

Hvorfor DRG og hvordan er sammenhengen mellom DRG og KPP

Ulf Ljungblad
M.D.Ph.D.

- Without cost per patient (CPP) there had been no DRG:s.
- It is no use using DRG without CPP.

- DRG-systemet kommer fra USA
- Har sin bakgrunn i kostnad per pasient (KPP)
- Uten KPP ingen DRG

- DRG-systemet ble konstruert med utgangspunkt i det gamle "billing-systemet" i USA

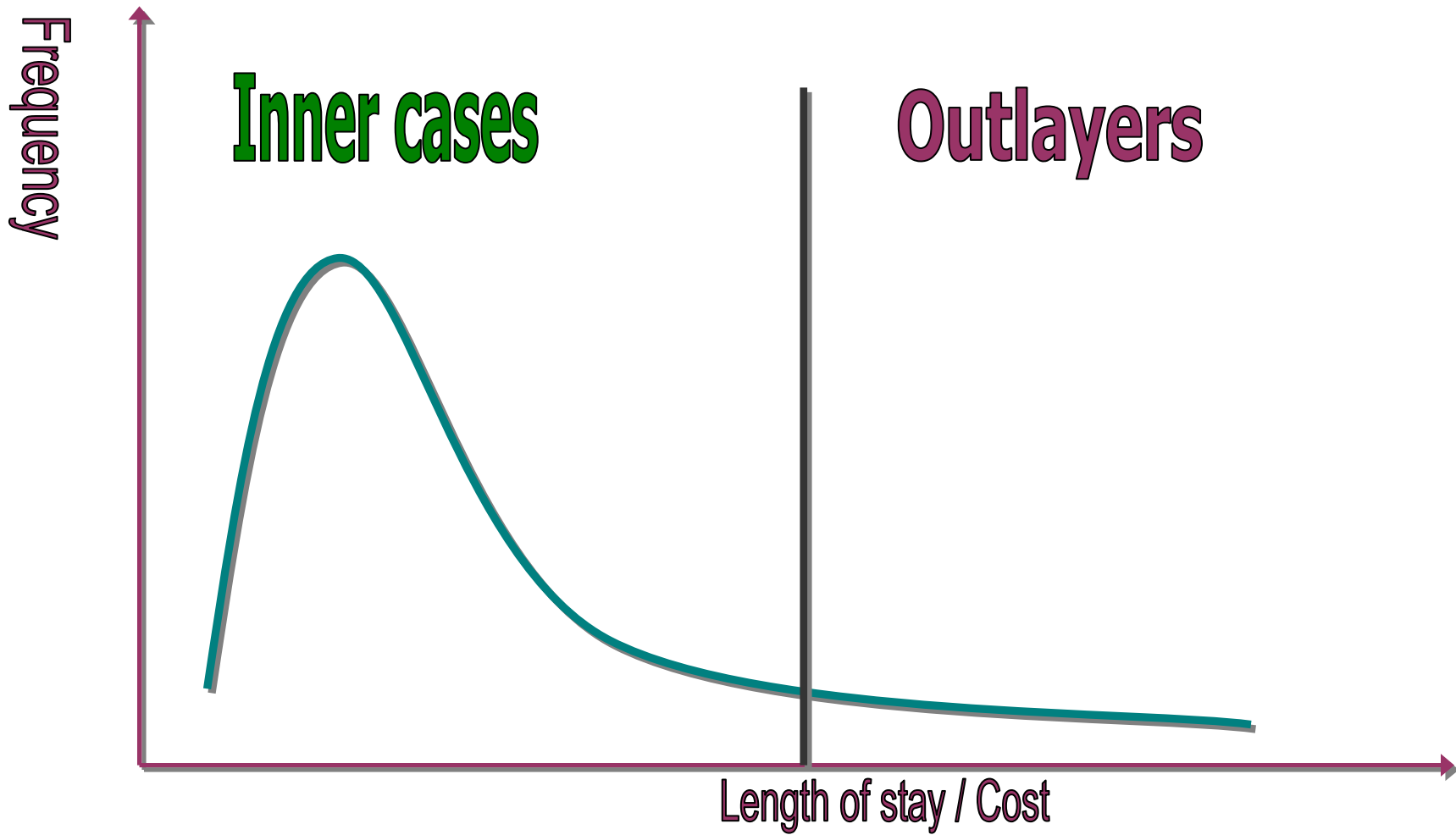
- Fetter & Mullin utviklet DRG-systemet i knapt 500 kliniske og ressursmessige homogene grupper, med utgangspunkt i mer enn 15.000 diagnoser og operasjonskoder

Fetter & Mullins...

