

Diagnoserelaterte grupper og neonatalkirurgiske pasienter

AKTUELT PROBLEM

AGNETE BACHE-WIIG MATHISEN

Senter for epidemiologi og sykehusstatistikk
Rikshospitalet
Sognsvannsveien 20
0027 Oslo
og
Senter for helseadministrasjon
Universitetet i Oslo

STEIN VAALER

Senter for epidemiologi og sykehusstatistikk
Rikshospitalet
Sognsvannsveien 20
0027 Oslo

EINAR AMLIE

Analyseenheten
Lovisenberg Diakonale Sykehus
0456 Oslo

Etter innføring av innsatsstyrt finansiering basert på diagnoserelaterte grupper (DRG) er det av betydning å finne frem til en god registrering av hoveddiagnose, bidiagnoser, prosedyrekoder, alder, kjønn og utskrivningsstatus gir et realistisk grunnlag for delfinansiering av somatiske sykehus.

Eksisterende kodeverk dekker ikke alle spesialiteter like godt, spesielt gjelder dette innenfor nyfødtdisin, kreftbehandling og rehabilitering. Vi har utviklet en prospektiv metode for registrering av faktiske kostnader relatert til den enkelte pasient.

Hensikten med denne registreringsmetoden var å teste elementer som har betydning for hva en pasient faktisk koster. I tillegg ble det undersøkt de ulike pasientgruppers ressursbehov basert på at sykehusoppholdet ble inndelt i tidstyper. Tidstypene var tung intensivtid (TIT), lett intensivtid (LIT), intermediaærtid (IMT) og vanlig sengeposttid (VSP). Tidsforbruk på operasjon og samt ulike prosedyrer og kostnader for materiell ble registrert separat.

Metoden ble anvendt til beregning av faktiske kostnader for nyfødte med medfødte livstruende tilstander i gastrointestinale og urinveier. Pasientene har behov for umiddelbar moderne høyteknologisk behandling, noe som stiller store krav til medisinske og sykepleiefaglig spisskompetanse.

Gjennomsnittskostnaden for enkeltpasienten var kr 291 181, mens gjennomsnittsinntekten var kr 100 390. Dette gir en overskudd på kr 190 970 per pasient.

Kostnadsarbeidet har vist at dagens DRG-system ikke passer for denne pasientgruppen. Imidlertid har kompleksiteten i systemet gitt mulighet for testing av metoden for alle aktuelle elementer. Etter å ha evaluert metoden mener vi den kan benyttes i andre pasientgrupper for å undersøke om DRG-systemet fanger opp sykehusenes reelle kostnader.

Rikshospitalet har en flerregional funksjon innen neonatalkirurgi, som omfatter kirurgi i de første fire leveuker eller innen 44. svangerskapsuke (2). Pasientene er nyfødte med medfødte livstruende tilstander, som har behov for moderne høyteknologisk behandling. De stiller store krav til spisskompetanse både medisinsk og sykepleiefaglig, og de har pårørende med et spesielt oppfølgingsbehov. Med dagens kodepraksis vil de sortere under ulike medisinske fagområder og er således ikke definert som en egen gruppe.

Hensikten med denne undersøkelsen var å analysere kostnad ved forskjellige tilstander innenfor neonatalkirurgi og sammenligne mellom faktiske kostnader og refusjon fra innsatsstyrt finansiering og kurdøgn.

Materiale og metode

Pasienter

Utvalget innfatter 20 nyfødte fortløpende innlagt over en periode på 4,5 måneder med medfødte misdannelser i gastrointestinale og urinveier (oesofagusatresi (fem barn), gastroschisis (tre barn), trakeoøsofagial fistel (ett barn), analatresi (ett barn), gallegangsatresi (ett barn), Hirschsprungs sykdom (ett barn), urinveier: (blæreekstrofi (ett barn)), diafragma: (diafragmahernie (ett barn)), myelomeningocele (ett barn)).

barn), samt mekoniumperitonitt (ett barn), nekrotiserende enterokolitt (ett barn) og sakrokokkygealt terratom (ett barn fødeavdelinger til barnkirurgisk seksjon i løpet av første levedøgn. Felles for alle er at det kirurgiske inngrepet ble foret mulig etter at diagnosen var stilt. Prosjektet omfattet sykehusoppholdet ved Rikshospitalet, hvorav flere av pasientene h avdelingsopphold. Den totale kostnad per pasient var for hele sykehusoppholdet og ble relatert til DRG-refusjon og kurt oppholdet. 13 pasienter ble utskrevet til hjemmet, fire til annet sykehus og tre døde etter kort liggetid. Ved utskriving fr avsluttes sykehusoppholdet i forhold til DRG-refusjon selv om pasienten overflyttes til annet sykehus. Det sykehus som generer et nytt sykehusopphold og dermed DRG-refusjon. Prosjektet omfattet ikke reinnleggelser.

Registreringer

Metoden var kvantitativ og prospektiv med oppfølging av pasienter fra innleggelse til utskriving. For hvert opphold ble bidiagnoser samt operasjons- og prosedyrekoder registrert. Opplysninger fra pasientkurve, journal, anesthesi- og operasj fra sykepleiedokumentasjon ble supplert med data fra direkte observasjon og informasjon (3). Datainnsamlingen ble pr én person, men det øvrige personell ved avdelingen var involvert. For selve datainnsamlingen ble det benyttet et registr (avkryssningsskjema) for hver pasient. Dette ble oppbevart sammen med pasientens kurve, behandlingsskjema og sykepleiedokumentasjon, og var dermed lett tilgjengelig i observasjonsperioden. Etter hvert som pasientene ble utskrev datamaterialet kontrollert og de aktuelle parametere ble lagt inn i en anonymisert database. Mye av ressursforbruket til neonatalkirurgiske pasienter var knyttet til kontinuerlig sykepleierobservasjon, oppfølging av forordninger, deltakelse i behandlingsopplegg og ivaretagelse av pårørende. Ved prosjektposten er det kun ansatt sykepleiere, derfor var ingen an personellkategori innenfor sykepleietjenesten berørt av prosjektet.

