

Nasjonal spesifisering for KPP-modellering 2012
Begreper og metoder

Heftets tittel: Nasjonal spesifikasjon for KPP-modellering 2012
Utgitt: November 2012

Bestillingsnummer: IS-2033

ISBN-nr. 978-82-8081-273-5

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Divisjon for Helseøkonomi
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2033

Innhold

1	Innledning	3
2	Hva er kostnader per pasient	4
3	Hvordan kan KPP-data benyttes	5
3.1	Anvendelse i helseforetak	5
3.2	Anvendelser i regionale helseforetak	6
3.3	Anvendelser av sentrale helsemyndigheter	6
4	Nasjonal KPP-spesifikasjon – innretning og forutsetninger	7
4.1	Metodisk tilnærming	7
4.2	Innretning og standardisering	7
4.3	Spesifikasjonen er fleksibel	8
4.4	Spesifikasjonens omfang	8
4.5	Fastsettelse av kostnadsgrunlaget	8
4.6	Avstemming av KPP-modellen	9
4.7	Nærmere om kapitalkostnader	9
4.8	Nærmere om KPP-data og kostnadsvektene i DRG-systemet	9
5	Definisjon av pasientrelaterte tjenester og vareforbruk	11
5.1	Pasientrelaterte tjenester i KPP-modell	12
5.1.1	Akuttmottak	12
5.1.2	Operasjon	12
5.1.3	Intensivbehandling	12
5.1.4	Anestesi	12
5.1.5	Radiologiske tjenester	12
5.1.6	Laboratorietjenester	12
5.1.7	Stråleterapi	13
5.1.8	Dialyse	13
5.1.9	Poliklinikk	13
5.1.10	Basistjenester i innleggelsen	13
5.2	Dokumentasjon av tjenestene	13
5.3	Forbruksvarer i en KPP-modell	15
5.3.1	Legemidler	15
5.3.2	Implantater	15
5.3.3	Forbruksmateriell	15
5.3.4	Blodprodukter	15
5.3.5	Andre forbruksvarer (restkategori)	16
6	Kostnadsberegning av tjenester og varer	17
6.1	Konkretisering av fremgangsmåten	17
6.2	Modell for aktivitetsbasert kostnadsberegning	18

6.2.1	Direkte tilordnete kostnader	18
6.2.2	Indirekte kostnader	18
6.3	Felleskostnader	18
6.3.1	Første trinn	20
6.3.2	Videre fordeling av felleskostnader i flere trinn	21
6.4	Beregning av enhetskostnader	21
6.5	Fordeling av legekostnader	22
6.5.1	Legekostnader integrert i de andre tjenestene	22
6.5.2	Legekostnader beregnet isolert i modellen	23
6.6	Gruppering av regnskapsdata i kostnadsgrupper og valg av kostnadsdrivere	24
6.6.1	Akuttmottak.	24
6.6.2	Operasjon	24
6.6.3	Intensivbehandling	24
6.6.4	Anestesi	25
6.6.5	Radiologi	25
6.6.6	Laboratorietjenester	25
6.6.7	Stråleterapi	25
6.6.8	Dialyse	25
6.6.9	Polikliniske tjenester	25
6.6.10	Basistjenester dag og døgnbehandling	25
7	Kobling av data	27
8	Etablering av KPP-modell – juridiske vurderinger	30
8.1	Rettslig utgangspunkt	30
8.2	Etablering av en KPP- modell oppfyller lovens krav	31
8.3	Anvendelse av anonyme KPP-data	31

1 Innledning

Med publiseringen av en nasjonal spesifisering for kostnader per pasient (KPP) etableres én, felles standard for beregning av kostnader på pasientnivå i spesialisthelsetjenesten. 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, som kan gjøre det enklere for helseforetakene å komme i gang, og bidra til at KPP-modeller tas i bruk for virksomhetstyring i helseforetak og regionale helseforetak.
- Sikre lik praksis i beregningen av behandlingstkostnader på tvers av helseforetak. Likheter er en forutsetning for at KPP- modeller i helseforetakene resulterer i nasjonalt sammelignbare data.
- Legge til rette for at kostnadsvektene i ISF-ordningen 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-modeller. Modeller som bygges etter denne spesifiseringen vil ha samme hovedstruktur. Inndeling av 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.

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. Denne tilnærmingen innebærer at det faktiske ressursforbruket knyttet til pasientbehandling dokumenteres og inngår i analysen av medisinsk praksis, kostnadsforhold og kostnadsforskjeller.

Den nasjonale KPP-spesifikasjonen omfatter i denne omgang kun somatikk.

Helsedirektoratet utarbeidet et forslag til en nasjonal spesifisering for KPP-modellering i 2008. Denne spesifiseringen ble pilotert i 6 helseforetak, og prosjektet ble oppsummert i en egen rapport i 2010. Den KPP-spesifikasjonen som nå foreligger er revidert med utgangspunkt i de svakheter og mangler som ble påpekt i pilotprosjektet.

2 Hva er kostnader per pasient

Kostnader per pasient (KPP) er en betegnelse på en metode for en parallell oppstilling av hvilken behandling en pasient har mottatt og hva denne behandlingen har kostet, enten det er et døgnopphold, en dagbehandling eller en 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 medisinske tjenester. Tjenestene skal ha et helsefaglig meningsfylt innhold og kunne kostnadsberegnes separat. Forbruket av tjenestene må kunne kobles entydig til pasienten. Videre forutsetter metoden at faktisk forbruk av legemidler og forbruksmateriell kan knyttes til pasienten. 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 således gi et datagrunnlag som setter helseforetak i stand til å vurdere ressursforbruket i forhold 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 ikke alene kunne erstatte eksisterende systemer for planlegging, budsjettering og oppfølging i spesialisthelsetjenesten, men vil være en av flere informasjonskilder som kan inngå i arbeidet med å forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen og effektivisere driften og styring av helseforetakene.

For sentrale myndigheter vil utnyttelse av KPP-data innebære gjenbruk av data som utarbeides for spesifikke formål i helseforetak og regionale helseforetak.

3 Hvordan kan KPP-data benyttes

3.1 Anvendelse i helseforetak

Erfaringer fra andre nordiske land viser at anvendelsen av KPP-beregninger øker kvaliteten på aktivitetsdata og kostnadsdata. KPP-modeller gjør det dessuten meningsfullt å sette kvalitative behandlingsmål for pasientgrupper. I oppfølging og evaluering av slike mål vil en KPP-modell gi data som kan belyse/forklare avvik når det er forskjell mellom medisinske mål og resultater.

Høyt ressursbruk kan være en indikasjon på lav behandlingskvalitet. En mulig forklaring på høye behandlingkostnader kan være sykehusinfeksjoner, re-operasjoner eller komplikasjoner etter operative inngrep med påfølgende lange sykehusopphold.