.....deres tanke var å identifisere de dyre pasientene

- Blant de dyre pasientene trodde man at det fantes store kvalitetsbrister
- Man trodde at DRG-systemet kunne anvendes som et kvalitetssikringssystem

NB! Det var initialt ingen tanke for at dette skulle brukes som et finansieringssystem



I dag er en DRG-gruppe ofte synonymt med
en behandlingslinje / clinical pathway

- KPP er en modell som uttrykt i et datasystem automatisk med hjelp av ulike forsystem fanger opp kostnadene til hvert sykehusopphold

DRG har to sider

- Kostnadsinformasjon
 - For å vite hva et DRG koster å produsere, så beregner 16 sykehus i Sverige KPP
 - I USA beregner nesten alle sykehus KPP
 - Utviklingen i Sverige går mot at alle sykehus kommer til å bruke KPP
- Medisinsk klassifisering
 - Rett diagnose og bidiagnose gir rett DRG

Hva er DRG-vekten 1,0

- Vekten 1,0 er den gjennomsnittlige kostnaden av alle sykehusopphold i et land eller en region
- DRG-vekten skal avspeile gjennomsnittlig ressursbehov for å stille diagnose og behandle pasienten

DRG refusjon

I USA

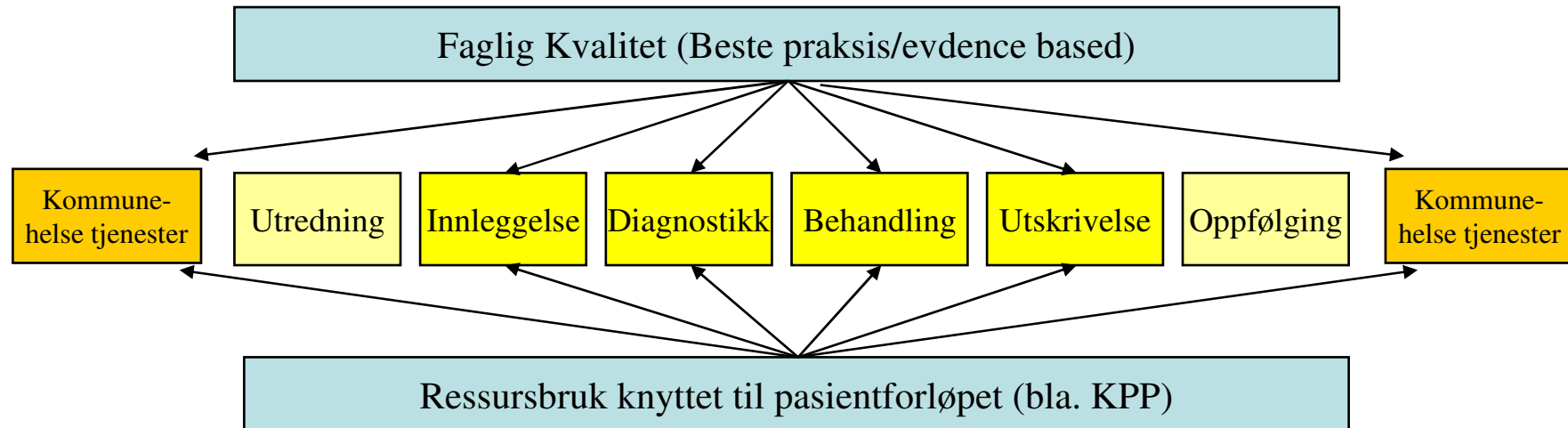
- er DRG-refusjonen år for år selvregulerende ved at det kontinuerlig skjer en kostnadseffektivisering pga endret behandling.
- denne kostnadseffektiviseringen får aldri redusere kvaliteten i behandlingen

- Forskjeller i kostnader innen samme DRG beskriver forskjeller i medisinsk praksis.
- Forskjeller i medisinsk praksis er den største årsaken til kostnadsforskjeller mellom ulike avdelinger, sykehus, regioner og land

