

# Årsrapport 2010

Avregningsutvalgets arbeid med ISF-oppgjøret 2009

November 2010

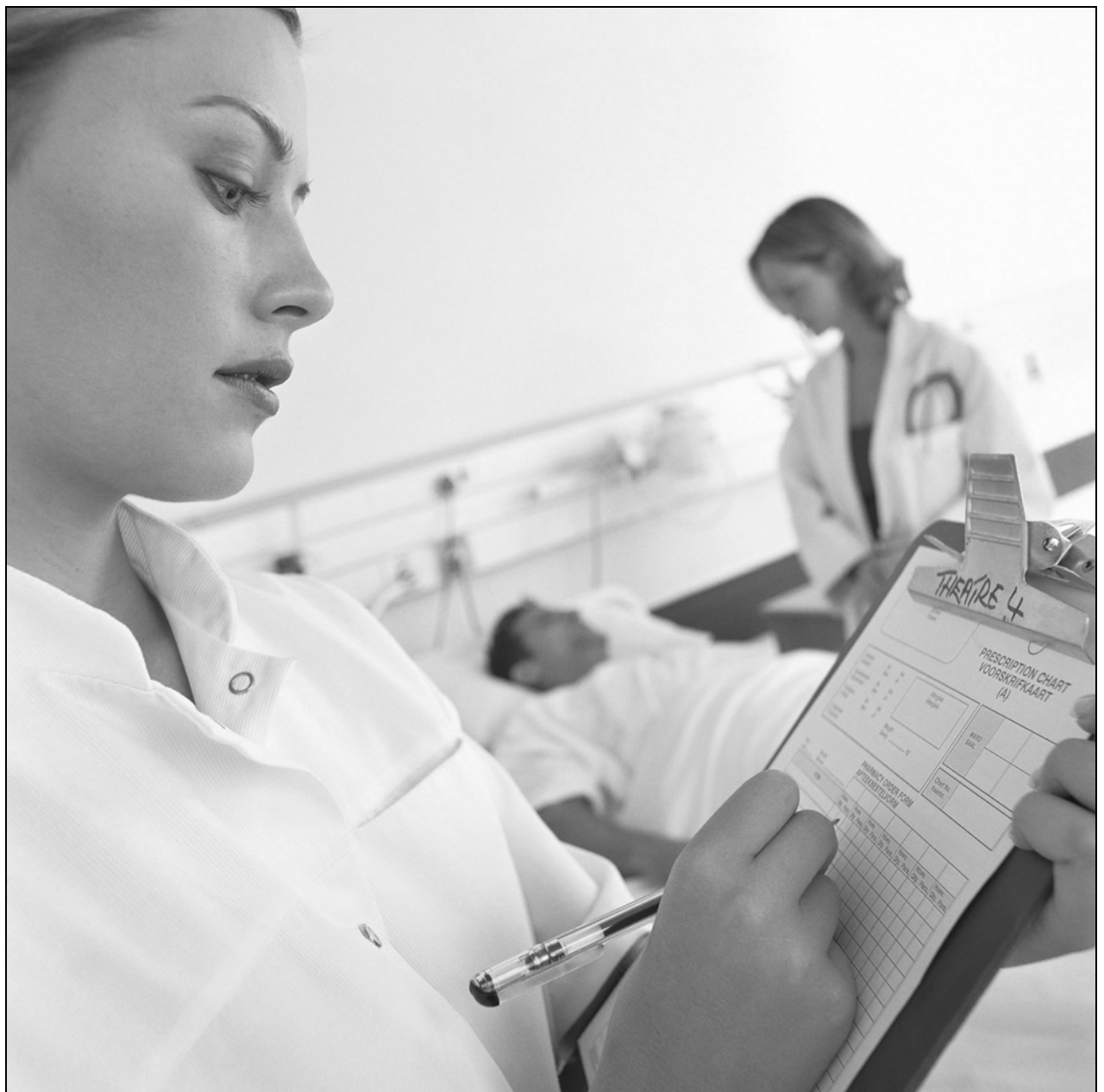


Foto: [www.colourbox.com](http://www.colourbox.com)



## INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD.....	1
SAMMENDRAG.....	3
1 UTVALGETS MANDAT OG SAMMENSETNING.....	4
2 AVREGNINGSUTVALGET 10 ÅR .....	5
3 ISF-AVREGNINGEN FOR 2009 .....	9
3.1 SAKSOMFANG OG ENDRINGER I UTBETALINGER .....	9
3.2 VURDERINGER OG ANBEFALINGER .....	10
4 TEKNISKE BEREGNINGER.....	13
5 VEDLEGG: ANBEFALING OM AVKORTING I ISF-UTBETALING 2000-2008.....	14



## Forord

Avregningsutvalgets rapport retter søkelys på sykehusenes registreringer og kvalitet på medisinske data for 2009. Utvalget har arbeidet i 10 år, og rapporten omtaler enkelte eksempler fra utvalgets arbeid i løpet av denne perioden for å belyse utviklingstrekk og bredden i utvalgets saker og arbeidsform. Rapporten henvender seg til Helsedirektoratet som utvalgets oppdragsgiver. Utvalget håper likevel at den kan ha interesse for lesere ved helseforetakene og andre med engasjement for medisinsk koding og sykehusfinansiering. Rapportens primære innhold er fortsatt en oppsummering av de saker utvalget har behandlet i år.