Lav kostnad med liten variasjon (volatilitet) innenfor en pasientgruppe innebærer oftest høy kvalitet i behandling og lav risiko for å bli utsatt for medisinske feil. Stor variasjon i kostnadene kan indikere dårlig pasientsikkerhet. En KPP-modell gir mulighet for å følge kostnaden per behandlet pasient innenfor et diagnoseområde eller – en gruppe over tid.

En KPP-modell resulterer i personentydige data om hvilken behandling pasienten har mottatt og hvilke ressurser denne behandlingen krever. Sammen med klassifikasjon av pasienter i DRG-systemet, vil KPP-dataene både kunne avdekke avvikende opphold med høye kostnader og store variasjoner i kostnadene innen en diagnosegruppe.

Denne informasjonen kan også brukes i planlegging og styring. KPP-beregninger gir blant annet estimater på gjennomsnittskostnader i pasientbehandling, som f.eks kan benyttes i budsjettarbeidet. KPP-data vil også gi muligheter til å se kostnader i sammenheng med inntekter.

KPP-data bærer også informasjon som kan belyse pasienttyngde. Om et helseforetak blir pålagt omprioriteringer, krav om økt aktivitet for å avvikle køer eller andre krav fra det regionale helseforetaket, kan KPP-data gi sykehusledelsen bedre innsikt i de økonomiske konsekvensene av mulige tiltak.

Etablering og drift av KPP-modeller vil innebære at relevant informasjon er løpende tilgjengelig når slike behov oppstår på ulike nivå i en organisasjon. Slik informasjon er ofte svært ressurskrevende å hente frem på ad hoc basis.

Eksistensen av KPP-modeller vil også forenkle og effektivisere helseforetakenes arbeidet med innrapportering av data til RHF og sentrale myndigheter. KPP-data er også velegnet for fakturering av pasientkostnader og det kan være muligheter for å utnytte dette i arbeidet med gjestepasientoppgjør og selvbetalende pasienter.

3.2 Anvendelser i regionale helseforetak

En bedre dokumentasjon av sykehusenes aktivitet og det tilhørende kostnadsbildet vil gi RHF-ene bedre grunnlag for fatte beslutninger om endringer i funksjonsfordeling mellom helseforetak.

Med KPP-data får RHFene informasjon om hvilke sykehus som har kostnader som overstiger nasjonale gjennomsnittskostnader og hvilke som ligger under, både for sykehuset som helhet og fordelt på de ulike pasientgruppene. Kostnadsbildet i det enkelte helseforetak vil kunne vurderes i lys av foretakets pasientsammensetning. Slik informasjon kan utnyttes av RHFene når finansieringsprogrammene for de enkelte helseforetak skal fastsettes.

For prioriterte behandlinger kan det etableres et samsvar mellom behandlingens kostnader og dens finansiering. Siden KPP-regnskap også omfatter en systematisk fremstilling av tjenester som pasienten mottar, vil ikke en slik beslutning utelukkende basere seg på kostnadsinformasjon. Informasjon om behandlingspraksis og pasienttyngde vil også kunne trekkes inn i beslutningsgrunnlaget.

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.

Ikke minst kan slike KPP-data utnyttes i forvaltningen av DRG-systemet. For det første vil sekundærbruk av KPP- data effektivisere kostnadsvektberegningen. For det andre vil KPP-beregninger bære 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 de ulike DRG-ene. KPP-data kan dermed bli et viktig element i revidering og videreutvikling av DRG-systemet, og legge til rette for et mer oppdatert DRG-system.

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

4 Nasjonal KPP-spesifikasjon – innretning og forutsetninger

4.1 Metodisk tilnærming

Spesifikasjonen har som metodisk utgangspunkt at samtlige kostnader som er regnskapsført i 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 en enkel 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. For det første legger den til rette for å beregne ressursforbruket i en virksomhets sentrale arbeidsprosesser. Dette tilsvarer tjenestene i den Nasjonale KPP-spesifikasjon. For andre tar beregningen 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
- enkelt oppdateres for å reflektere endringer i tjenester eller kostnader
- gjenbruke data fra PAS-systemer og andre fagsystemer
- valideres gjennom avstemming mot driftsregnskapet
- lett skaleres til å håndtere mange transaksjoner
- inkludere eksplisitt ressurskapasitet og ressursutnyttelse
- redusere modellen kompleksitet gjennom tidsdrevet kostnadsberegning

4.2 Innretning og standardisering

En nasjonal spesifisering for KPP-modeller forutsetter etablering av nasjonale standarder særlig knyttet til fire forhold:

- Fastsette hvilke deler av spesialisthelsetjenesten som skal omfattes i KPP-modellen, og dermed inngå i kostnadsgrunnlaget for beregningene.
- 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.

Selv om et av formålene med en nasjonal standardisering er å sikre sammenlignbare KPP-data på tvers av helseforetak, er spesifikasjonen også utformet med det formål å legge til rette for etablering av KPP-modeller i samsvar med helseforetakenes egne krav og forutsetninger. 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. Noen HF kan ønske en fingradert inndeling av akuttmottakstjenesten for svært pasientspesifikke beregninger av kostnadene, mens andre har tilsvarende krav knyttet til beregning av operasjonskostnader.

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, herunder somatikk, psykiatri og rusbehandling. I den spesifikasjonen som nå foreligger er det kun somatikken som er inkludert.

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. Kostnader, inkludert andel av felleskostnader, som ikke primært er rettet mot, eller er en forutsetning for pasientbehandlingen skal ekskluderes. Det omfatter blant annet:

- forskning og undervisning
- barnehager,
- parkeringsanlegg

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).

Slike kostnader bør merkes¹ i kostnadsgrunnlaget inkludert andel av overveltet felleskostnad, slik at det kan være mulig å avstemme kostnadene mot innrapportering til SSB².

4.6 Avstemming av KPP-modellen

Beregningene i KPP-modellen må avstemmes mot det ordinære driftsregnskapet slik at resultatene av beregningen faktisk reflekter 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 per pasient på 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. Dette kravet vil også gjelde for KPP-data, som skal inngå i arbeidet med kostnadsvektene i DRG-systemet, jf. punkt 4.8

4.7 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. Det betyr at kapitalkostnader, herunder renter og avskrivningskostnader knyttet til bruk av varige driftsmidler, skal identifiseres og inkluderes i beregningen på lik linje med andre driftsutgifter.

I den nasjonale spesifikasjonen legges det opp til at alle kapitalkostnader inkluderes. Kapitalkostnadene skal beregnes uavhengig av om investeringene finansieres gjennom lån, egenkapital eller er en gave³. Både regnskapsmessige avskrivninger og kostnader knyttet til leasing av driftsmidler skal være med i kostnadsgrunnlaget. Det vil ta høyde for ulik praksis med hensyn til å leie eller kjøpe medisinsk teknisk utstyr mellom sykehus.