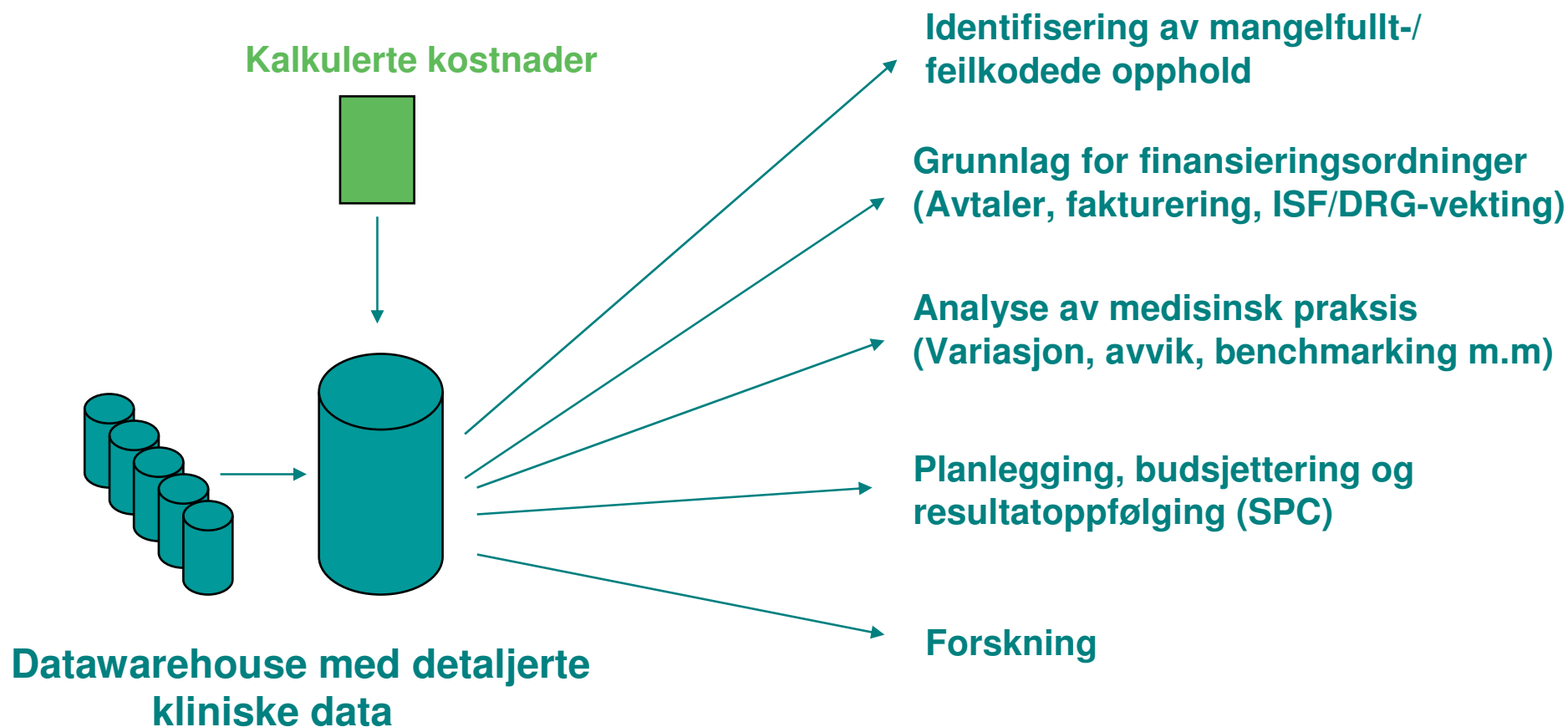
- I et finansieringssystem må det ikke finnes nasjonalt lønnsomme pasienter – det er uetisk
- Legens valg av medisinsk behandling får kun baseres på medisinske vurderinger, aldri økonomiske vurderinger

Kjernevirksomheten

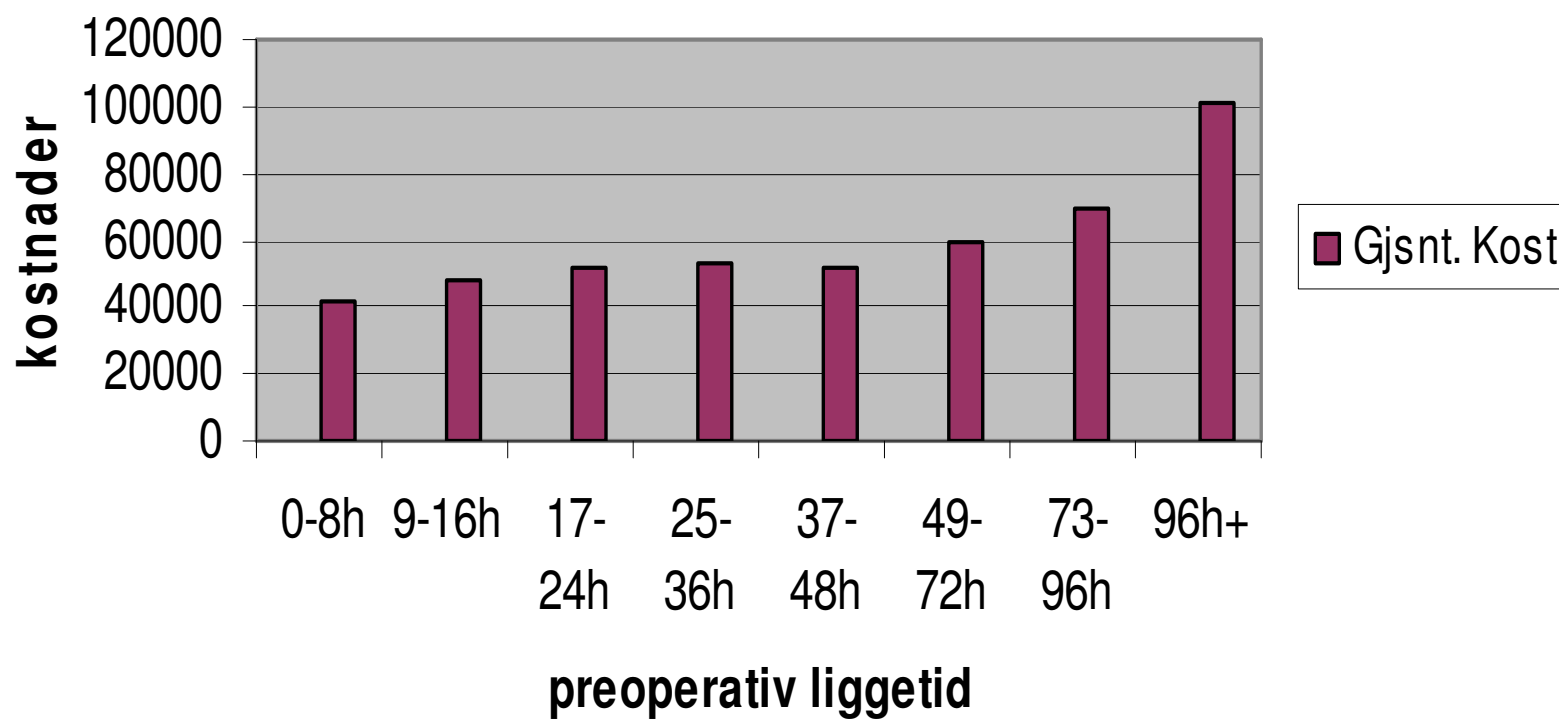
Hva er viktig å måle på???