Til grunn for utvalgets anbefalinger for 2009 ligger gjeldende medisinske kodeverk, ISF-reglene for 2009 og et medisinsk faglig skjønn innenfor en konsensusbasert arbeidsform. Tidligere avgjørelser i utvalget har også vært vurdert og tillagt vekt. Utvalget har over år fulgt opp tidligere funn av feil eller uheldig kodingspraksis og vurdert hvorvidt sykehusenes kodingspraksis er blitt varig korrigeret. I stor grad kan utvalget slå fast at feilretting og forbedringer er blitt varige, men ikke uten unntak. Enkelte fagområder og fagmiljøer har vist seg tunge å snu, som årets gjennomgang også viser. Den korrespondanse som utvalgets sekretariat har hatt med helseforetakene som ledd i saksbehandlingen har vært både nødvendig for de slutninger utvalget har truffet, men også lærerik i forhold til å forstå bakgrunnen for den lokale registreringspraksis. Basert på utvalgets anbefalinger har sekretariatet foretatt en teknisk beregning og kronesatt utvalgets anbefaling om avregning for 2009. Saksbehandlingen er basert på innmeldte saker og analyser av ISF-årsdata ved sekretariatet.

Omfanget av saker til behandling for 2009 har ikke vært så stort som ønskelig. Det vil vi komme litt nærmere inn på i rapporten. I lys av de senere års journalrevisjoner i regi av Riksrevisjonen og andre, er det holdepunkter for at betydelige ISF-midler har vært og er på avveie mellom helseforetakene. Disse funnene tilsier at omfanget av årets anbefaling om avregning skulle være større, men utvalgets arbeidsform og analysekapasitet vil ikke kunne bli representativ i så måte.

Mistanke om økonomisk motivert koding er blitt en årlig gjenganger i media. I 2010 framkom mistanke om DRG-tilpasset omkoding uten begrunnet oppdatering av koder i den medisinske journalen. Helsedirektoratet har iverksatt en dokumentkontroll som foreløpig ikke er avsluttet. Utvalget vil studere resultatene når de foreligger.

Spørsmål og henvendelser om rapporten eller mer konkret om mulige feil ved ISF-utbetalinger rettes til utvalgets sekretariat ved Norsk pasientregister<sup>1</sup>. Mangler og forslag til forbedringer i ISF-ordningen og underliggende kodeverk rapporteres til Helsedirektoratets avdeling Finansiering og DRG som har det samlede ansvaret for vedlikehold av ISF-regelverk og medisinske kodesystemer.

Trondheim, 5. november 2010

Bjørn Buan  
Leder

Kathan Al-Azawy

Marianne Altmann

Mikal Gjellan

Stein Øyvind Jørstad

Siri Malm

Johan Ræder

Per Einar Uggen

Lotte Strandjord  
Sekretær

<sup>1</sup> [http://www.helsedir.no/finansieringsordninger/avregningsutvalget/kontaktperson\\_avregningsutvalget\\_68689](http://www.helsedir.no/finansieringsordninger/avregningsutvalget/kontaktperson_avregningsutvalget_68689)



## Sammendrag

Avregningsutvalget har i 2009 behandlet fire ordinære saker med endring i ISF-utbetaling som tema. I en av disse sakene har utvalget kommet fram til en anbefaling til Helsedirektoratet om avkorting av ISF-refusjon for 2009. Ingen saker førte til økte utbetalinger for 2009.

Tema for sakene som har blitt behandlet i utvalget har vært andelen kompliserte fødsler, døgnrehabilitering, operasjoner uten sammenheng med hovedtilstand og sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte.

Anbefalingen om avkortning var knyttet til saken Avregningsutvalget har behandlet om opphold i DRG 475 *Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte*. Saken har konsekvenser for utbetalinger til Helse Sør-Øst RHF.

Tabell 1. Forslag til avkorting i utbetalingsgrunnlaget for ISF 2009 etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avkortning av ISF-utbetaling for 2009
Helse Sør-Øst	3 597 974

## 1 Utvalgets mandat og sammensetning

Under behandling av St.prp. nr. 47 (1999-2000) vedtok Stortinget, etter forslag fra Regjeringen, å opprette Avregningsutvalget som et rådgivende medisinsk utvalg for departementet i medisinsk faglige spørsmål knyttet til registrering og kvalitetskontroll av medisinske data.

Etter omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen skulle utvalget heretter avgi sine anbefalinger til Helsedirektoratet. Utvalget skal gi direktoratet råd i spørsmål knyttet til utbetalingsgrunnlaget i Innsatsstyrt finansiering. Videre skal utvalget vurdere om utbetalinger i ISF-ordningen er i tråd med intensjonene bak finansieringsordningen, eller om det er grunnlag for å foreta endringer i utbetalingene.

Avregningsutvalget arbeider på uavhengig basis og foretar sine vurderinger på faglig grunnlag. Alle som ønsker det kan fremme saker til utvalget. Møter avholdes fem til sju ganger i året, eller etter behov. Utvalgets anbefalinger søker å følge en prinsipiell linje som legger føringer for utvalgets og direktoratets behandling av lignende saker og det søker å oppnå intern konsensus bak sine råd. Utvalgets anbefalinger og møterefertat er offentlige.

I behandlingen av avregningen for 2009 deltok følgende medlemmer:

Bjørn Buan (leder)	Medisinsk rådgiver	Trondheim
Kathan Al-Azawy	Avdelingsoverlege lungemedisin	Bergen
Marianne Altmann	Overlege nevrologi	Oslo
Mikal Gjellan	Overlege øre-nese-hals	Kristiansund
Stein Øyvind Jørstad	Overlege lungemedisin	Fredrikstad
Siri Malm	Overlege kardiologi	Harstad
Johan Ræder	Professor, overlege anestesi	Oslo
Per Einar Uggen	Overlege generell kirurgi	Trondheim

Seniorrådgiver Eva Wensaas ved Helsedirektoratets avdeling Finansiering og DRG har vært observatør i utvalget.

