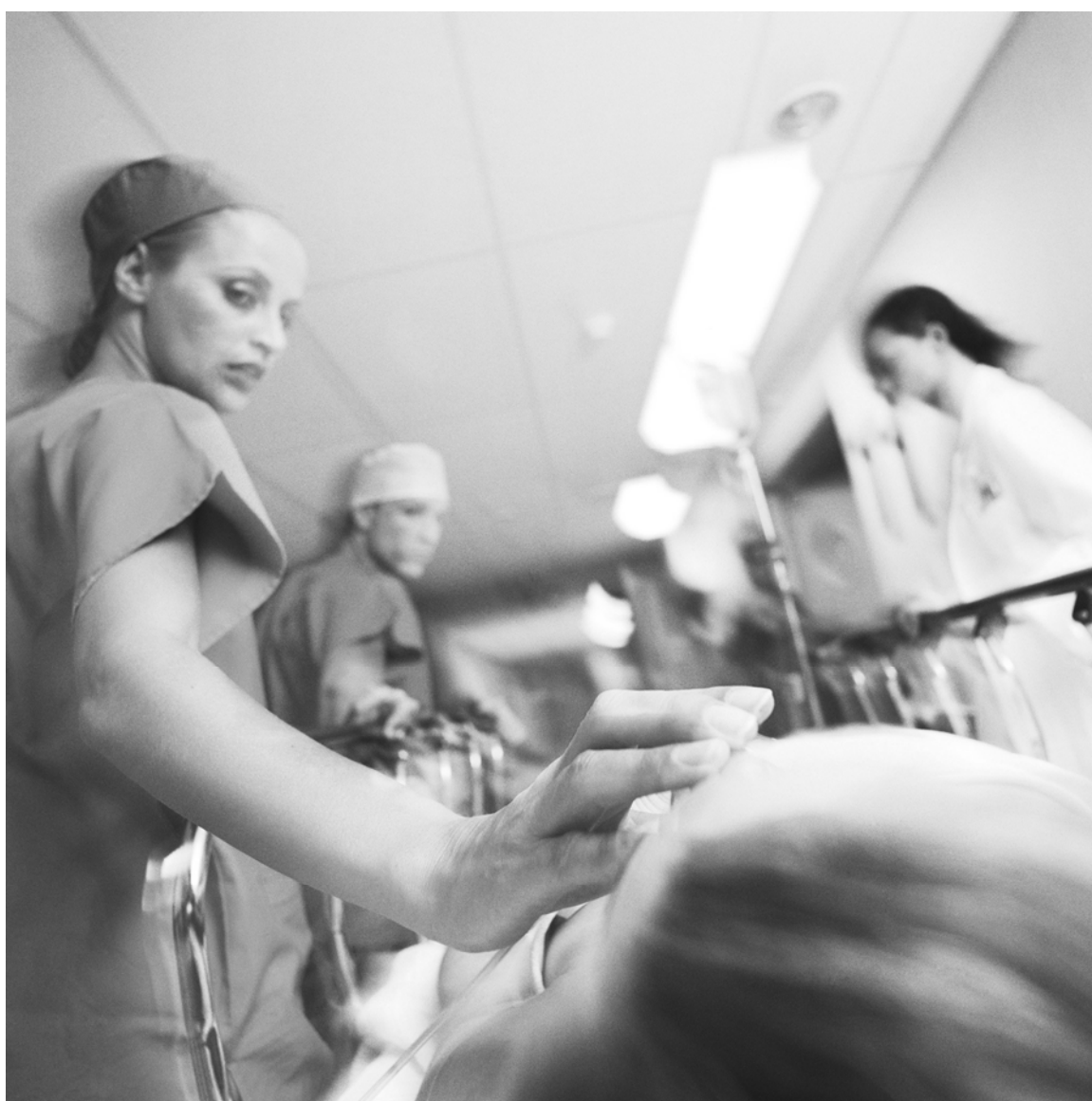


Årsrapport 2009

Avregningsutvalgets arbeid med ISF-oppgjøret 2008

November 2009



INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD.....	1
SAMMENDRAG.....	2
1 UTVALGETS MANDAT OG SAMMENSETNING.....	3
2 AKTUELLE UTVIKLINGSTREKK I HELSESEKTOREN OG ISF	4
2.1 OM ØKONOMISK SITUASJON, AKTIVITET OG EFFEKTIVITET VED HELSEFORETAKENE I 2008.....	6
2.2 DRIFTSINDIKATORER OG BETYDNINGEN AV REGISTRERINGSPRAKSIS	8
2.3 OM BETYDNINGEN AV FLERE OPPHOLD PER PASIENT	9
3 ISF-AVREGNINGEN FOR 2008	10
3.1 SAKSOMFANG OG ENDRINGER I UTBETALINGER	10
3.2 VURDERINGER OG ANBEFALINGER	11
4 TEKNISKE BEREGNINGER.....	16
5 VEDLEGG: ANBEFALING OM AVKORTING I ISF-UTBETALING 2000-2007	20

Forord

Avregningsutvalget skal ivareta Stortingets intensjoner knyttet til ISF-ordningen med fokus på en forsvarlig kodepraksis og gjeldende regelverk gjennom sin kontrollfunksjon. Utvalget er uavhengig og medisinsk-faglig sammensatt. Det avgir sine anbefalinger til Helsedirektoratet som underlag til den endelige ISF-avregningen overfor de regionale helseforetakene. Denne årsrapporten presenterer utvalgets samlede innstilling for ISF-oppgjøret 2008. Rapporten henvender seg i første rekke til direktoratet, men vi håper den kan ha interesse for flere lesere.

Avregningsutvalgets årsrapport er resultatet av utvalgets gjennomgang av ISF-opphold for 2008. Utvalgets sekretariat har stått for saksforberedelse basert på innmeldte saker og analyser av ISF-årsdata. En nødvendig del av arbeidet har bestått i korrespondanse med de regionale helseforetakene. Vi må i ettertid erkjenne at svarfristene av og til har vært for korte og at det her er rom for forbedringer. Utvalget har drøftet saksgrunnlaget i flere trinn innen det har konkludert. Deretter har sekretariatet foretatt tekniske beregninger og kronesatt avregningen i samsvar med utvalgets anbefalinger.

Utvalget har i 2009 behandlet flere saker med problemstillinger i grenselandet mellom dagopphold, dagkirurgi og poliklinikk. Overgang fra døgnbehandling til dagbehandling, dagkirurgi og poliklinisk behandling representerer ofte en ønsket, rasjonell og forsvarlig utvikling. Men det er til dels klare forskjeller i ISF-utbetalinger og reglene for valg av omsorgsnivå skal følges.

Overvåkning av endringer i aktivitetstall i ISF-data fra Norsk pasientregister har en sentral plass i sekretariatets forberedende arbeid. Registeropplysningene for 2008 var klare for analyse i april og sekretariatet la fram sammenligningstall fra tidligere år for utvalget i juni. Deretter fulgte en periode med innhenting av supplerende opplysninger og vurderinger både fra helseforetakene og ekstern ekspertise, inntil sakene ble sluttbehandlet ved utgangen av oktober.

