

# Revidert versjon Nasjonal spesifisering for KPP-modellering – psykisk helsevern og TSB

Begreper og metoder

---

Rapport  
IS-2756

# Innhold

Innhold	1
<b>1. Innledning</b>	<b>3</b>
<b>2. Hva er kostnad per pasient</b>	<b>5</b>
<b>3. Hvordan kan KPP-data benyttes</b>	<b>7</b>
3.1 Anvendelse i helseforetak	8
3.2 Anvendelser i regionale helseforetak	8
3.3 Anvendelser av sentrale helsemyndigheter	8
<b>4. Nasjonale prinsipper for KPP-modellering</b>	<b>9</b>
4.1 Metodisk tilnærming	10
4.2 Innretning og standardisering	10
4.3 Spesifikasjonen er fleksibel	11
4.4 Spesifikasjonens omfang	11
4.5 Fastsettelse av kostnadsgrunnlaget	11
4.6 Forholdet til særtjenestegrupper (STG-er)	12
4.7 Forholdet til tjenesteforløpsgrupper (TFG-er)	12
4.8 Nærmere om kapitalkostnader	12
4.9 Nærmere om KPP-data og kostnadsvektene til aktivitetsbasert finansiering	12
4.10 Avstemming av KPP-modellen	13
<b>5. Definisjon av pasientrelaterte tjenester</b>	<b>14</b>
5.1 Tjenester i KPP-modellen	15
5.2 Pasientrelaterte tjenester i KPP-modell for PHV og TSB	16
5.3 Dokumentasjon av tjenestene	16
5.4 Forbruksvarer i en KPP-modell	17
<b>6. Kostnadsberegning av tjenester og varer</b>	<b>19</b>
6.1 Konkretisering av fremgangsmåten	20
6.2 Modell for aktivitetsbasert kostnadsberegning	20
6.3 Felleskostnader	21
6.4 Beregning av enhetskostnader	22
6.5 Fordeling av behandlerkostnader	22

6.6 Gruppering av regnskapsdata i tjenestegrupper og valg av kostnadsdrivere	23
<b>7. Kobling av data</b>	<b>27</b>
<b>8. Etablering av KPP-modell - juridiske vurderinger</b>	<b>30</b>
8.1 Rettslig utgangspunkt	31
8.2 Etablering av en KPP- modell oppfyller lovens krav	32
8.3 Anvendelse av anonyme KPP-data	32

# 1. Innledning

Helsedirektoratet ferdigstilte Nasjonal spesifisering for KPP-modellering innen Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2016 (IS-2490). Denne ble pilotert i et utvalg helseforetak i 2017. Piloteringen avdekket noen mangler og et behov for enkelte presiseringer. Spesifikasjonen er derfor revidert i samarbeid med sektoren for å sikre felles forståelse av begreper og muligheter for utvikling av en standardisert metode.

Nasjonal spesifisering for KPP-modellering innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er bygd opp etter samme metodikk og prinsipper som den nasjonale spesifiseringen for den somatiske aktiviteten.

Spesifikasjonen har som metodisk utgangspunkt at samtlige kostnader påløpt i en gitt tidsperiode fordeles ut på de pasienter som har fått behandling i samme tidsperiode.

Dette innebærer at KPP-modelleringen skal inkludere all pasientaktivitet, uavhengig av om aktiviteten er finansiert gjennom den aktivitetsbaserte finansieringsordningen Innsatsstyrt finansiering (ISF) eller ikke. Videre at kostnadsgrunnlaget etableres med utgangspunkt i regnskapsførte kostnader korrigert for kapitalkostnader og kostnader knyttet til forskning og utvikling (FOU). Kostnadene skal knyttes til de definerte tjenestene etter nærmere angitte krav til registrering og beregnet ressursforbruk.

Spesifikasjonen skal danne grunnlaget for oppbygging av KPP-modeller i helseforetakene, og formålet med en slik standard er:

- Tilby en nasjonal mal for bygging av KPP-modeller
- Sikre lik praksis i beregningen av behandlingstkostnader på tvers av helseforetak. Likhet er en forutsetning for at KPP-modeller i helseforetakene resulterer i nasjonalt sammenlignbare data
- Legge til rette for at aktivitetsbaserte finansieringsløsninger kan beregnes med grunnlag i KPP-data

Helseforetakene er ulike i størrelse og organisering og kan ha ulike mål og ambisjoner med hensyn til detaljeringsnivå ved utforming av KPP-modellene. Modellene som bygges etter denne spesifiseringen vil ha samme hovedstruktur. Inndelingen i behandlingen i tjenester og beregning av kostnader kan imidlertid utføres med ulikt detaljeringsnivå. På den måten vil helseforetakenes egne behov og formål ivaretas uten at sammenliknbarheten i dataene svekkes.

## **2. Hva er kostnad per pasient**

Kostnader per pasient (KPP) er en betegnelse på en metode for kobling av informasjon om den medisinske behandlingen en pasient har fått med informasjon om hva denne behandlingen har kostet, enten det er et døgnopphold, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjon.

Metoden legger til grunn at utredning og behandling av en pasient kan betraktes som en arbeidsprosess som består av en rekke delprosesser. Disse delprosessene klassifiseres i en KPP-modell som gjensidig utelukkende tjenester. Tjenestene skal ha et helsefaglig meningsfylt innhold og kunne kostnadsberegnes separat. Forbruket av tjenestene må kunne kobles entydig til pasienten. Videre forutsetter metoden når det er mulig, at faktisk forbruk av legemidler og forbruksmateriell kan knyttes til den enkelte pasient. Ved å summere kostnadene for samtlige tjenester pasienten mottar, inkludert vareforbruket, kan det beregnes en unik kostnad for hver pasient.

En KPP-modell vil ikke bare gi bedre innsyn i pasientrelaterte kostnader, den gir også en systematisk og oversiktlig fremstilling av den helsefaglige aktiviteten i et pasientopphold. KPP-metodikken vil gi et datagrunnlag som setter helseforetak i bedre stand til å vurdere ressursforbruket opp mot behandlingskvalitet, praksisforskjeller, behandlingslinjer og pasientforløp.

KPP-informasjon representerer kvalitets- og styringsdata som vil kunne anvendes på ulike nivå i helseforvaltningen, men denne type data anses i særlig grad å være relevant for helseforetak og regionale helseforetak. KPP-beregninger vil være en av flere informasjons-kilder som kan inngå i arbeidet med å forbedre kvaliteten i pasientbehandling, effektivisere driften og styring av helseforetakene.

### **3. Hvordan kan KPP-data benyttes**



### **3.1 Anvendelse i helseforetak**

En KPP-modell gir mulighet for å følge kostnaden per behandlet pasient innenfor et diagnoseområde eller en gruppe over tid. Med personetydige data om hvilken behandling pasienten har mottatt og hvilke ressurser denne behandlingen krever, sammen med klassifisering av pasienter i grupper, vil KPP-dataene både kunne avdekke avvikende opphold med høye kostnader og store variasjoner i kostnadene innen en diagnosegruppe.

