

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 om registri hoveddiagnose, bidiagnoser, prosedyrekoder, alder, kjønn og utskrivningsstatus gir et realistisk grunnlag for delfinansiering av som. Eksisterende kodeverk dekker ikke alle spesialiteter like godt, spesielt gjelder dette innenfor nyfødtdmedisin, kreftbehandling og re; 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. Det ble lagt v de ulike pasientgrupperes ressursbehov basert på at sykehusoppholdet ble inndelt i tidstyper. Tidstypene var definert som tung intens intensivtid (LIT), intermediertid (IMT) og vanlig sengeposttid (VSP). Tidsforbruk på operasjonsavdelingen samt ulike prosedyrer c materiell ble registrert separat.

Metoden ble anvendt til beregning av faktiske kostnader for nyfødte med medfødte livstruende tilstander i gastrointestinaltractus og Pasientene har behov for umiddelbar moderne høyteknologisk behandling, noe som stiller store krav til medisinsk og sykepleiefaglig Gjennomsnittskostnaden for enkeltpasienten var kr 291 181, mens gjennomsnittsinntekten var kr 100 390. Dette gir en negativ balau per pasient.

Kostnadsarbeidet har vist at dagens DRG-system ikke passer for denne pasientgruppen. Imidlertid har kompleksiteten i denne gruppe for testing av metoden for alle aktuelle elementer. Etter å ha evaluert metoden mener vi den kan benyttes på de fleste pasientgruppe 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 utgangen svangerskapsuke (2). Pasientene er nyfødte med medfødte livstruende tilstander, som har behov for moderne høyteknologisk behan store krav til spisskompetanse både medisinsk og sykepleiefaglig, og de har pårørende med et spesielt oppfølgingsbehov. Med dage de sortere under ulike medisinske fagområder og er således ikke definert som en ensartet gruppe.

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

Materiale og metode

Pasienter

Utvalget omfatter 20 nyfødte fortløpende innlagt over en periode på 4,5 måneder med medfødte misdannelser i gastrointestinaltract (oesophagusatresi (fem barn), gastroschisis (tre barn) trakeoøsofagial fistel (ett barn), analatresi (ett barn), gallegangsatresi (ett barn sykdom (ett barn), urinveier: (blæreekstrofi (ett barn)), diafragma: (diafragmahernie (ett barn)), myelomenigocele (tre barn), samt n (ett barn), nekrotiserende enterokolitt (ett barn) og sakrokokkygealt terratom (ett barn) overflyttet fra fødeavdelinger til barnekirurg av første levedøgn. Felles for alle er at det kirurgiske inngrepet ble foretatt så raskt som mulig etter at diagnosen var stilt. Prosjektet sykehusoppholdet ved Rikshospitalet, hvorav flere av pasientene hadde to avdelingsopphold. Den totale kostnad per pasient var for

sykehusoppholdet og ble relatert til DRG-refusjon og kurdøgn for hele oppholdet. 13 pasienter ble utskrevet til hjemmet, fire til ann døde etter kort liggetid. Ved utskrivning fra Rikshospitalet avsluttes sykehusoppholdet i forhold til DRG-refusjon selv om pasienten sykehus. Det sykehus som mottar pasienten generer et nytt sykehusopphold og dermed DRG-refusjon. Prosjektet omfattet ikke rein

Registreringer

Metoden var kvantitativ og prospektiv med oppfølging av pasienter fra innleggelse til utskrivning. For hvert opphold ble alle hoved samt operasjons- og prosedyrekoder registrert. Opplysninger fra pasientkurve, journal, anesthesi- og operasjonsskjema samt fra sykepleiedokumentasjon ble supplert med data fra direkte observasjon og informasjon (3). Datainnsamlingen ble primært utført av øvrige personell ved avdelingen var involvert. For selve datainnsamlingen ble det benyttet et registreringsskjema (avkrysnings skjema). Dette ble oppbevart sammen med pasientens kurve, behandlingsskjema og sykepleiedokumentasjon, og var dermed lett tilgjengelig i observasjonsperioden. Etter hvert som pasientene ble utskrevet, ble datamaterialet kontrollert og de aktuelle parametere ble lagt inn database. Mye av ressursforbruket til neonatalkirurgiske pasienter var knyttet til kontinuerlig sykepleierobservasjon, oppfølging av 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), intermediærtid sengeposttid (VSP) (tab 1). Pasientens behov for sykepleierressurser ble registrert fra vakt til vakt under hele sykehusoppholdet og 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 = intermediærtid	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 separat som oper (OAT). Alt personell med direkte tilknytning til selve inngrepet ble registrert. Rengjøringspersonell, portørtjenester og liknende ble Materiell, infusjonsvasker og blodprodukter med enhetspris over kr 100 ble registrert i pasientens individuelle regnskap.

Alle prosedyrer utover operasjonsavdelingstid ble registrert dersom samlet prosedyretid multiplisert med antall involverte personer minutter. Eksempler på prosedyretyper er spesialisttilsyn, invasive røntgenundersøkelser, innleggelse av sentralt venekateter, resusc daglige legevisitt, blodprøvetaking, fysioterapi og kortvarige røntgen- undersøkelser er eksempler på prosedyrer som ikke ble regist Medikamenter med en døgnpris over kr 100 ble også registrert separat i pasientens individuelle regnskap.