Som ledd i sitt årlige arbeid kontrollerer sekretariatet rutinemessig utviklingen av kodepraksis fra tidligere saker i utvalget, slik at ønskede korreksjoner blir varige. På den måten søker utvalget å bidra til en tilfredsstillende standard for medisinsk koding og til fortolkningen av ISF-systemet. Over år har helseforetakene justert sin praksis i samsvar med de normer utvalget har satt. Et annet resultat av utvalgets arbeid er at det av og til avdekkes behov for forbedringer i ISF-regelverket eller i retningslinjene for medisinsk koding. Årets gjennomgang representerer intet unntak i så måte. Mangler og forslag til forbedringer rapporteres til Helsedirektoratet, som har det samlede ansvaret for vedlikehold av ISF-regelverk og medisinske codesystemer.

Spørsmål og henvendelser rettes til sekretariatet ved Norsk pasientregister.¹

Trondheim 13. november 2009

Bjørn Buan
Leder

Lara Hvidsten

Johan Ræder

Mikal Gjellan

Siri Malm

Per Einar Uggen

Kathan Al-Azawy

Stein Øyvind Jørstad

Lotte Strandjord
Sekretær

¹ http://www.helsedir.no/finansieringsordninger/avregningsutvalget/kontaktperson_avregningsutvalget_68689

Sammendrag

Avregningsutvalget har i 2009 behandlet seks ordinære saker med endring i ISF-utbetaling som tema. I fire av disse sakene har utvalget kommet fram til en anbefaling til Helsedirektoratet om avkorting av ISF-refusjon for 2008. Ingen saker har ført til anbefaling om økte utbetalinger for 2008.

En fellesnevner for sakene Avregningsutvalget har behandlet i år har vært dagopphold (LOS=0) i medisinske DRG-er. Problemstillingene som utvalget har diskutert har vært knyttet til oppstyking av opphold og skillet mellom dagopphold og poliklinisk behandling. Utvalget har på grunnlag av sakene søkt å trekke en grense for oppsplitting av kirurgiske opphold, slik at for eksempel preoperativ klarering i prinsippet skal være poliklinisk aktivitet. Videre etterlyser utvalget entydige regler og definisjoner som regulerer alle former for dagopphold.

Denne gangen var det størst økonomisk betydning knyttet til utvalgets anbefaling om endring i utbetalinger for dagopphold i *DRG 465 Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose*. Saken har størst konsekvenser for utbetalinger til Helse Sør-Øst. De andre sakene har dreid seg om koding av behandling av MS-pasienter (DRG 13), sykdommer i øre-, nese-, hals (DRG 73) og ondartet svulst i prostata (DRG 347).

Tabell 1. Forslag til avkorting i utbetalingsgrunnlaget for ISF 2008 etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Helseregion	Sak 09/3129 DRG 13	Sak 09/3130 DRG 73	Sak 09/3759 DRG 347	Sak 09/3931 DRG 465	SUM
Helse Sør-Øst	1 422 038	654 233	220 785	4 214 411	6 511 467
Helse Vest	116 032	208 758			324 790
Helse Midt-Norge		59 645	222 460		282 105
Helse Nord		80 148	1 892	4 551	86 591
Total	1 538 070	1 002 785	445 137	4 218 962	7 204 953

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 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 møtereferat er offentlige.

I behandlingen av avregningen for 2008 deltok følgende medlemmer:

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

Seniorrådgiver Eva Wensaas fra Helsedirektoratet har vært observatør i utvalget.

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

2 Aktuelle utviklingstrekk i helsesektoren og ISF

Den pågående utviklingen i helsesektoren generelt, og ved somatiske sykehus spesielt, er bakteppet for Avregningsutvalgets arbeid. Utvalget skal bidra til at Stortingets intensjoner med ISF-ordningen innfris. Målene for ordningen har endret seg noe med Stortingets sammensetning og sittende regjering. Balansen mellom ønske om aktivitetsvekst og kostnadskontroll har skiftet noe over tid. For 2008 syntes balansen å ha vippet i retning av kostnadskontroll, med et aktivitetsvekstkrav overfor helseregionene fra Helse- og omsorgsdepartementet på 1,5 prosent for inneliggende aktivitet, det laveste på flere år.

De politiske målene søkes ivaretatt gjennom insentiver som kommuniseres gjennom årlige regelverksendringer. Eksempler kan være forholdet mellom ISF-andel og basisfinansiering eller det kan være utforming av regleverk for å tilgodese enkelte pasientgrupper. Avregningsutvalget skal forholde seg til regelverket og rimelige fortolkninger av dette i sitt skjønn. Utvalget søker å ha en innarbeidet forståelse av bakgrunnen for årlige regelverksendringer, men uten at det skal blande inn politiske vurderinger i sin saksbehandling. Enkelte av endringene i regelverket representerer oppretting av erkjente feil og mangler.

Etter 12 år med aktivitetsbasert finansiering er det et tankekors at DRG-systemet og ISF-reglene i alt vesentlig er blitt mer komplisert over tid. Mangler og feil har vært korrigert med løsninger på detaljnivå i for stor grad. Utvidelser av ISF-ordningen har vært gjennomført med de beste hensikter, men ikke uten at nye problemer er skapt, noe som igjen har påkalt korreksjoner. Disse problemene synes særlig framtrædende innenfor fagområder der pasienter har behov for langsiktig eller omfattende/komplisert helsehjelp. Vi nøyer oss i denne sammenhengen med å konstatere at andre land, som for eksempel USA, har valgt å utarbeide separate løsninger for ulike typer tjenester.²

Fra 2008 ble finansieringen av somatiske poliklinikker for alvor integrert i ISF-ordningen. I statsbudsjettet for 2008³ ønsket regjeringen Stoltenberg 2 å styrke behandlingstilbudet for enkelte pasientgrupper. Den fulgte opp en innstilling fra en samlet helse- og omsorgskomite om en tydelig satsning på habilitering og rehabilitering (Budsjettinnst. S nr. 11 (2006-2007)⁴). Også tjenestetilbudet til mennesker med demenslidelser skulle bedres gjennom utbygging av dagtilbud, avlastning, kompetanse og tilpassing av bo- og institusjonstilbud. ISF-refusjoner innenfor rehabilitering var for 2006 beregnet til om lag 1,5 milliarder kroner, i tillegg til polikliniske refusjoner. Her skulle ISF-refusjonene rettes primært mot individuelle rehabiliteringstjenester i forbindelse med opphold i sykehus. Polikliniske takster skulle blant annet omfatte lærings- og mestringstilbud, opptrening, diettveiledning og lignende i grupper, samt utredninger og undersøkelser. Hovedregelen for poliklinisk finansiering var at konsultasjoner måtte finne sted i poliklinikken. Helsehjelp som ble gitt utenfor definerte poliklinikker, for eksempel i form av ambulante team, skulle i hovedsak finansieres gjennom rammebevilgningen. Polikliniske tjenester innenfor

² www.cms.hhs.gov/prospmedicarefeesvcpmtgen/

³ www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/statsbudsjettet/statsbudsjettet-2008.html?id=481698

⁴ www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Budsjett/2006-2007/innb-200607-011/

Sentrale begreper

Til grunn for beregningen av ISF-refusjonen ligger DRG-systemet. DRG (Diagnose Relaterte Grupper) er et pasientklassifiseringssystem som gir en forenklet beskrivelse av sykehusenes aktivitet og pasientsammensetning, og danner også grunnlaget for finansiering. Pasienter som grupperes til den samme DRG er tilnærmet like i medisinsk forstand og krever tilnærmet like mye ressurser å behandle.