### **3.2 Anvendelser i regionale helseforetak**

Med KPP-data får RHF-ene informasjon om hvilke helseforetak som har kostnader som overstiger nasjonale gjennomsnittskostnader og hvilke som ligger under, både for helseforetaket som helhet og fordelt på de ulike pasientgruppene. Kostnadsbildet i det enkelte helseforetak bør vurderes i lys av foretakets pasientsammensetning. Siden KPP-regnskap også omfatter en systematisk fremstilling av tjenester som pasienten mottar, vil en slik beslutning ikke utelukkende basere seg på kostnadsinformasjon.

### **3.3 Anvendelser av sentrale helsemyndigheter**

Når KPP-regnskapet utarbeides etter en nasjonal KPP-spesifikasjon vil myndighetene kunne gjenbruke de KPP-dataene som utarbeides i helseforetakene.

KPP-dataene kan utnyttes i forvaltningen av DRG-systemet og i utvikling av den innsatsstyrte finansieringen (ISF) når resultatene samles inn i en nasjonal KPP-database på episodenivå.

- Sekundærbruk av KPP-data vil effektivisere kostnadsvektberegningen
- KPP-beregninger vil innbefatte informasjon om aktuell medisinsk praksis og de ressurser den behandlingen krever, på pasientnivå. Slike kostnader er en viktig forutsetning for å kunne belyse kostnadshomogeniteten i ulike pasientgrupper. KPP-data kan dermed bli et viktig element i revidering og videreutvikling av finansieringssystemet, og legge til rette for et mer oppdatert system

Generelt er det slik at nasjonalt sammenlignbare KPP-data vil representere et informasjonsgrunnlag som kan benyttes ved utforming av alle typer finansieringsordninger i spesialisthelsetjenesten.

## **4. Nasjonale prinsipper for KPP-modellering**

## **4.1 Metodisk tilnærming**

Etablering av en KPP-modell innen PHV og TSB må ta utgangspunkt i at samtlige kostnader som er regnskapsført en gitt tidsperiode, skal fordeles ut på de pasientene som har mottatt behandling i den samme perioden. En slik tilnærming innebærer at alle ressurser som er forbrukt, synliggjøres i beregningen av pasientkostnader.

Den Nasjonale KPP-spesifikasjonen bygger på grunnprinsippene i Activity Based Costing eller ABC-kalkulasjon som det ofte omtales. Arbeidskraft er den viktigste innsatsfaktoren i helsetjenesten. Tid egner seg godt for måling av denne typen ressursforbruk og er samtidig et enkelt måleparameter. Rent konkret er det derfor lagt til grunn en tidsdrevet aktivitetsbasert kalkulasjonsmetode (TD-ABC «Time Driven Activity Based Costing»).

- TD-ABC baserer seg overordnet sett på to fundamentale prinsipper
- Den legger til rette for å beregne ressursforbruket i en virksomhets sentrale arbeidsprosesser. Dette tilsvarer tjenestene i den Nasjonale KPP-spesifikasjon
- Beregningen tar utgangspunkt i den samlede ressurskapasitet som er gjort tilgjengelig for utførelse av virksomhetens arbeidsprosesser. Noe som er helt i samsvar med vårt metodiske krav om at KPP-beregningen skal inkludere alle påløpte kostnader.

Time-Driven ABC er relevant for KPP-beregninger og en KPP-modell bygget på disse prinsipper kan:

- Bygges og implementeres relativt raskt
- Oppdateres for å reflektere endringer i tjenester eller kostnader
- Gjenbruke data fra PAS-systemer og andre fagsystemer
- Valideres gjennom avstemming mot driftsregnskapet
- Skaleres til å håndtere mange transaksjoner
- Inkludere eksplisitt ressurskapasitet og ressursutnyttelse
- Redusere modellens kompleksitet gjennom tidsdrevet kostnadsberegning

## **4.2 Innretning og standardisering**

Implementering av KPP-modeller skal ikke føre til nye registreringer i helseforetakene. Modellen etableres ved å bruke allerede registrerte opplysninger om pasientbehandlingen; tilstandskoder og prosedyrer, hvor behandlingen har funnet sted (ambulant eller i poliklinikk) og ulike administrative opplysninger om pasienten og behandlingen og kostnader ført i regnskapet.

For å sikre sammenlignbare resultater etablerer den nasjonale KPP-spesifikasjonen nasjonale standarder for tre forhold:

- Fastsette hvilke pasientspesifikke tjenester behandlingen skal inndeles i og hvordan disse tjenestene skal dokumenteres (identifiseres og registreres)
- Fastsette prinsippene for hvordan disse tjenestene kostnadsberegnes

- Fastsette hvordan tjenester som ikke er pasientspesifikke håndteres i beregningen

### **4.3 Spesifikasjonen er fleksibel**

Utvikling og implementering av en KPP-modell må primært være drevet av helseforetakets behov. Det er det beste utgangspunktet for å sikre god datakvalitet og anvendelse av KPP-data.

Et av formålene med en nasjonal standardisering er å sikre sammenlignbare KPP-data på tvers av helseforetakene, men spesifikasjonen er også utformet med det formål å legge til rette for etablering av KPP-modeller hos helseforetakene. Det er fullt mulig å utforme KPP-modeller med ulik detaljeringsgrad, samtidig som kravet til sammenlignbarhet overholdes.

KPP-spesifikasjonen fastsetter en hovedstruktur, men hvor detaljert en KPP-modell skal innrettes må bestemmes av helseforetaket selv. Ulike organisering kan også være årsaker til litt ulik modelloppbygging. I slike tilfeller må tjenestekostnader aggregeres til det nasjonale nivået for at de skal være nasjonalt sammenlignbare.

Fleksibiliteten i spesifikasjonen legger også til rette for at en KPP-modell kan raffineres over tid. For eksempel ved at det oppstår behov for å belyse enkelte av tjenestene på en mer detaljert måte.

### **4.4 Spesifikasjonens omfang**

Den nasjonale spesifikasjonen for KPP-modeller bygger på en generell metode. Denne metodikken kan anvendes for alle områder innenfor spesialisthelsetjenesten. Denne spesifikasjonen gjelder PHV og TSB.

### **4.5 Fastsettelse av kostnadsgrunnlaget**

Kostnadsgrunnlaget for KPP-beregningen skal tilrettelegges med bakgrunn i sykehusenes årsregnskaper. Regnskapet omfatter alle kostnader, også kostnader som ikke følger direkte av pasientbehandling.

Generelt skal alle kostnader knyttet til annen virksomhet enn sykehusdrift ekskluderes, men dette vil kunne variere mellom HF-ene. For at kostnader skal kunne ekskluderes må de være identifiserbare i regnskapet (kapittel, kostnadssted, prosjektnummer, kontrakt og art).

Dette omfatter blant annet:

- forskning og utvikling
- barnehager
- parkeringsanlegg

Slike kostnader bør merkes i kostnadsgrunnlaget inkludert andel av overveltet felleskostnad, slik at det kan være mulig å avstemme kostnadene mot innrapportering til SSB<sup>1</sup>.

#### **4.6 Forholdet til særtjenestegrupper (STG-er)**

STG-er er behandlingsaktiviteter hvor finansieringen er knyttet til behandlingsperioder i stedet for enkelt episoder eller grupperte sykehusopphold. Aktiviteten er i hovedsak knyttet til behandling utenfor sykehus og pasienten vil ha et variert antall kontakter i perioden. STG-aktiviteten skal kostnadsberegnes på lik linje med øvrig aktivitet. Operasjonalisering i beregningsmodellen vil måtte kreve egne tilpasninger av kostnadsgrunnlaget.