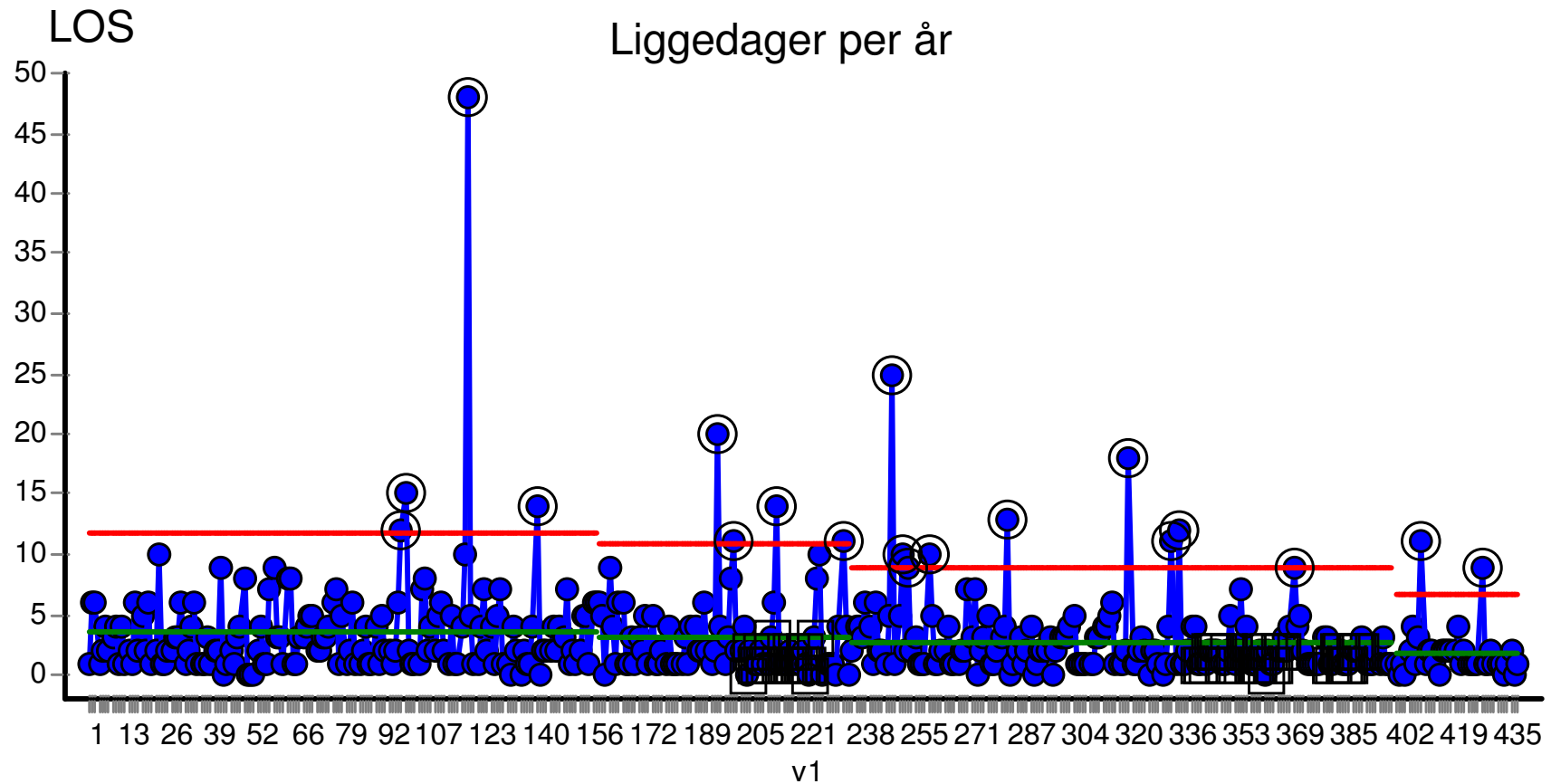
Hva er KPP og hva kan det anvendes til?