Kostnadsberegning

Kostnadsberegningen baseres på driftsregnskapet for de involverte avdelinger, andel av grunnkostnad, andel av felleskostnader og l Kostnadsberegningene gjøres etter følgende fem fordelingsnøkler: utskrivninger, liggedøgn, ansatte, kvadratmeter flate og IT-termin Administrative utgifter fordeles i forhold til antall utskrivninger (grunnkostnader), utgifter til kjøkken og tekstiler i forhold til antall (felleskostnader), utgifter til renhold og vedlikehold etter antall kvadratmeter gulvflate og utgifter til IT etter antall terminaler. Interi ikke inkludert. Sengeavdelingene og operasjonsavdelingene var egne kostnadssteder. Utgiftene til laboratorier og enklere røntgenun lagt til felleskostnader, mens dyrt forbruksmateriell og omfattende prosedyrer ble registrert på den enkelte pasient. Operasjonsavdel ble fordelt etter personelltid ved operasjonsavdelingen, mens sengeavdelingens regnskap, inkludert lønn til personell (÷ leger) ble f liggetidstyper.

Døgnkostnadene på sengeavdelingen ble beregnet ved å ta utgangspunkt i kostnadsstedets totale driftsregnskap for 1997, hvor forde grunnkostnad og felleskostnad ble lagt til. Legelønningene ble fordelt mellom sengeavdelinger og operasjonsavdeling etter faktisk t komme frem til gjennomsnittlig liggedøgnpris, ble de samlede utgifter delt på antall liggedøgn ved den aktuelle sengeavdeling.

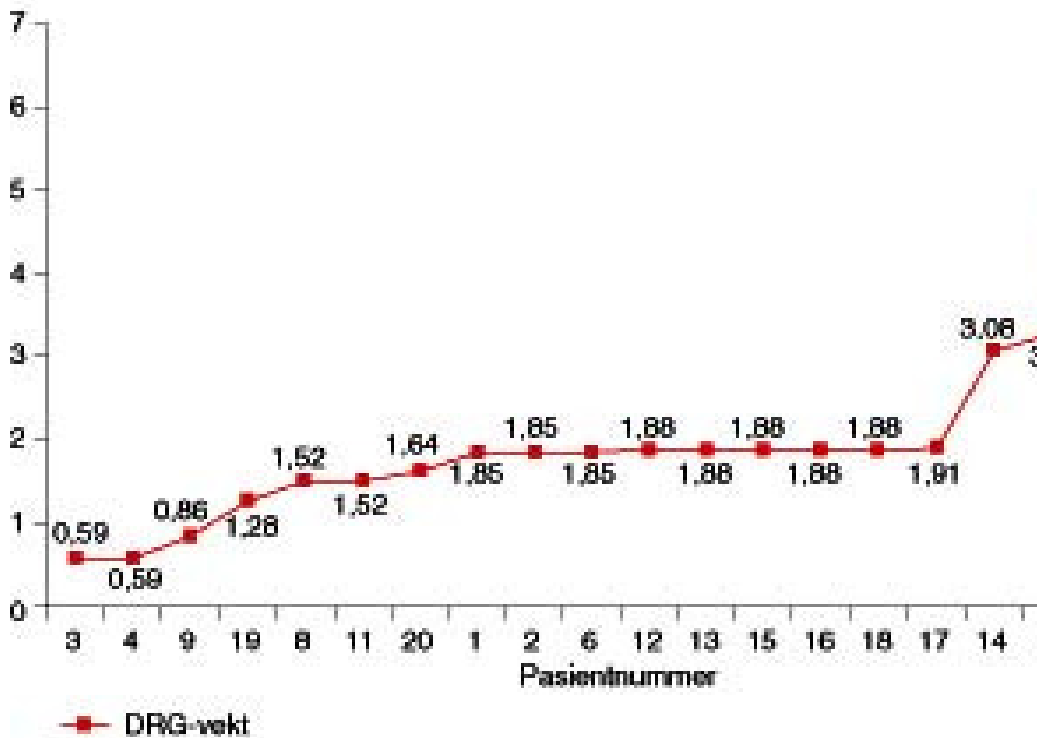
Siden polikliniske pasienter ikke er inkludert i materialet, er utgiftene til poliklinikk holdt utenfor, og man forutsetter at utgiftene til behandling er lik de faktiske inntektene fra poliklinikken. For operasjonsavdelingen ble kostnadene beregnet på bakgrunn av drifts med tillegg av prosentvis andel av legelønninger, kirurger og anestesileger. Kostbart forbruksmateriell og annet utstyr benyttet til de ble trukket ut av driftsregnskapet. Pris per operasjonsavdelingsstime/ -person ble beregnet ut fra de totale operasjonsavdelingskostna antall operasjonsavdelings personelltimer hentet fra anesthesiavdelingens registreringssystem (NAF-reg). Kostnader knyttet til en pr lik en operasjonsavdelings time, dette gjaldt ekstra personell som ble involvert i behandling/prosedyre og kom i tillegg til den type i var registrert i forhold til (TIT, LIT, IMT, VSP). Kostnadsstedets vektete liggedager tar utgangspunkt i behovet for personellressurs sengeavdelingen er bemannet ut fra et belegg hvor halvparten av pasientene har behov for én sykepleier, mens den andre halvparten sykepleier, defineres gjennomsnittspasientens behov som 0,75 sykepleier (LIT). Ved å dividere driftsutgiftene med antall liggedøgn til gjennomsnittlig liggedøgnpris for denne tidstypen. Forholdet mellom bemanningsfaktoren i de enkelte tidstypene (tab 1) legges s beregning av døgnkostnader for den enkelte pasient.