Sekretariatsarbeidet har vært utført av seniorrådgiver Lotte Strandjord og rådgiver Robert Wiik ved Helsedirektoratets avdeling Norsk pasientregister.



## 2 Avregningsutvalget 10 år

Avregningsutvalget ble etablert for 10 år siden, og utvalget vil i den anledning skue litt tilbake over utvalgets historie og trekke fram noen eksempler på saker som har hatt betydning, og enkeltsaker som viser litt av bredden av saker som har vært til behandling.

I løpet av årene er det bygd opp en erfaringsbase og kunnskap om koding og ISF i utvalget. Utvalget er tilført ekstra kompetanse innen flere fagområder gjennom fornyelse ved nye utvalgsmedlemmer. Utvalget er vel vitende om at det ikke har kapasitet til å avdekke det ønskede volum av enkeltsaker som utvalget erkjenner å eksistere. Innenfor sin kapasitet har utvalget en arbeidsform basert på inngående saksbehandling og prinsipielle vurderinger og anbefalinger, i håp om at det representerer en god ressursutnyttelse. Det står naturligvis sentralt å anviser ISF-utbetalinger i tråd med regelverket og Stortingets intensjon for ISF-ordningen. Med åpenhet om utvalgets arbeid er det også et ønske om å spre kunnskap og indirekte forbedre kvaliteten på medisinske koder og registreringer av betydning for ISF. Utvalget skal fortolke gjeldende ISF-regelverk. Ved enkelte anledninger har imidlertid utvalget avdekket ulike registreringspraksis og dermed ulike ISF-utbetalinger på grunn av svakheter i ISF-regelverket. I disse tilfellene har utvalget etterlyst forbedringer i ISF-regelverket, som i ettertid er blitt gjennomført.

Størrelsen på de årlige anbefalinger om avregning har variert i stor grad fra år til år, og den har vært opptil 100 mill NOK ved et par anledninger.

For en mer inngående beskrivelse av utvalgets tidligere arbeid, henviser vi til tidligere årsrapporter som finnes på:

<http://www.helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/avregningsutvalget/rapporter/>.

### **Innsatsstyrt finansiering og DRG-kryp**

Med innføringen av Innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997 skulle deler av sykehusenes finansiering skje på grunnlag av et enhetlig aktivitetsmål basert på legenes medisinske koding. Selv om kvaliteten på medisinske koder i Norsk pasientregister også den gang hadde svakheter, var det liten mistanke om at kodingen var beheftet med systematiske feil som kunne føre til skjevfordeling av ISF-utbetalinger mellom ulike landsdeler. Erfaringer fra bl a USA hadde for lengst vist at en finansieringsordning med tett kopling mellom koding og finansiering ville påvirke kodingspraksis. Dette viste seg snart å stemme også her til lands. Etter kort tid begynte kodingen av kompliserende bidiagnoser å øke, og det økte utbetalingene, i alle fall på kort sikt. Dette var en forventet endring ut fra tilsvarende statistikk for andre land. Snart ble uttrykk som "DRG-kryp" sjargong både i sykehusadministrasjon, i helseforvaltningen og på Stortinget. Tre år etter innføringen av ISF besluttet Stortinget å opprette Avregningsutvalget med det mandat som er gjengitt ovenfor.

### **Avregning for underkoding og overkoding**

Den første tiden fikk utvalget saker til behandling både fra sykehusene og helseforvaltningen, herunder også fra det faglige støtteapparatet for ISF-ordningen som var lagt til SINTEF inntil 2007. Under de første årene kom utvalget med anbefalinger om både økte og reduserte ISF-utbetalinger. Senere dominerte anbefalingene i retning av

reduerte utbetalinger. Helseforetakene ble mindre ivrige etter hvert, til tross for pålitelige funn fra journalrevisjoner om at det foregår underkoding ved enkelte helseforetak. Med utgangspunkt i nasjonale kartlegginger av kodekvaliteten i regi av blant annet Riksrevisjonen og SINTEF, synes det klart at Avregningsutvalget ikke har fått et representativt utvalg av saker å arbeide med.

### **Kodesaken i Helse Sør**

Offentligheten ble i 2003 kjent med påstander i media om "kodejuks" da det ble kjent at en lege i Helse Sør hadde kodet systematisk feil for å øke sykehusets inntjening. Saken resulterte i at flere ledere forlot Helse Sør. Statens helsetilsyn gjennomførte i ettertid en omfattende undersøkelse av saken og dette ledet også til betydelig kritikk. Avregningsutvalget behandlet denne saken og kronesatte en avregning ut fra koderegler og et skjønn basert på allment akseptert kodepraksis for respektive tilstander og behandlinger. Helse Sør-saken var en alvorlig vekker, og en kan noen år i ettertid undres over hvorfor kodekvaliteten ikke fikk et større løft som konsekvens av den omtalte saken, og de tiltak som ble lovet.