Begrepet tidstyper er valgt ut fra pasientens ressursbehov, definert som tung intensivtid (TIT), lett intensivtid (LIT), int (IMT) og vanlig sengeposttid (VSP) (tab 1). Pasientens behov for sykepleierressurser ble registrert fra vakt til vakt under sykehusoppholdet og overgangen mellom de forskjellige tidstyper ble vurdert ved hvert vaktskifte.

Tabell 1

Tidstyperegistrering

Tidstype	Ressursbehov	Eksempler
TIT = tung intensivtid	> 1,0 sykepleier per pasient	Pasient under respiratorbehandling, sirkulatorisk, kan ikke forlates uten
LIT = lett intensivtid	0,5 – 1,0 sykepleier per pasient (behovet regnes fra og med)	Pasient i kuvøse (uten respirator), i overvåking, mindre intensivkreven
IMT = intermedietid	0,25 – 0,5 sykepleier per pasient (behovet regnes fra og med)	Fortsatt behov for systematisk opp informasjon/opplæring/medisineri
VSP = vanlig sengeposttid	< 0,25 sykepleier per pasient	Pasienten klarer seg med tilsyn, ste selv, sykepleieren kan ha minst 3 p

All aktivitet som foregikk i operasjonsavdelingen, fra pasienten ble kjørt inn til han/hun ble kjørt ut, ble registrert separ operasjonsavdelingstid (OAT). Alt personell med direkte tilknytning til selve inngrepet ble registrert. Rengjøringsperson portørtjenester og liknende ble ikke spesifisert. Materielle, infusjonsvæsker og blodprodukter med enhetspris over kr 100 pasientens individuelle regnskap.

Alle prosedyrer utover operasjonsavdelingstid ble registrert dersom samlet prosedyretid multiplisert med antall involv overskred 60 minutter. Eksempler på prosedyretyper er spesialisttilsyn, invasive røntgenundersøkelser, innleggelse av s venekateter, resuscitasjon. Den daglige legevisitt, blodprøvetaking, fysioterapi og kortvarige røntgen- undersøkelser er e prosedyrer som ikke ble registrert separat. Medikamenter med en døgnpris over kr 100 ble også registrert separat i pasi individuelle regnskap.

Kostnadsberegning

Kostnadsberegningen baseres på driftsregnskapet for de involverte avdelinger, andel av grunnkostnad, andel av fellesko legelønninger. Kostnadsberegningene gjøres etter følgende fem fordelingsnøkler: utskrivinger, liggedøgn, ansatte, kv IT-terminaler. Administrative utgifter fordeles i forhold til antall utskrivinger (grunnkostnader), utgifter til kjøkken og forhold til antall liggedøgn (felleskostnader), utgifter til renhold og vedlikehold etter antall kvadratmeter gulvflate og ut; antall terminaler. Intern fakturering ble ikke inkludert. Sengeavdelingene og operasjonsavdelingene var egne kostnads til laboratorier og enklere røntgenundersøkelser var lagt til felleskostnader, mens dyrt forbruksmaterielle og omfattende registrert på den enkelte pasient. Operasjonsavdelingens regnskap ble fordelt etter personelltid ved operasjonsavdeling sengeavdelingens regnskap, inkludert lønn til personell (+ leger) ble fordelt i forhold til liggetidstyper.

Døgnkostnadene på sengeavdelingen ble beregnet ved å ta utgangspunkt i kostnadsstedets totale driftsregnskap for 199 andel av grunnkostnad og felleskostnad ble lagt til. Legelønningene ble fordelt mellom sengeavdelinger og operasjonsav faktisk tidsforbruk. For å komme frem til gjennomsnittlig liggedøgnpris, ble de samlede utgifter delt på antall liggedøgn sengeavdeling.

Siden polikliniske pasienter ikke er inkludert i materialet, er utgiftene til poliklinikk holdt utenfor, og man forutsetter at poliklinisk behandling er lik de faktiske inntektene fra poliklinikken. For operasjonsavdelingen ble kostnadene beregnet driftsregnskapet for 1997 med tillegg av prosentvis andel av legelønninger, kirurger og anestesileger. Kostbart forbruksr utstyr benyttet til den enkelte pasient ble trukket ut av driftsregnskapet. Pris per operasjonsavdelingstime/ -person ble l totale operasjonsavdelingskostnader dividert med antall operasjonsavdelings personelltimer hentet fra anesthesiavdeling registreringsystem (NAF-reg). Kostnader knyttet til en prosedyretime ble satt lik en operasjonsavdelings time, dette gj personell som ble involvert i behandling/prosedyre og kom i tillegg til den type ressurs pasienten var registrert i forhold IMT, VSP). Kostnadsstedets vektete liggedager tar utgangspunkt i behovet for personellressurser. Dersom sengeavdelin ut fra et belegg hvor halvparten av pasientene har behov for én sykepleier, mens den andre halvparten har behov for 0,5