#### **4.7 Forholdet til tjenesteforløpsgrupper (TFG-er)**

TFG-er er knyttet til ulike måter å sammenstille utførte tjenester på med konsekvens for finansieringen og vil i hovedsak inneholde avgrensede/deler av et pasientforløp og kan gå på tvers av f.eks behandling gitt i sykehus eller administrert selv av pasienten hjemme. TFG-er er i finansieringsammenheng et aggregeringsnivå over kontakter og sykehusopphold og det er ikke lagt opp til endringer i registrerings- eller rapporteringsrutiner i forbindelse med overgang til finansiering av dette nye grupperingsnivået. Dette betyr at behandlingsepisodene registreres og kostnadsberegnes på vanlig måte.

#### **4.8 Nærmere om kapitalkostnader**

I en KPP-modell skal i prinsippet alle kostnader som kan relateres til pasientbehandling inngå i kostnadsgrunnlaget og fordeles til den enkelte pasient, herunder også kapitalkostnader.

I den nasjonale spesifikasjonen legges det opp til at alle kapitalkostnader kan inkluderes i helseforetakenes beregningsmodeller<sup>2</sup>, men kapitalkostnader skal ekskluderes i kostnadsgrunnlaget som etableres for rapportering til ISF, jf punkt 4.7.

#### **4.9 Nærmere om KPP-data og kostnadsvektene til aktivitetsbasert finansiering**

Ved rapportering av data til nasjonalt kostnadsvektarbeid, må helseforetakene gjennom

---

<sup>1</sup> Jfr. avstemmingsskjema mellom kostnadsvektarbeidet og SSB rapporteringen på tjenester

<sup>2</sup> Dersom kapitalkostnader skal inngå er det viktig å inkludere all typer; lån, egenkapital eller er en gave, uavhengig av finansiering

en godkjenningsordning, utformet av Helsedirektoratet. En slik ordning skal sikre sammenlignbarhet og at dataene oppfyller kravene i KPP-spesifikasjonen. Godkjenningsordningen følger som et vedlegg til de årlige databestillingene til kostnadsvektsarbeidet.

I beregning av kostnadsvektene til ISF skal kapitalkostnader være ekskludert.

#### **4.10 Avstemming av KPP-modellen**

Beregningene i KPP-modellen må avstemmes mot det ordinære driftsregnskapet slik at resultatene av beregningen faktisk reflekterer alle relevante påløpte kostnader fra det ordinære driftsregnskapet.

KPP-modellen bør avstemmes på flere nivåer, både på toppnivå mot SSB-rapporteringen og på tjenestenivået. Ved å gjøre slike kontroller kan en se om alle kostnader er fordelt. Da kan en også oppdage om fordelte kostnader til tjenesten er høyere eller eventuelt lavere enn kostnaden som er regnskapsført på tjenesten.

Dette er en forutsetning for KPP-data skal kunne sammenliknes på tvers av helseforetak.

## **5. Definisjon av pasientrelaterte tjenester**

## **5.1 Tjenester i KPP-modellen**

Tjenestene i en KPP-modell benyttes for å strukturere den medisinske aktiviteten pasientbehandlingen har bestått av. De er i utgangspunktet teoretiske begrep som ikke nødvendigvis har et åpenbart og tydelig medisinsk innhold. Tjenestene defineres derfor nærmere i KPP-spesifikasjonen.

Inndeling av tjenester skal ivareta flere hensyn. For det første skal tjenestene være forenlig med helsefaglig pasientrettet aktivitet. For det andre skal det være mulig å identifisere ressursforbruket som knyttes til den enkelte tjeneste. Det fordrer en entydig definisjon. Generelt må en slik definisjon inneholde tre elementer:

- Tjenestetype
- Tjenestevarighet
- Tjenestevolum (antall personell)

Standardisert registrering (koder) benyttes for å identifisere tjenestetype. Tjenestevarighet og tjenestevolum bærer informasjon om tjenestens ressursforbruk, og kan inngå i fastsettelsen av en tjeneste. For en del tjenester vil tilstands- eller prosedyrekoder være til hjelp for å identifisere tjenesten, for andre er det i tillegg nødvendig å fastsette varighet. Selv om det skulle være slik at tjenestetype og tjenestevarighet er den samme for to forskjellige pasienter, kan i prinsippet personellinnsatsen være ulik selv om tjenesten er den samme. For å reflektere en slik variasjon må personell til stede være registrert tydelig for hver pasient. En alternativ og enklere tilnærming vil være å benytte den samme gjennomsnittlige personelltyngde for like tjenester. Da vil tjenestevarigheten være tilstrekkelig til å definere tjenesten. For enkelte tjenestetyper er ikke prosedyrer relevant. Da vil tjenestevarighet og eventuell personelltyngde være det som definerer tjenesten. Benyttes en gjennomsnittsbetraktning for personelltyngde vil varigheten alene kunne definere tjenesten.

Mangfoldet av tjenester innen PHV og TSB er stort, og kan være organisert på ulike måter i de enkelte helseforetak. For å kunne sammenligne kostnader mellom pasienter og på tvers av institusjoner, har en valgt å operere med relativt få tjenester i KPP-sammenheng. Inndelingen skal likevel være detaljert nok til å identifisere vesentlige forskjeller i kostnader. Et avgjørende hensyn har vært at inndelingen i tjenester ikke skal medføre mange nye krav til registrering av medisinske eller andre data.

Videre vil informasjon om hvilken avdeling eller poliklinikk pasienten har vært innlagt ved eller tilstede på være avgjørende for kostnadsberegningen, da det er dette som vil være utgangspunktet for ressursberegningen, uavhengig av pasientens alder og helseforetakets organisering av tjenesten.

Spesifikasjonen definerer et sett av pasientrelaterte tjenester som skal inngå i



kostnadsberegningen. Basistjeneste er en samlekategori, som skal fange opp all aktivitet som ikke er definert gjennom de andre tjenestene. Nedenfor finner en nærmere definisjon av pasientrelaterte tjenester.

## **5.2 Pasientrelaterte tjenester i KPP-modell for PHV og TSB**

### **5.2.1 Basistjenester for inneliggende**

For innlagte pasienter defineres en basistjeneste. Basistjenesten består av tiden pasienten er innlagt på sengepost. Opphold i akuttpost og bruk av observasjonspost inngår også i denne tjenesten. Det bør benyttes pasientspesifikk registrering av varighet og bruk av personell hvis registreringer på det finnes.

### **5.2.2 Laboratorietjenester**

Omfatter alle prøver, analyser og undersøkelser innen laboratoriefagene medisinsk biokjemi, medisinsk mikrobiologi, medisinsk genetikk, immunologi og transfusjonsmedisin, patologi og farmakologi. Lokal registrering i pasientadministrative systemer benyttes for identifisering av tjenesten.

I utgangspunktet skal alle laboratorietjenester kostnadsberegnes, men i rapportering til ISF-formål skal aktivitet/kostnad knyttet til aktivitet finansiert av HELFO ekskluderes.