4.8 Nærmere om KPP-data og kostnadsvektene i DRG-systemet

Ved rapportering av data til nasjonalt kostnadsvektarbeid, må helseforetakene gjennom en godkjenningsordning utformet av Helsedirektoratet. En slik ordning skal sikre sammenlignbarhet og at dataene oppfyller kravene i KPP-spesifikasjonen.

I beregning av kostnadsvektene til DRG-systemet inngår ikke kapitalkostnader. Det betyr at kapitalkostnader må kunne skilles ut ved rapportering til nasjonale myndigheter.

¹ Jfr. Utkast til kodeverk for merking av data, diskuteres som mulig metode i prosessen videre frem mot ett KPP-regnskap

² Jfr. avstemmingsskjema mellom kostnadsvektarbeidet og SSB rapporteringen på tjenester

³ Jfr. Regnskapshåndbok for regionale helseforetak v 1.0 - Pkt. 6.7.1 Vederlagsfrie overføringer

5 Definisjon av pasientrelaterte tjenester og vareforbruk

Tjenestene i en KPP-modell benyttes for å strukturere den medisinske aktiviteten pasientbehandlingen har bestått av. De er i utgangspunktet teoretiske begrep som ikke 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 kan knyttes til hver enkelt 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 eksplisitt inngå i fastsettelsen av en tjeneste. For en del tjenester vil prosedyrekoder alene være tilstrekkelig for å identifisere tjenesten, f. eks radiologi. For andre er det i tillegg nødvendig å fastsette varighet, f. eks knyttet operasjoner. 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 i et sykehus er stort, og de kan være organisert på ulike måter. 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.

Modellen benytter 10 definerte tjenester i beregningen. Basistjeneste er en samlekategori, som skal fange opp all aktivitet som ikke er definert gjennom de andre 9 tjenestene. Nedenfor finner en nærmere definisjon av pasientrelaterte tjenester.

5.1 Pasientrelaterte tjenester i KPP-modell

5.1.1 Akuttmottak

Tjenesten akuttmottak defineres til å være registrert opphold i akuttmottaket. Hverken forskjeller i varighet eller personelltyngde er påkrevet for å identifisere tjenesten, kun det faktum at pasienten har vært i akuttmottaket. Bruk av observasjonspost inngår i denne tjenesten

Alternativt kan det benyttes pasientspesifikk registrering av varighet og bruk av personell for dette formål.

Radiologiske undersøkelser, laboratorieanalyser, operasjoner eller andre tjenester som utføres i akuttmottaket defineres og registreres som egne tjenester. Se nærmere omtale under hver tjeneste.

5.1.2 Operasjon

Tjenesten operasjon avgrenses til å gjelde alle typer kirurgiske inngrep som utføres på dagpasienter eller innlagte pasienter. Tjenesten identifiseres med definerte kirurgiske prosedyrekoder (fra NCSP), varighet av operasjon og antall og type personell til stede. Som tidsbegrep kan seansetid benyttes. Et alternativ er knivtid, men det valgte tidsbegrep må benyttes konsistent for alle pasienter. Standard postoperativ overvåkning (utenfor intensivavdelingen) skal inkluderes i denne tjenesten.

Postoperativ overvåking skal inngå i operasjonstjenesten, med omfatter ikke intensivtjenester når pasienten flyttes direkte til intensivavdelingen.

5.1.3 Intensivbehandling

Defineres som tiden pasienten oppholder seg i intensivheten. Tjenesten kan eventuelt suppleres med informasjon om NEMS-score og andre systemer som gir informasjon om pleieintensitet.

5.1.4 Anestesi

Anestesi omfatter både anestesi under operasjon og andre tjenester utført av anestesipersonell, slik som tilsyn av pasienter ved andre avdelinger eller smertelindrende behandling. Defineres med prosedyrekoder fra NCMP-kodeverket.

5.1.5 Radiologiske tjenester

Radiologiske tjenester omfatter både diagnostiske undersøkelser og terapeutiske intervensjoner utført på radiologisk avdeling. Tjenestetype identifiseres gjennom NCRP- kodeverk men tjenesten krever også varighet og personelltyngde for entydig identifikasjon. Varighet og personelltyngde kan være spesifikk eller basert på gjennomsnittsanslag.

5.1.6 Laboratorietjenester

Omfatter alle prøver og analyser og undersøkelser innen laboratoriefagene medisinsk biokjemi, medisinsk mikrobiologi, medisinsk genetikk, immunologi og transfusjonsmedisin, patologi og farmakologi. Lokal registrering, benyttes for

identifisering av tjenesten.

5.1.7 Stråleterapi

Stråleterapi skal omfatte alle typer strålebehandling som skjer ved stråleenheten. Tjenesten identifiseres gjennom aktuelle prosedyrekoder i NCMP-kodeverket.

5.1.8 Dialyse

Med dialyse menes hemodialyse og peritonealdialyse. Tjenesten identifiseres gjennom aktuelle prosedyrekoder i NCMP-kodeverket.

5.1.9 Poliklinikk

Tjenesten poliklinikk består av tiden pasienten oppholder i poliklinikk. Polikliniske tjenester gitt til inneliggende pasienter inngår også. Dersom pasienten har mottatt behandling som krever forbruksmateriell eller medikamenter må dette registreres særskilt.

5.1.10 Basistjenester i innleggelsen

Basistjenesten består av tiden pasienten er innlagt på sengepost andre steder enn akuttmottak og intensivavdeling. Liggetid på akuttmottak/observasjonspost håndteres gjennom tjenesten Akuttmottak.

5.2 Dokumentasjon av tjenestene

Den 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 aktivitetsregistrering	Kodeverk	Ressursparametere
5.1.1	Akuttmottak	Tidspunkt inn, tidspunkt ut	ICD-10/NCSP/NCMP	Opphold
5.1.2	Operasjon	Prosedyrer, knivtid start og slutt, Stuetid/seansetid start og slutt	NCSP-kodeverket	Stuetid/seansetid, knivtid, antall operatører og operasjonssykepleiere, annet personell
5.1.3	Intensivbehandling/postoperativ	Tidspunkt inn, tidspunkt ut,	NCMP-kodeverket	Oppholdstid
5.1.4	Anestesi	Prosedyrer, anestesitid start og slutt	NCMP-kodeverket	Anestesitid, antall anestesiloger og anestesisykepleiere
5.1.5	Radiologi	Prosedyrekode,	NCRP-kodeverket	Standardkostnad per undersøkelse
5.1.6	Laboratorier	Analyser, basert på lokale kodeverk	Lokalt kodeverk	Standardkostnad per analyse
5.1.7	Strålebehandling	Prosedyrekode	ICD-10/NCMP	Standardkostnad per behandling
5.1.8	Dialyse	Prosedyrekode	NCMP-kodeverket	Standardkostnad per dialyse
5.1.9	Poliklinikk	Tidspunkt inn, tidspunkt ut	ICD-10/NCSP/NCMP	Kontaktstid
5.1.10	Basistjenester:			
	Inneliggende	Tidspunkt inn, tidspunkt ut, Pleietyngde,	ICD-10/NCSP/NCMP	Oppholdstid
	Dagbehandling	Tidspunkt inn, tidspunkt ut	ICD-10/NCSP/NCMP	Oppholdstid

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. Et eksempel på et stilisert hierarki finnes i tabell 5.2.