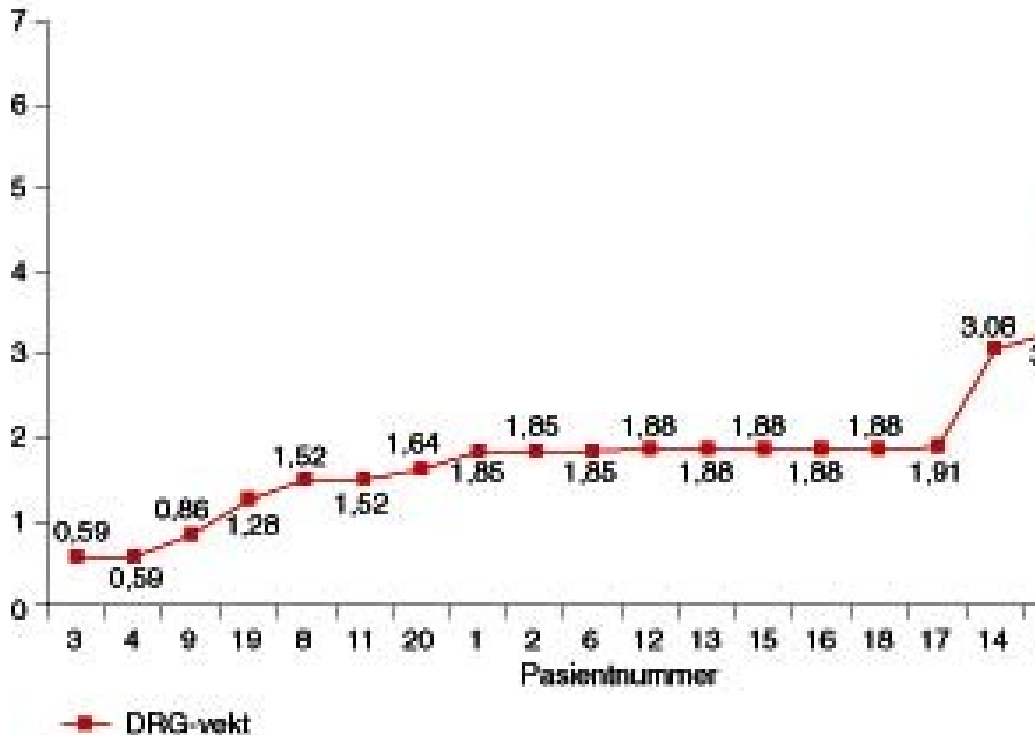
defineres gjennomsnittspasientens behov som 0,75 sykepleier (LIT). Ved å dividere driftsutgiftene med antall liggedøgn frem til gjennomsnittlig liggedøgnpris for denne tidstypen. Forholdet mellom bemanningsfaktoren i de enkelte tidstyper så til grunn for beregning av døgnkostnader for den enkelte pasient.

Kartlegging av faktiske kostnader vurderes i forhold til de inntekter som innsatsstyrt finansiering pluss kurdøgn gir. I D benyttes begrepet trimpunkt (4) som øvre grense for gjennomsnittlig liggetid innenfor en diagnosegruppe. Pasienter på trimpunkt regnes som normalpasienter. For utregning av trimpunkt henvises til Prislister DRG 1999 med kodeveiledning

Resultater

De 20 pasientene (14 gutter og seks piker) som falt innenfor rammen av prosjektet, viste stor spredning innen DRG-vekt poeng, liggetid beregnet som kurdøgn, operasjons- og prosedyrekoder samt behov for sykepleieressurser. Sykehusopphold til 110 døgn. Denne variasjonen i liggetid gjenspeiles i kostnadene.

DRG-vekt



Figur 1 Pasientmaterialets fordeling innenfor DRG-vekter

Av de 20 pasientene ble 17 respiratorbehandlet og 17 hadde behov for kuvøse pre- og postoperativt. 14 pasienter hadde i venekateter. Fire hadde en fødselsvekt under 2 500 g. Hoveddiagnose ble satt relatert til det kirurgiske inngrep, DRG-vekt tilfeller blitt høyere hvis en av bidiagnosene hadde vært satt som hoveddiagnose. Det er den høyeste DRG-vekt for hele sykehusoppholdet som gir Rikshospitalet inntekt; ved flere avdelingsopphold for en pasient, vil inntekten fordeles mellom de involverte avdelingsnøkkel. Kurdøgnets inntekt gis i forhold til liggedager ved den enkelte avdeling.

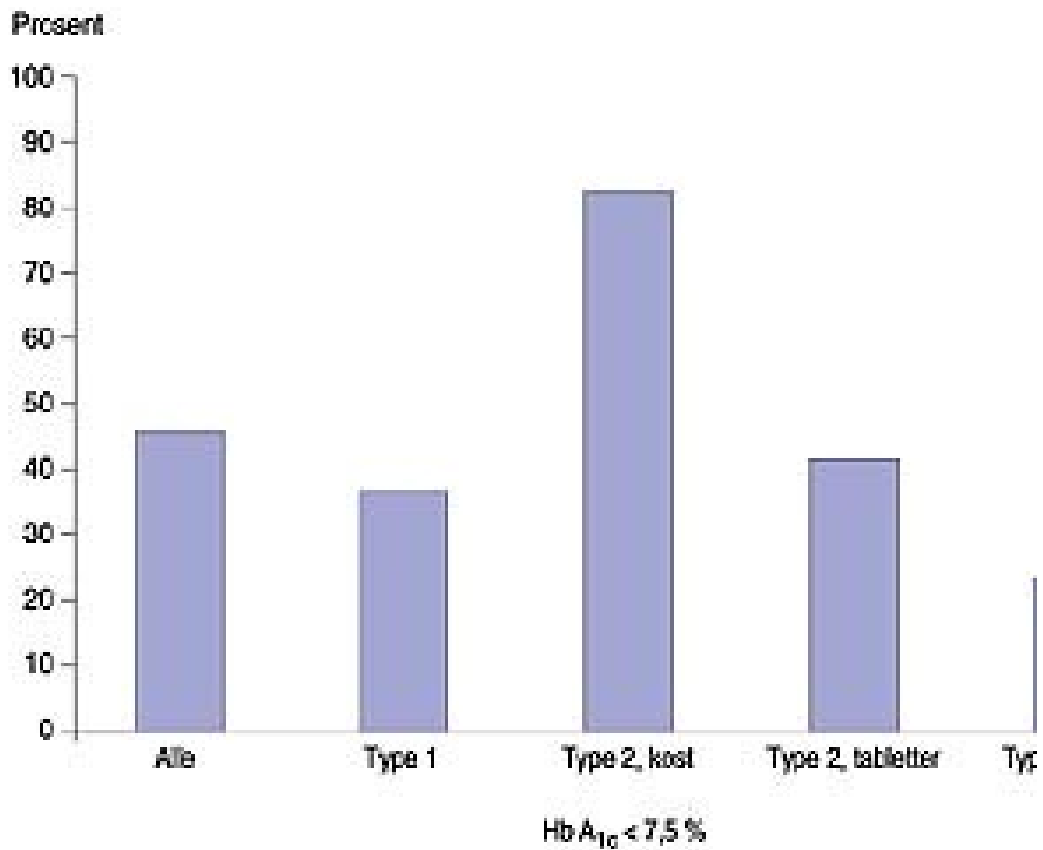
Alle pasienter hadde sitt hovedopphold ved Barnekirurgisk seksjon, seks pasienter hadde også opphold i andre avdeling total oversikt over hele pasientmaterialet. Det ble i tre tilfeller ulik DRG-vekt relatert til avdelingsopphold, da det er den vekt for hele sykehusoppholdet som gjelder, teller disse ikke med ved beregning av inntekt.