Det er diagnoser og prosedyrer som representerer den medisinske informasjonen. I tillegg er hver DRG tilordnet en kostnadsvekt som uttrykker hva et opphold i en DRG i gjennomsnitt koster i forhold til gjennomsnittet av alle opphold. Hvert sykehusopphold blir gruppert i én DRG. Noen opphold er mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet, mens andre opphold er mer ressurskrevende.

Aktiviteten ved sykehusene måles både som antall opphold og som antall DRG-poeng. Antall DRG-poeng gir uttrykk for et veid antall opphold der beregnede kostnadsvekter i DRG-systemet brukes som vekt.

DRG-poeng indikerer hvor store ressurser som antas å være knyttet til den enkelte pasientbehandling, og tillater sammenligninger over tid og mellom regioner selv om disse har ulik pasientsammensetning

Polikliniske refusjoner inngikk som del av ISF-utbetalingene fra 2008. De regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å benytte disse midlene til å finansiere egne helseforetak og private virksomheter i egen helseregion i samsvar med "sørge for ansvaret". Regionale helseforetak kan med høy frihetsgrad velge modell for fastsettelse av godtgjørelsen av de ulike leverandørene av helsetjenester i egen region.

Kilde: St.prp-nr-1-2007-2008 (HOD)

aktuelle fagområder som organiseres ambulant skulle likevel integreres i ISF-ordningen for poliklinikk fra 2008.

For Avregningsutvalget var det vesentlig å avklare hvorvidt ekstra utbetalinger til helseforetakene representerte økt aktivitet på området, eller om det også kunne dreie seg om endringer i registreringspraksis, eller direkte feil ved registreringene. En fersk undersøkelse fra Riksrevisjonen viste at kvaliteten på den medisinske kodingen ved sykehusene i 2008 var på om lag samme nivå som i 2003.⁵ Ulik grad av overkoding (flere og mer kompliserende diagnosekoder enn det er grunnlag for) og underkoding (for "lette" og for få kompliserende diagnosekoder) mellom regioner, helseforetak og pasientgrupper gir en utilsiktet skjev prioritering. Slike funn svekker legitimiteten til ISF-ordningen og tilliten til sykehusenes og legenes etterrettelighet. Funnene er ikke overraskende for Avregningsutvalget, men de understreker behovet for opplæring, veiledning, tilrettelegging og kontroll over tid for å få til forbedringer. Noe variasjon er likevel påregnelig og DRG-systemet må være tilstrekkelig robust til å håndtere moderate forskjeller i kodingspraksis uten at det gir større forskjeller i utbetalinger på foretaksnivå eller pasientgruppenivå. Et økt detaljeringsnivå i kodeverket vil øke sjansen for feilkoding, selv om riktig utført koding øker presisjonen i et detaljert system.

Regjeringen la opp til en forsiktig opptrapping av ISF-refusjoner til erstatning for polikliniske tjenester fra 1. juli 2007. Denne utviklingen ble trappet opp fra og med 2008 for å få til et mer helhetlig aktivitetsbasert finansieringssystem for somatisk spesialisthelsetjeneste. De nye satsene for ISF-refusjon for polikliniske tjenester var basert på usikre beregninger og staten hadde derfor bruk for å videreføre de gamle takstkodene som hjelpemiddel i overgangen til et "DRG-basert" finansieringssystem for poliklinikker. Innføring av enhetlige medisinske koder (NCMP/NCSP⁶) ble påbegynt litt tidligere, som premiss for disse endringene.

⁵ Dokument 3:2 (2009-2010)

www.riksrevisjonen.no/Revisjonsresultater/Dokumentbase_Dok_3_2_2009_2010.htm

⁶ www.kith.no/upload/4087/NCMP-NCSP-2008-til-forlag.pdf

Fra 2008 skulle også avtalespesialister registrere diagnoser med ICD-10-koder og prosedyrer med NCMP/NCSP-koder, og rapportere aktiviteten til Norsk Pasientregister (NPR). Per i dag er denne rapporteringen ikke av tilfredsstillende kvalitet. I deler av landet utfører private spesialister en vesentlig andel av ambulante spesialisttjenester. Disse virksomhetene ble lite berørt av endringene som ble innført i 2008. Det kan være grunn til å anta at en manglende samordning av eksisterende finansieringsløsninger har bidratt til å opprettholde ulik geografisk tilgjengelighet til spesialisttjenester, som omtalt i Magnussenutvalget sin innstilling NOU 2008:2 *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*.⁷ Dette utvalget pekte på at den separate finansieringsløsningen fra NAV utenom de regionale helseforetakene kunne føre til skjevheter i behovsdekning. Områder med høy dekning av private spesialister ville kunne få en høyere behovsdekning, dersom disse spesialistene hadde en marginal behandlingstkostnad som var dekket av egenandel og refusjoner fra NAV. I 2008 ble det utført 2,1 millioner konsultasjoner hos private spesialister og 3,8 millioner konsultasjoner ved poliklinikkene.⁸ Magnussenutvalget mente at private spesialister og offentlige poliklinikker i stor grad fungerer som substituerbare tjenester og utvalget var i tvil om det samlede forbruket av polikliniske konsultasjoner og konsultasjoner hos private avtalespesialister fullt ut reflekterte behovet i alle deler av landet. Utvalget ba Helse- og omsorgsdepartementet utrede dette nærmere.

Avregningsutvalget deler denne bekymringen om mangel på helhetlig finansiering av substituerbare tjenester og imøteser sammenlignbare datasett for alle ambulante spesialisttjenester fra Norsk pasientregister. Et personentydig og komplett helseregister i NPR vil kunne tillate framtidig ISF-avregning av mer helhetlig helsehjelp.

2.1 Om økonomisk situasjon, aktivitet og effektivitet ved helseforetakene i 2008

Den økonomiske utviklingen i helseregionene tilbyr i en viss forstand et temperaturmål for Avregningsutvalget. Stram økonomi fremmer effektivisering. I en slik situasjon er det også rimelig at sykehusene passer på at de ikke mister ISF-midler på grunn av feil eller mangelfull koding. Avregningsutvalget må vurdere og se til at det ikke foretas en økonomisk betinget kodepraksis som ikke er i henhold til reell helsehjelp.

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) fant i sin rapport for 2008⁹ at de regionale helseforetakene som helhet ikke klarte å innfri departementets krav til økonomisk resultat for 2008 (før avregning). Det var betydelige forskjeller i økonomisk resultat og økonomisk situasjon mellom helseregionene.