### **5.2.3 Poliklinikk**

Tjenesten poliklinikk er knyttet til helsehjelp som finner sted uten overnatting og vil i stor grad være knyttet til direkte møter med behandler(e) (konsultasjoner). Men tjenesten vil også inneholde behandleres indirekte kontakt med og om pasienten, som eksempelvis samarbeidsmøter, telefonkonsultasjoner og nettbasert behandling. Polikliniske tjenester som gis utenfor definerte poliklinikker, f.eks på ulike senge-/langtidsavdelinger, skal også inngå. Dersom pasienten har mottatt behandling som krever medikamenter se punkt 5.3 Forbruksvarer i en KPP-modell.

### **5.2.4 Ambulante tjenester**

Tjenesten ambulant er tjenester som ytes pasienten utenfor spesialisthelsetjenesten egne lokaler, herunder satelittavdelinger. Tjenesten kan da i stedet ytes i for eksempel pasientens hjem. Tjenesten registreres som en poliklinisk konsultasjon med tilleggsinformasjon om hvor tjenesten har funnet sted (sted for aktivitet).

## **5.3 Dokumentasjon av tjenestene**

Registreringen av medisinsk aktivitet som allerede foregår i sykehusene skal kunne gjenbrukes for KPP-formål. Det gjelder ikke bare diagnoser og prosedyrer, men også tidsregistreringer og personell til stede.

NPR-meldingen er en nasjonal standard i spesialisthelsetjenesten som er førende for hvordan sykehusene i dag registrerer og rapporterer medisinsk aktivitet. Meldingen

legger allerede til rette for omfattende rapportering av aktivitetsdata og vil kunne dekke vesentlige deler av behovet for data som et nasjonalt KPP-regnskap krever.

I tabellen 5.1 er tjenestene i den nasjonale spesifikasjonen listet opp, sammen med kravene til lokal dokumentasjon.

Tabell 5.1: Tjenestebegrep i spesifikasjonen og krav til aktivitetsdokumentasjon.

Punkt	Tjenester	Krav til	Kodeverk	Ressursparametere
5.2.1	Basistjenester for inneliggende	Tidspunkt inn, tidspunkt ut	ICD-10/NCMP	Oppholdstid
5.2.2	Laboratorier	Tidspunkt prøv tatt, analysekode	Norsk laboratoriekodeverk	Kostnad per analyse
5.2.3	Poliklinikk	Tidspunkt inn, tidspunkt ut	ICD-10/NCMP	Kontakttid, Antall behandlere
5.2.4	Ambulante tjenester	Sted for aktivitet	NPR-melding	Kontakttid, Antall behandlere, reisetid, antall reiser

Helseforetak er ulike i størrelse og de kan være organisert på forskjellige måter. For å gjøre beregningen av tjenestekostnader enklere og mer oversiktlig, kan det være hensiktsmessig å benytte tjenestehierarkier. Hovedtjenesten i et slikt hierarki er tjenestene i KPP-spesifikasjonen. Under hver slik hovedtjeneste kan tjenesten deles inn i mer presise subtjenester. En subtjeneste kan igjen deles inn i nye undergrupper i samsvar med helseforetakets organisering. Formålet med en slik inndeling i subtjenester er å sikre et best mulig samsvar mellom aktivitetssteder og kostnadssteder.

#### **5.4 Forbruksvarer i en KPP-modell**

Pasientbehandling er ikke bare bruk av personellressurser og medisinsk teknologi, men også forbruk av ulike varer. Hensikten med registrering av forbruksvarer for KPP-formål er å identifisere særlig kostbare innsatsfaktorer. Slik praksis gjør det mulig å tildele kostnadene til den "rette" pasienten eksempelvis ved bruk av prosedyrekoder. I en overgangsperiode kan en fordele kostnadene jevnt mellom pasientene, men da vil relevante kostnadsforskjeller ikke bli synlige.

Forbruksvarene i modellen er inndelt i 2 ulike hovedgrupper. Forbruk av ulike innsatsfaktorer skal registreres lokalt i tilknytning til den relevante medisinske prosedyrene.

##### **5.4.1 Legemidler**

Med legemidler menes i KPP-sammenheng medikamenter som er gitt til pasienten i forbindelse med døgn, dag eller poliklinisk behandling, herunder medikamenter gitt i sammenheng med LAR, når dette gis i forbindelse med en pasientkontakt i

spesialisthelsetjensten.

Når helseforetakene innfører datasystemer (kurve) som kan identifisere hvilke medikamenter den enkelte pasient får (type og dose), kan faktisk medikamentkostnad knyttes til den enkelte pasient.

#### **5.4.2 Andre forbruksvarer**

Andre forbruksvarer er opprettet som en samlekategori for alle andre forbruksvarer som benyttes i pasientbehandlingen (døgn, dag og poliklinikk).

## **6. Kostnadsberegning av tjenester og varer**

## **6.1 Konkretisering av fremgangsmåten**

For å synliggjøre variasjon i ressursforbruket per pasient, brukes tidsdrevet aktivitetsbasert kostnadsberegning. Mens tradisjonelle regnskap har fokus på kostnadssteder og fordelingsgrunnlag, har aktivitetsbasert regnskapsføring fokusert på aktiviteter, kostnadsdrivere og kostnadsobjekter.

- Aktivitet - det arbeidet som utføres og som medfører kostnader, f. eks en tjeneste
- Kostnadsdriver- den faktor som har avgjørende betydning for kostnadsnivået for aktiviteten, f. eks tjenestens varighet eller antall personell involvert
- Kostnadsobjekt – den enhet som tilknyttes et gitt ressursforbruk f. eks en pasient.

Det er ønskelig å skille mellom direkte og indirekte kostnader. Direkte kostnader representerer kostnader som kan henføres til kostnadsobjektet (pasient) på en entydig måte. Indirekte kostnader kan håndteres i en prosess i to eller flere trinn avhengig av funksjonsforeling og organisering. Først omgrupperes tradisjonelle regnskapsposter til hensiktsmessige aktivitetskostnadsgrupper, der også felleskostnader inngår. I trinn to, eller gjennom flere trinn, fordeles disse kostnadene til de ulike kostnadsobjektene ved hjelp av kostnadsdriverne.

## **6.2 Modell for aktivitetsbasert kostnadsberegning**

Det ideelle for en aktivitetsbasert kostnadsberegning er at man har en entydig kobling mellom ressursforbruk og et kostnadsobjekt. I et sykehus som har et mangfoldig og sammensatt tjenestespekter, er det kun en liten andel av kostnadene som kan tilordnes direkte til den enkelte pasient. Der kostnaden ikke kan tilordnes direkte må større eller mindre deler av kostnadene først beregnes og deretter tilordnes den enkelte pasient indirekte.

Innretningen av en slik modell kan gjøres mer eller mindre avansert. De valg som er foretatt har vært styrt av at modellen skal balansere ønsket om enkle beregninger med behovet for et informasjonsgrunnlag som kan nyttiggjøres både på helseforetaksnivå, RHF-nivå og av myndighetene. Det er redegjort for disse valgene nedenfor.

