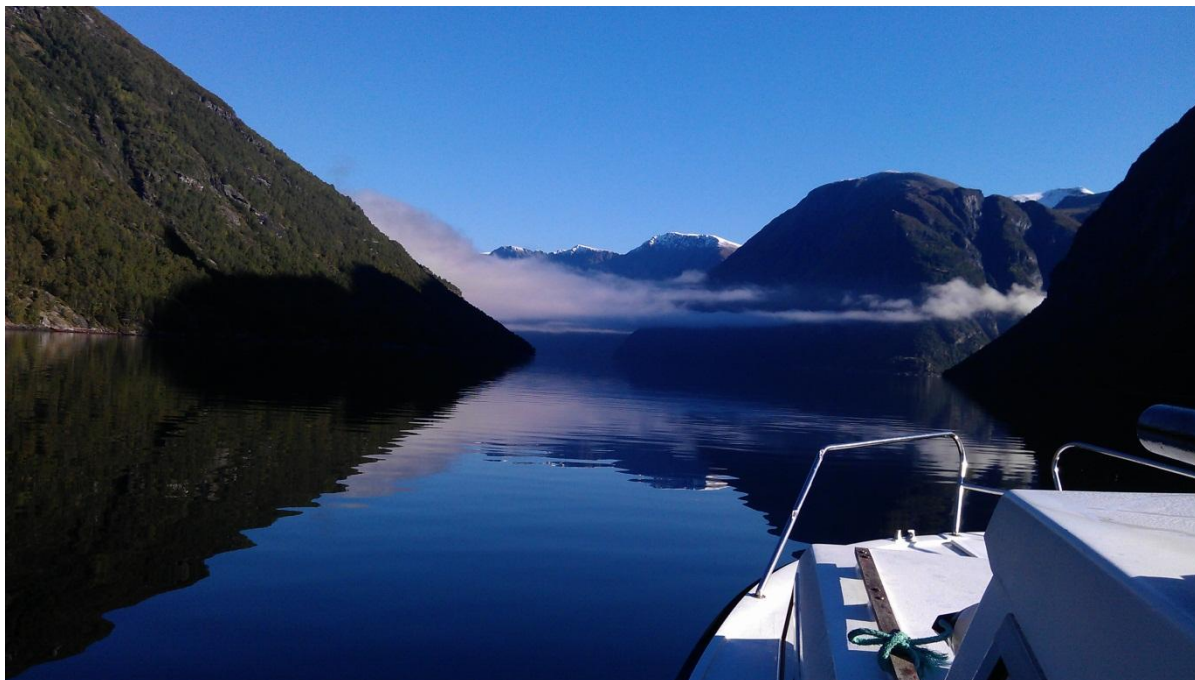


ISF 2013



DRG forum 9 november 2012

Overordnet blick – ISF 2013

- Små endringer var varslet: konsekvenser for
 - grupperingslogikk
 - «helsepersonellregelen»
 - kostnadsvekker
- NPK
- KMF
 - 2013 = 2012

ISF 2014 – foreløpige planer

- Større endringer vurderes innført, herunder
 - Innføring av «CC/MCC»-logikk
 - Helsepersonell-regelen
 - Rehabilitering
- Det skal gis tidlig informasjon om 2014-endringer!
- Bedre kontrollregime under arbeid
 - KMF og 429 kommuner
 - Mange saker i avregningsutvalget

DRG systemet 2013 - hovedtrekk

- Små endringer fra 2012
- Den største endringen i fellesnordisk system gjennomføres ikke i norsk versjon 2012 (gjelder revisjon av komplikasjonsegenskapene – ca 50 mister CC-egenskap, ca 430 endrer CC-egenskap, ca 770 får ny cc-egenskap)
- Endring i det fellesnordiske samarbeidet – får betydning for Norge for 2014-arbeidet