Helse- og omsorgsdepartementet la opp til en aktivitetsvekst for 2008 tilsvarende 1,5 prosent i forhold til en prognose basert på 1. tertial 2007 i sine oppdragsdokumenter for de regionale helseforetakene. Mer dagbehandling og poliklinisk behandling og redusert bruk av senger er en gjennomgående tendens i spesialisthelsetjenesten. Slik var det

⁷ www.regjeringen.no/Upload/HOD/Sykehus/Magnussen.pdf

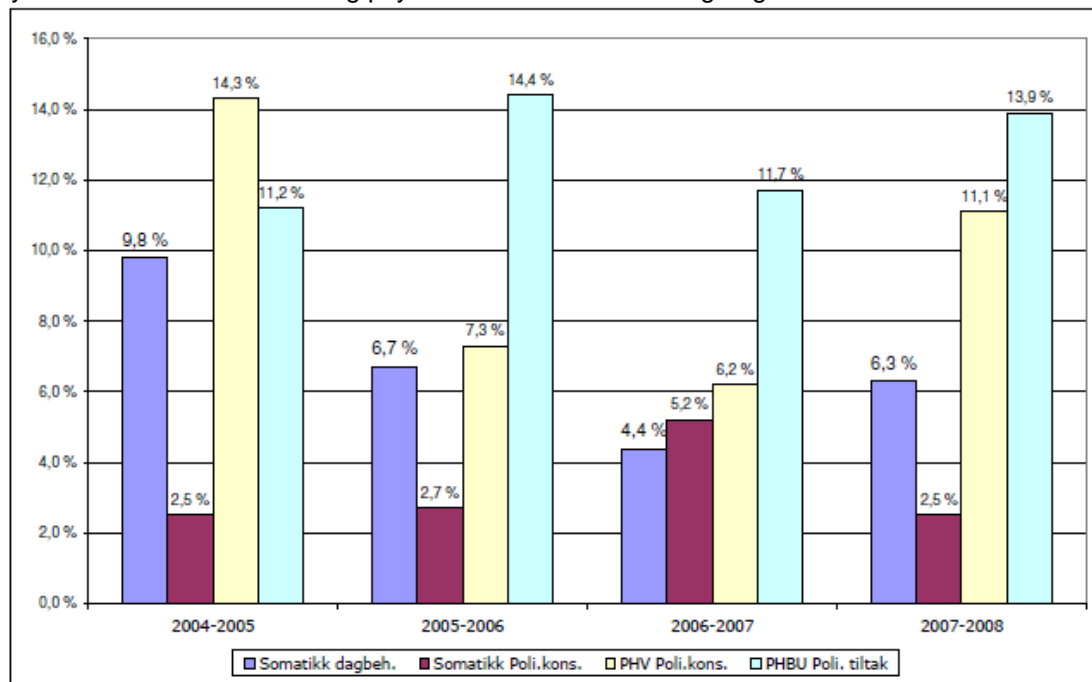
⁸ www.sintef.no/project/Samdata/Sektorrapport%20somatikk%202008/SAMDATA%20Sektorrapport%20for%20somatisk%20spesialisthelsetjeneste%202008,%2003-09.pdf

⁹ www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/BUS%20rapport%202009%20endelig.pdf

også i 2008. Det var da i overkant av 1,4 millioner somatiske opphold (innleggelser, dagkirurgi og dagbehandlinger). Antall døgnopphold økte 1,3 prosent.

I 2008 var det en aktivitetsnedgang for somatisk dagbehandling som følge av at dagrehabilitering ble omdefinert fra dagbehandling til poliklinisk behandling. Veksten i polikliniske konsultasjoner var 2,5 prosent, Antall DRG-poeng for dag- og døgnbehandling økte med 1,6 prosent fra 2007 til 2008. Dette var den laveste årlige veksten siden 2004. Se figur 1 under. 0,4 prosentpoeng av veksten var beregnet å være "koderelaterte" endringer i DRG- poeng.¹⁰

Figur 1. Årlig aktivitetsvekst for somatisk dagbehandling og poliklinisk aktivitet innenfor somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. 2004-2008.



Kilde: NPR og SINTEF Helsetjenesteforskning.

SAMDATA beregnet en økning i kostnadseffektivitet på 2,3 prosent fra 2007 til 2008 i somatisk sektor.¹¹ Denne forbedringen var bedre enn på en årrekke.

Alt i alt hadde sektoren en anstrengt økonomi i 2008, men aktivitetsnivået økte i beskjeden grad samtidig som kostnadseffektiviteten steg markant. Vekst i DRG-poeng som følge av endret kodepraksis kan imidlertid tilsi at analysene har overvurdert forbedringen i kostnadseffektivitet. Riksrevisjonen fant i sitt materiale fra 2008 at 24,5 prosent av de undersøkte pasientoppholdene ved utvalgte sykehus ble klassifisert i feil DRG og førte til feil ISF-refusjon.

Validering av koderegistreringer er en aktivitet Avregningsutvalget ønsker flere av. I egen regi vil slike undersøkelser kunne gi et underlag for korleksjon av spesifikke ISF-utbetalinger og de vil også kunne bidra til å redusere utbredelsen av ulike former for svikt

¹⁰ www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/BUS%20rapport%202009%20endelig.pdf

¹¹ www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Sektorrapport-somatisk-spesialisthelsetjeneste/Innhold-sektorrapport-for-somatisk-spesialisthelsetjeneste-2008/Effektivitetsutvikling-2003-2008-kapittel-3/

Flere opphold og kontakter per pasient

Fra 2003 til 2007 økte pasientaktiviteten ved de somatiske sykehusene med nesten 15 prosent, fra 4 500 000 kontakter i 2003 til 5 170 000 i 2007. Mer enn 35 prosent av denne økningen kom av at hver pasient i gjennomsnitt hadde flere kontakter med sykehus i 2007 enn i 2003. Dette gjaldt særlig dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

Det var en nedgang i dagbehandling i forbindelse med rehabilitering på 15 prosent fra 2006 til 2007, noe som like gjerne kan avspeile registreringsendring som aktivitetsendring.

I 2007 var det mer vanlig med mange dagopphold per pasient enn hva det var i 2003, og gruppen pasienter som hadde fem eller flere dagopphold økte med 70 prosent fra 2003 til 2007. Årsaken til dette er trolig sammensatt. Noe kommer av at dagtilbud ved sykehus var bedre utbygd i 2007 enn i 2003. Noe av økningen kan være økonomisk motivert, og noe kan skyldes endringer i pasientsammensetning og behandlingsopplegg.

Den prosentvise økningen i antall innlagte pasienter fra 2003 til 2007 var størst for pasienter som hadde tre eller flere opphold ved sykehuset, mens økningen i antall (nominelt) var størst for pasienter med bare ett opphold. Nær 80 prosent av døgnpasientene hadde bare ett opphold, og dette gjaldt både i 2003 og i 2007

Kilde: SAMDATA, SINTEF Helse

ved medisinsk koding og registrering. Videre vil slike analyser på generelt grunnlag bidra til å redusere usikkerheten ved målinger av aktivitet og kostnadseffektivitet, som nevnt ovenfor.

2.2 Driftsindikatorer og betydningen av registreringspraksis

Avregningsutvalget skal bidra til at helseforetakene får betalt for reelle endringer i pasientbehandlingen, herunder endringer i pasientsammensetning fra ett år til et annet. Vanligste mål for dette er endring i DRG-indeks¹² Slike endringer kan skyldes endringer i DRG-systemet (DRG-logikk, kostnadsvekter og refusjonsregler), endringer i registreringspraksis eller endring i pasientsammensetning.

En SINTEF-rapport fra 2004 argumenterer for at *opptil 50 prosent av den registrerte økningen i pasientbehandlingen (indeksveksten) fra ett år til et annet skyldes endringer i koderaksis*¹³, i første rekke ved en økning i andel bidiagnosekoder per sykehusopphold. Metoden bak disse beregningene har inngått i de tekniske beregninger i Helsedirektoratet i ettertid. Det har vært diskutert hvorvidt forutsetningene for metoden kan ha endret seg i løpet av de siste årene.¹⁴

Enkelte forhold trekker indeksendringen noe ned, for eksempel dersom andel opphold med kort liggetid øker. Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten erkjenner denne usikkerheten. Dersom Helsedirektoratets egne anslag over registreringsrelatert endring i DRG-poeng på 0,4 prosent fra 2007 til 2008 legges til grunn, vil anslaget over siste års forbedringer i kostnadseffektivitet svekkes. Hvis man også tar hensyn til anslag over mulige koderelaterte endringer, kan dette faktisk bety at det reelt sett var en *nedgang* i kostnadseffektiviteten i løpet av siste femårsperiode. Videre er det slik at en økning i antall eldre pasienter vil kunne føre til en naturlig økning av andel døgnopphold med kompliserende bidiagnosekoder, noe som igjen vil kunne føre til at indeksendringen trekkes opp.