### **6.2.1 Direkte tilordnede kostnader**

Direkte kostnader i KPP-beregningen er innsatsfaktorer som kan tilordnes direkte til valgt kostnadsobjekt (den enkelte pasient), dvs. at beregning ikke er nødvendig. Eksempler på direkte henførbare kostnader er behandlerkostnad knyttet til polikliniske konsultasjoner og medikamentkostnader. Bruk av direkte kostnader er den mest egnete tilnærmingen med tanke på faktisk forbruk og kostnader på episodenivå, men dette forutsetter en entydig registrering av aktiviteten.

### **6.2.2 Indirekte kostnader**

Mens direkte kostnader kan tilordnes direkte til den enkelte pasient, krever bruk av indirekte kostnader at regnskapsdata først tilrettelegges og fordeles via fordelingsnøkler til det laveste nivå hvor aktivitet og kostnad kan kobles sammen. Videre fordeles kostnaden på den enkelte pasient etter aktuelle variabler som eksempelvis oppholdsøgn, per kontakt eller lignende.

### **6.3 Felleskostnader**

Helseforetakets brutto driftskostnader i et definert regnskapsår er utgangspunktet for kostnadsgrunnlaget. I SSB-rapporteringen, som også benyttes i SAMDATA, defineres kostnadsgrunnlaget. Det skal være de totale kostnader til aktuelle funksjoner basert på gjeldende funksjonskontoplan, samt den delen av helseforetakets tverrgående tjenester som eksempelvis sentrale stab/administrasjon som skal tillegges funksjonen – felleskostnader.

Felleskostnader er kostnader knyttet til funksjoner som utføres for mer enn en enhet. Felleskostnader vil oppstå på ulike nivåer i helseforetaket, avhengig av organisering. I en KPP-modell er det viktig å få med alle relevante felleskostnader fra alle nivåer.

For å sikre at kostnadsgrunnlaget beregnes riktig, er det viktig at regnskapet avstemmes mot andre rapporteringer. Her skal avstemmings skjemaet til kostnadsvektarbeidet benyttes.

Bruttokostnadene til aktivitet i KPP-modellen skal være lik bruttokostnadene til tilsvarende aktivitet i innrapportering til SSB. Dette medfører at felleskostnader må fordeles likt både i KPP-modellen og ved innrapportering til SSB.

Felleskostnadene skal fordeles etter den metodikk som de regionale helseforetakene i samarbeid har besluttet skal benyttes i nasjonale retningslinjer for fordeling av felleskostnader<sup>3</sup>.

Identifisering og fordeling av felleskostnader kan med fordel gjøres gjennom flere trinn, der en i trinn 1 fordeler kostnader knyttet til sentral stab/administrasjon til de ulike funksjonsområdene. I trinn 2 fordeles fellekostnadene mellom døgn, dag og poliklinikk aktiviteten, samt øvrig aktivitet. Det er viktig at øvrig aktivitet også får tildelt sin andel av felleskostnadene selv om kostnadene for denne aktiviteten i mange tilfeller senere ekskluderes. I kostnadsgrunnlaget for KPP-beregninger skal kun kostnader til pasientbehandlingen inngå. Fordeling i videre trinn er avhengig av både organisering av regnskapene og kompleksiteten i KPP-modellen, men det avgjørende er å få fordelt felleskostnadene til den enkelte tjeneste.

Når det gjelder felleskostnader til kostnadselementer som skal ekskluderes, f. eks

---

<sup>3</sup> Rapport Fordeling av Felleskostnader (KPP), behandlet i økonomidirektørmøte januar 2016

kostnader til forskning, vil det være behov for å fordele felleskostnader til kostnadselementer som skal ekskluderes på lik med annen fordeling av felleskostnader.

#### **6.4 Beregning av enhetskostnader**

Beregningen foregår etter følgende prinsipp:

Enhetskostnaden for de ulike tjenestene og valgte tjenestegrupper beregnes etter følgende enkle prinsippmodell.

$$\text{Enhetskostnaden} = \text{kostnad/mengde}$$

Kostnad er de totale kostnadene i en tjenestegruppe, mens mengde både kan være tid der en korrigerer for personellressurser eller antall enheter med hensyn til varekostnader.

For tjenestene vil enhetskostnadene også omfatte felleskostnadene, som gjerne også kan være en egen kostnadsgruppe. (Gjør det mulig å spore felleskostnaden.)

Ved å multiplisere enhetskostnaden med pasientens faktiske forbruk av tjenesten finner en kostnadene for de ulike tjenestene pasienten mottar.

#### **6.5 Fordeling av behandlerkostnader**

Behandlerlønn utgjør en vesentlig andel av den totale kostnaden innen PHV og TSB. For å knytte riktig behandlerkostnad til riktig pasient er det nødvendig å sikre korrekt fordeling av behandlerlønn mellom de ulike pasientaktivitetene som utføres (sengepost, poliklinikk mv). Dette fordi behandlerlønn ikke nødvendigvis er regnskapsført der behandler har utført sitt virke og fordi de ulike behandlergruppene utfører ulik type pasientbehandling.

Erfaringsmessig er det både varierende kvalitet og mangelfull registrering av de ulike behandlerens tidsbruk på de ulike aktivitetene. En alterantiv metode kan derfor være å ta utgangspunkt i tilgjengelig behandler tid og med hjelp fra ulike planverktøy; arbeidsplaner, lønnsrapporter eller aktivitetsoversikter, og faglig skjønn fastlegge hvordan denne tiden fordeles (andelsmessig) mellom tjenestene døgn, dag, poliklinikk og eksterne veiledningsaktiviteter, jf kap 6.1 i høringsnotat om omlegging av finansieringsordningen for poliklinisk aktivitet innen PHV og TSB fra 1.1.2017, 16/7560.

" Veiledning av andre aktører, herunder i kommunens helse- og omsorgstjeneste, er en viktig oppgave, ikke minst innen BUP. Hovedregelen er at veiledningsaktivitet som finner sted for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift ikke er omfattet av ISF. Det legges til grunn at veiledningsaktiviteter som primært dreier seg om å gjøre kommunale tjenesteytere i stand til å løse sine oppgaver, ikke skal danne grunnlag for ISF. Dette gjelder uavhengig av om veiledningen finner sted nominativt eller anonymt."

Behandlers tidsbruk knyttet til aktiviteter som skriving av sakkyndigrapporter i barnevernssaker, møter i ulike nemnder, rettsaker etc er også å betrakte som aktiviteter av ekstern karakter. Ressurser knyttet til samlet tidsbruk til eksterne aktiviteter skal ekskluderes kostnadsgrunnlaget.

Kostnadsgrunnlag til fordeling er totalt utbetalt behandlerlønn (sum konto 5 for behandlere) + kostnader knyttet til innleie fra byrå (konto 468), fratrukket kostnader knyttet til tid brukt til forskning og utvikling + kostnader knyttet til eksterne veiledningsoppgaver.

## **6.6 Gruppering av regnskapsdata i tjenestegrupper og valg av kostnadsdrivere**

Inndelingen i kostnadsgrupper skal reflekterer de tjenestene som er definert i KPP-modellen, jf kapittel 5. Innen hver tjenestekostnadsgruppe kan kostnadene inndeles i ulike aktivitets undergrupper i samsvar med helseforetakets organisering og inndelingen av regnskapsansvar.