### **Revisjoner og måling av kodekvalitet**

Riksrevisjonen har gjennomført to sammenlignbare koderevisjoner, en i 2003 og en i 2008, begge på utvalg bestående av 1000 avdelingsopphold fra ulike sykehus. Undersøkelsen fra 2008 viste om lag de samme nedslående resultater som deres tilsvarende undersøkelser fra 2003. Andelen opphold som endret DRG var ca 20 prosent, og det ble påvist en generell overkoding svarende til ca. 5 prosent ved den siste revisjonen. I årene i mellom de to undersøkelsene har Helse- og omsorgsdepartementet stilt krav til forbedringer gjennom sine styringsdokumenter til helseforetakene. Helsedirektoratet har i samarbeid med sektoren gjennomført en rekke opplærings- og forbedringstiltak. Et særlig tankevekkende funn fra Riksrevisjonens undersøkelser var at det ble påvist en betydelig forskjell i underkoding og overkoding som svarte til mellom 18 og 20 prosent i DRG-poeng. Dette funnet indikerer at ISF-midler er på avveie mellom helseforetakene. Funnene fra Riksrevisjonen viser også at legene ikke er flinke nok til å registrere korrekte koder. Vi merker oss likevel at koding av medisinske prosedyrer holder langt bedre kvalitet enn koding av tilstander/diagnoser.

### **Enkeltsaker og begrensninger**

Avregningsutvalget har i hovedsak blitt bedt om å vurdere enkeltsaker og har rekalkulert ISF-refusjonen basert på korrigert koding og regrupping til DRG. Ofte har det vært slik at feilkoding i enkeltsaker er påvist i flere helseregioner. Da har avregningen blitt fulgt opp i de berørte helseregionene etter samme prinsipper. I løpet av de første årene fikk utvalget forelagt spørsmål om feil utbetalinger som hadde sammenheng med avtaleforhold med underleverandører til helseforetakene. Her kunne det dreie seg om feil ved IT-systemer og uenigheter om ISF-baserte oppgjør mellom helseforetak og private spesialister. Disse sakene lå imidlertid utenfor utvalgets mandat og kompetanseområde.

I løpet av de siste årene behandlet utvalget flere saker som forutsatte direkte innsyn i pasientjournaler. Hjemmelsgrunnet for kontroll ved begjæring av innsyn var ikke til stede før NPR-forskriften trådte i kraft i 2008. Et eksempel på slike saker er refusjon ved medisinsk rehabilitering. I tråd med politiske signaler skulle rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten styrkes ved ISF-midler. Disse signalene ble oppfattet ved

sykehusene, og utbetalingene økte kraftig. Dette førte til at det ble reist spørsmål om utbetalingene skjedde i samsvar med reglene. Utvalget fant at det var nødvendig å få innsyn i journaler for å avklare dette. Kodeeksperter ved KITH gikk gjennom koding og dokumentasjon i forhold til oppfyllelse av ISF-kriterier ved sykehusene. Resultatet var nedslående. Kun unntaksvis var dokumentasjonen tilfredsstillende i forhold til de krav som var stilt. På grunn av denne ene saken måtte Avregningsutvalget anbefale en reduksjon i ISF-utbetalingene til de regionale helseforetakene på om lag 95 millioner kroner. Flere saker som utvalget har hatt til behandling kunne blitt avklart ved slik kontroll. Derfor har utvalget ved flere anledninger anbefalt Helsedirektoratet å sette av ressurser til journalrevisjoner.

### **Vedvarende feil ved koding av lungesykdommer**

Avregningsutvalgets påpekning av feil og uheldig kodepraksis har ikke alltid ført til umiddelbare korreksjoner. Ett fagområde har påkalt oppmerksomhet i utvalget over tid. Dette gjelder kodingspraksis ved lungesykdommer, spesielt lungebetennelse feilkodet som uspesifisert nedre luftveisinfeksjon, samt KOLS feilkodet som respirasjonssvikt. Til tross for utdypende kodeveiledninger fra Helsedirektoratet viste det seg at ett fagmiljø i tidligere Helse Sør utviklet og opprettholdt en kodepraksis som både var feil og forskjellig fra resten av landet. Det har vært vanskelig å se andre motiver enn økte ISF-utbetalinger for denne lokale og uheldige kodepraksisen. På tross av kritikk fra utvalget i flere omganger valgte dette fagmiljøet å fortsette sin praksis helt til det siste.

### **Oppsplitting av opphold og feil valg av omsorgsnivå**

Ny teknologi og ny organisering av tjenestesammensetning er en del av den medisinske utviklingen. Finansieringssystemer skal ikke hindre utvikling av mer effektiv og skånsom behandling. Samtidig er det grunn til å overvåke at behandlinger ikke splittes opp i unødige opphold eller kombinasjoner med polikliniske besøk for å øke ISF-utbetalingene. Utvalget har hatt noen slike saker til behandling der kreative løsninger er stoppet. I disse sakene har den medisinske kodingen gjerne vært korrekt. Som eksempel vil vi trekke fram preoperativ klarering for pasienter med prostatakreft. Ved å registrere pasientene med eget dagopphold for denne klareringen ble ekstra ISF-refusjoner utløst. Avregningsutvalget vurderte at preoperativ vurdering kunne registreres som poliklinikk, såfremt denne ikke inngikk i oppholdet der operasjonen ble utført. Avdekking av slike forhold kan kreve analysekapasitet, men med et personidentifiserbart Norsk pasientregister vil dette heretter være enklere.