¹²
$$\text{DRG-indeks} = \frac{\text{DRG-poeng}}{\text{sykehusopphold}}$$

¹³ http://sfweb1.sintef.no/upload/Helse/Rapporter%20NPR_PaFi/A045803.pdf

¹⁴ Brigham, M. med flere (2008). Dekomponering av kostnadsveksten i ISF-finansiert virksomhet i somatisk sektor 2001-2005. SINTEF rapport A1215

Avregningsutvalget finner at det kan være til dels krevende å skaffe seg oversikt over de reelle endringene i pasientsammensetning og aktivitetsnivå, og som skal føre til ISF-utbetalinger. Videre hefter det noe usikkerhet ved helsemyndighetenes anslag over aktivitetsendringer og kostnadseffektivitet ved sykehusene som følge av endringer i, og feil ved, kode- og registreringspraksis. Avregningsutvalgets kontrollarbeid er et bidrag til å redusere denne usikkerheten.

2.3 Om betydningen av flere opphold per pasient

I noen grad kan sykehusene velge å yte helsehjelp ved ett sammenhengende opphold, eller splitte tjenestene opp i flere opphold, eventuelt kombinert med polikliniske besøk. I det siste alternativet vil ISF-refusjon kunne bli utløst flere ganger og den totale refusjonen kan bli forskjellig. Oppsplittingen kan gi et inntrykk av at volumet av helsehjelp øker. Sykehusene søker i regelen å organisere tjenestetilbudet slik at ressursene utnyttes på beste måte for å gi pasientene behandling av god kvalitet, herunder at de skal slippe unødvendige reiser til og opphold ved sykehuset. Bruk av ny teknologi og nye metoder, samt forbedret logistikk og ny organisering ligger bak ønskede framskritt. Tall fra SAMDATA¹⁵ har vist at gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold gikk ned med 12,5 prosent i perioden 2003-2008. I en undersøkelse fra 2006 for perioden 2001-2004 ble det funnet at økningen i opphold var tilnærmet dobbelt så stor som endringen i antall pasienter.¹⁶ Disse funnene trekker i retning av en utvikling mot mer oppsplitting av opphold. Det vil være interessant å følge denne utviklingen mellom helseforetak og mellom pasientgrupper.

Avregningsutvalget skal ikke være en bremsekloss for en utvikling som ivaretar faglige mål og effektiv drift. Dessverre ser vi imidlertid av og til eksempler på omlegging av pasientflyt der det knapt kan påvises bedre ressursutnyttelse eller fordeler for pasientene og endringene synes å være mer motivert av hensyn til å øke ISF-refusjonene. Dette er naturligvis ikke en ønsket utvikling. Når denne praksisen utvikler seg forskjellig mellom helseregionene, vil det kunne føre til at ISF-refusjoner havner på avveie.

Det er Avregningsutvalgets oppgave å avdekke slike forhold, men det kan være tidkrevende, ikke minst i pasientforløp som involverer flere sykehus. Dette arbeidet vil kunne bli styrket gjennom de nye muligheter for å følge behandlingen av enkeltpasienter som personentydige data fra Norsk pasientregister vil gi fra og med årsdata for 2009. Analyser av reinnleggelser vil kunne avdekke eksempler på uheldige effekter ved for tidlig utskrivning, og/eller som følge av sviktende kvalitet ved hovedopphold. En doktoravhandling fra 2009 behandler temaet utførlig og viser at sammenhenger kan være komplekse.¹⁷

¹⁵ SAMDATA sektorrappport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2008.

¹⁶ www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/Rapport%20befolkningens%20bruk%20av%20sykehustjenester%20-%20opphold%20eller%20pasient%20som%20enhet.pdf

¹⁷ Torhild Heggstad; Hospital readmissions and the distribution of health care. dr. avh, Univ Bergen 2009

3 ISF-AVREGNINGEN FOR 2008

3.1 Saksomfang og endringer i utbetalinger

I 2009 har Avregningsutvalget hatt fem arbeidsmøter og ferdigbehandlet seks ordinære saker med endring i ISF-utbetaling som tema. 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", det vil si innføring av personidentifiserbart pasientregister har vært fast orienteringssak på alle møtene. Reinnleggelser i sykehus har også vært eget tema på et av møtene, med innlegg fra seniorforsker Torhild Heggestad ved Helse Bergen HF.

Tabell 2. Ordinære saker behandlet i 2009. Sortert stigende etter saksnummer.

Sak nr	Tittel
09/3127	DRG 9 Sykdommer i og skader på ryggmargen
09/3128	DRG 12 Degenerative sykdommer i nervesystemet
09/3129	DRG 13 Multippel sklerose & cerebellar ataksi
09/3130	DRG 73 Sykdommer i øre, nese, hals
09/3759	DRG 347 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk
09/3931	DRG 465 Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose

Utvalget anbefaler i år avkortinger som vil medføre en netto reduksjon av ISF-utbetaling for 2008 på 7,2 millioner kroner. Denne anbefalingen fordeler seg etter helseregion (pasientenes bostedsregion) som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 3. Avregningsutvalgets anbefaling om avkortning av utbetaling i ISF 2008 etter helseregion (pasientenes bostedsregion). Kroner.

Helseregion	Anbefalt avkortning av ISF-utbetaling for 2008
Helse Sør-Øst	6 511 467
Helse Vest	324 790
Helse Midt-Norge	282 105
Helse Nord	86 591
SUM	7 204 953

Alle sakene som ble behandlet i inneværende år ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratets avdeling Pasientklassifisering, økonomi og analyse (FIPA). Saksbehandlingen har vært basert på analyser av ISF-data og korrespondanse med de regionale helseforetakene. Til forskjell fra de to foregående år ble det ikke gjennomført journalgjennomgang i 2009. Referater fra møtene i 2009 publiseres på Avregningsutvalgets nettsider under www.helsedir.no/finansieringsordninger/avregningsutvalget.

3.2 Vurderinger og anbefalinger

Nedenfor presenteres de seks ordinære sakene som Avregningsutvalget har behandlet i løpet av 2009. I fire av disse sakene kom utvalget fram til en anbefaling om avkortning.

Et hovedtema for utvalgets arbeid med avregningen for 2008 gjaldt forholdet mellom dagbehandling og poliklinikk. Med utgangspunkt i endringer i pasientstatistikken fra 2007 gjaldt det å avklare om sykehusene fulgte regelverket, og om registreringspraksis var ensartet mellom regionene. Utvalget hadde håpet å gjennomføre en journalgranskning for å belyse temaet, men denne lot seg ikke gjennomføre av budsjettmessige grunner. Enkeltsakene ble løst gjennom utstrakt korrespondanse med helseforetakene. Uten innsyn i pasientjournalene viste det seg av og til vanskelig å foreta en endelig avklaring i forhold til omsorgsnivå, og utvalget måtte i større grad støtte seg til utsagn fra sykehusene.