### **6.6.1 Basistjenester for inneliggende**

Kostnadsobjektet er den enkelte pasienten. Kostnadsdriver er tid på henholdsvis dagavdeling eller sengepost. Denne tjenestegruppen skal inneholde alle påløpte driftskostnader som ikke er inkludert i de andre tjenestegruppene under. Andel av felleskostnader skal inkluderes.

Kostnader knyttet til polikliniske konsultasjoner, dvs behandler tid og behandlerkostnad, som skjer på langtidsavdelinger, kostnadsberegnes for seg og disse kostnadene kommer til fratrukk når kostnad pr liggedøgn beregnes.

Enkelte innlagte pasienter får ECT-behandling. ECT-behandlingen gis ofte innen den somatiske helsetjensten og registreres med egen prosedyrekode der behandlingen har blitt utført, samtidig som pasienten er innlagt i psyisk helsevern. Å få beregnet og koblet kostnadene knyttet til ECT-behandling til korrekt pasient kan være utfordrende, da HF-ene gjennom sine finansieringsmodeller har lagt til rette for at slik tverrfaglig behandling skal kunne skje. Det betyr at kostnadene ikke nødvendigvis er kostnadsført ut til den enkelte avdeling/koststed, ei heller at prosedyrekoden for gjennomført ECT-behandling er registret i pasientjournalen.

Dokumentasjonen på gjennomførte behandlinger vil være dokumentert i pasientens journal. Kostnaden blir i slike tilfeller å regne som en felleskostnad som fordeles til alle



pasienter ved avdelingen(e). En er avhengig av en mer presis registrering på pasientnivå for å bedre kostnadsberegningen her.

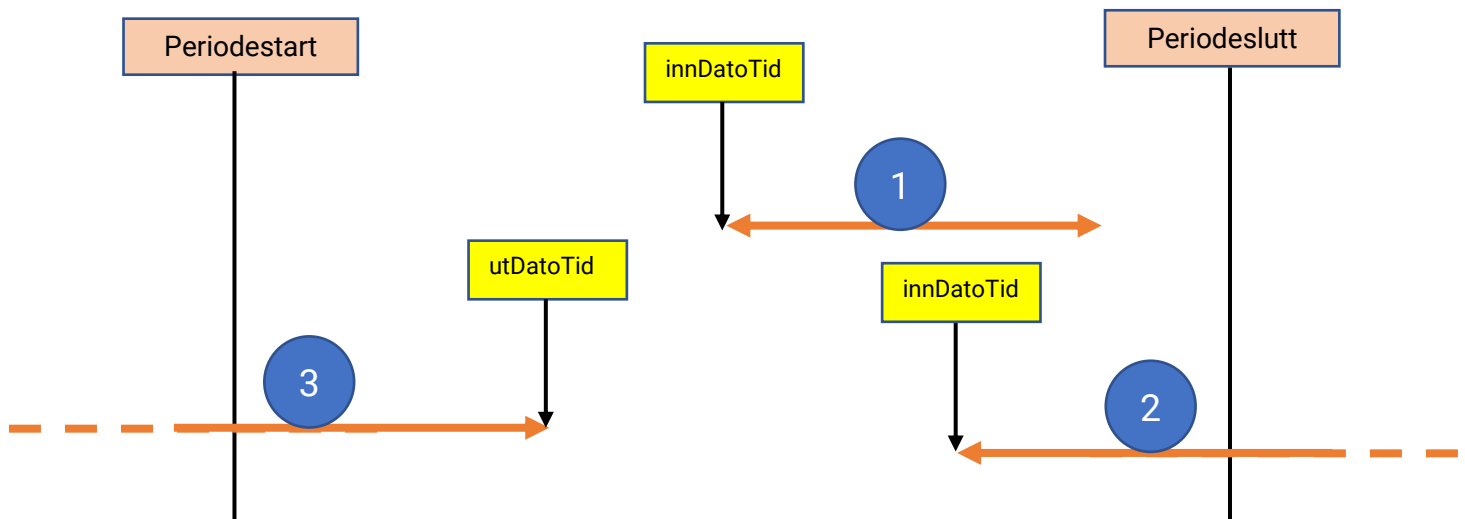
Dersom pleietyngdemålinger er satt i system vil en ha mulighet for å fange opp variasjoner i pleietyngde på pasientnivå og fordeling av pleieressursen vil på en bedre måte fange opp disse variasjonene. I mangel av slike systemer blir pleieressursen å anse som en døgnkostnad og kostnaden per pasient vil være avhengig av liggetiden samt bemanningsfaktoren pr enhet.

Kostnader knyttet til pasienter som ligger over årsskiftet utfordrer KPP-modellen. KPP-dataene etableres på årsdata og tilordnes pasienter med avsluttede opphold. Pasienter som ligger over årsskiftet har ikke avsluttede opphold. Dette er knyttet til pasienter i døgn-/langtidsavdelinger, og i hovedsak dreier dette seg om en kombinasjon av kostnader knyttet til pleie/sengepostkostnader og behandlerkostnader. Disse pasientene skal ha sin andel av kostnadene, representert gjennom liggedøgnskostnadene. Problemstillingen er tilsvarende for pasienter som er overligere fra tidligere år. Modellen bør utformes for å imøtekommet HF-enes egne behov for styringsinformasjon. For rapportering til kostnadsvektsberegningen knyttet til ISF-ordningen skal kostnadsgrunnlaget etableres eksklusive både disse pasientene og tilhørende kostnader.

Teknisk med utgangspunkt i NPR-melding kan dette også beskrives slik:

All aktivitet utført i spesialisthelsetjenesten skal rapporteres til NPR i form av episoder. Dette gjelder også for innrapportering av episoder i KPP, uavhengig av om det er beregnet kostnader knyttet til episodene. For innrapportering av KPP skal samme seleksjonskriterier benyttes som for innrapportering av ordinær aktivitet. Kriteriene er følgende:

- Alle episoder som er opprettet (innDatoTid er i perioden) og avsluttet (utdatoTid er i perioden) i rapporteringsperioden skal rapporteres
- Episoder skal rapporteres selv om de ikke er avsluttet (mangler utDatoTid eller utDatoTid > PeriodeSlutt)
- Episoder som er startet før PeriodeStart (innDatoTid < PeriodeStart) men ikke er avsluttet ved rapporteringsperiodens start (utDatoTid > PeriodeStart) skal rapporteres



Det vil ikke være aktuelt å rapportere episoder i KPP-sammenheng som er utført (har utDatoTid) før periodestart men som hører til et "sykehusopphold" som strekker seg inn i rapporteringsperioden. Imidlertid vil det kunne være behov for å se slike episoder i KPP-sammenheng lokalt da de vil være med i kostnadsbildet når man ønsker å analysere KPP i forhold til sykehusopphold.

Det betyr også at ikke avsluttede episoder skal kostnadsberegnes og rapporteres til NPR (all aktivitet som skjer i kalenderåret skal kostnadsberegnes og rapporteres)<sup>4</sup>.

### 6.6.2 Laboratorier

Kostnadsobjektet er pasienten og kostnadsdriver er antall undersøkelser. Kalkulerte standardkost pr undersøkelse/analyse kan benyttes. Tjenestegruppen skal inkludere alle driftskostnader pr fagområde inkludert andel felleskostnader. Kostnaden tilordnes pasienten så fremt tjenesten ikke er finansiert via annet regelverk og annen finansieringsordning, jf pkt 5.2.2.