Kartlegging av faktiske kostnader vurderes i forhold til de inntekter som innsatsstyrt finansiering pluss kurdøgn gir. I DRG-systeme trimpunkt (4) som øvre grense for gjennomsnittlig liggetid innenfor en diagnosegruppe. Pasienter på eller under trimpunkt regnes s normalpasienter. For utregning av trimpunkt henvises til Prisliste DRG 1999 med kodeveiledning (5).

Resultater

De 20 pasientene (14 gutter og seks piker) som falt innenfor rammen av prosjektet, viste stor spredning innen DRG-vekter (fig 1), I liggetid beregnet som kurdøgn, operasjons- og prosedyrekoder samt behov for sykepleieressurser. Sykehusoppholdene varte fra to til 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 innlagt sent fire hadde en fødselsvekt under 2 500 g. Hoveddiagnose ble satt relatert til det kirurgiske inngrep, DRG-vekten ville i noen tilfeller en av bidiagnosene hadde vært satt som hoveddiagnose. Det er den høyeste DRG-vekt for hele sykehusoppholdet som gir Rikshosp flere avdelingsopphold for en pasient, vil inntekten fordeles mellom de involverte avdelinger etter en fordelingsnøkkel. Kurdøgns ir til liggedager ved den enkelte avdeling.

Alle pasienter hadde sitt hovedopphold ved Barnekirurgisk seksjon, seks pasienter hadde også opphold i andre avdelinger. Tabell 2 over hele pasientmaterialet. Det ble i tre tilfeller ulik DRG-vekt relatert til avdelingsopphold, da det er den høyeste DRG-vekt for h sykehusoppholdet som gjelder, teller disse ikke med ved beregning av inntekt.