### **Framtidige muligheter og utfordringer**

Videreføring av aktivitetsbasert finansiering er en politisk beslutning. Avregningsutvalget vil ha oppgaver så lenge helseforetakene delfinansieres på denne måten. Den generelle kodekvaliteten vil kunne forbedres også gjennom andre tiltak enn det som Avregningsutvalget står for. På tross av de nedslående funn som både Riksrevisjonen og andre har gjort på kodekvaliteten, er det flere forhold som tilsier at kodekvaliteten vil forbedres i årene framover. Det er sannsynlig at arbeidet med medisinsk koding vil bli bedre organisert ved sykehusene, i samsvar med kritikken som Riksrevisjonen har reist og gjentatt. Intern opplæring ved og intern kontroll ved sykehusene vil føre til forbedringer. Utvikling og bruk av nye elektroniske hjelpemidler vil understøtte legenes kodearbeid. Automatisert kontroll av innsendte pasientdata til Norsk pasientregister vil styrke kvaliteten på data både i registeret og lokalt. Det gis også muligheter for å

sammenholde medisinske data mellom nasjonale helseregistre som ledd i kvalitetsforbedringen. Likevel vil vi neppe komme bort fra at medisinsk koding kan være krevende arbeid og at noe variasjon vil forekomme. Regelverket er ikke eksakt og gir rom for skjønnsmessige tolkninger.

Den utviklingen vi har sett innen etablering av medisinske prosedyrer vil fortsette. Denne vil styrke dokumentasjonen fra spesialisthelsetjenesten og trolig redusere omfanget av feil i gruppering av medisinske koder til DRG, og dermed redusere omfanget av feil i utbetalinger.

Det har vært lansert planer for utvidelse av ISF til andre behandlingsområder. Fortsatt er dokumentasjonen fra f eks psykiatrien lite standardisert, og dette kan føre til utilsiktede forskjeller i utbetalinger ved et eventuelt aktivitetsbasert system for denne sektoren. Det gjenstår å se hvilke effekter Samhandlingsreformen vil få for bruken av aktivitetsbaserte finansieringssystemer. Trolig vil det kreves noe utviklingsarbeid for å få til gode løsninger.

Det ligger an til at nordmenns tilgang til internasjonale spesialisthelsetjenester vil øke, og at medisinsk dokumentasjon ved kjøp av slike tjenester bør bli gjenstand for kontroll, ikke minst i et samhandlingsperspektiv.

I Avregningsutvalgets mandat heter det at utvalget skal gi Helsedirektoratet råd i spørsmål om registrering og kvalitetskontroll av medisinske data. Utvalget stiller seg gjerne til fortsatt disposisjon.

### 3 ISF-AVREGNINGEN FOR 2009

#### 3.1 Saksomfang og endringer i utbetalinger

I 2010 har Avregningsutvalget hatt tre arbeidsmøter og fire ordinære saker med endring i ISF-utbetaling som tema ble behandlet. I tillegg til de ordinære sakene har utvalget fått presentert en rekke orienteringssaker med forskjellige tema, samt noen administrative saker angående driften av utvalget. "Nye NPR", dvs. innføring av personidentifiserbart pasientregister har vært fast orienteringssak på møtene. I et av utvalgets møter ble Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene presentert av underdirektør Børre Fylling fra Riksrevisjonens avdeling for forvaltningsrevisjon.

Tabell 2. Ordinære saker behandlet i 2010. Sortert etter saksnummer.

Sak nr.	Tittel
10/3113	DRG 468 og DRG 477
10/3113	Kompliserte fødsler
10/4474	DRG 475 Sykdommer i åndedrettsystemet med ventilasjonsstøtte
10/4560	Døgnopphold i DRG 462A og 462B

Utvalget anbefaler i år avkortinger som vil medføre en netto reduksjon av ISF-utbetaling for 2009 på 3 597 974 kroner. Denne anbefalingen får kun konsekvenser for utbetalinger til Helse Sør-Øst RHF.

Tabell 3. Avregningsutvalgets anbefaling om avkortning av utbetaling i ISF 2009 fordelt etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avkortning av ISF-utbetaling for 2009
Helse Sør-Øst	3 597 974

Alle sakene som ble behandlet i inneværende år ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratets avdeling Økonomi og analyse (FIOA).

Saksbehandlingen har vært basert på analyser av ISF-data og korrespondanse med de regionale helseforetakene. Det ble det ikke gjennomført journalgjennomgang i 2010.

Referater fra møtene i 2010 publiseres løpende på Avregningsutvalgets nettsider: [www.helsedir.no/finansieringsordninger/avregningsutvalget](http://www.helsedir.no/finansieringsordninger/avregningsutvalget).

### 3.2 Vurderinger og anbefalinger

Nedenfor presenteres de fire ordinære sakene som Avregningsutvalget har behandlet ferdig i løpet av 2010. I en av disse sakene kom utvalget fram til en anbefaling om avkortning.

Et hovedtema for utvalgets arbeid med avregningen for 2009 har vært opphold gruppert til medisinske DRGer. Med utgangspunkt i endringer i pasientdata fra året før har utvalget forsøkt å avklare om sykehusene fulgte regelverket og om registreringspraksis var ensartet mellom regionene. Utvalget hadde også i år håpet å få gjennomføre journalgranskning for å belyse problemstillingene, men det lot seg ikke gjøre av budsjettmessige grunner. Sakene ble behandlet med utstrakt korrespondanse med helseforetakene. Uten innsyn i pasientjournalene har det vist det seg vanskelig å foreta en endelig avklaring i forhold til korrekt koding og utvalget har vært nødt til å støtte seg til forklaringene fra sykehusene.

#### **Sak 10/3113 - DRG 468 og DRG 477**

Avregningsutvalget har i 2010 behandlet sak 10/3113 – DRG 468 og DRG 477. Saken ble meldt inn av Helsedirektoratets avdeling FIOA.

Analyser av pasientdata viste at en rekke opphold i 2009 var registrert med hovedtilstandskode fra et annet ICD-10-kapittel enn det som var relevant for den registrerte NCSP-koden og som derfor ble gruppert til DRG 468 *Større operasjon uten sammenheng med hoveddiagnosen* og DRG 477 *Mindre operasjon uten sammenheng med hoveddiagnosen*.