### 6.6.3 Poliklinikk

Kostnadsobjektet er pasienten og konsultasjonstiden er kostnadsdriver. Kostnadsgrunnlaget er totale kostnader til poliklinikk, herunder kostnader til poliklinikk på sengepost/langtidsavdelinger.

Felleskostnader skal inkluderes. Kostnadsgrunnlaget skal korrigeres for kostnader til veiledning av eksterne, jf omtale under punkt 6.5.

Behandlerkostnadene tilordnes polikliniske tjenester i samsvar med fastsatt tidsbruk i poliklinikken. I poliklinikk inngår også behandlerens tidsbruk til indirekte kontakt med og om pasienten. Videre vil tidsbruk knyttet til pasienter med behov for observasjon i etterkant av medikamentell behandling inngå. Kostnadsgrunnlaget kan etableres ved å anslå observasjonsressursen og komme i tillegg til konsultasjonskostnaden. Koblingen

<sup>4</sup> For ISF-formål vi imidlertid kun avsluttede og DRG-grupperte sykehusopphold inngår i kostnadsvektsberegningen.

til pasient bør skje via aktuell legemiddelkode (ATC) og prosedyrekode for forordning.

En poliklinikk vil bli belastet både for medikamenter som utleveres i poliklinikken og som utleveres i andre ordninger. Spesielt her er kostnader knyttet til LAR-medikamenter. Kostnader til LAR-medikamenter skal ekskluderes fra kostnadsgrunnlaget, da det ikke er en felles praksis mellom HF-ene her. Medikamentutlevering kan finne sted i poliklinikken, i en kommunal ordning, i fengsel, hos andre tjenesteleverandører (f.eks ettervernssenter), på apotek og hos fastlege. Registrering av antall pasienter som er under LAR-ordningen registreres og rapporteres til NPR.

#### **6.6.4 Ambulant virksomhet**

Kostnadsobjektet er pasienten og kostnadsdriver er tiden som medgår i reisen til og fra den ambulante kontakten. Kostnadsgruppen skal inkludere alle driftskostnader som påløper for å utøve ambulant aktivitet, herunder behandlerlønn. Kostnader knyttet til tidsbruken for den ambulante kontakten vil på ingen måte gjenspeile faktisk kostnaden. Kostnader til behandler(e) tidsbruk til reisetid, samt kostnader til bruk av bil/transport vil måtte komme i tillegg.

Det å finne kostnaden for ambulant virksomhet er utfordrende med dagens registreringer. Det optimale hadde vært at det ble skrevet «reiseregning» for den enkelte kontakt, men med dagens registreringer er det tilstrekkelig at kostnadene fordeles på antall ambulante kontakter.

#### **6.6.5 Forbruksvarer – her legemidler**

Kostnadsobjektet er pasienten og kostnadsdriver er medikament gitt til pasient, jf punkt 5.3.1. Kostnadene skal inkludere alle medikamentkostnader gitt til pasient knyttet til en pasientkontakt. Hvis registrering av medikamentforbruk ikke finnes på pasientnivå, kan gjennomsnittlige medikamentkostnader pr pasientkontakt for enheten benyttes.

#### **6.6.6 Annet**

Kostnader knyttet til ikke møtt, brukerstyre senger/tomme senger, herunder permisjoner skal inkluderes i kostnadsgrunnlaget. Kostnadsgrunnlaget gjenspeiler da faktiske personellmessige kostnadene som er prioritert/avsatt til tjenesten og tildeles de alle pasienter etter antall konsultasjoner i poliklinikken og via døgnskostnaden/liggetiden for de innlagte pasientene.

Ved etablering av kostnadsgrunnlaget til kostnadsvektsberegningen knyttet til ISF-ordningen vil Helsedirektoratet korrigere ut kostnader og liggedøgn som kommer inn under finansieringsordningen for utskrivningsklare pasienter. Dette på samme måte som for somatikken. Helsedirektoratet vil her ta utgangspunkt i registrerte og rapporterte opplysninger til NPR om når en pasient er registrert som utskrivningsklar og når pasienten faktisk skrives ut, samt HF-enes egne beregnede basiskostnader.

# 7. Kobling av data

En KPP-modell forutsetter en teknisk løsning for eksport, bearbeiding og kobling av grunnlagsdata fra det pasientadministrative systemet, fra forskjellige fagsystem og det ordinære driftsregnskapet.

Grunnlagsdataene kan inndeles i to hovedkategorier:

Fra det pasientadministrative systemet:

- Pasientdata knyttet til de enkelte behandlingsepisodene, herunder inn- og utskrivningsdata, samt alder, kjønn, diagnose, prosedyrer, avdeling, kommune mv. Denne type data benyttes som underlag for å lage utvalg og rapporter
- Informasjon om liggetider, konsultasjonstider og eventuelle pleietyngderegistreringer. Disse dataene benyttes til å beregne enhetskostnader for tjenestene

Fra lokale fagsystemer:

- Bruk av tvang
- Medisinering
- Evt. andre systemer

Disse dataene benyttes til å beregne enhetskostnader for tjenestene.

Grunnlagsdataene fra de ulike fagsystemene vil gi informasjon om pasientbehandlingen via registrerte prosedyrekoder, tidsbruk, hvilket personell som har vært tilstede og om medisinsk forbruksmateriell har vært benyttet. Kvaliteten og omfanget på registreringen vil variere mellom institusjoner. Hovedgrepet bør være å benytte de grunnlagsdata man har.

I hovedsak er det tre koblinger av data som må gjøres i KPP-beregningen:

- Kobling av regnskapstall i økonomisystemet og aktivitet i det pasientadministrative systemet, for bl.a. å kunne fordele kostnader. Dette forutsetter en god konsistens mellom enhetene som benyttes i økonomisystemet og i det pasientadministrative systemet.
- Kobling av tjenestedata fra de enkelte fagsystemer til den enkelte pasient og opphold. Dette forutsetter en gjennomgående unik identifikator for den enkelte pasient og det enkelte opphold. I mangel av dette kan for eksempel personnummer og dato anvendes.
- Kobling av enhetskostnader per tjeneste til den enkelte pasient. Forutsetter at det er samsvar mellom hvordan aktiviteten (ressursbruken) er definert i fagsystemet og strukturen i regnskapet. Med dette menes at kostnadene er korrekt fordelt til samme enheter hvor tjenestene finner sted.

Erfaringer fra helseforetak som har etablert KPP-modell viser at tilgangen til grunnlagsdata fra de ulike fagsystemene kan være vanskelig, og til dels mangelfull. Dette må

håndteres gjennom praktiske lokale løsninger. Erfaringer viser at følgende er viktig:

- Fjerne usikkerhet hos "eierne" av systemene med tanke på hvordan denne informasjonen skal forvaltes og anvendes
- Etablerer klare rutiner for eksport av grunnlagsdata fra de aktuelle fagsystem
- Identifisere mangler ved IT-løsninger/IT-plattform som vanskeliggjør uthenting og kobling av data fra fagsystemer med det pasientadministrative systemet

Fastlagte prinsipper for standardisering vil legge forholdene til rette for kobling av data. En god samhandling mellom de ulike fagmiljøene er nødvendig for å sikre god kvalitet på grunnlagsdata.