Viktigste nasjonale endring: Stråleterapi

- Tre DRGer for planlegging og forberedelse til stråleterapi innføres.
 - 850A Poliklinisk kontakt for ordinær planlegging av stråleterapi
 - 850B Poliklinisk kontakt for planlegging av stråleterapi med IMRT eller andre spesielle metoder
 - 850C Poliklinisk kontakt for enkel simulering og annen planlegging av stråleterapi
- Rapporteringsregler vedr planlegging (kap 5.4.3 i foreløpig regelverk)
- Nyansering av NCMP understøtter den nye løsningen (flere koder for planlegging)

ISF - premisser for 2013

- Kun mindre justeringer og endringer i ISF-regler og DRG-logikk
- Innføringen av Kommunal medfinansiering gjør at ISF-ordningen holdes rimelig i ro
- Flere interessenter- viktig med kommunikasjon og forankring av større endringer
- Flere endringer i 2014 - informasjon og forankring så tidlig som mulig

Helsepersonellreglene

- 99 % av alle konsultasjoner er med i ISF grunnlaget.
- Reglene for inklusjon av polikliniske kontakter i beregningsgrunnlaget for ISF videreføres slik de har vært i 2012
- Vurdere ytterligere utvidelse i 2014



Øvrige endringer i ISF 2013

Enkelte kontakter med spesialisthelsetjenesten vil tas ut av refusjonsgrunnlaget:

- Nevrofysiologiske kontakter (basert på takst 702a-g)
- Kontakter med hovedtilstand Z76.8 Kontakter med helsetjenesten under andre spesifiserte omstendigheter og Z76.9 Kontakter med helsetjenesten under uspesifiserte omstendigheter
- Kontakter med hovedtilstand Z02.4 Undersøkelse for førerkort

Unødig oppsplitt av opphold

Fra regelverket:

«Behandlingsepisoder skal ikke splittes opp i flere opphold med den hensikt å øke refusjonsgrunnlaget».

- Ved behov for å angi flere helsepersonellgrupper, bruker man slik registrering framfor å splitte opp opphold for å synliggjøre at flere har deltatt.

Poliklinisk rehabilitering - presisering

«Det presiseres at rehabiliteringsprogram som i hovedsak er gruppebaserte (mer enn 50 prosent av opplegget) ikke oppfyller kravene til å benytte koden Z50.9. Det er egne regler knyttet til gruppebasert opplæring, jfr kapittel 5.12.3.»



Innlagt i psykiatrisk sykehus – ISF refusjon?

- «Dersom en pasient er innlagt i psykiatrisk sykehus, kan det ikke kreves finansiering gjennom ISF for somatisk helsehjelp». – kap 5.26 i foreløpig regelverk.



Ingen endring i forhold til 2012 – avsnittet tas ut, og problemstillingen utredes ytterligere.

Nyfødte - presisering

- «Det presiseres i regelverket at det kun er friske nyfødte som skal kodes med Z38.- som hovedtilstand. For syke nyfødte gjelder ordinære regler for bruk av tilstands- og prosedyrekoder.»



Tilføyelse i forhold til foreløpig regelverk: «Z38.- benyttes som bitilstand i disse tilfellene».

Særkode – presisering

- Dersom et legemiddel angitt i kap 5.10 har særkode skal denne benyttes framfor ATC-kode, inntil ny beskjed blir gitt. Det er foreløpig tekniske utfordringer i DRG logikken knyttet til bruk av ATC koder



Palliativ behandling – bruk av Z51.50

- Z51.50 «brukes for å identifisere behandling ved palliativt senter», og krever en særskilt måte å organisere den palliative behandlingen på- jfr ISF-regelverket
- Palliasjon er i denne sammenheng noe mer enn god medikamentell smertelindring, eller en enkeltkontakt
- En alternativ kode er Z51.5 som ikke har disse strukturelle kravene

Behandling ved palliativt senter (palliativ enhet eller palliativ team)

- Teamet har ansvar for den palliative behandling av pasienten. Vurderer pasient i samarbeid med pasient, primærhelsetjeneste og pårørende
- Individuell palliativ behandlingsplan (dokumenteres i journal), palliativ behandling og oppfølging
- Palliativt team kan også utøve sitt ansvar i samarbeid med øvrig helsepersonell både når pasient er innlagt ved egen palliativ enhet, i øremerkede senger, ordinære avdelinger, i institusjon eller hjemme (ambulant dagbehandling)
- Jfr. regelverket for spesielle betingelser for bruk av Z51.50