Som et resultat av saksbehandlingen ble det også klart at regler og definisjoner ikke var så klare som ønskelig. Oppslag i sektorens definisjoner på www.volven.no, som Helsedirektoratet har opprettet ved KITH, ga lite hjelp. Særskilte regler for eksempel for palliativ behandling ble oppfattet å stå i konflikt med øvrige regler for dagbehandling. Utvalget valgte å følge reglene for dagbehandling for derved å tydeliggjøre en prinsipiell linje overfor helseforetakene, selv om utvalget ellers var kjent med de generelle politiske føringer for å fremme mer palliativ behandling. En kan håpe på at reglene presiseres og blir entydige, slik at omfanget av ulike tolkninger av ISF-reglene reduseres. I andre tilfelle var det nødvendig for utvalget å innhente ekstern ekspertise for å få forklart de medisinske sider ved spesifikke pasientforløp. Denne bistanden var til god hjelp for utvalgets videre saksbehandling.

Sak 09/3127 - DRG 9 Sykdommer i og skader på ryggmargen

Avregningsutvalget har i 2009 behandlet sak 09/3127 DRG 9 Sykdommer i og skader på ryggmargen. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets avdeling FIPA. Analyser av pasientdata viste stor vekst og stort volum i antall dagopphold i DRG 9 for pasienter bosatt i Helse Vest. Det var også stort volum i antall dagopphold for pasienter bosatt i Helse Midt-Norge. Fire sykehus skilte seg ut med høyt antall dagopphold i denne DRGen. Det var to sykehus i Helse Vest RHF, ett i Helse Midt-Norge RHF og ett i Helse Nord RHF.

Oppholdene var registrert med hoveddiagnosekoder i kapittel G80-83 Cerebral parese og andre syndromer med lammelse. Ved ett av sykehusene i Helse Vest var det registrert bidiagnosekode Z50.89 Vanlig rehabilitering og ved sykehuset i Helse Nord var det bidiagnosekode F79 Uspesifisert psykisk utviklingshemning. Maksimalt antall opphold per pasient varierte mellom sykehusene fra 9 til 30 opphold.

De tre aktuelle regionale helseforetakene ble bedt om å redegjøre for volum og vekst i DRG 9, hvilken behandling som ble gitt ved disse oppholdene og for valg av oppholdstype. Svarene fra RHFene/institusjonene kan deles inn i to grupper:

- Behandling med Botulinum toxin eller påfylling av baclofenpumpe (registrert med nullstilte takster J06a og/eller J06b).
- Intensive treningsopphold eller tverrfaglig utredning.

Avregningsutvalget har sett bort fra opphold registrert med nullstilte takster. Problemstillingen for utvalget har vært om øvrige opphold, uten nullstilt takst, var korrekt registrert som dagopphold eller om de burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner. Definisjonen av dagbehandling gitt av Helsedirektoratet var ikke så tydelig som utvalget ønsket. Utvalget landet på en oppfatning av at oppholdene var korrekt registrert som dagopphold hvis behandlingsopplegget var individuelt orientert og behandlingstiden var over fem timer.

Analyser av pasientdata viste at ved alle dagopphold i DRG 9 (bortsett fra 4 opphold) var pasienten på sykehuset i over fem timer. I oppfølgingsspørsmål til de enkelte sykehusene ble det klart at behandlingstilbudet enten var helt eller i hovedsak individuelt ved tre av sykehusene. Innen fristen fikk ikke Avregningsutvalget bekreftet om behandlingsopplegget ved det siste sykehuset var individuelt eller gruppebasert. Ut fra faktagrunnlaget som utvalget hadde var det dermed ikke mulig å anbefale avregning av dagopphold i DRG 9.

Anbefaling

Avregningsutvalget finner ikke grunnlag for å anbefale avregning av dagopphold gruppert til DRG 9.

Sak 09/3128 - DRG 12 Degenerative sykdommer i nervesystemet

Avregningsutvalget har i 2009 behandlet sak 09/3128 – DRG 12 Degenerative sykdommer i nervesystemet. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets avdeling FIPA. Analyser av pasientdata viste stort volum og stor vekst i antall dagopphold gruppert til DRG 12 for pasienter bosatt i Helse Sør-Øst. Det var dagopphold ved et sykehus i Helse Sør-Øst RHF som hadde særlig stor vekst i DRG 12. Den hyppigste hovedtilstandskoden registrert på opphold i DRG 12 ved sykehuset i 2008 var innenfor ICD-10-kapittel I69 Følgetilstander etter hjernekar sykdom. Det var også opphold med G20 Parkinsons sykdom, G23 Andre degenerative sykdommer i basalganglier og G30 Alzheimers sykdom som hovedtilstand. Mange av oppholdene var kodet med bidiagnosekode Z50.89 Vanlig rehabilitering.

Helse Sør-Øst RHF redegjorde i brev til Avregningsutvalget for veksten i antall dagopphold i DRG 12 ved sykehuset, behandlingen som ble gitt og valg av oppholdstype. Sykehuset har selv også bekreftet at behandlingsopplegget var individuelt rettet.

Avregningsutvalget har sett bort fra opphold registrert med nullstilte takster. Problemstillingen for utvalget har vært om øvrige opphold, uten nullstilt takst, var korrekt registrert som dagopphold eller om de skulle vært registrert som polikliniske konsultasjoner. Definisjonen av dagbehandling gitt av Helsedirektoratet var ikke så tydelig som ønskelig. Utvalget landet på en oppfatning av at oppholdene var korrekt registrert som dagopphold hvis behandlingsopplegget var individuelt orientert og behandlingstiden var over 5 timer.

Avregningsutvalget mener at oppholdene ble registrert i henhold til de krav som gjaldt for dagopphold i ISF-regelverket 2008. På bakgrunn av tilgjengelig faktagrunnlag fant Avregningsutvalget ikke grunnlag for å anbefale avregning av dagopphold i DRG 12.

Anbefaling:

Utvalget anbefaler at dagopphold i DRG 12 ikke skal avkortes.

Sak 09/3129 - DRG 13 Multippel sklerose & cerebellar ataksi

Avregningsutvalget har i 2009 behandlet sak 09/3129 – DRG 13 Multippel sklerose & cerebellar ataksi. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets avdeling FIPA. Analyser av pasientdata viste stor vekst i dagopphold gruppert til DRG 13 for pasienter bosatt i Helse Sør-Øst og Helse Vest. Det var flest opphold i DRGen ved seks sykehus i Helse Sør-Øst RHF og ett sykehus i Helse Vest RHF. Oppholdene var registrert med hoveddiagnosekode G35 Multippel sklerose. Ved ett av sykehusene i Helse Sør-Øst var oppholdene registrert med hoveddiagnosekode G11.4 Arvelig spastisk paraplegi og bidagnosekode Z50.89 Vanlig rehabilitering og E11.9 Diabetes mellitus.

De to regionale helseforetakene ble bedt om å redegjøre for veksten i dagopphold i DRG 13. Helse Sør-Øst forklarte at veksten i dagopphold skyldtes økt frekvens av medikamentell behandling av MS-pasienter. Nye behandlingsmetoder inkluderer Tysabri og cytostatika og krever tettere oppfølging av pasienten. Helse Vest forklarte også veksten med ny type behandling (Tysabri) og skrev at oppholdene ble kodet som dagopphold av medisinske årsaker, samt at de manglet fasiliteter på poliklinikken. Utvalget hentet også inn informasjon om behandling av MS-pasienter med Natalizumab fra en ekstern nevrolog.