preoperativ liggetid FCF i forhold til total kostnader for sykehusoppholdet



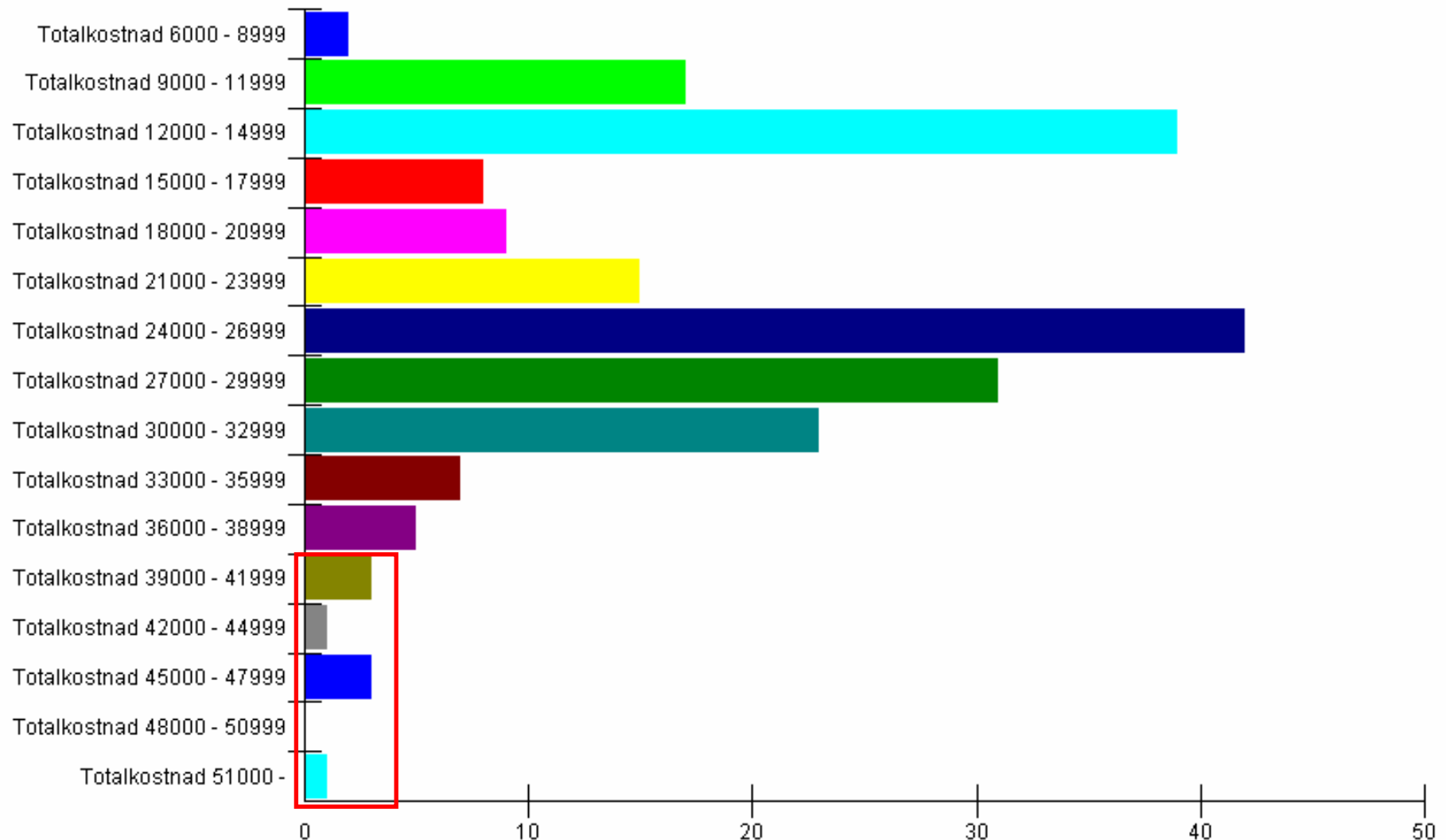
Bronkiolitt barn 2002 - 2005 (jan,feb, mar og dec)