Tilsyn/ palliativ vurdering




I tilfeller der en av teamets medlemmer gjør en selvstendig konsultasjon utenfor de strukturelle kravene som stilles skal ikke Z51.50 benyttes, og særskilt tilleggsfinansiering kan ikke utløses

Krav til inklusjon i ISF beregningsgrunnlaget

RHFene må søke Helsedirektoratet om evt «ny» aktivitet til ISF

Med «ny» menes

- Pasientbehandling som tidligere finansiert på annet vis
- Opprettelser av nye avdelinger, ny enhet og ny poliklinikk  Gjelder ikke ved rene «organisatoriske» endringer

«Ny» og ikke godkjent aktivitet skal **ikke** registreres og rapporteres som ISF-aktivitet til NPR (se kap. 4.3 i foreløpig ISF-regelverk)

Pasientadministrert medikamentell kreftbehandling (tabletter, mikstur, sprøyter)

- Dersom en kur gjennomføres utelukkende som pasientadministrert behandling (hjemme eller tilsvarende) gjelder
 - Om kostnaden til medikamentene som inngår i kuren dekkes over de regionale helseforetakenes budsjett, registreres Z-kode som hovedtilstand etter kurens gruppetilhørighet
 - Om kostnaden til medikamentene som inngår i kuren dekkes av andre, for eksempel folketrygden, skal Z-kode *ikke* registreres. Kode for aktuell kreftsykdom eller annen behandlingsindikasjon skal da registreres som hovedtilstand

Kostnadsveker ISF 2013

Oppdaterte kostnadsveker er publisert i vedlegg A i regelverk for ISF 2013



- Kostnadsvektene er basert på kostnads- og aktivitetsdata 2011
- Det er de samme enhetene som inngår i kostnadsvektsarbeidet som i fjor (11 stk som dekker omkring 60% av all ISF aktivitet)

Nytt i 2013:

- Mindre justeringer i beregningsmodellen:
 - Kostnad for utskrivingsklare liggedager er tatt ut
 - Justeringer i operasjonsfordelingsnøkkelen
 - Oppdaterte kostnader for implantater
 - Flere prosedyrekostnader er inkludert i beregning i poliklinikken (andel særskilte kostnader økt fra 2-12%)
 - Kostnadsvektene bygger på vektet gjennomsnittskostnad per DRG
- (Kostnader til dyrt medisinsk forbruksmateriell er foreløpig ikke innarbeidet i fordelingsnøkkel operasjon)

Vektet gjennomsnitt per DRG

- Vektet gjennomsnittskostnad benyttet som grunnlag for vektene
 - For sykehus som har minst 5 opphold i DRGen
- Kostnader for sykehus som har mange opphold i DRGene teller mer
- Forventer at ny metode vil gi mer stabilitet over tid
- Forutsetter at kostnadene er fordelt korrekt til de ulike oppholdene/aktivitetene



Poliklinisk stråleterapi

- Kostnadsberegnet for første gang for 2012
 - Medførte nær 60% reduksjon av kostnadsvektene
- PlanleggingsDRGene innført i 2012, men gir ikke ISF-refusjon i 2012
- Ny gjennomgang av kostnadsgrunnlaget i år



Kostnadsvekter for planleggingsDRGene

- For 2013 er 10% av rapporterte kostnader fordelt til planlegging – 90% til behandlingsaktivitet
- Vektene for DRGer for planlegging av stråleterapi vil trappes opp gradvis
- På sikt vil forholdet bli nærmere 50/50 i tråd med antatt ressursfordeling

Effekt av nye vektorer per aktivitetsområde:

	2012-vekt	2013-vekt	Endring	I prosent
Dag/døgn	1 140 847	1 146 763	5 916	0.52 %
Poliklinikk	162 867	160 568	-2 300	-1.41 %
Stråleterapi	11 594	11 487	-107	-0.93 %
Posedialyse	2 196	1 906	-290	-13.21 %
Total	1 317 504	1 320 723	3 219	0.24 %