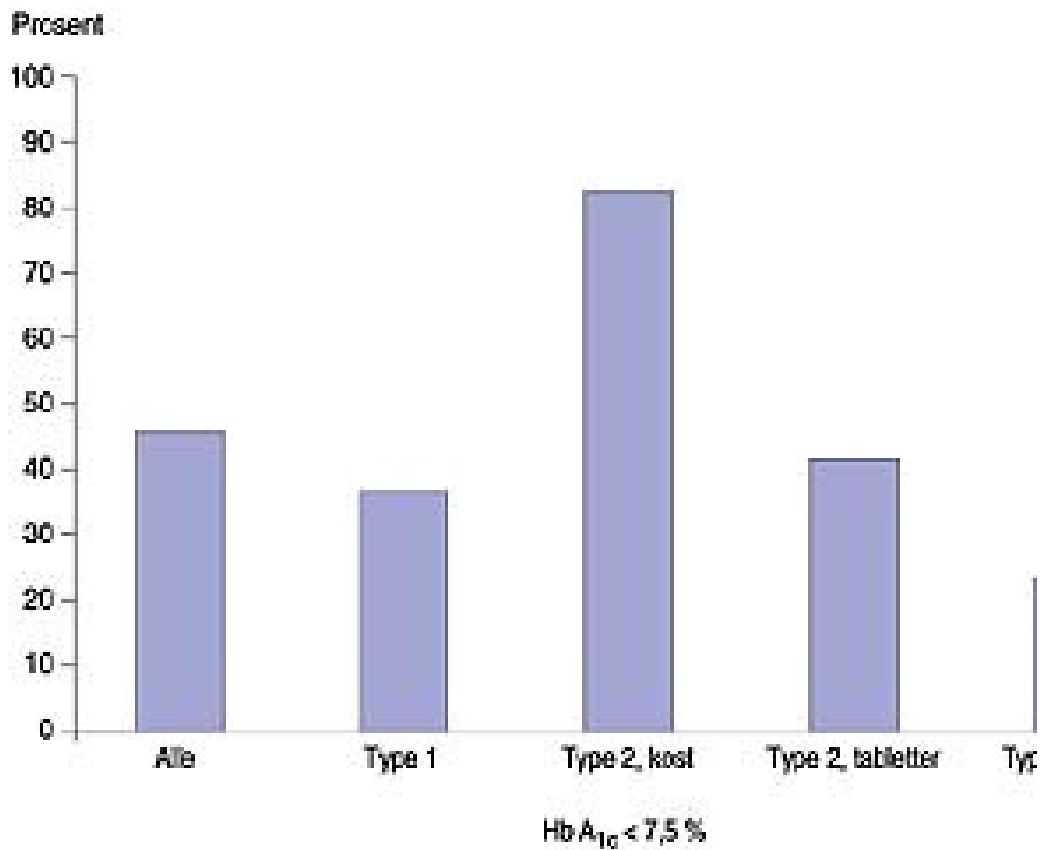
Tabell 2

Totaloversikt over pasientmaterialet

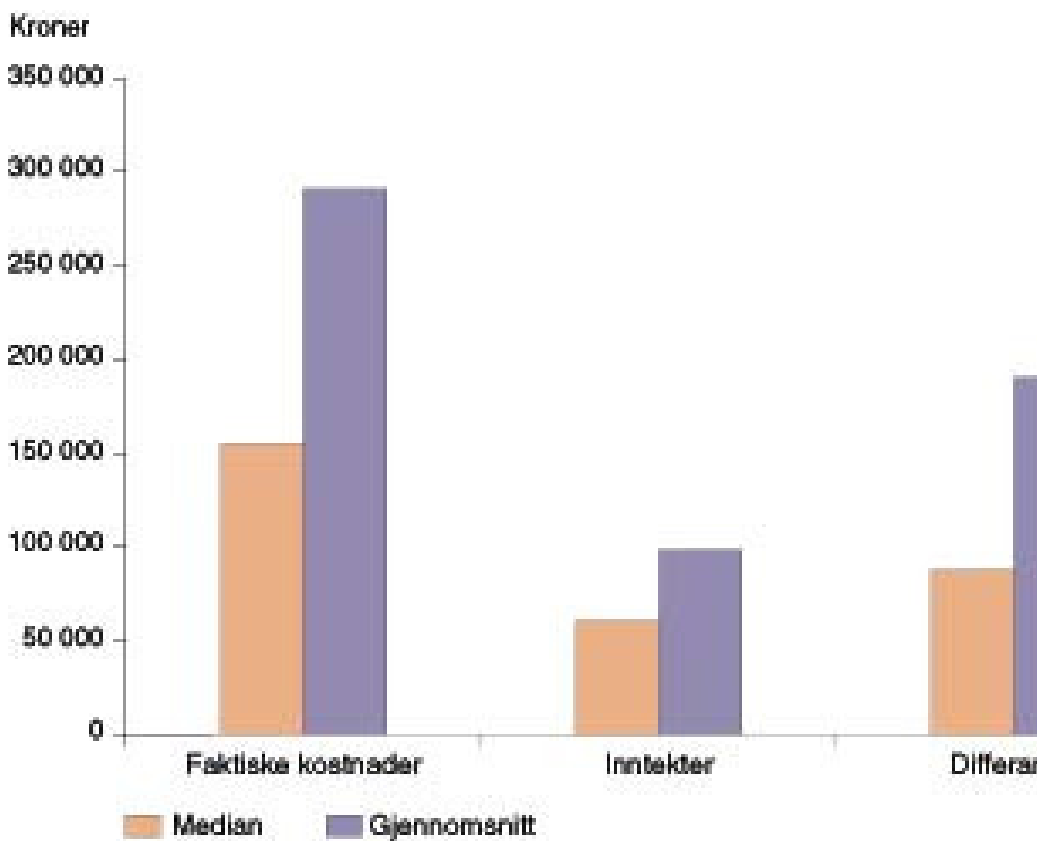
Pasient	Fødselsvekt (g)	Apgar-skåre	Svangerskapsalder (uker)	Avdelingsopphold	Hoveddiagnose	Bi-diagnose	Prose dyrekode	Sentralt vene-kateter	Respirator	Kuvøse	Kjønn
1	3 600	8 – 9	38,5	BII ¹ Nevrokirurgisk enhet	• 741.0 • 741.0	• 770.1 • 770.1	0120, 0350, 0370, 8970, 0301, 0106	÷	+	+	M
2	3 475	9 – 10	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

• ¹ Barnekirurgisk seksjon
• ² Thoraxkirurgisk intensivhet
• ³ Ingen tall
• ⁴ Barneklubben - nyfødtintensiv enhet