Tabell 2

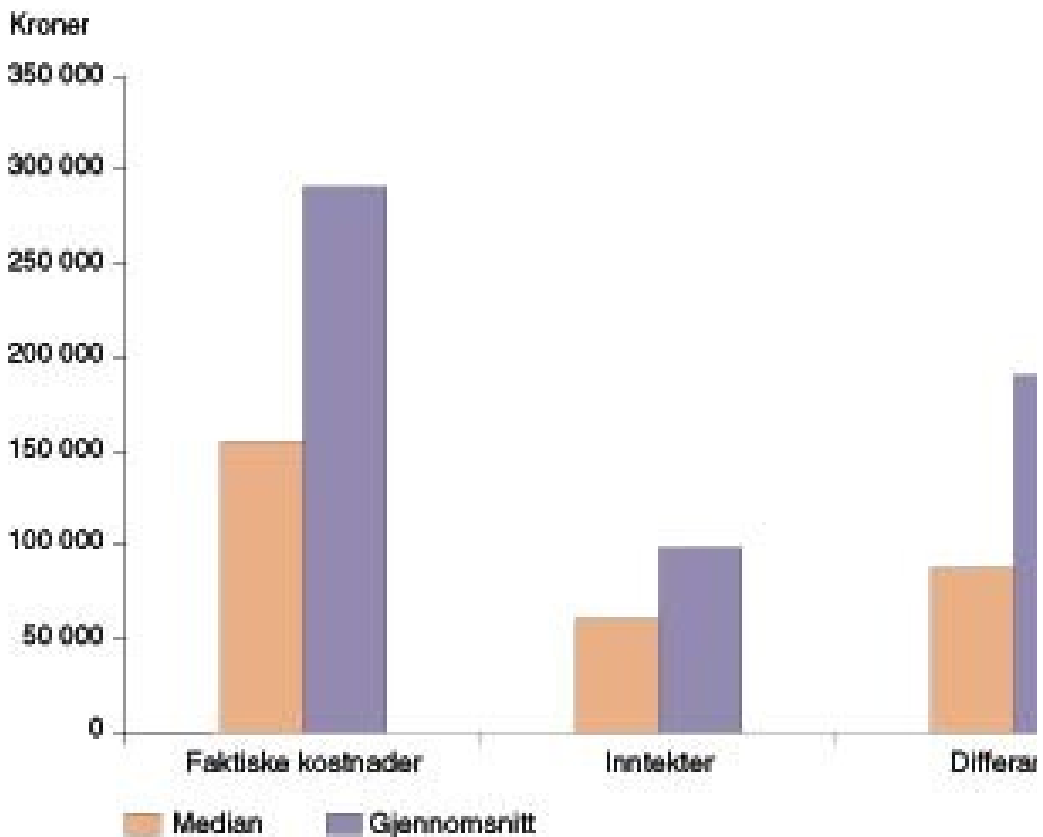
Totaloversikt over pasientmaterialet

Pasient	Fødselsvekt (g)	Apgar-skåre	Svangerskapsalder (uker)	Avdelingsopphold	Hoveddiagnose	Bi-diagnose	Prosedyrkode	Sentralt venekateter	Respirator	Kuvøse	Kjønn
1	3 600	8 – 9	38,5	BII ¹ Nevrokirurgisk enhet	• 741.0 • 741.0	• 770.1 • 770.1	0120, 0350, 0370, 8970, 0301, 0106	÷	+	+	M
2	3 475	9 – 10	38	BII Nevrokirurgisk enhet	• 741.0 • 741.0	• 742.2 • 742.2	0340, L9380 0301	÷	÷	+	K
3	1 895	6 – 8	34	BII	756.7	038.9,765, 998.5,9983	4261, L9380	4261	+	+	M
4	3 380	9 – 9	37	BII	756.7		4261, L9380	4261	+	+	M

5	2 395	3 - 7	33	• BII • AI ²	• 750.3 • 745,1	7455, 747	8454, L9380, 4010, 4407 32304, 32461, 3154	4261	+	+	M
6	1 575	9 - 9	32	BII Nevrokirurgisk enhet	• 741.0 • 741.0	998.9, 7545, 343.0, 765.0	0340, 0370, 0301	÷	+	+	K
7	3 520			BII	751.6		5339, 5100, 4510	4261	+	÷	K
8	3 090	9 - 10	37	BII	777.6	557.0, 788.5, 286.6	4646, 4632, L9380	4261	+	+	M
9	3 200	- ³	40	BII	756.6	770.9	"Beh.koder" 4221, 4335, 4341, 4351, 4371	4261	+	+	M
10	3 830	7 - 9	-	• BII • AI	• 751.2 • 7474	7512	4711, L9380, 4010, 4991, 4770, 4669, 32304, 30152, 32461	4261	+	÷	M
11	2 940	9 - 10	40	BII	777.5	777.6, 038, 775.6, 779.0, 774,6	4649, 4510, 4711, 4710, L9380	4261	+	+	M
12	2 320	6 - 8	35	BII	750.3	774.2, 767.2, 754.2, 765.1	3342, 2854, L9380	4261	+	+	K
13	3 240	9 - 9	39	BII	750.3	-	3342, 2853, L9380	4261	+	+	M
14	3 300	9 - 9	-	BII	751.3	-	4711, 4889, L9380	÷	÷	÷	M
15	3 080	9 - 9	39	BII	750.3	-	3342, 2854, L9380	4261	+	+	K
16	2 640	5 - 3	38	BII	750.3	-	2859, 2860, 3305, 2149, L9380	÷	+	+	M
17	3 400	8 - 9	-	BII	753.5	752.6	6357, L9380	4261	+	+	K
18	3 170	9 - 9	39	BII	750.3	-	3342, 2854, L9380	4261	+	+	M
19	4 065	9 - 9	38	BII	-	-	4899, L9380	÷	÷	+	M
20	2 780	9 - 9	36	• BII • BKI ⁴	• 756.7 • 038.9	038.9	4261, L9380	4261	+	+	M
<ul style="list-style-type: none"> • ¹ Barnekirurgisk seksjon • ² Thoraxkirurgisk intensiv enhet • ³ Ingen tall • ⁴ Barneklubben - nyfødtintensiv enhet 											