EpiData Analysis Graph

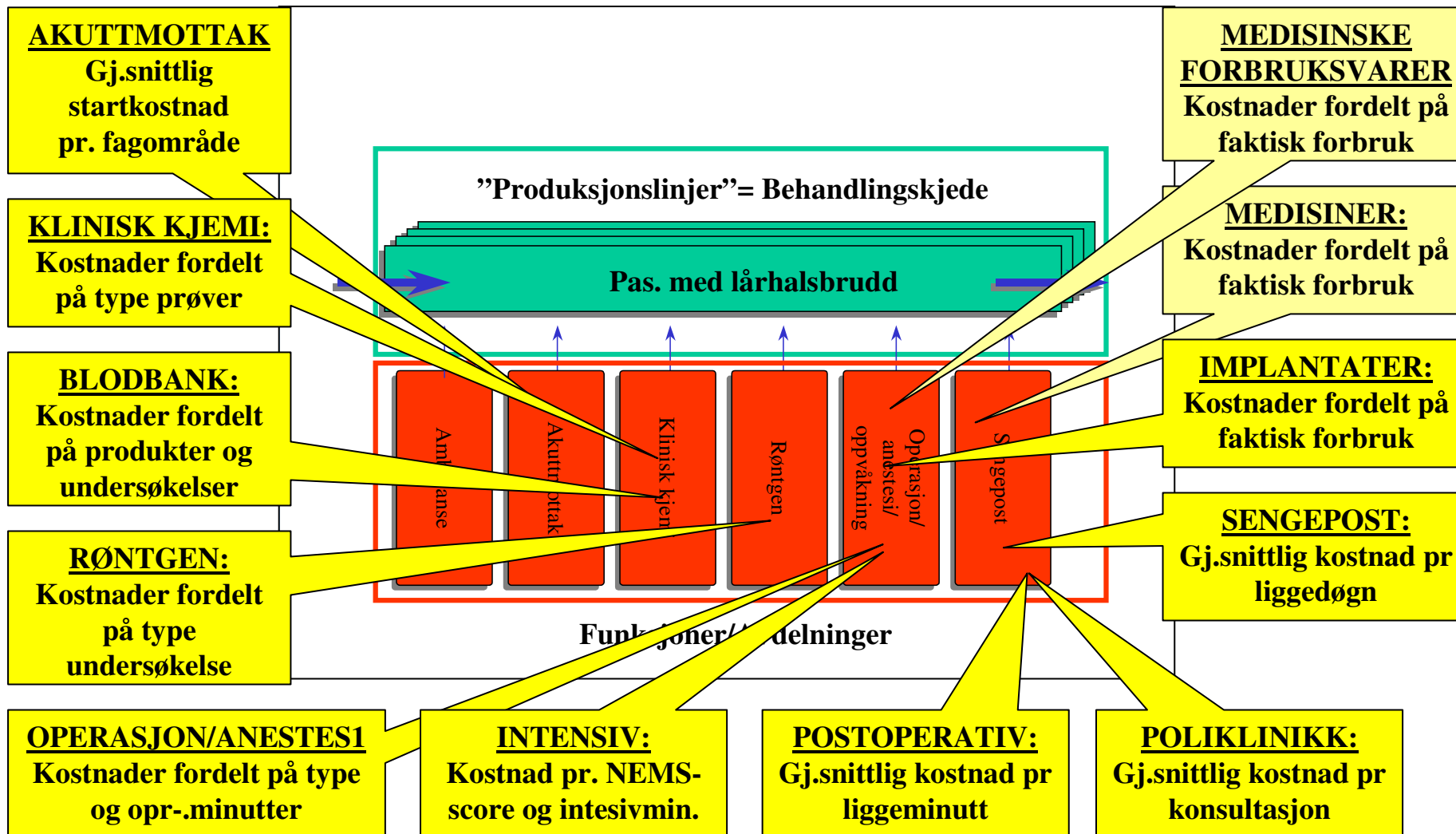
Ytterfalls-analyser

Fordeling kostnadsintervall



Kostnadsytterfall

- Kostnadsytterfall må alltid refunderes spesielt ut fra aktuell kostnad pga
 - Ytterfallens andel av kostnader på universitetssykehus er 25-30%
 - Ytterfallens andel på sentralsykehus er ca 15%
 - Ytterfallens andel på lokalsykehus er ca 5%



KPP-systemet

mulig å følge ressursbruk for hver pasient og sammenligne pasienter innenfor samme DRG

- Preoperativ liggetid (Timer)
- Strykninger på operasjoner
- Utskrevet som død
- Variasjon i ressursbruk innen homogene pasientgrupper (DRG)
- "Outliers"
- Bruk av undersøkelser
- Bruk av lab. prøver
- Når på døgnet innlagt
- Avviksmelding
- Reinnleggelse med samme hoveddiagnose innen 30 dager
- Antall sykehusopphold siste 12 mnd
- Komplikasjonskoder
- Bruk av intensiv senger
- Bruk av respirator/CPAP
- Liggetid
- Samme dags innleggelse
- Totale kostnader for hver pasient
- Mulighet for å granske outliers