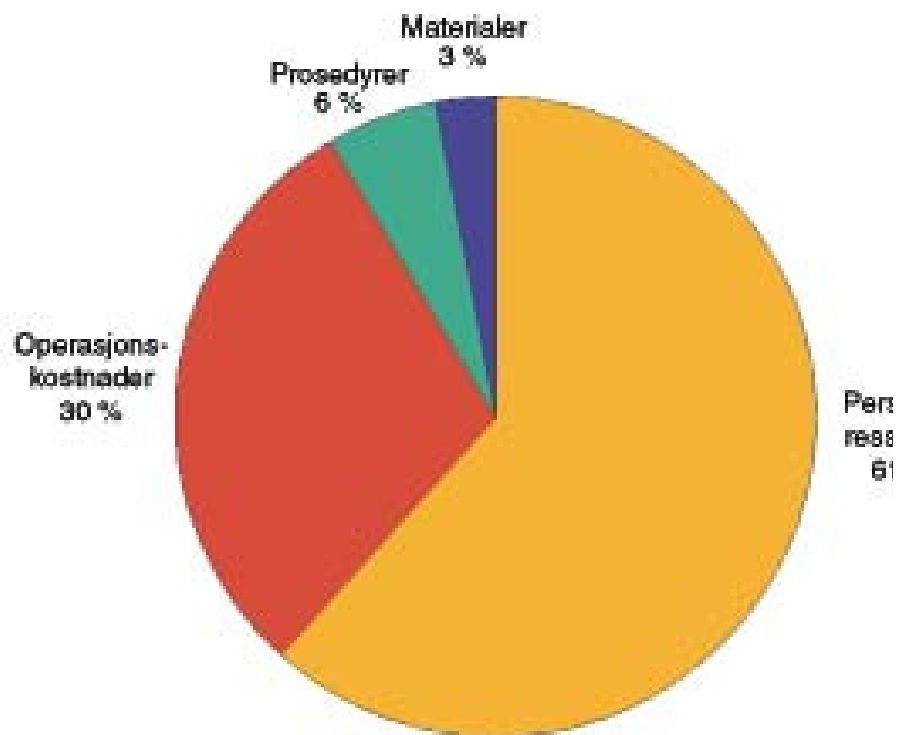
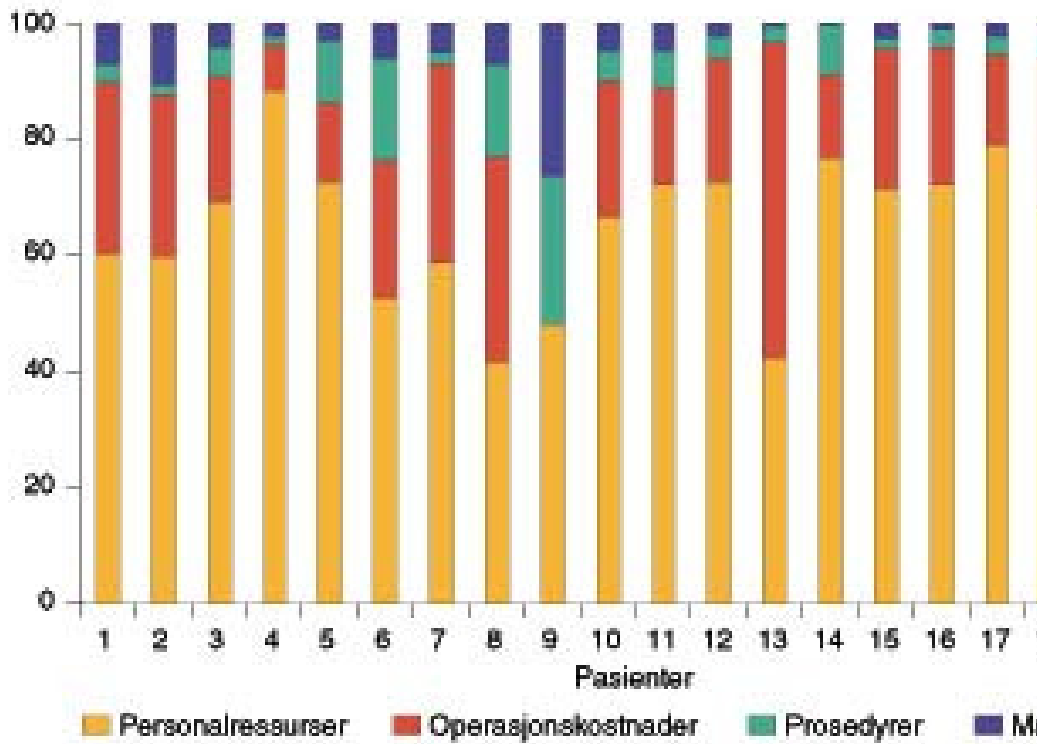


Figur 3 Differanse mellom inntekter og kostnader per pasient, med unntak av en pasient er differansen negativ