Tabell 5.2 Eksempel på tjenestehierarkier

HT 10	Akuttmottak	DT 10	Akuttmottak
HT 20	Operasjon	DT 21	Nevrokirurgi
		DT 22	Ortopedi
		DT 23	Gastro
HT 30	Intensivbehandling	DT 30	Intensivbehandling
HT 40	Anestesi	DT 40	Anestesi
HT 50	Radiologi	DT 50	Radiologi
HT 60	Laboratorie	DT 60	Laboratorie
HT 70	Stråleterapi	DT 70	Stråleterapi
HT 75	Dialyse	DT 75	Dialyse
HT 80	Poliklinikk	DT 81	Nevro
		DT 82	Ortopedi
		DT 83	Øre, nese, hals
HT 90	Basistjeneste dag/døgn	HT 92	Gastropost
		HT 93	Infeksjonspost
		HT 94	Ortopedipost

Hovedtjenesten (HT) i et slikt hierarki er tjenestene i KPP-spesifikasjonen. Under hver slik hovedtjeneste kan tjenesten deles inn mer presise subtjenester. En subtjeneste kan igjen deles inn i nye undergrupper i samsvar helseforetaket organiserer. I eksempelet over er operasjon inndelt i tre subtjenester, men i praksis må det helseforetaket faktiske organisering som bestemmer subgrupperingen. Formålet med en slik inndeling i subtjenester er sikre et best mulig samsvar mellom aktivitetssteder og kostnadssteder.

5.3 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. I en overgangsperiode må en fordele kostnadene jevnt mellom pasientene og relevante kostnadsforskjeller blir ikke synlige.

Forbruksvarene i modellen er inndelt i 5 ulike hovedgrupper. Forbruk av ulike innsatsfaktorer skal registreres lokalt i tilknytning til den relevante medisinske prosedyren.

På samme måte som for tjenester er det mulig å dele vareforbruket i hierarkier.

5.3.1 Legemidler

Med legemidler menes i KPP-sammenheng medikamenter som brukes i pasientbehandling, inkludert cytostatika og biologiske legemidler. Disse tildeles direkte til den enkelte pasient eller etter liggetid/konsultasjoner hvis direkte tildeling ikke er mulig.

Når sykehus innfører datasystemer som kan identifisere hvilke medikamenter de enkelte pasientene får (både type og dose), kan faktisk medikamentkostnad knyttes til den enkelte pasient.

5.3.2 Implantater

Implantater defineres til å omfatte både ulike implantater og annet materiell som skal sitte igjen i kroppen etter fullført behandling. Implantater kan knyttes til aktuelle operasjoner gjennom prosedyrekodene, og dokumentasjonen skal primært skje basert på disse. Alternativt kan en ha eget register hvor den enkelte implantat (og hvem som får det) er lagret.

5.3.3 Forbruksmateriell

Med forbruksmateriell menes eksempelvis et sett av utstyr som brukes i forbindelse med bestemte operative inngrep ("kit"). KPP forutsetter at disse kan knyttes til aktuelle operasjoner gjennom prosedyrekodene, eller alternativt gjennom eget regnskap (jfr. implantater).

5.3.4 Blodprodukter

KPP-modellen omfatter forbruk av blodprodukter for den enkelte pasient, dokumentert i pasientadministrative systemer og fagsystemer.

5.3.5 Andre forbruksvarer (restkategori)

Andre forbruksvarer omfatter alle forbruksvarer som ikke er definert gjennom 5.3.1 til 5.3.4. Kostnadene skal inngå i KPP-beregningene og fordeles etter liggedøgn eller antall konsultasjoner.

Tabell 5.3 lister opp aktuelle forbruksvarer og krav til lokal dokumentasjon.

Tabell 5.3: Forbruksvarer i spesifikasjonen og krav til dokumentasjon.

Punkt	Forbruksvarer	Krav til aktivitetsregistrering	Kodeverk	Ressursparametere
5.3.1	Legemidler	Prosedyrer, type medikament	NCSP/NCMP, ATC	Pris per enhet.
5.3.2	Implantater	Prosedyrer, type implantat	NCSP Varenr. el.	Pris per enhet
5.3.3	Blodprodukter	Blodtype og kvantum		Pris per enhet
5.3.4	Forbruksmateriell		NCSP/NCMP	Pris per enhet
5.3.5	Andre forbruksvarer			Pris per enhet

6 Kostnadsberegning av tjenester og varer

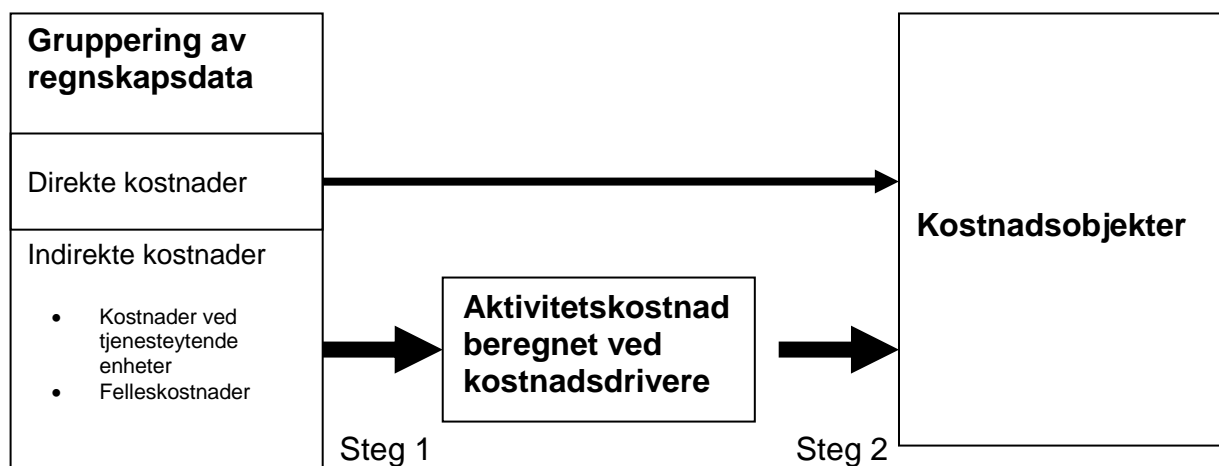
6.1 Konkretisering av fremgangsmåten

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 håndteres i en prosess i to trinn. Først omgrupperes tradisjonelle regnskapsposter til hensiktsmessige aktivitetskostnadsgrupper, der også felleskostnader inngår. I trinn to fordeles disse kostnadene til de ulike kostnadsobjektene ved hjelp av kostnadsdriverne.