Avregningsutvalget har sett bort fra opphold registrert med nullstilte takster. Problemstillingen som utvalget har diskutert var om oppholdene egentlig skulle vært registrert som polikliniske konsultasjoner. På bakgrunn av tilgjengelig dokumentasjon finner utvalget det rimelig at den første dagen i en behandlingsserie registreres som dagopphold. Øvrige opphold bør registreres som polikliniske konsultasjoner.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at dagopphold i DRG 13 gis refusjon lik dagopphold for første dag i en behandlingsserie og refusjon lik poliklinisk konsultasjon for øvrige opphold.

Sak 09/3130 - DRG 73 Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år

Avregningsutvalget har i 2009 behandlet sak 09/3130 – DRG 73 Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets avdeling FIPA. Analyser av pasientdata viste stor vekst og stort volum i dagopphold gruppert til DRG 73 Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år. Det var særlig stor vekst i dagopphold for pasienter bosatt i Helse Vest. Pasienter fra Helse Sør-Øst hadde flere opphold i DRG 73 per 100 000 innbyggere sammenlignet med de øvrige helseregionene. Det var ett sykehus i Helse Vest RHF som hadde stor vekst og ett sykehus i Helse Sør-Øst RHF som hadde stort volum i antall dagopphold i DRG 73. De fleste oppholdene var registrert med hoveddiagnosekode H91.9 Uspesifisert hørselstap, H90.5 Uspesifisert nevrogen hørselstap, D14.1 Strupe (larynx) og D11.0 Godartet svulst i store spyttkjertler. Det var registrert svært få bidiagnosekoder. De aller fleste av oppholdene med D14.1 som hoveddiagnosekode var registrert med nullstilt takst.

Helse Sør-Øst og Helse Vest har i brev til Avregningsutvalget gjort rede for behandlingstilbudet og begrunnet valg av oppholdstype.

Problemstillingen som utvalget har diskutert var om dette dreier seg om oppsplitting av pasientopphold og om pasienter som ble tatt inn på preoperativ klarering burde vært registrert i poliklinikkssystemet. Utvalget mener på generell basis at preoperativ klarering er poliklinisk virksomhet. Kostnadsvekten for det kirurgiske oppholdet vil i mange tilfeller inkludere et preoperativt opphold. I 2008-data var det gjennomsnittlig liggetid på 2,05 dager for opphold i kirurgiske DRG-er knyttet til dagopphold i DRG 73 ved sykehuset i Helse Sør-Øst og 4,56 dager ved sykehuset i Helse Vest. Innlegging av cochleaimplantat (DFE00) grupperes til DRG 49B Cochleaimplantat. Denne DRGen har trimpunkt på 8 dager. Dette taler for at preoperative opphold i DRG 73 avregnes som poliklinikk. Det synes godtgjort fra sykehusene at postoperative opphold kan registreres som dagbehandling. Opphold med nullstilt takst vil ikke anbefales avkortet.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at preoperative opphold i DRG 73 Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år skal avregnes og gis refusjon som polikliniske konsultasjoner.

Sak 09/3759 – DRG 347 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk

Avregningsutvalget har i 2009 behandlet sak 09/3759 – DRG 347 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets avdeling FIPA. Analyser av pasientdata viste vekst i antall dagopphold i DRG 347 for pasienter bosatt i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Antall dagopphold for pasienter bosatt i Helse Sør-Øst var også høyt sammenlignet med innbyggertallet for regionen og gjennomsnittet for landet. Det var to sykehus i Helse Sør-Øst RHF og ett sykehus i Helse Midt-Norge RHF som hadde flest opphold i DRG 13. Oppholdene var i hovedsak kodet med hovedtilstand C61 Ondartet svulst i prostata.

To av sykehusene forklarte at veksten skyldtes omlegging av pasientlogistikken for pasienter som skulle ha kirurgisk behandling. Pasientene ble tatt inn til preoperativ klargjøring i forkant av inngrepet. Ett sykehus forklarte at veksten skyldtes at flere pasienter med cancer prostata fikk behandling med Zometa og at oppholdene var registrert med nullstilt takst H05e.

Avregningsutvalget har sett bort fra opphold registrert med nullstilt takst. Ved ett sykehus var alle opphold, med unntak av 9 opphold, registrert med nullstilt takst. De to andre sykehusene ble bedt om å spesifisere tidsbruken for de ulike delene av behandling som inngikk i de preoperative oppholdene. Analyser av pasientdata viste at de aller fleste oppholdene var over 5 timer.

Problemstillingen utvalget diskuterte var om dette dreier seg om oppsplitting av pasientopphold og om pasienter som ble tatt inn på preoperativ klarering burde vært registrert i poliklinikkssystemet. Utvalget mener på generell basis at preoperativ klarering er poliklinisk virksomhet. Kostnadsvekten for det kirurgiske oppholdet vil i mange tilfeller inkludere et preoperativt opphold. I 2008-data var det i gjennomsnittlig liggetid 4 dager for opphold i kirurgiske DRGer knyttet til dagopphold i DRG 347. Radikal prostatektomi (KEC00) grupperes til DRG 335 Større operasjoner i det mannlige bekken u/bk. Denne DRGen har trimpunkt på 14 dager. Dette taler for at dagopphold i DRG 347 avregnes som poliklinikk.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at dagopphold i DRG 347 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer skal avregnes og gis refusjon som polikliniske konsultasjoner.

Sak 09/3931 - DRG 465 Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose

Avregningsutvalget har i 2009 behandlet sak 09/3931 – DRG 465 Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets avdeling FIPA. Analyser av pasientdata viste at Helse Sør-Øst hadde mer enn dobbelt så mange dagopphold i DRG 465 per 100 000 innbyggere som øvrige pasientregioner. Antall dagopphold per pasient i denne pasientgruppen i Helse Sør-Øst var i 2008 meget høye, opptil 103 opphold (median 41,5) ved en institusjon og opptil 43 opphold (median 19) ved en annen institusjon.

Det største volumet var registrert ved to sykehus i Helse Sør-Øst RHF. De aller fleste opphold ved disse to institusjonene var kodet med hoveddiagnosekoden Z51.50 Palliativ behandling, som retter seg særlig mot smerter, kvalme, brekninger og søvnforstyrrelser. Bidiagnosekodene var hovedsakelig innenfor kapittel C (kreft) i ICD-10-kodeverket.

Helse Sør-Øst har i brev til Avregningsutvalget gjort rede for behandlingstilbudet, og begrunnet valg av oppholdstype, samt utdypet forholdet mellom individ- og gruppebasert behandling. Problemstillingen Avregningsutvalget diskuterte var om oppholdene burde vært kodet som dagopphold eller som poliklinisk behandling. Gitt at kravene til dagopphold ble oppfylt, ville det være aktuelt å vurdere om oppholdene i tillegg tilfredsstilte de spesifikke kravene til finansiering etter reglene for palliativ behandling. Ut fra de beskrivelser av varighet av opphold, samt beskrivelser av type og mengde helsefaglig innhold, vurderte utvalget at innledende kartleggingsopphold tilfredsstilte kravene til dagopphold. Utvalget vurderte at det helsefaglige innholdet i løpet av en dag under de øvrige oppholdene per pasient i 2008 ikke kunne registreres som dagopphold i mer enn maksimalt halvparten av oppholdene. Disse øvrige oppholdene kunne likevel vurderes innenfor reglene for poliklinikkordningen.