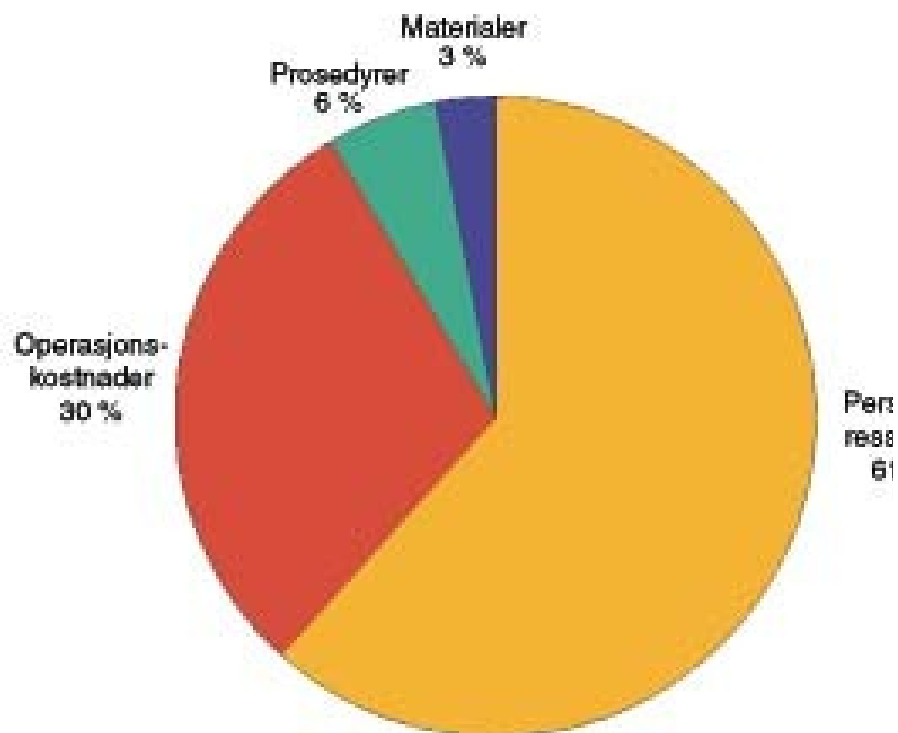
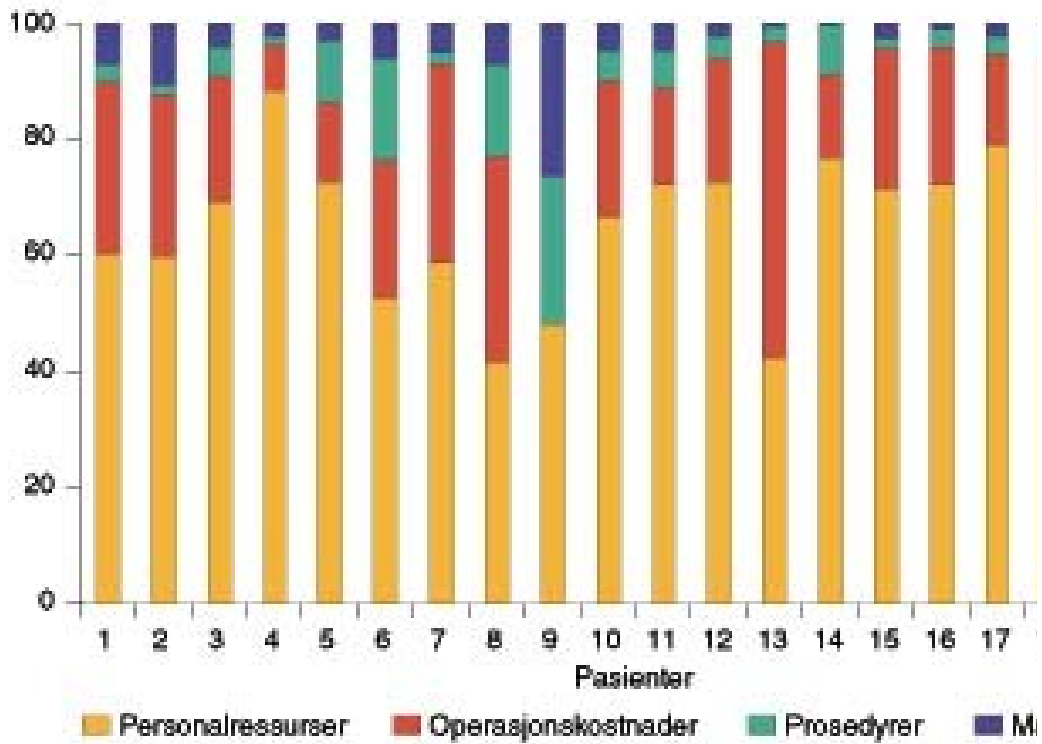


Figur 3 Differanse mellom inntekter og kostnader per pasient, med unntak av en pasient er differansen negativ