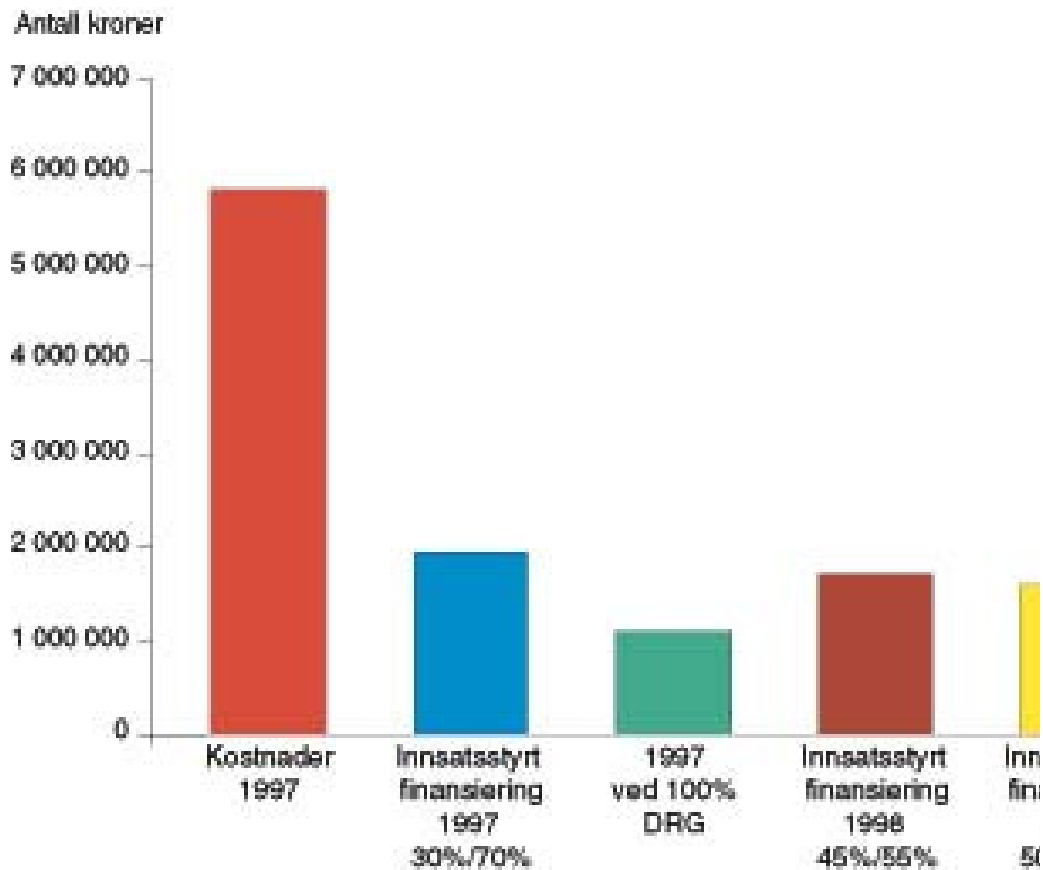


Figur 4 Kostnader, inntekter og differanse er vist som gjennomsnitt og median. Stort sprik mellom den mest og den minst kostbare pasient viser på begge deler

Antall prosent av totalkostnadene



Figur 5 Prosent fordeling mellom de ulike kostnader i løpet av sykehusoppholdet vises per pasient og samlet for hele pasientmaterialet. Personal 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 man kunne fått samme år. I tillegg viser figuren hvordan inntektene ville vært ved innsatsstyrt finansiering i 1998, med DRG-refusjon på 45 % og kurdøgn 55 % DRG-refusjon 50 % og kurdøgn 50 %

Figur 2 viser hvordan pasientmaterialet fordelte seg innenfor de ulike liggetidstyper, noe som også gir en pekepinn på ressursbruk til pasient. Alle pasientene i prosjektet har en kortere eller lengre periode hvor de ble kategorisert som tung intensiv (TIT). Den største innenfor liggetid definert som intermedieærtid (IMT). Den lengste liggetiden var også sammenfallende med høye kostnader (6) Relatert tidstypen vanlig sengeposttid (VSP) av kort varighet for hele gruppen. Innenfor VSP-perioden overtok pårørende hovedansvaret for veiledning av personalet. Dette var en siste forberedelse til å mestre situasjonen hjemme. Figur 3 viser de faktiske kostnader i forhold som gis ved innsatsstyrt finansiering pluss kurdøgn. Her fremkommer forskjellen mellom hva en neonatalkirurgisk pasient faktisk kan inntekter sykehuset kan påregne, basert på sykehusoppholdets høyeste DRG-vekt. Da spesielt én av pasientene øker de gjennomsnitt 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 71 med de laveste har kostnader på kr 51 471 (fig 3). Med unntak av en, er de faktiske kostnader for alle pasienter høyere enn inntekter ulike kostnader hos enkeltpasienten er belyst i figur 5, her vises det klart at den største kostnaden går til personellressurser, nest stør operasjonskostnader. Hvis innsatsstyrt finansiering for 1997 var 100 % DRG-refusjon og kurdøgninntektene falt bort, ville bildet være ytterligere svekket for neonatalkirurgiske p