Sammenhengene mellom begrepene er illustrert i figur 6.1.



Figur 6.1 Den generelle modell for beregning av aktivitetskostnader

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 tilordnete 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 medikamentkostnader, implantatkostnader og blodproduktkostnader, jfr. kapittel 5.3. Bruk av direkte kostnader er den mest egnete tilnærmingen med tanke på faktisk forbruk og kostnader på pasientnivå, men forutsetter som regel detaljert registrering.

6.2.2 Indirekte kostnader

Mens direkte kostnader kan tilordnes direkte til den enkelte pasient, krever bruk av indirekte kostnader at regnskapsdata først tilrettelegges. Denne fremgangsmåten innebærer at kostnadene samles til kostnadsgrupper som faktisk reflekterer den aktiviteten som har funnet sted. Regnskapsdata skal tilrettelegges i kostnadsgrupper nærmest det nivået der det ytes en tjeneste til en pasient, dvs. det aktuelle sted hvor pasienten befinner seg når tjenestene gis. Målet er at samsvaret mellom organisasjonsstruktur og kostnadsstruktur skal være best mulig.

6.3 Felleskostnader

Helseforetakets brutto driftskostnader i et definert regnskapsår er utgangspunktet for kostnadsgrunnlaget. I SSB-rapporteringen, som også benyttes i SAMDATA, defineres kostnadsgrunnlaget til somatisk spesialisthelsetjeneste som:

”de totale kostnader til funksjon 620 Somatiske tjenester, funksjon 630 Somatisk habilitering og rehabilitering og funksjon 635 Lab/røntgen, samt den delen av HF-ets sentrale stab/administrasjon⁴ som kan tillegges somatisk virksomhet”

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. Bruttokostnadene til somatisk aktivitet i KPP-modellen skal være lik bruttokostnadene til somatisk aktivitet i innrapportering til

⁴ Også definert som funksjon 400 Administrasjon, forbeholdt RHF

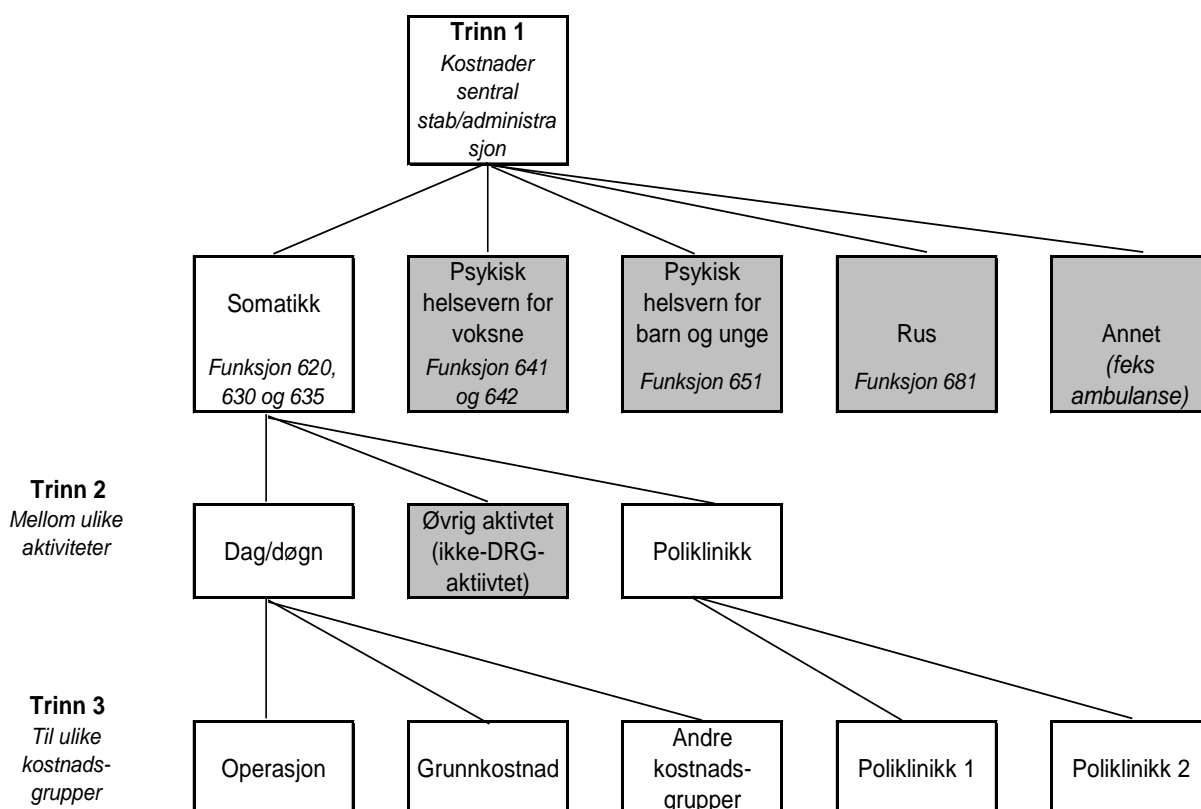
SSB. Dette medfører at felleskostnader må fordeles likt både i KPP-modellen og ved innrapportering til SSB.

Det vil ikke være mulig å utarbeide en fast mal eller oppskrift for hvordan arbeidet i det enkelte helseforetak skal gjøres. Til det er helseforetakenes struktur og organisering for forskjellig. Figur 6.2 kan benyttes som et bilde av hvordan felleskostnadene i helseforetakene skal fordeles. Detaljene i hvordan det skal gjennomføres i praksis må diskuteres internt og dokumenteres.

De nevnte felleskostnadene, inkludert andel av kostnader knyttet til sentral stab/administrasjon danner det grunnlaget som skal bearbeides videre. Dette definerer totale kostnader til somatisk virksomhet i helseforetakene, og skal være identisk med det som rapporteres inn til SSB (og SAMDATA).

Figur 6.2 er en illustrasjon på hvordan en kan se for seg en fordeling av felleskostnader. Felleskostnader vil kunne oppstå på mange nivåer. Det vil være ulik organisering på hvordan disse kostnadene er regnskapsført og en variasjon i om det for disse benyttes internfakturering, eller om kostnadene må fordeles ved hjelp av fordelingsnøkler. Felleskostnader som skal med og fordeles i dette arbeidet er kostnader som er knyttet til sentral stab/administrasjon, sektoradministrasjon, divisjon, klinikk, avdeling/fagseksjon etc. Alle disse kostnadene skal fordeles mellom aktuelle kostnadsgrupper/avdelinger.