Detaljerte grunnlagsdata per pasient og pasientgruppe

Detaljert resursanvändning

Blodbank Klinisk kjemi Operasjon/Anestesi Røntgen Sengepost

Datum:	Klass:	Kod:	Namn:	N	Kostn/enhet:	Detaljer:	Text 1	Nr 1	Text 2
10.06.02	Blodbank	BlodB-L047	Dublett svar	1,00	10,00 (ingen)				
		BlodB-L021	Type & Screen	1,00	117,00 (ingen)				
		BlodB-L003	Blodtyping (ABO/RH)	1,00	15,00 (ingen)				
	Klinisk kjemi	KemL-5-USEPK	U-Stixundersøkelse	1,00	25,00 (ingen)				
		KemL-5-NA	S-Natrium	1,00	25,00 (ingen)				
		KemL-5-K	S-Kalium		25,00 (ingen)				
		KemL-5-KREAT							
		KemL-5-...							
		K...							
	Røntgen								
	Sengepost								
11.06.02	Blodbank								
		BlodB-DD5							
		BlodB-L009	Elek...						
		BlodB-L046	Returtaking	1,00	10,00 (ingen)				
	Klinisk kjemi	KemL-5-HB	B-Hemoglobin	1,00	25,00 (ingen)				
		KemL-5-EVF	Koden saknas	1,00	0,00 (ingen)				
		KemL-5-HB	B-Hemoglobin	1,00	25,00 (ingen)				
		KemL-5-EVF	Koden saknas	1,00	0,00 (ingen)				
	Operasjon/Anestesi	3	ressurskr opr	1,00	17 960,00 (ingen)	NGB40			
		An-S	Anestesityp P	1,00	0,00 (ingen)				
		An-1	Anestesityp 1	1,00	0,00 (ingen)				
		Op/An-Tid	Seansminutter	15,00	45,00 (ingen)				
	2,00	0,00 (ingen)				

Pasienten er det databærende elementet

Tidsserier... Skriv ut... Kopiera Spas... etter Klasse Stäng

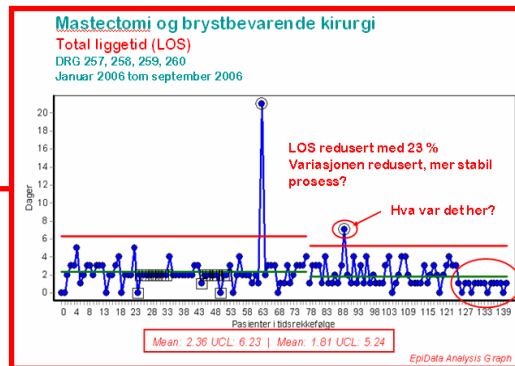
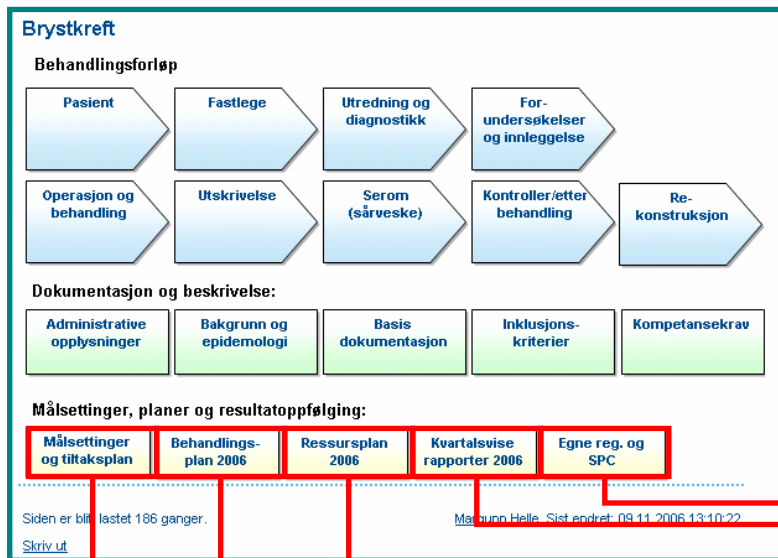
Start KPP_Overordnet be... 2003 skisse utv.pro... Ecomed/OR 5.0... Microsoft Excel - Bo... Microsoft PowerPoi... 20:05

Ledetider, kvalitetsindikatorer og økonomi

Ledetider	Total liggetid	21
	Behandling av søknad	0
	Ventetid	68
	Liggetid på akuttmottaket	
	Preoperativ liggetid	12
	Preoperativ Timer	2
	Postoperativ liggetid	9
	Postoperativ liggetid minutter	365
	Tid etter ferdigbehandlet	0
Kvalitetsindikatorer	Pasienttilfredshet	
	Strykninger på opr.program	0
	Skade/Uhell	0
	Komplikasjon	Komplikasjoner registrert (J)
	Reinnleggelse	Reinnleggelse (J)
	Antal kontakter seneste året	21
Inntekt	Inntekt	30 982
Kostnad	Totalkostnad	108 016
	- Akutmottak/Ambulans	0
	- Sengepost	67 980
	- Operasjon/Anestesi	31 820
	- Implantat	0
	- Postoperativ	2 146
	- Intensiv	0
	- Røntgen	0
	- Klinisk kjemi	345
	- Blodbank	0
	- Patologi	1 530
	- Mikrobiologi	128
	- Poliklinisk konsultasjon	4 067

Et prosessorientert (klinisk)
ledelses- og informasjonssystem
som gjennom å forene fag og økonomi
bidrar til synliggjøring
av sammenhenger mellom
kvalitet på behandling
og ressursbruk

