

DRG-pris og ventetid

Jurgita Januleviciute

Felles arbeid med
Oddvar Kaarbøe og Matt Sutton

Den nasjonale helseøkonomikonferansen 2012



UNIVERSITY OF BERGEN

Ventelister

- ❑ Når helsetjenester hovedsaklig er offentlige, blir elektiv behandling rasjonert med ventelister

- ❑ Lang ventetid er et kjent problem i de fleste OECD land (*Siciliani & Hurst, 2004, Willcox et.al. 2007*)

- ❑ Ulike tiltak for å redusere ventetid:
 - Maksimum ventetid (*Siciliani & Hurst, 2004; Propper et al., 2008; Dimakou et al., 2009*)
 - Tilleggsfinansiering (Iversen, 1993; Hanning, 1996)
 - ISF-ordningen (*Miraldo et al., 2006; Street et al., 2007*)

Målsetting

- Undersøke sammenheng mellom DRG-pris og ventetid:
 - Fører økning i DRG-pris til reduksjon i ventetid?
 - Har endring i DRG-pris samme effekt for høy- og lav-prioritetspasienter?

Prioriteringer i Norge

- ❑ Pasientrettighetsloven (2001):
 - “Rett til nødvendig helsehjelp” introdusert

- ❑ I følge Prioriteringsforskriften har alle rett til nødvendig hjelp fra spesialisthelsetjenesten når:
 - Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes
 - Pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen
 - De forventede kostnader står i rimelig forhold til tiltakets effekt

Prioriteringer, forts.

- ❑ Fra september 2004 har pasienten rett til:
 - Å få vurdert om man har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten med individuell frist

- ❑ Kan kategoriseres i:
 1. Øyeblikkelig hjelp
 2. Elektiv behandling med individuell frist for når helsehjelpen senest skal gis
 3. Elektiv behandling uten individuell frist
 4. Andre helsetjenester (ikke rett)

Finansiering av sykehus

- ❑ Finansiering av somatiske helsetjenester i Norge:
 - ❑ Grunnbevilgning
 - ❑ Stykkprisbetaling
 - Antall pasienter
 - DRG (Diagnose Relaterte Grupper)
 - Nasjonale gjennomsnittskostnader
- ❑ Andel grunnbevilgning versus stykkprisbetaling har variert over tid.

Prisendring:

I	II	III	IV	V
År	Året når DRG- kostnadene ble beregnet	Refusjon per DRG-poeng	Andel ISF	Pris per DRG- poeng
2004	2002	29,428	40 %	16,185
2005	2002	30,325	60 %	18,195
2006	2004	31,614	40 %	12,646
2007	2005	32,490	40 %	12,996

Tidligere studier:

- ❑ Empiriske studier om forholdet mellom ISF og ventetid:
 - Midttun og Martinussen (2005): ingen signifikant effekt på ventetid etter at ISF var introdusert

- ❑ Andre studier finner at DRG-priser påvirker hvilke pasienter som blir behandlet:
 - Aasland *m.fl.* (2007): “Lønnsomme” og lavere prioriterte pasienter blir gitt høyere prioritet
 - Martinussen og Hagen (2009): sykehus velger lav- over høy-prioritetsstatus pasienter innenfor DRG-er

Datasett og analyse

- NPR
- Tidsperiode: 2004-2007
- Informasjon om: kjønn, alder, hoveddiagnose, antall bi-diagnoser, sykehus, DRG.
- 5 prioriteringsgrupper:
 - Konstruert fra Norske prioriteringsveiledere og utarbeidet i helseregion Vest (Se Nordheim, 2005, Askildsen et al., 2010)
- Regresjonsanalyse

Deskriptiv statistikk:

	Prioritet I: (28 dager)	Prioritet II: (56 dager)	Prioritet III: (84 dager)	Prioritet IV: (182 dager)	Prioritet V: (ingen frist)
VENTETID:					
2004	54,21	76,71	100,61	133,34	104,18
2005	57,86	76,94	110,28	131,68	107,70
2006	58,98	87,06	114,71	131,66	119,50
2007	60,92	92,27	119,16	141,31	128,01
DRG-vekt					
2004	1,00	1,33	0,84	1,66	0,68
2005	1,04	1,38	0,81	1,72	0,70
2006	0,97	1,37	0,77	1,94	0,74
2007	0,94	1,33	0,76	1,96	0,74

Resultater

□ Når pris øker med 10%, reduseres ventetid med:

- 1,14% for prioritetsgruppe 1
- 0,99 % for prioritetsgruppe 2*
- 0,14 % for prioritetsgruppe 3*
- 2,12 % for prioritetsgruppe 4
- 4,19% for ikke-prioritetspasienter

* Ikke signifikant

Avsluttende kommentarer

- Pris har en negativ effekt på ventetid: når prisen øker, reduseres ventetiden
- Lav- og ikke-prioritetsgrupper er mest prisfølsomme
- Flere forklaringer
- Begrensinger