I forbindelse med oppdatering av KPP-datalagret er det viktig at det gjennomføres kontroller for bl.a. å identifisere om det er mangler i aktivitetsdata, om det finnes dubletter av opphold osv. For institusjoner som mangler en gjennomgående unik identifikator i sine fagsystemer er det svært viktig at koblingen og oppdatering av data kvalitetssikres. Ideelt sett bør det gjennomføres en avstemming av aktiviteten før og etter innlesing når databasen oppdateres, samtidig som det bør tilrettelegges for at aktiviteter med manglende treff vil kunne kobles manuelt.

Hvor ofte man legger opp til oppdatering av databasen avhenger av hva man ønsker å anvende disse dataene til, og organisasjonens evner og ressurser til det å utføre dette arbeidet. Dette vil variere fra institusjon til institusjon.

Som grunnlag for en nasjonal KPP-database er det tilstrekkelig med en årlig kvalitetssikret oppdatering.

## **8. Etablering av KPP-modell - juridiske vurderinger**

En KPP-modell forutsetter bruk av taushetsbelagte helseopplysninger. Helsedirektoratet har foretatt en juridisk vurdering av slik bruk og vår konklusjon er at etablering av en KPP-modell i et helseforetak og bruk av KPP-data, vil være i samsvar med de lover og forskrifter som regulerer behandling av helseopplysninger. Direktoratets vurderinger er også forelagt Datatilsynet, som slutter seg til vår konklusjon.

Det er redegjort nærmere for direktoratets vurderinger under.

### **8.1 Rettslig utgangspunkt**

Helseopplysninger er opplysninger som er taushetsbelagt i medhold av helsepersonelloven § 21. Taushetsplikten gjelder også i forhold til annet helsepersonell og andre institusjoner som ikke er kjent med opplysningene fra før. For at det skal kunne gis tilgang til eller utleveres opplysninger må det foreligge et unntak fra helsepersonells taushetsplikt.

Helsepersonelloven § 26 gir hjemmel for behandling av taushetsbelagte opplysninger innenfor en virksomhet når formålet er internkontroll eller kvalitetssikring av tjenesten. Formålet med bestemmelsen er å tilrettelegge for nødvendige pasientsystemer slik at tjenesten kan planlegges og gjennomføres på en rasjonell og kvalitativt forsvarlig måte (jf. Ot. prp. nr. 13 (1998 – 1999) s 230). Helsepersonelloven § 26 gir med dette åpning for å opprette interne kvalitetsregistre i ett helseforetak, basert på systematisering av den informasjon som foreligger i en pasientjournal. Dette innebærer at et kvalitetsregister i prinsippet kan defineres som et behandlingsrettet helseregister, og derfor bare være meldepliktig (ikke konsesjonspliktig). Forutsetningen er at registrering, rapportering og tilbakemelding bare benyttes internt i ett helseforetak, og at personidentifiserbare opplysninger ikke kobles til data fra andre virksomheter.

Data i et slikt register må defineres som nødvendige for å sikre kvalitet på utredning, diagnostikk og behandling. Opplysningene skal imidlertid så langt som mulig gis uten individualiserende kjennetegn. Pasientene har mulighet til å motsette seg utlevering av personidentifiserbare opplysninger. Dette forutsetter likevel en viss grad av aktivitet fra pasientens side, og det er ikke påkrevet å spørre pasientene med mindre det er grunn til å tro at de ville ha innvendinger hvis de ble spurt (Ot. prp. nr. 13 (1998 – 1999) s 230). I den grad slik kvalitetssikring skjer ved flere virksomheter, kan ikke opplysninger fra forskjellige virksomheter settes sammen i personidentifiserbar form med hjemmel i helsepersonelloven § 26. Slik sammenligning må i så fall fremstilles anonymt som statistikk.

Dersom journalopplysningene skal brukes til formål som ikke omfattes av helsepersonelloven § 26, kreves annet hjemmelsgrunnlag for tilgang til opplysningene. Det er helt på rene at ikke alle formål med KKP-beregninger kan anses som kvalitetssikring av tjenesten og omfattes av § 26.



Eksempler på dette kan være styrings- og finansieringsformål mv. Etter Helsedirektoratets oppfatning vil da kun pasientenes samtykke gi hjemmel for bruk av personentydige pasientopplysninger.

Dersom opplysningene kan fremstilles anonymt vil de imidlertid kunne utleveres uten hinder av taushetsplikten, jf. helsepersonelloven § 23 nr. 3. I anonym form vil ikke opplysningene være å anse som helseopplysninger som er underlagt reglene i helsepersonelloven og helseregisterloven.

Anonyme opplysninger defineres i helseregisterloven § 2 nr. 3 som opplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson. Dersom opplysningene kan knyttes til ett av to individer, er dette i prinsippet en anonym opplysning. For å være på den sikre siden, bruker en i praksis å sette en grense på fire eller fem, dvs. dersom opplysningene kan knyttes til en av fire eller fem individer, føler en seg trygg på at opplysningene er anonymisert.

Det er den dataansvarlige sitt ansvar å sikre at det foreligger et rettslig behandlingsgrunnlag som oppfyller vilkårene i personvernforordningen og personopplysningsloven.

## **8.2 Etablering av en KPP- modell oppfyller lovens krav**

For å kunne koble kostnader til den behandlingen pasienten har mottatt ved et sykehusopphold må helseopplysningene være personidentifiserbare.

Flere forhold tilsier at denne sammenstillingen av data vil kunne utnyttes for kvalitetsformål og slik sett være i samsvar med de lover og regler som gjelder:

- KPP-data gjør det mulig å identifisere høyt ressursforbruk
- KPP-data kan utnyttes i arbeidet med å optimalisere behandlingsforløp
- KPP-data kan belyse/forklare avvik når det er forskjell mellom helsefaglige mål og resultater

Det er Helsedirektoratets oppfatning at formålet med etablering av KPP-regnskap og bruk av personidentifiserbar KPP-informasjon er å anse som behandling av helseopplysningene til internkontroll eller kvalitetssikring av tjenesten i medisinsk forstand, og således kan gjøres i medhold av helsepersonelloven § 26.

## **8.3 Anvendelse av anonyme KPP-data**

Anonym KPP-informasjon vil i motsetning til personidentifiserbar informasjon kunne benyttes til mange formål. For alle andre formål enn oppfølging og bedring av behandlingskvaliteten, er ikke personidentifiserbare data nødvendig.

Anonyme data er tilstrekkelig, når formålet eksempelvis er styring eller administrasjon. Anonyme opplysninger defineres i helseregisterloven § 2 som opplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet. Det innebærer at KPP-data må anonymiseres før de kan benyttes til andre formål enn oppfølging og bedring av behandlingskvaliteten.

**Revidert versjon**  
**Nasjonal spesifikasjon for KPP-modellering – psykisk helsevern og TSB**

**Utgitt**  
Desember 2018  
**Bestillingsnummer**  
IS-2756

**Utgitt av**  
Helsedirektoratet  
**Postadresse**  
Pb. 220 Skøyen  
0213 Oslo  
**Besøksadresse**  
Vitaminveien 4, Oslo

**Telefon** 810 20 050  
**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

**Forsidefoto**  
Krediteres  
**Design**  
Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)