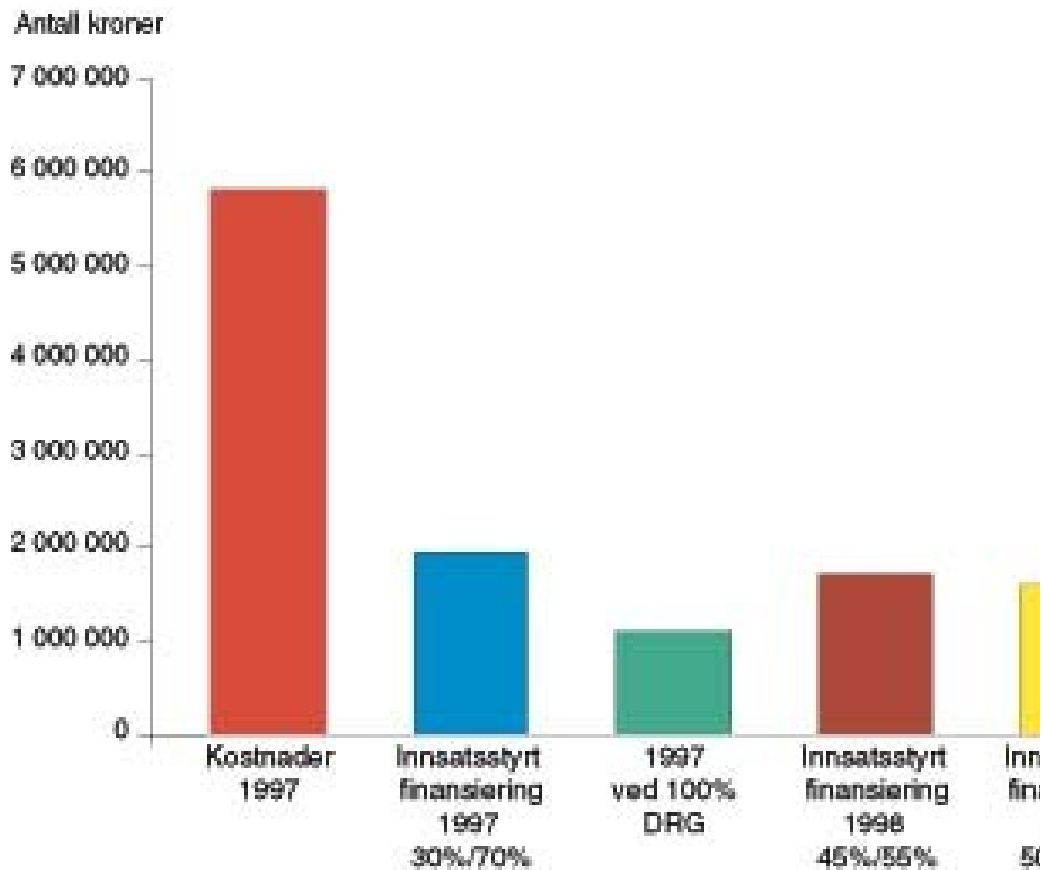


Figur 4 Kostnader, inntekter og differanse er vist som gjennomsnitt og median. Stort sprik mellom den mest og den minst kostbare betydningen av å se på begge deler

Antall prosent av totalkostnadene



Figur 5 Prosent fordeling mellom de ulike kostnader i løpet av sykehusoppholdet vises per pasient og samlet for hele pasientmateriet. Personalforbruket er høyt og ved samlet resultat utgjør dette 61 %



Samlet pasientmateriale

Figur 6 Sammenlikning av innsatsstyrt finansiering for 1997 hvor DRG-refusjonen var 30 % og kurdøgn 70 %, med de inntekter med 100 % DRG samme år. I tillegg viser figuren hvordan inntektene ville vært ved innsatsstyrt finansiering i 1998, med DRG-refusjon på 55 %, og for 1999, med DRG-refusjon 50 % og kurdøgn 50 %