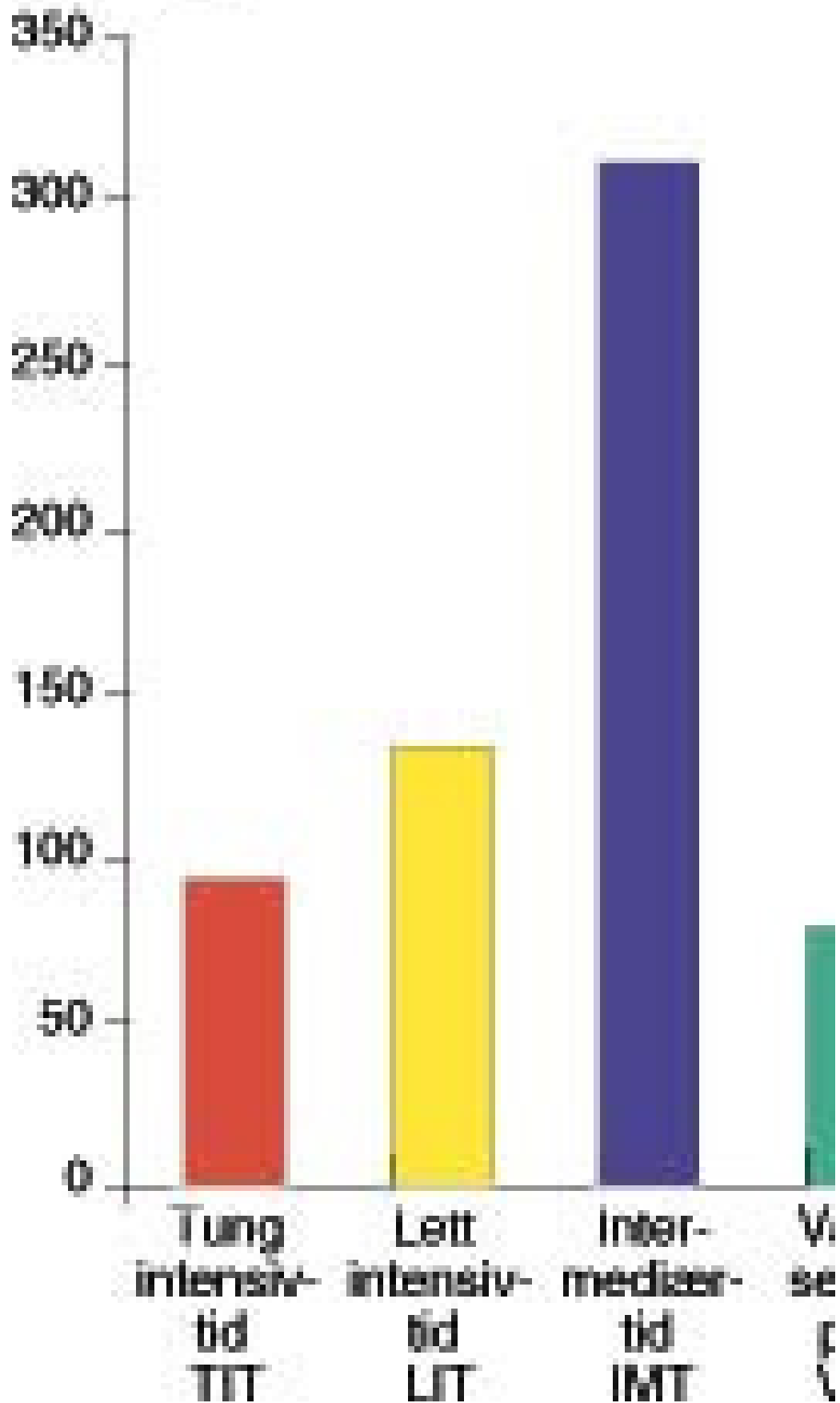
asienter (fig 6) Figur 6 viser også at når man sammenlikner inntektene for 1997 med refusjon for 1998 (DRG-refusjon 45 %/kurdøgn (DRG-refusjon 50 %/kurdøgn 50 %), kommer denne pasientgruppen ikke bedre ut.

Diskusjon

En samlet vurdering av de 20 pasientene i prosjektet viser at utgiftene, med uttak av en pasient, er høyere enn de inntektene sykehuset Dette betyr et betydelig tap for sykehuset, gjennomsnittlig kr 190 971 per pasient. Den viktigste kostnadsdrivende faktor er personelle 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 av kostnader ble definert som tung intensiv (TIT) i startfasen. Dette krevde store ressurser initialt ved hvert mottak av en neonatalkirurgisk pasient av kostnadene. I andre land legges neonatalkirurgiske pasienter i nyfødteintensivheter (NICU) for den del av sykehusoppholdet som defineres som TIT og LIT (fig 2). Måling av kostnader ved NICU-enheter i USA (7) bekrefter at behandling ved disse enheter er blant kostnadsnivende sykehusinnleggelser.

Antall døgn



Samlet pasientmateriale

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

Ved Rikshospitalet ble det fra 1991 til 1993 gjennomført et prosjekt for å synliggjøre kostnadskrevende prosedyrer. Høykostnadspr resulterte i en rapport (8) som viste sykehusets reelle kostnader i forbindelse med dyre, høyspesialiserte funksjoner, som hadde en a på over kr 100 000 per hovedopphold. I denne rapporten ble det påpekt at en av svakhetene ved prosjektet var at beregning av tidsb retrospektive analyser av faktisk medgått arbeidstid. "Estimering av medgått tid er derfor beheftet med usikkerhet." Ved valg av pro registrering av faktiske kostnader for neonatalkirurgiske pasienter, gav rapporten innspill for betydningen av prospektiv registrering viste at neonatalkirurgiske pasienters kostnader er i størrelse med det som defineres som høykostnads pasienter (> kr 100 000) hvor stykkpris i 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-systemer ar har lagt vekt på. Videreutvikling innenfor kodeverket for ivaretagelse av ulike pasientgrupper blir et viktig arbeid fremover, slik at i 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? Fellesne personellressursbehov, kontinuerlig oppfølging under hele sykehusoppholdet og spesielt opplæringsbehov til pårørende. Mottakssitu hos de fleste, mens liggetiden er svært variabel. Registreringen har vist at differansen i liggetid kan være et problem. Trimpunktet for diagnoser viser avvik fra sykehusoppholdets faktiske lengde hvis pasientene har alvorlige medfødte misdannelser. Tilsvarende problem kreft pasienter (10). Disse pasientene representerer også flere utfordringer for innsatsstyrt finansiering, med liggetid utover trimpunkt som ofte er sammensatt, med overflytting mellom avdelinger innen samme sykehus.