Effekt av nye vekter - DRG-type

DRG-type	2012-vekt	2013-vekt	Endring	I prosent
	217 350	216 049	-1 302	-0.60 %
Kirurgisk	566 738	575 361	8 623	1.52 %
Medisinsk	533 416	529 313	-4 103	-0.77 %
Total	1 317 504	1 320 723	3 219	0.24 %

KMF reduseres med 0,9 prosent

Hoveddiagnosegruppe	2012-vekter	2013-vekter	Endring	I prosent
Sykdom i nervesystem	94 492	97 578	3 086	3.3 %
Øyesykdom	34 004	32 725	-1 279	-3.8 %
Øre/nese/halssykdommer	41 107	42 363	1 256	3.1 %
Sykdom i åndedrettsorgan	116 746	114 394	-2 352	-2.0 %
Sykdom i sirkulasjonsorgan	176 677	161 503	-15 174	-8.6 %
Sykdom i fordøyelsesorgan	109 349	110 645	1 297	1.2 %
Sykdom i lever, galle, bukspyttkjertel	32 731	34 774	2 043	6.2 %
Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev	233 559	237 024	3 465	1.5 %
Sykdom i hud og underhud	30 458	31 310	852	2.8 %
Indresekretoriske, ernærings- og stoffskift	29 937	28 267	-1 670	-5.6 %
Nyre- og urinveissykdom	66 621	67 133	511	0.8 %
Sykdom i mannlige kjønnsorganer	18 197	19 273	1 076	5.9 %
Sykdom i kvinnelige kjønnsorganer	32 690	35 581	2 891	8.8 %
Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel	49 510	49 448	-62	-0.1 %
Nyfødt m/tilst. i perinatalperioden	54 730	54 626	-104	-0.2 %
Sykdom i blod, bloddannende org og immu	9 622	10 232	611	6.3 %
Myeloproliferative sykdommer og lite diff	59 615	61 115	1 500	2.5 %
Infeksiøse og parasittære sykdommer	30 433	29 261	-1 172	-3.9 %
Psykiske lidelser og rusproblemer	9 181	9 450	269	2.9 %
Skade, forgiftning etc.	12 156	12 902	746	6.1 %
Forbrenninger	1 663	1 932	269	16.2 %
Faktorer som påvirker helsetilst - annen k	50 906	54 679	3 773	7.4 %
Signifikant multitraume	3 961	3 795	-166	-4.2 %
Sykdommer i bryst	14 266	15 593	1 328	9.3 %
Utenom hoveddiagnosegruppene	4 890	5 117	227	4.6 %
Total	1 317 502	1 320 721	3 219	0.2 %

Sørge for ansvaret – eksklusiv pasientadministrerte:

Pasientregion	2012-vekt	2013-vekt	Endring	I prosent
Helse Vest	263 876	265 063	1 187	0.45 %
Helse Midt-Norge	190 642	191 188	546	0.29 %
Helse Nord	131 171	132 003	832	0.63 %
Helse Sør-Øst	731 816	732 469	653	0.09 %
Total	1 317 504	1 320 723	3 219	0.24 %

Endring per sykehusregion:

Sykehusregion	2012-vekter	2013-vekter	Endring	I prosent
Vest	257 147	258 779	1 632	0.63 %
Midt	183 071	183 635	564	0.31 %
Nord	122 342	122 908	566	0.46 %
Annet	21 691	20 876	-815	-3.76 %
Sør-Øst	732 725	734 007	1 281	0.17 %
Privspes	527	519	-8	-1.60 %
Total	1 317 504	1 320 723	3 219	0.24 %

Foreløpig NPK 2013

- Publisert på Nirvaco sine sider (beskrivelse av versjonen finnes på www.helsedirektoratet.no)
- Inneholder nye kostnadsveker
- Inneholder ikke oppdatert DRG logikk – men små endringer fra 2012 gjør det uproblematisk å bruke denne fram mot årsskiftet



Mer informasjon på

<http://helsedirektoratet.no/finansiering/isf/Sider/default.aspx>