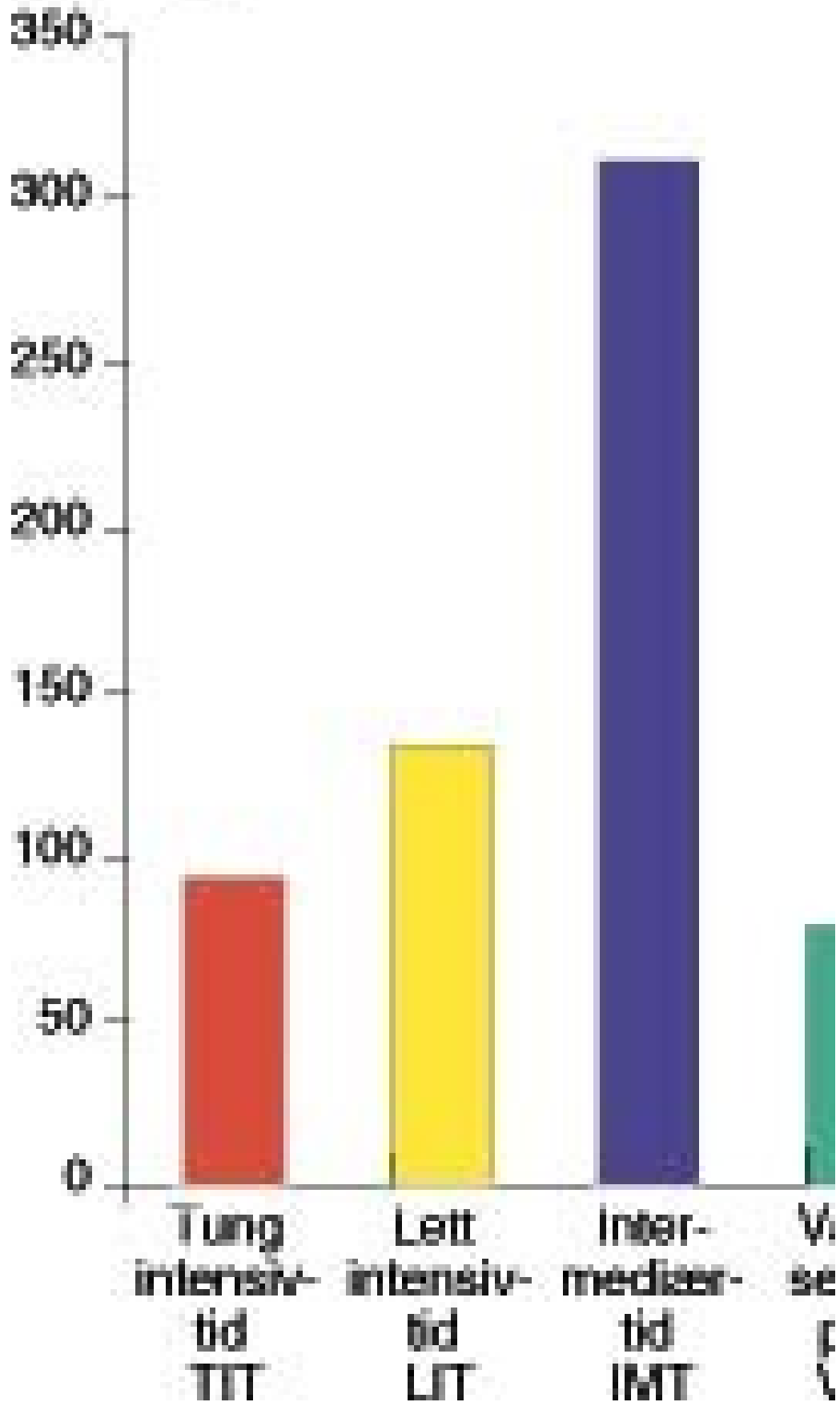
Figur 2 viser hvordan pasientmaterialet fordelte seg innenfor de ulike liggetidstyper, noe som også gir en pekepinn på reelle kostnader for enkelte pasient. Alle pasientene i prosjektet har en kortere eller lengre periode hvor de ble kategorisert som tung intensivt omsorg (TIT). Den største variasjonen fant vi innenfor liggetid definert som intermedieærtid (IMT). Den lengste liggetiden var også sammenhengende med høye kostnader (6) Relativt sett var tidstypen vanlig sengeposttid (VSP) av kort varighet for hele gruppen. Innenfor VSP overtok pårørende hovedansvaret for pasienten under veiledning av personalet. Dette var en siste forberedelse til å motta pasienten hjemme. Figur 3 viser de faktiske kostnader i forhold til de inntektene som gis ved innsatsstyrt finansiering pluss kurdøgninntekter. Dette fremkommer forskjellen mellom hva en neonatalkirurgisk pasient faktisk kostet og de inntekter sykehuset kan påregne, basert på sykehusoppholdets høyeste DRG-vekt. Da spesielt én av pasientene øker de gjennomsnittlige kostnader, valgte vi også å se på mediankostnader (fig 4) som er på kr 154 892. Pasienten med de høyeste faktiske kostnader koster kr 1 808 762, mens i laveste har kostnader på kr 51 471 (fig 3). Med unntak av en, er de faktiske kostnader for alle pasienter høyere enn inntektene. Av de ulike kostnader hos enkeltpasienten er belyst i figur 5, her vises det klart at den største kostnaden går til personell. Den største post er operasjonskostnader. Hvis innsatsstyrt finansiering for 1997 var 100 % DRG-refusjon og kurdøgninntekt bildet endret seg noe, men være ytterligere svekket for neonatalkirurgiske pasienter (fig 6) Figur 6 viser også at når man sammenlikner inntektene for 1997 med refusjon for 1998 (DRG-refusjon 45 %) og 1999 (DRG-refusjon 50 %/kurdøgn 50 %), kommer denne pasientgruppen ikke bedre ut.

Diskusjon

En samlet vurdering av de 20 pasientene i prosjektet viser at utgiftene, med uttak av en pasient, er høyere enn de inntektene som kan beregnes. Dette betyr et betydelig tap for sykehuset, gjennomsnittlig kr 190 971 per pasient. Den viktigste kostnadsposten er personell, selv om detaljene omkring enkeltpasientens ressursbehov varierer.

Ved å dele sykehusoppholdet inn i tidstyper, kom det klart frem hva de ulike perioder krevde av ressurser og derav også kostnader. Alle pasientene ble definert som tung intensiv (TIT) i startfasen. Dette krevde store ressurser initialt ved hvert mottak av en neonatalkirurgisk pasient og forklarer noe av kostnadene. I andre land legges neonatalkirurgiske pasienter i nyfødtinger (NICU) for den del av sykehusoppholdet som i prosjektet defineres som TIT og LIT (fig 2). Måling av kostnader ved NICU (7) bekrefter at behandling ved disse enheter er blant de mest kostnadskrevende sykehusinnleggelsene.

Antall døgn



Samlet pasientmateriale

Figur 2 Oversikt over hvordan det samlede pasientmaterialet fordelte seg innenfor de ulike liggetidstyper, som tung intensivtid, let intermediertid og vanlig sengepost

Ved Rikshospitalet ble det fra 1991 til 1993 gjennomført et prosjekt for å synliggjøre kostnadskrevende prosedyrer, Høykostnadsprosjektet. Prosjektet resulterte i en rapport (8) som viste sykehusets reelle kostnader i forbindelse med dy høyspesialiserte funksjoner, som hadde en antatt utgiftsramme på over kr 100 000 per hovedopphold. I denne rapporte at en av svakhetene ved prosjektet var at beregning av tidsbruk bygde på retrospektive analyser av faktisk medgått arbeid "Estimering av medgått tid er derfor beheftet med usikkerhet." Ved valg av prospektiv metode for registrering av faktisk neonatalkirurgiske pasienter, gav rapporten innspill for betydningen av prospektiv registrering. Vårt prosjekt viste at ne pasienters kostnader er i størrelse med det som defineres som høykostnads pasienter (> kr 100 000) hvor det i dag utbet tillegg til DRG-refusjon og kurdøgn. Datainnsamlingen gav viktige innspill i forhold til oppfølging av prosedyrer og beh hvor det ikke finnes egne koder. Ivaretagelse av nyfødte innenfor kodeverket har vært et problem, noe også andre DRG- i USA (9) har lagt vekt på. Videreutvikling innenfor kodeverket for ivaretagelse av ulike pasientgrupper blir et viktig arb at innsatsstyrt finansiering i best mulig grad avspeiler de faktiske forhold.