På samme måte kan det være vanskelig å få frem et realistisk gjennomsnitt av hva neonatalkirurgiske pasienter koster som samlet gj mellom den mest og den minst kostnadskrevende pasient kan bli for stor, slik at pasientkategorien ikke kan sees under ett. Ved registrering kostnader til en pasientkategori som med dagens DRG-system ikke kommer akseptabelt ut, kan prospektiv dokumentasjon være av Metoden anvendt på neonatalkirurgiske pasienter har belyst denne pasientgruppe som kostnadskrevende og kompleks. Behovet for homogenitet når man ser bort fra liggetid, men som gruppe har neonatalkirurgiske pasienter fordelt seg innenfor flere ulike DRG-grupper denne type prosjekter kan det gjøres realistiske kostnadsberegninger for pasientgrupper hvor man ønsker å sette søkelys på forholde innsatsstyrt finansiering gir og det pasienten faktisk koster.

Det er kjent at det er manglende kostnadsvekter for ulike pasientgrupper, spesielt i forhold til barn, da systemet er utviklet for voksendringer innenfor medisinsk-teknisk utvikling er heller ikke fanget opp innenfor DRG-vektning. Når kodeverket er knyttet opp mot av stor betydning at de faktiske kostnader kommer frem. Spørsmålet er om det til tross for korrekte diagnose-, operasjons- og prosed tilføres avdelingen tilstrekkelige økonomiske ressurser som samsvarer med den spesialkompetanse og de ressurser den enkelte pasient

Konklusjon

Prosjektet har vist at prospektiv analyse er et redskap for å påvise forskjellen mellom inntekter og utgifter. Til tross for metodens kre bør tilsvarende prosjekt kunne belyse andre pasientgruppers ressursbehov. Dermed kan de reelle kostnader sees i lys av den finansielle faktisk får. Kodepraksis og kodemuligheter vil også indirekte belyses gjennom denne type prosjekter.

Etter innføring av innsatsstyrt finansiering (1) basert på diagnoserelaterte grupper (DRG), er det av betydning å finne frem til om re hoveddiagnose (ICD-9/10), bidiagnoser (ICD-9/10) og prosedyrekoder (SIF-95/NCSP) for sykehusoppholdet, gir et realistisk grunn delfinansiering av somatiske sykehus. Fra 1.1. 1998 refunderte Sosial- og helsedepartementet 45 % av full DRG og trakk et tilsvarende fylkenes rammebevilgninger. Fra 1.1. 1999 er DRG-refusjonen økt til 50 %. Fylkeskommunene mottar DRG-refusjon direkte fra staten styre de samlede ressurser til sykehusene innen eget fylke. Rikshospitalet og Det Norske Radiumhospitalet som statlige sykehus får re Samtidig vil kurdøgnprisen reduseres tilsvarende beregnet DRG-refusjon fra staten. DRG-systemet brukes nå til delfinansiering av somatiske sykehus, på lokal-, sentral- og regionsykehusnivå. Utgiftene til undervisning, forskning og noe eksperimentell behandling funksjonstilskuddet for regionsykehusene med unntak av Rikshospitalet som har et statstilskudd. Rikshospitalet står i en særstilling med en høy grad av kostnadskrevende flerregionale funksjoner og landsfunksjoner, i tillegg til mange kostnadskrevende utprøvende behandlingsprosedyrer. Det er grunn til å anta at flere av våre pasientgrupper ikke dekkes adekvat av DRG-systemet (samt kurdøgn stykkpris) fordi det eksisterende kodeverk utvikles i etterkant av den medisinsk-teknologiske utvikling, samt at Sosial- og helsedep kostnadsarbeid ikke omfatter data fra Rikshospitalet. Når prissettingen tar utgangspunkt i gjennomsnittspasienten, vil sykehuset ikke nødvendige økonomiske

risiko kompensasjon som samsvarer med de faktiske kostnader, med uheldige konsekvenser for fremtidig budsjettarbeid og en leve finansieringsmodell.

LITTERATUR

1. Ny finansieringsordning for somatiske sykehus – informasjon om innsatsstyrt finansiering ODIN. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
2. Organisering av neonatalkirurgi. Innstilling fra arbeidsgruppen for neonatalkirurgi. Utredningsserie 1 – 94. Oslo: Statens helsevesen, 1999.
3. Mathisen AB-W. DRG relatert til neonatalkirurgiske pasienter. Spesialoppgave. Bergen: Senter for helseadministrasjon, Det norske universitetet i Bergen, 1999.
4. Pøttersen IJ, Bjørnøenak T. Fra økonomisk teori til klinisk praksis. Om økonomisk styring i helsesektoren. Oslo: Cappelen Akademisk, 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. Trondheim: Institutt for sykehusforskning, SINTEF UNIMED, 1999.
7. Muldoon JH. Structure and performance of different DRG classification system for neonatal medicine. *Pediatrics* 1999; 103 (suppl 3): 103-104.
8. Kristensen F, Jacobsen J, Hømmelstad J. Høykostnadsprosjektet, RH. Rapport om behandlingkostnader for visse høykostnads pasienter. 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 forvaltningstjeneste, Sel trykning, 1997.

Publisert: 20. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.