Figur 6.2: Fordeling av felleskostnader og avgrensning av kostnadsgrunnlaget.



6.3.1 Første trinn

I trinn 1 fordeles kostnader knyttet til sentral stab/administrasjon til de ulike funksjonsområdene. Samme fordelingsnøkkel som er benyttet ved innrapportering til SSB til fordeling av felleskostnader i trinn 1 til funksjonsområdene somatikk skal også brukes i KPP. Dersom tjenester er satt ut til eksterne aktører, skal kostnader til disse tjenestene også fordeles på de ulike funksjonsområdene i trinn 1.

SSB åpner for tre ulike måter å fordele felleskostnader på;

- (i) fordeling basert på internfakturering
- (ii) fordeling basert på egne fordelingsnøkler
- (iii) fordeling basert på bakgrunn av et forslag til fordelingsnøkler

Det henvises til www.ssb.no/helseforetak for en nærmere gjennomgang. Dersom et helseforetak har flere somatiske enheter som skal benyttes i KPP-modellen, skal felleskostnadene fordeles til de ulike enhetene.

Fordeling av felleskostnader i trinn 1 skal være lik både ved innrapportering til SSB, og derigjennom SAMDATA, og til KPP-modellen. Dette sikrer at de totale kostnader til somatisk virksomhet for enheten vil være den samme både i offisiell statistikk og i KPP-modellen.

6.3.2 Videre fordeling av felleskostnader i flere trinn

Etter at somatikk har fått tildelt sin andel av felleskostnader i første trinn, skal disse fordeles videre gjennom neste trinn. Det vil samtidig også være felleskostnader på lavere nivåer som må legges til for fordeling.

For videre fordeling av felleskostnader innenfor somatikk gis det egne føringer i KPP-modellen. I trinn to skal felleskostnadene fordeles mellom dag/døgn-aktivitet, poliklinisk aktivitet og øvrig aktivitet. Det er viktig at øvrig aktivitet også får tildelt sin andel av felleskostnadene selv om kostnadene for denne aktiviteten senere ekskluderes. I kostnadsgrunnlaget skal kun kostnader til pasientbehandlingen inngå. Helseforetakene må primært benytte egne fordelingsnøkler i fordeling av felleskostnader til dag/døgn-aktivitet, poliklinisk aktivitet og øvrig aktivitet.

Figur 6.2 viser fordeling av felleskostnader i tre trinn. Det andre trinnet gjelder inndeling i kostnader i ulike aktivitetsområder, dvs. dag/døgn, poliklinikk og øvrige kostnader. Mens det i neste steg fordeles mellom de ulike kostnadsgruppene. Her vil imidlertid organiseringen av regnskapene kunne variere mellom foretakene. Fordeling av felleskostnader mellom ulike klinikker kan være et nødvendig første steg før felleskostnadene fordeles videre mellom ulike kostnadsgrupper og mellom dag/døgn og poliklinikk.

Når det gjelder felleskostnader til kostnadselementer som skal ekskluderes, f. eks kostnader til forskning vil det være behov for å vurdere uttrekk fra den enkelte kostnadsgruppe. I slike tilfeller må fordeling av felleskostnader til ekskluderte områder også skje på flere trinn.

6.4 Beregning av enhetskostnader

Stilisert skal beregningen foregå etter følgende prinsipp.

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

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

Kostnad er her de totale kostnadene i en kostnadsgruppe (tjeneste), mens mengdeenhet både kan være tid der en korrigerer personellressurser eller antall enheter med hensyn til varekostnader.

For tjenestene vil enhetskostnadene også omfatte felleskostnadene som om ønskelig 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 legekostnader

Legelønn utgjør en vesentlig andel av den totale kostnaden for flere tjenester. Legelønn må fordeles mellom de ulike pasientaktivitetene som legene utfører (sengepost, poliklinikk, operasjon, akuttmottak mv). Dette må gjøres for å knytte riktig kostnad til riktig pasient. Dette kan enten gjøres ved at legekostnadene integreres i de andre tjenestene eller ved at de kan beregnes separat per tjeneste. Nedenfor beskrives de ulike tilnærmingene.

6.5.1 *Legekostnader integrert i de andre tjenestene*

Legelønn må fordeles mellom de ulike pasientaktivitetene legen utfører (sengepost, poliklinikk, operasjon, akuttmottak mv). Dette må gjøres da legelønn ofte ikke er regnskapsført der legen har vært, og fordi de ulike legegruppene utfører ulik type pasientbehandling. Det er flere måter å gjøre denne fordelingen på. En tilnærming er å ta utgangspunkt i vaktplaner for en normalperiode, en annen er å bruke opplysninger fra ulike fagsystemer; lønnsrapporter, aktivitetsoversikter mv. Under gjennomgåås hva som skal fordeles (legetid) og hvordan dette kan fordeles mellom de ulike aktivitetene legene bruker sin tid på.

Trinn 1: Avklaring av legetid som skal fordeles

De ulike legegruppene har ulik tilgjengelig/planlagt legetid i avtaleverket, der tariff-festede rettigheter er tatt hensyn til. Nedenfor er det skissert hvordan de ulike legegruppenes tid skal håndteres før deling mellom ulike pasientaktiviteter.

Overleger og leger i spesialisering (LIS)

Utgangspunktet er total tilgjengelig legetid, der passiv tid er omregnet til aktiv⁵. Den tilgjengelige/planlagte legetiden skal i utgangspunktet ikke korrigeres, dvs. all tid skal inkluderes. Dette gjelder også for avdelingsoverlegen⁶. Tid til forskning og utvikling skal korrigeres ut.

Turnusleger

Utgangspunktet er total tilgjengelig legetid. All tid skal inkluderes, og skal fordeles til de aktiviteter turnuskandidatene utfører.

Trinn 2: Fordeling av tilgjengelig tid mellom ulike aktiviteter

Når den totalt tilgjengelige tiden er fastsatt gjennom trinn 1, skal tiden fordeles mellom de ulike aktivitetene. De fleste leger fordeler sin tid mellom sengepost, poliklinikk, operasjon og akuttmottak. Legetid dedikert til særskilte oppgaver skal legges til respektive kostnadsgrupper (for eksempel legeressurs dialyse skal til kostnadsgruppe dialyse).

Anestesi

Anestestiden fordeles forholdsmessig mellom poliklinikk (smertepoliklinikk), akuttmottak, operasjon og intensiv. Tid knyttet til intervensjonsradiologien skal legges til kostnadsgruppe operasjon.

Tid brukt på poliklinikk skilles ut først, deretter tid til ulike dag- og døgnaktiviteter.

⁵ Total tilgjengelig legetid framkommer gjerne gjennom tjeneste-/arbeidsplaner/GAT.

⁶ Klinik-, divisjons-, sjeflege mv fordeles gjennom fordelingsnøkklene for felleskostnader.