Er det så mulig å definere de neonatalkirurgiske pasienter (2) som en homogen pasientgruppe, til tross for ulike diagnoser høyt personellressursbehov, kontinuerlig oppfølging under hele sykehusoppholdet og spesielt opplæringsbehov til på Mottakssituasjonen er intensiv hos de fleste, mens liggetiden er svært variabel. Registreringen har vist at differansen i li et problem. Trimpunktet for de ulike diagnoser viser avvik fra sykehusoppholdets faktiske lengde hvis pasientene har al misdannelser. Tilsvarende problem er skissert for kreftpasienter (10). Disse pasientene representerer også flere utfordri innsatsstyrt finansiering, med liggetid utover trimpunktet og behandling som ofte er sammensatt, med overflytting mell innen samme sykehus.

På samme måte kan det være vanskelig å få frem et realistisk gjennomsnitt av hva neonatalkirurgiske pasienter koster s gruppe. Spriket mellom den mest og den minst kostnadskrevende pasient kan bli for stor, slik at pasientkategorien ikke ett. Ved registrering av faktiske kostnader til en pasientkategori som med dagens DRG-system ikke kommer akseptabelt prospektiv dokumentasjon være av stor betydning. Metoden anvendt på neonatalkirurgiske pasienter har belyst denne i som kostnadskrevende og kompleks. Behovet for ressurser er relativt homogent når man ser bort fra liggetid, men som ; neonatalkirurgiske pasienter fordelt seg innenfor flere ulike DRG-grupper. Gjennom denne type prosjekter kan det gjør kostnadsberegninger for pasientgrupper hvor man ønsker å sette søkelys på forholdet mellom det innsatsstyrt finansier pasienten faktisk koster.

Det er kjent at det er manglende kostnadsvekter for ulike pasientgrupper, spesielt i forhold til barn, da systemet er utvik stadige endringer innenfor medisinsk-teknisk utvikling er heller ikke fanget opp innenfor DRG-vekting. Når kodeverket mot finansiering, er det av stor betydning at de faktiske kostnader kommer frem. Spørsmålet er om det til tross for korr operasjons- og prosedyrekoder, ikke tilføres avdelingen tilstrekkelige økonomiske ressurser som samsvarer med den sp og de ressurser den enkelte pasient krever.

Konklusjon

Prosjektet har vist at prospektiv analyse er et redskap for å påvise forskjellen mellom inntekter og utgifter. Til tross for r kontinuitet bør tilsvarende prosjekt kunne belyse andre pasientgruppers ressursbehov. Dermed kan de reelle kostnader finansiering som sykehuset faktisk får. Kodepraksis og kodemuligheter vil også indirekte belyses gjennom denne type p

Etter innføring av innsatsstyrt finansiering (1) basert på diagnoselaterede grupper (DRG), er det av betydning å finne fr registrering av hoveddiagnose (ICD-9/10), bidiagnoser (ICD-9/10) og prosedyrekoder (SIF-95/NCSP) for sykehusopp realistisk grunnlag for delfinansiering av somatiske sykehus. Fra 1.1. 1998 refunderte Sosial- og helsedepartementet 45 % trakk et tilsvarende beløp fra fylkenes rammebevilgninger. Fra 1.1. 1999 er DRG-refusjonen økt til 50 %. Fylkeskommun refusjon direkte fra staten, og må selv styre de samlede ressurser til sykehusene innen eget fylke. Rikshospitalet og Det l Radiumhospitalet som statlige sykehus får refusjonene direkte. Samtidig vil kurdøgnprisen reduseres tilsvarende beregne fra staten. DRG-systemet brukes nå til delfinansiering av alle typer somatiske sykehus, på lokal-, sentral- og regionsykel Utgiftene til undervisning, forskning og noe eksperimentell behandling dekkes over funksjonstilskuddet for regionsykel unntak av Rikshospitalet som har et statstilskudd. Rikshospitalet står i en særstilling i norsk medisin med en høy grad a kostnadskrevende flerregionale funksjoner og landsfunksjoner, i tillegg til mange kostnadskrevende utprøvende behand Det er grunn til å anta at flere av våre pasientgrupper ikke dekkes adekvat av DRG-systemet (samt kurdøgn og eventuell det eksisterende kodeverk utvikles i etterkant av den medisinsk-teknologiske utvikling, samt at Sosial- og helsedeparten kostnadsarbeid ikke omfatter data fra Rikshospitalet. Når prissettingen tar utgangspunkt i gjennomsnittspasienten, vil ; den nødvendige økono

miske kompensasjon som samsvarer med de faktiske kostnader, med uheldige konsekvenser for fremtidig budsjettarbeid levedyktig finansieringsmodell.

LITTERATUR

1. Ny finansieringsordning for somatiske sykehus – informasjon om innsatsstyrt finansiering ODIN. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997.
2. Organisering av neonatalkirurgi. Innstilling fra arbeidsgruppen for neonatalkirurgi. Utredningsserie 1 – 94. Oslo: S helsetilsyn, 1999.
3. Mathisen AB-W. DRG relatert til neonatalkirurgiske pasienter. Spesialoppgave. Bergen: Senter for helseadministrativt medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, 1999.
4. Pettersen IJ, Bjørnenak T. Fra økonomisk teori til klinisk praksis. Om økonomisk styring i helsesektoren. Oslo: Caj Akademiske forlag, 1997.
5. Prislister DRG 1999 med kodeveiledning. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.

6. Buhaug H, Nyland K, Solstad K. Beregning av norske kostnadsvekter til HCFA-12 versjonen av DRG-systemet. Tro Norsk institutt for sykehusforskning, SINTEF UNIMED, 1999.
7. Muldoon JH. Structure and performance of different DRG classification system for neonatal medicine. *Pediatrics* 1 (suppl E): 302 – 18.
8. Kristensen F, Jacobsen J, Hommelstad J. Høykostnadsprosjektet, RH. Rapport om behandlingstkostnader for visse høykostnadsprosedyrer ved Rikshospitalet, august 1993. Oslo: Rikshospitalet, 1993.
9. Rogowski J. Measuring the cost of neonatal and perinatal care. *Pediatrics* 1999; 103 (suppl E): 329 – 35.
10. Norges offentlige utredninger. Omsorg og kunnskap. Norsk Kreftplan. NOU 1997: 20. Oslo: Statens forvaltningstj statens trykning, 1997.

Publisert: 20. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.