Stikkprøver tyder på at prosedyrekodene ofte hadde sammenheng med en av bitilstandskodene. Det var mistanke om at en del av oppholdene ville blitt gruppert til en vanlig DRG – og potensielt fått lavere korrigeret vekt - om rekkefølgen på tilstandskodene ble endret.

Til sammen var det 2 836 opphold i de aktuelle DRG-ene i 2009. Flest opphold var det ved to sykehus i Helse Sør-Øst RHF, et sykehus i Helse Midt-Norge RHF, et sykehus i Helse Vest RHF og et sykehus i Helse Nord RHF. Et fylke i Helse Nord RHF var bostedsfylket med flest opphold i DRG 468 og DRG 477 per 10 000 innbygger.

Videre analyser av data kunne imidlertid ikke identifisere systematiske forskjeller i fordelingen av opphold på institusjoner, fagområder, liggetid og tilstandskoder.

#### Anbefaling

*Avregningsutvalget finner ikke grunnlag for å anbefale avregning av opphold gruppert til DRG 468 og 477.*

#### **Sak 10/3113 - Kompliserte fødsler**

Avregningsutvalget har i 2010 behandlet sak 10/3113 – Kompliserte fødsler. Saken ble meldt inn av Helsedirektoratets avdeling FIOA.

Sekretariatet presenterte saken for utvalget i møte 20. mai 2010. Analyser av pasientdata viste at andelen kompliserte keisersnitt (DRG 370) gikk ned fra 2008 til 2009 etter at Helsedirektoratet innførte retningslinjer for bruk av ICD-10 kodene O67.8 *Annen spesifisert blødning under fødsel*, O67.9 *Uspesifisert blødning under fødsel* og O99.0 *Anemi som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid*. Det var en ønsket utvikling at også andelen kompliserte vaginale fødsler (DRG 372) skulle gå ned. Tilstandskodene O72.1 *Annen umiddelbar blødning etter fødsel* og O99.0 *Anemi som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid* har vært med på å styre opphold til DRG 372 *Vaginal fødsel m/bk*.

Avregningsutvalgets vurdering er at denne saken bør behandles av Helsedirektoratets avdeling Finansiering og DRG (FIFI). Avdelingen bør utforme retningslinjene for koding av kompliserte fødsler i dialog med Norsk gynekologisk forening.

#### Anbefaling

*Avregningsutvalget finner ikke grunnlag for å anbefale avregning av opphold gruppert til DRG 372 Vaginal fødsel m/bk.*

#### **Sak 10/4560 - Døgnopphold i DRG 462A og 462B**

Avregningsutvalget har i 2010 behandlet sak 10/4560 – Døgnopphold i DRG 462A og 462B. Saken ble meldt inn av Helsedirektoratets avdeling FIOA.

Sekretariatet presenterte i møte 20. mai analyser av pasientdata som viste at antall døgnopphold i DRG 462A *Kompleks rehabilitering* og 462B *Vanlig rehabilitering* i 2009 var høyt for pasienter bosatt i Helse Sør-Øst RHF. Sett i sammenheng med innbyggertallet var det flest opphold for pasienter bosatt i ett fylke. Også hvis man tok med døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner hadde pasienter fra dette fylket flest døgnrehabiliteringsopphold. Problemstillingen var knyttet til om deler av rehabiliteringstilbudet i fylket burde vært finansiert utenom ISF-systemet.

Det var 14 026 døgnopphold i DRG 462A/462B i 2009. Oppholdene fordelte seg jevnt på kompleks (DRG 462A) og vanlig rehabilitering (DRG 462B). I hovedsak var oppholdene kodet som primær rehabilitering, dvs. med ICD-10-kode for rehabilitering som hovedtilstand. Pasientalderen varierte fra 0 til 99 år, med en medianalder på 56 år. Hyppigste bitilstandskode (tilstand2) i var innenfor ICD-10 kapittelet for muskel- og skjelettlidelser. Median liggetid var 11 dager.

Det var 1 385 døgnopphold i DRG 462A/462B ved sykehus i det aktuelle fylket. De fleste døgnopphold var vanlig rehabilitering (DRG 462B) og det var hovedsakelig primær rehabilitering. 65 prosent av pasientene var 70 år og eldre og hyppigste indikasjoner for rehabilitering (tilstand2) var muskel- og skjelettlidelser (26 prosent) og skader og forgiftninger (22 prosent). Median liggetid var 14 dager.

Det ble gjennomført inngående analyser av pasientdata, og ytterligere informasjon ble innhentet fra Helse Sør-Øst RHF om døgnrehabilitering ved sykehus i og utenfor fylket.

Informasjonen ga ikke grunnlag for å anbefale endring i utbetalingene. Utvalget mente at en journalgjennomgang av døgnopphold i DRG 462A/462B ville gjort det mulig å komme fram til en anbefaling. Saken vil følges opp i 2010-data.

Anbefaling:

*Avregningsutvalget kan ikke anbefale en avkortning av døgnopphold i DRG 462A/462B ved sykehus i et fylke i Helse Sør-Øst RHF.*

### **Sak 10/4474 - DRG 475 Sykdommer i åndedrettsystemet med ventilasjonsstøtte**

Avregningsutvalget har i 2010 behandlet sak 10/4474 DRG 475 *Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonsstøtte*. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets avdeling FIOA.