(a) Poliklinikk

Nyhenviste. Antall konsultasjoner x (konsultasjonstid⁷ + 20 min tillegg)

Kontroller. Antall konsultasjoner x (konsultasjonstid⁶ + 5 min tillegg)

(b) Dag- og døgnaktivitet

Operasjon

Hovedoperatør. Knivtid + 60 min tillegg

Assistent(er). Knivtid + 30 min tillegg

Anestesi

Akuttmottak

Gjelder tid brukt i akuttmottak som ikke kan knyttes til egen avdelings pasienter

Sengepost

Total tilgjengelig tid jf. trinn 1, fratrukket tid til poliklinikk, operasjon og akuttmottak⁸.

Vedlegg i regneark⁹

Til legelønnsfordelingen er det utarbeidet en mal i excel som tar høyde for punktene over og benyttes ved behov. Det er utarbeidet et skjema for fordeling av legelønn mellom de ulike kostnadsgruppene legetiden skal fordeles. Begge malene er utarbeidet som en hjelp i fordeling i trinn 2.

Trinn 3: Fordeling av kostnader

Totalt utbetalt legelønn (sum kto 5 for leger) inklusive kostnader knyttet til innleie av leger fra byrå (kto 468), fratrukket kostnader til forskning og utvikling, utført av leger. Dette fordeles forholdsmessig på tidsbruk til de ulike pasientaktivitetene fra trinn 2.

6.5.2 Egen beregning av legekostnader

En alternativ tilnærming er å synliggjøre legelønnskostnader i beregningen. En vil da få frem andel legelønn per tjeneste separat. Også her må kostnadene fordeles mellom sengepost, poliklinikk, operasjon eller akuttmottak med en definert fordelingsnøkkel. Alternativt kan en benytte registrert arbeidstid¹⁰ eller estimert tid pr. tjeneste for hver legegruppe¹¹ eller kombinasjoner av registrert og estimert tid¹². For hvert fagområde må det tas stilling til hvordan legeressursene skal estimeres/beregnes.

I tabell 6.1 er dette illustrert for fagområde ortopedi. Først fordeles legeressursene til de fire aktivitetene. Deretter kan aktivitetsdata hentes fra PAS/EPJ, for å finne antall liggedøgn, konsultasjoner, operatørtimeverk og antall akuttmottak. Med utgangspunkt i samlede legekostnader for ortopedisk avdeling, som i vårt eksempel er på kr 19 675 500, kan en beregne enhetsprisen for bruk legeressursen per liggedøgn, per

⁷ Ut fra planlagt aktivitet på poliklinikkene, her bør også avsatt tid til ø-hjelpskonsultasjoner inngå.

⁸ Det betyr at tid til møter, lesetid, kurs mv i noen tilfeller vil bli lagt til sengepost; i andre tilfeller kan dette bli fordelt forholdsmessig mellom ulike aktiviteter. Dette avhenger av tilgjengelig verktøy ved helseforetakene.

⁹ Malene er utarbeidet i Excel, og regnearket heter "Legelønnsfordeling.xls".

¹⁰ F.eks. operasjonstid multiplisert med antall operatører

¹¹ F.eks. 30 minutter som gjennomsnittstid per konsultasjon, evt. differensiert mellom førstegangskonsultasjon og kontroller.

¹² Denne metoden er basert på prinsippene for time-driven Activity Based Costing.

operatørtime, per konsultasjon, **for hvert fagområde**. Resultatet vises i nederste linje i tabell 6.1.

Tabell 6.1 Legelønnsfordeling og enhetskostnad per aktivitet for ortopedisk enhet

Ortopedisk enhet	Basistjeneste	Operasjon	Poliklinisk	Akuttmottak
	Døgn	Timeverk	konsultasjon	Antall
	Døgn	Timeverk	Antall	Antall
Andel legeressurs, i prosent	33 %	26 %	33 %	8 %
Aktivitetsdata, antall	10959	3357	20773	1557
Kostnad per enhet, kroner	586	1450	309	1000

Legekostnader utgjør en stor andel av kostnaden i det enkelte helseforetak. Med denne tilnærmingen synliggjøres bruk av legeressurser knyttet til de ulike tjenestene eksplisitt. Det kan gjøre tallene mer gjenkjennbare og etterprøvbare når de skal brukes ute i klinikken.

6.6 Gruppering av regnskapsdata i kostnadsgrupper og valg av kostnadsdrivere

Inndelingen kostnadsgrupper skal reflekterer de tjenestene i modellen som er definert i kapittel 5. Innen hver aktivitetskostnadsgruppe kan kostnadene inndeles i undergrupper i samsvar med helseforetakets organisering og inndelingen av regnskapsansvar.

6.6.1 Akuttmottak.

Kostnadsobjektet er den enkelte pasient. Kostnadsgruppen skal inkludere alle driftskostnader som påløper i akuttmottaket. Felleskostnader skal inkluderes. Det beregnes en standardkostnad per pasient i akuttmottaket. Kan gjøres pasient spesifikk om det ønskelig.

Kostnader for observasjonspost kan fordeles pasienter som benytter posten, da basert på liggetid.

6.6.2 Operasjon

Kostnadsobjektet er den enkelte pasient, og operasjonstiden pluss antall og type personell er kostnadsdrivere. Kostnadsgruppen skal inneholde alle driftskostnader og operasjonsenhetene. Tidsbruk måles i samsvar med valgt tidsbegrep jf. punkt 5.1.2

Legelønn regnskapsføres normalt ikke ved operasjonsenhetene og må derfor tilordnes operasjon i samsvar med retningslinjene i punkt 6.4.

Kostnader for postoperativ overvåking skal inngå i operasjonskostnaden, med unntak av pasienter som flyttes direkte til intensivavdelingen..

6.6.3 Intensivbehandling

Kostnadsobjektet er pasienten og kostnadsdriver er tid på intensivheten. Kostnadsgruppen skal inkludere alle driftskostnader knyttet til enheten, herunder andel felleskostnader.

6.6.4 Anestesi

Kostnadsobjektet er den enkelte pasient, og tiden i anestesi er kostnadsdriver knyttet til anestestjenester under operasjon. For andre typer tjeneste, kan det beregnes en standardkostnad per tjenestetype.

6.6.5 Radiologi

Kostnadsobjektet er pasienten og kostnadsdriver er kostnad per prosedyre (NCRP). Kostnadsgruppen skal inkludere alle driftskostnader som påløper ved radiologisk avdeling, herunder kostnader til eventuelt nukleærlaboratorium. Om man benytter kalkulerte kostnader basert på historisk prislister per NCRP-kode, brukes denne som vektliste for å fordele avdelingens kostnader på de enkelte undersøkelser.

Intervensjonsprosedyrer beregnes med utgangspunkt i kostnadene på den enhet som har gjennomført prosedyren.