Behandlingslinjer



Publicerede Ecomed Analyser rapporter

Publiceringsinfo

Oppdateret: 30.11.2006

Publicerede rapporter:

- Rapport aktivitet 2006
- Rapport ressursbruk 2006
- Rapport kvalitetsindikatorer 2006

ECO MED

Publicert: 30.11.2006

Utskr. måned	Antall opphold	Gj.snitt liggetid	Total ressursbruk	Refusjon 100% ISF	Totalresultat	Gj.snitt ressursbruk	Gj.snitt Resultat per 100% opphold ISF
01 Januari	22	2,0	587 723	590 712	22 990	25 806	26 851
02 Februari	19	1,7	456 089	505 619	49 520	24 005	26 612
03 Mars	27	1,6	631 017	664 219	33 202	23 371	24 601
04 April	22	2,4	584 747	566 532	-19 214	26 579	25 751
05 Maj	32	1,3	721 877	857 390	135 513	22 559	26 793
06 Juni	22	1,8	528 697	726 132	198 465	23 939	33 006
07 Juli	13	1,9	408 666	344 276	-64 390	31 436	26 483
08 Augusti	17	1,2	392 125	490 659	98 534	23 066	26 962
09 September	18	0,9	316 715	429 641	112 827	17 595	23 063
10 Oktober	14	0,6	266 496	367 099	100 603	19 035	26 221
*Total:	206	1,6	4 872 131	5 542 181	670 050	23 651	26 904

Målsettinger og tiltaksplan

Overordnede målsettinger (2-5 år)

- Lik informasjon til pasientene.
- Bedre oppdatert statistikk.
- Trippeldiagnostikk samme dag, samme sted.
- Ikke sykligjøre pasienten mer enn nødvendig (LEON).

Resultatmål (før neste revisjon/innneværende år)

- Kortere gjennomsnittsopphold.
- Asjourn med databasen.
- Flere fornøyde pasienter (spørreundersøkelse).

Forbedrings tiltak (se tiltaksplan)

- Korrekt informasjon som gir pasientene kortere oppholdstid.
- Sjekkliste for informasjon gitt av lege.
- Brystdiagnostisk senter (BDS).
- Lettpost, pasient hotell.

Behandlingsplan 2006

Alle pas i DRG 257-262 med primærprosedyre HA, HW eL, PJ042, PJ052

Antall opererte (innlagt) per mnd

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Ok	Nov	Des	Totalt
2005	22	19	21	25	14	23	17	19	18	17	27	14	243
2006	22	19	21	22	32	23	13	17	18	14			208
Avvik	0	0	0	-3	18	-1	-4	-2	-1	-3			-37,0

Antall liggedager per mnd

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Ok	Nov	Des	Totalt
2005	47	46	55	30	27	47	45	41	40	40	53	30	501
2006	44	33	42	53	39	39	25	21	17	9			321
Avvik	-3	-13	-13	23	12	-8	20	-20	-23	-32			-180,0

Gj.snittlig liggetid per mnd

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Ok	Nov	Des	Totalt
2005	2,1	2,4	2,6	1,2	1,9	2,0	2,6	2,2	2,1	2,4	2,0	2,1	2,1
2006	2,0	1,7	1,6	2,4	1,2	1,3	1,9	1,2	0,9	0,6			1,3
Avvik	-0,1	-0,7	-0,9	1,2	-0,7	-0,7	-0,7	-1,0	-1,2	-1,8			-0,8

Pr. mnd politikk

	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Ok	Nov	Des	Totalt
Antall utbedringer													
Antall kontroller													
Totalt													

DATO	Kategori	Kode	Kodetavn	Antall enheter	Kostnad/enhet	Sum (inkl moms)
Dagn 1	Klinisk sykepleie		S-Carell (senior) pasienter (L2)	1	13,00	13,00
			S-Akuttid (statistikk) (ALP)	1	13,00	13,00
			NR	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
Dagn 2	Klinisk sykepleie		S-Carell (senior) pasienter (L2)	1	13,00	13,00
			S-Akuttid (statistikk) (ALP)	1	13,00	13,00
			NR	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00
			S-ekskam	1	13,00	13,00

2. Total ressursbruk basert på behandlingsplan

	2005	2006
Antall opphold		243
Normal kostnad per pasient		kr 22 965
Totalt kostnad "Normalpasienter"		kr 5 560 495
Avvikskostnader (Se merknad)		kr 650 766
TOTALE KOSTNADER INKL. AVVIKSKOSTNADER		kr 6 211 261
Inntekt per pasient (hvis 100% ISF)		kr 27 030
TOTALE INNTEKTER (Hvis 100% ISF)		kr 6 669 656
RESULTAT		kr 458 394

Hvorfor KPP?

- Underlag for den strategiske styringen på helseforetaks- og departementsnivå
- Underlag for sammenligning av kostnader og medisinsk praksis internt i sykehus, mellom sykehus og mellom helseregioner
- Underlag for utarbeiding av kostnadsvekter og DRG-refusjon
- Underlag for den strategiske og taktiske styringen på sykehus- og avdelingsnivå