Analyser av pasientdata viste nedgang i antall døgnopphold gruppert til DRG 87 *Respirasjonssvikt* og vekst i DRG 475 *Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte* fra 2008 til 2009. Nedgang i DRG 87 og vekst i DRG 475 forekom ofte ved samme sykehus. Pasienter bosatt i et fylke i Helse Sør-Øst RHF hadde flest døgnopphold i DRG 475 per 10 000 innbyggere. Blant pasientene bosatt i dette fylket var det flest opphold i DRG 475 ved et sykehus i Helse Sør-Øst RHF.

Vanligste hovedtilstandskoder ved dette sykehuset var J96.0 Akutt respirasjonssvikt og J96.1 *Kronisk respirasjonssvikt*, mens vanligste bitilstandskoder var J44.1 *Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt uspesifisert forverring*, J96.1 *Kronisk respirasjonssvikt* og J44.9 *Uspesifisert kronisk obstruktiv lungesykdom*.

En stor andel av oppholdene ved sykehuset var registrert med prosedyrekodene TG601 *Respiratorbehandling*, TG610 *Behandling med kontinuerlig positivt luftveistrykk* (CPAP) og TG620 *Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk* (BiPAP), ekvivalent med henholdsvis GXAV01, GXAV10 og GXAV20 i NCMP-kodeverket.

Helse Sør-Øst RHF og sykehuset har i brev til Avregningsutvalget gjort rede for behandlingstilbudet.

Avregningsutvalgets vurdering var at bruk av CPAP og BiPAP ved sykehuset ikke var godt faglig begrunnet og var i særstilling blant norske sykehus på pasienter med stabil KOLS. Utvalget pekte også på at valg av diagnosekoder og bruk av prosedyrekoder ikke har holdt et kvalitetsmessig høyt nok nivå. Helsedirektoratet har utarbeidet faglig aksepterte og forståelige retningslinjer for koding av KOLS som her ikke har vært fulgt.

Anbefaling:

*Avregningsutvalget anbefaler at opphold med J96.x som hovedtilstand avregnes mot landsgjennomsnittet til DRG 87, mens oppholdene med J44.x som hovedtilstand avregnes mot landsgjennomsnittet til DRG 88. Avregningen gjøres for opphold registrert med en av prosedyrekodene TG610 eller TG620.*



## 4 Tekniske beregninger

Nedenfor beskrives tekniske beregninger for den ene saken hvor Avregningsutvalget har anbefalt avkorting av ISF-utbetaling for 2009.

### Sak 10/4474 - DRG 475 Sykdommer i åndedrettsystemet med ventilasjonsstøtte

I sak 10/4474 har Avregningsutvalget gitt følgende anbefaling:

*Avregningsutvalget anbefaler at opphold med J96.x som hovedtilstand avregnes mot landsgjennomsnittet til DRG 87, mens oppholdene med J44.x som hovedtilstand avregnes mot landsgjennomsnittet til DRG 88. Avregningen gjøres for opphold registrert med en av prosedyrekodene TG610 eller TG620.*

Sekretariatet har beregnet ny ISF-refusjon på bakgrunn av utvalgets anbefaling. Anbefalt avkorting ble regnet ut på følgende måte:

- Kun opphold med tilstandskode J96.x/J44.x og prosedyrekode TG610/TG620 ble inkludert i avregningen.
- 168 opphold med med J96.x som hovedtilstand ble avregnet mot landsgjennomsnittet til DRG 87 (1,534). Opphold med J96.x som hovedtilstand grupperes til DRG 87 hvis prosedyrekodene TG610/TG620 tas ut.
- 29 opphold med J44.x som hovedtilstand ble avregnet mot landsgjennomsnittet til DRG 88 (0,581). Opphold med J44.x som hovedtilstand grupperes til DRG 88 hvis prosedyrekodene TG610/TG620 tas ut.

Teknisk beregning framkommer i tabellen nedenfor. Siste kolonne i tabellen viser anbefalt avkorting fordelt på pasientenes bostedsregion.

Regnestykket er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2009*.

ISF-refusjon for døgn- og dagopphold i 2009 ble beregnet på følgende måte:  
*Korrigerte DRG-poeng \* 0,40 \* 35 127,-*

Tabell 4. Teknisk beregning av anbefalt avkorting i sak 10/4474 - DRG 475 Sykdommer i åndedrettsystemet med ventilasjonsstøtte. Pasientregion. 2009.

Bostedsregion	Antall opphold	Sum opprinnelig korrigert vekt	Opprinnelig ISF-refusjon	Sum ny korrigert vekt	Sum ny ISF-refusjon	Anbefalt avkorting
Helse Sør-Øst	197	530,6	7 455 776	274,6	3 857 802	3 597 974

#### Teknisk beregning:

*Avkorting settes til kr 3 597 974,- (tre millioner fem hundre og nittisju tusen ni hundre og syttifire kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.*