6.6.6 Laboratorie

Kostnadsobjektet er pasienten og kostnadsdriver er antall undersøkelser. Kalkulerte standardkost pr undersøkelse/analyse kan benyttes. Kostnadsgruppen skal inkludere alle driftskostnader pr fagområde inkludert andel felleskostnader.

6.6.7 Stråleterapi

Pasienten er kostnadsobjektet. Samtlige påløpte driftskostnader til stråleterapi skal inkluderes. Det beregnes en kostnad pr behandlingskontakt. Dersom det er benyttet forbruksmateriell eller medikamenter knyttes dette til kontakten via prosedyrekoder.

6.6.8 Dialyse

Kostnadsobjektet er pasienten. Kostnadsgruppen skal inkludere alle kostnader, herunder personellkostnader, knyttet til dialyse. Dersom dette ikke er kostnadsført på egne dialyseposter/-seksjoner, men er regnskapsført andre steder må kostnadsgruppen korrigeres for dette. Det beregnes en standardkostnad pr behandlingskontakt.

6.6.9 Polikliniske tjenester

Kostnadsobjektet her er den enkelte pasient og konsultasjonstiden er kostnadsdriver. Samtlige kostnader til poliklinikk skal inkluderes i denne kostnadsgruppen. Legelønn regnskapsføres som regel i den avdelingen hvor legen er ansatt i, ikke i poliklinikken. Legekostnadene må således tilordnes polikliniske tjenester i samsvar med fastsatt tidsbruk i poliklinikken.

Kostnader for poliklinisk radiolog, strålebehandling, kjemoterapi eller dialyse kostnadsberegnes som separate tjenester

6.6.10 Basistjenester dag og døgnbehandling

Kostnadsobjektet er pasienten. Kostnadsdriver er tid på henholdsvis dagavdeling eller sengepost. Denne kostnadsgruppen er en samlekategori som skal inneholde alle påløpte driftskostnader som ikke er inkludert i de andre kostnadsgruppene som er omtalt over. Kostnadsgruppen skal også inkludere varekostnader som ikke

eksplisitt skal knyttes til pasienten, slik som legemidler, implantater, forbruksmateriell og blodprodukter, definert i henholdsvis 5.3.1 til 5.3.4

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 det enkelte sykehusopphold (kontakt), herunder inn- og utskrivingsdata for oppholdet, samt alder, kjønn, diagnose, DRG, avdeling, kommune mv. Denne type data benyttes som underlag for å lage utvalg og rapporter.
- Informasjon om liggetider, konsultasjonstider eventuelle pleietyngdere registreringer. Disse dataene benyttes til å beregne enhetskostnader aktiviteten for tjenestene.

Fra lokale fagsystemer:

- Operasjonssystemet
- Radiologisk Informasjonssystem
- Laboratoriesystem
- Stråleterapisystem
- Etc.

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 forbruksmaterieell har vært benyttet. Kvaliteten og omfanget på registreringen vil variere mellom sykehus. Hovedgrepet bør være å benytte de grunnlagsdata man har.

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

1. Kobling av regnskapstall i økonomisystemet og aktivitet i det pasientadministrative systemet, for bl.a. å kunne fordele felleskostnader. Dette forutsetter en god konsistens mellom enhetene som benyttes i økonomisystemet og i det pasientadministrative systemet
2. 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
3. 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 det regrupperte regnskapet. Med dette menes at kostnadene er korrekt fordelt til samme enheter hvor tjenestene finner sted.

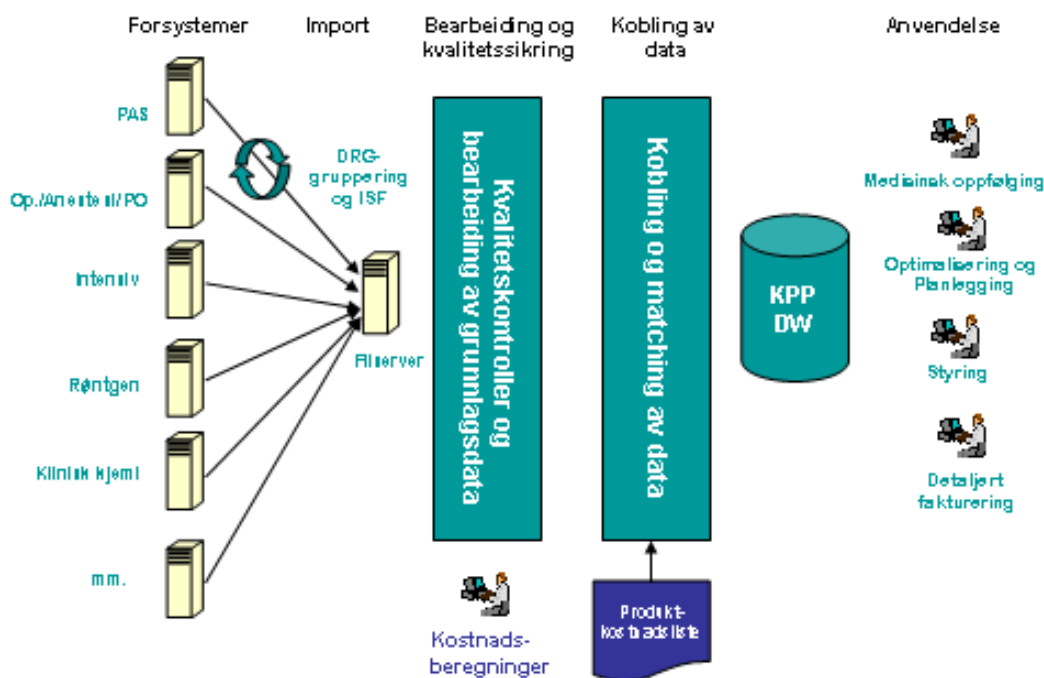
Erfaringer fra helseforetak som har etablert KPP-modell viser at tilgangen til grunnlagsdata fra de ulike fagsystemene kan være vanskelig, og til dels mangelfull. Dette må håndteres gjennom praktiske lokale løsninger. Erfaringer viser at følgende er viktig:

- 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 figur 7.1 vises hvordan en i en KPP-løsning kan hente data fra de ulike fagsystemene, koble disse med det pasientadministrative systemet, bearbeide disse mot regnskap og ende opp i en KPP-database for sykehuset. Det finnes andre applikasjoner som avviker fra denne, men figuren illustrerer uansett hovedprinsippene i en KPP-modell.

Figur 7.1 Visuell modell for KPP-løsning



I forbindelse med oppdatering av KPP-datalageret 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 sykehus 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 sykehus til sykehus.

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.

Behandling av helseopplysninger innenfor rammen av helsepersonelloven § 26 vil være meldepliktig til Datatilsynet, jf. helseregisterloven § 29.

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, som kan være en indikasjon på lav behandlingskvalitet
- 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 utnyttes 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 nr. 3 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.



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