## 5 Vedlegg: Anbefaling om avkorting i ISF-utbetaling 2000-2008

### Oversikt over Avregningsutvalgets anbefalinger om avkorting av ISF-utbetaling, 2000-2008

År	Saksnummer- og tittel	Beskrivelse	ICD-10/NCSP
2000	Sak 05/01 - Oppsplitting av sykehusopphold ved overflytting til ny rehabiliteringspost	Utskrivnings- og registreringspraksis etter opprettelse av ny rehabiliteringsavdeling ved Telemark Sentralsjukehus. Pasientene, i hovedsak eldre, skrives inn og ut innen et kort tidsrom.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
2002	Sak 03/03 - ISF-avregning for Helse Sør i forhold til behandling av pasienter med søvnapné ved Sørlandet sykehus HF Arendal	Pasienter som fikk utført inngrepene tonsillektomi/adenotomi (NCSP-koder EMB10-EMB30) ble i vesentlig høyere grad enn ved tilsvarende sykehus registrert med hoveddiagnose G47.3 Søvnapné.	Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)
	Sak 5/03 - DRG 4 Påfylling baklofenpumper	Feil bruk av prosedyrekoden ABD99 som kun skal brukes ved operative inngrep som implantering av baclofenpumpe. Koden ble feilaktig registrert ved hver påfylling av baclofen, noe som er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	Sak 5/03 - DRG 8 Botoks-injeksjoner	Feil bruk av de uspesifikke prosedyrekodene ACB19 og ACW99 ved injeksjoner som ikke er operasjoner. Injeksjonene er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	Sak 7/03 - Z03.x og Z04.x Depresiserende kodingspraksis	Observasjonskoder innen kap. XII (Z00-Z99) i ICD-10 settes ofte foran mer presise bidiagnosekoder	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	Sak 7/03 - Z08.x	Bruk av hoveddiagnose Z08.x er korrekt for de aktuelle pasientene, men feilaktig nullstilt takst (B43d) uten sammenheng med konsultasjonen for øvrig er benyttet. B43d er en dagkirurgisk takst. Mange opphold registrert med prosedyrekode HADxx	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
2003	Sak 9/04 - Bruk av J22 "uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier"	Diagnosen J22 bør ikke benyttes for pasienter som har lungebetennelse (pneumoni J13-J18) som hovedtilstand.	Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)
2004	Sak 02/05 - Økning i DRG 380 Abort uten kirurgiske inngrep og tilstander etter abort	Relativt mange pasienter med to eller flere opphold gruppert til DRG 380, de fleste av dem med nullstilt takst B21a. Praksisen ved institusjonen skyldtes feilregistrering.	Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)
	Sak 03/05 - Søvnobservasjon ved Omniasykehuset	Bruk av nærliggende hotell ved søvnutredninger. Hotellet var ikke godkjent i ISF-ordningen. Saken gjelder opphold gruppert til DRG 35 med hoveddiagnose G47.3 Søvnapné.	Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)

2005	Sak 08/06 - Sammenheng mellom prosedyre- og takstkoder (laserkirurgi)	Gjelder konsultasjoner kodet med takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi (QAA40). Den aktuelle taksten var utarbeidet for tradisjonell kirurgi.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
	Sak 11/06 - DRG 346 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk	Stor vekst i antall opphold ved institusjon i Helse Vest. Seriebehandling – i snitt ti kurer over to dager. Dette er ikke i overensstemmelse med utbredt klinisk praksis.	Svulster (C00-D48)  Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	Sak 13/06 - Fordeling av opphold i DRG 467 Påvirkninger i helsetilstanden ITAD	Gjelder følgende hoveddiagnosekoder: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Z00.6 Undersøkelse av kontrollperson i klinisk forskningsprogram: forskningsfinansierte opphold ble ikke merket i institusjonens pasientadministrative system</li> <li>- Z51.3 Blodoverføring: det er feil kodepraksis å bruke denne koden for å registrere pasienter som mottar blodoverføring.</li> <li>- Z51.8 Annet spesifisert behandlingstiltak: bruk av koden er ikke i samsvar med veiledning i ICD-10. Oppholdene er gruppeundervisning og skal registreres som poliklinikk med takst A99.</li> </ul>	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
2006	Sak 07/2438 - DRG 297 Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk	Hoveddiagnose E66.8 Annen spesifisert fedme, ingen bidiagnoser. Behandlingen var et gruppetilbud som ikke skal finansieres gjennom ISF.	Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)
	Sak 07/2440 - DRG 172 Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene	Stor vekst og volum i institusjon i Helse Vest. Seriebehandling. Sammenheng med sak 11/06.	Svulster (C00-D48)
	Sak 07/2819 - Journalgjennomgang DRG 462B Rehabilitering, vanlig	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
2007	Sak 08/2946 - Oppfølging av dagrehabilitering i DRG 462B	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)

	Sak 08/4416 - DRG 243 Ryggglidelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen	Stor vekst i dagopphold i DRG 243. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Andre ryggglidelser (M50-M54)
	Sak 08/4418 - DRG 271 Kroniske sår i huden	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Andre lidelser i hud og underhud (L80-L99)
	Sak 08/4419 - DRG 179 Inflammatoriske tarmsykdommer	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Ikke-infeksiøs enteritt og kolitt (K50-K52)
	Sak 08/6252 - Registrering og koding av laserbehandling	Oppfølging av sak 07/4920 Registrering og koding av laserbehandling behandlet i 2007 og sak 08/06 Sammenheng mellom takst og prosedyrekoder behandlet i 2006. Gjelder konsultasjoner kodet med takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi (QAA40). Den aktuelle taksten var utarbeidet for tradisjonell kirurgi.	Hud (Kapittel Q)
2008	Sak 09/3129 - DRG 13 Multipel sklerose & cerebellar ataksi	Stor vekst i dagopphold i DRG 13. Med unntak av første dag i en behandlingsserie burde oppholdene vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)
	Sak 09/3130 – DRG 73 Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år	Stor vekst og volum i DRG 73. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Andre lidelser i øre (H90-H95); Godartede svulster (D10-D36)
	Sak 09/3759 – DRG 347 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk	Vekst i antall dagopphold i DRG 347. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Ondartede svulster i mannlige kjønnsorganer (C60-C63)
	Sak 09/3931 – DRG 465 Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose	Stort volum i DRG 465.	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54)