Anbefaling:

Ut fra tilgjengelig faktagrunnlag anbefaler Avregningsutvalget at det for hver pasient gis refusjon for ett dagopphold (utredning). For øvrige opphold anbefaler utvalget at det gis refusjon som dagopphold for den ene halvparten av oppholdene og refusjon som polikliniske konsultasjoner for den andre halvparten.

4 Tekniske beregninger

Nedenfor beskrives tekniske beregninger for de fire sakene hvor Avregningsutvalget har anbefalt avkortning av ISF-utbetaling for 2008.

Tabell 4. Saker hvor Avregningsutvalget har anbefalt avkortning. ISF 2008.

Sak nr	Tittel
09/3129	DRG 13 Multippel sklerose & cerebellar ataksi
09/3130	DRG 73 Sykdommer i øre, nese, hals
09/3759	DRG 347 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk
09/3931	DRG 465 Etterbehandling med ondartet svulst som bidiagnose

I sakene ovenfor anbefalte Avregningsutvalget at de utvalgte dagoppholdene, enten alle eller en andel av dem, ikke skulle gis refusjon som dagopphold. Utvalget anbefalte videre at disse oppholdene skulle gis refusjon som polikliniske konsultasjoner. Foregående år har anbefalingene, og dermed også de tekniske beregningene, ikke tatt høyde for å gi ny refusjon for polikliniske konsultasjoner. Dette fordi poliklinikk ikke var en del av ISF-ordningen. Når poliklinikk nå inngår i ISF-ordningen, har sekretariatet laget tekniske beregninger som tar høyde for dette. Regnestykkene er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2008*.

ISF-refusjon for døgn- og dagopphold i 2008 ble beregnet på følgende måte:
*Korrigerende DRG-poeng * 0,40 * 33 647,-*

ISF-refusjon for polikliniske konsultasjoner i 2008 ble beregnet på følgende måte:
*Korrigerende DRG-poeng * 0,40 * 993,-*

Sak 09/3129 - DRG 13 Multippel sklerose & cerebellar ataksi

I sak 09/3129 har Avregningsutvalget gitt følgende anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at dagopphold i DRG 13 gis refusjon lik dagopphold for første dag i en behandlingsserie og refusjon lik poliklinisk konsultasjon for øvrige opphold.

Sekretariatet har beregnet ny ISF-refusjon på bakgrunn av utvalgets anbefaling. Første opphold i en behandlingsserie ble godkjent som dagopphold (ISF døgn/dag), mens øvrige opphold ble gitt refusjon lik poliklinisk konsultasjon (ISF poliklinikk). Teknisk beregning framkommer i tabellene nedenfor. Siste kolonne i den andre tabellen viser anbefalt avkortning fordelt på pasientenes bostedsregion.

Tabell 5. Antall dagopphold, sum korrigeret vekt og opprinnelig ISF-refusjon for dagopphold (LOS=0) i DRG 13 Multippel sklerose & cerebellar ataksi. 2008.

Pasientregion	Antall opphold	Sum korrigeret vekt	Opprinnelig ISF-refusjon
Helse Vest	99	12	165 543
Helse Sør-Øst	1 158	172	2 311 011
Total	1 257	184	2 476 554

Tabell 6. Teknisk beregning i sak 09/3129 - DRG 13 Multipel sklerose & cerebellar ataksi. Sum ny korrigert vekt for ISF døgn/dag og ISF poliklinikk, ny ISF-refusjon og anbefalt avkortning. Fordelt etter pasientens bostedsregion. 2008.

Pasientregion	Sum ny korrvekt ISF DD	Sum ny korrvekt ISF Poli	Ny ISF-refusjon ISF DD + ISF Poli	Anbefalt avkortning
Helse Vest	3	28	49 511	116 032
Helse Sør-Øst	58	278	888 973	1 422 038
Total	61	306	938 484	1 538 070

Teknisk beregning:

Avkortning settes til kr 1 538 070,- (en million fem hundre og trettiåtte tusen og sytti kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

Sak 09/3130 - DRG 73 Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år

I sak 09/3130 har Avregningsutvalget gitt følgende anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at preoperative opphold i DRG 73 Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år skal avregnes og gis refusjon som polikliniske konsultasjoner.

Sekretariatet har beregnet ny ISF-refusjon på bakgrunn av utvalgets anbefaling. Preoperative opphold ble gitt refusjon lik poliklinisk konsultasjon (ISF poliklinikk), mens øvrige opphold ble godkjent som dagopphold (ISF døgn/dag). Teknisk beregning framkommer i tabellene nedenfor. Siste kolonne i den andre tabellen viser anbefalt avkortning fordelt på pasientenes bostedsregion.

Tabell 7. Antall dagopphold, sum korrigert vekt og opprinnelig ISF-refusjon for dagopphold (LOS=0) i DRG 73 Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år. 2008.

Pasientregion	Antall opphold	Sum korrigert vekt	Opprinnelig ISF-refusjon
Helse Vest	210	32	423 952
Helse Midt-Norge	50	8	100 941
Helse Nord	79	12	159 487
Helse Sør-Øst	796	119	1 606 981
Total	1 135	170	2 291 361

Tabell 8. Teknisk beregning i sak 09/3129 - DRG 73 Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år. Sum ny korrigert vekt for ISF døgn/dag og ISF poliklinikk, ny ISF-refusjon og anbefalt avkortning. Fordelt etter pasientens bostedsregion. 2008.

Pasientregion	Sum ny korrvekt ISF DD	Sum ny korrvekt ISF Poli	Ny ISF-refusjon ISF DD + ISF Poli	Anbefalt avkortning
Helse Vest	15	44	215 194	208 758
Helse Midt-Norge	3	12	41 296	59 645
Helse Nord	5	17	79 339	80 148
Helse Sør-Øst	67	137	952 748	654 233
Total	90	210	1 288 576	1 002 785

Teknisk beregning:

Avkortning settes til kr 1 002 785,- (en million to tusen syv hundre og åttifem kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

Sak 09/3759 - DRG 347 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk

I sak 09/3759 har Avregningsutvalget gitt følgende anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at dagopphold i DRG 347 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer skal avregnes og gis refusjon som polikliniske konsultasjoner.

Sekretariatet har beregnet ny ISF-refusjon på bakgrunn av utvalgets anbefaling. Alle opphold ble gitt refusjon lik polikliniske konsultasjoner (ISF poliklinikk). Teknisk beregning framkommer i tabellene nedenfor. Siste kolonne i den andre tabellen viser anbefalt avkorting fordelt på pasientenes bostedsregion.

Tabell 9. Antall dagopphold, sum korrigeret vekt og opprinnelig ISF-refusjon for dagopphold (LOS=0) i DRG 347 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk. 2008.

Pasientregion	Antall opphold	Sum korrigeret vekt	Opprinnelig ISF-refusjon
Helse Midt-Norge	124	17,7	238 221
Helse Nord	1	0,2	2 019
Helse Sør-Øst	116	17,5	235 529
Total	241	35,4	475 769

Tabell 10. Teknisk beregning i sak 09/3759 - DRG 347 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk. Sum ny korrigeret vekt for ISF poliklinikk, ny ISF-refusjon og anbefalt avkorting. Fordelt etter pasientens bostedsregion. 2008.

Pasientregion	Sum ny korrvekt ISF Poli	Ny ISF-refusjon	Anbefalt avkorting
Helse Midt-Norge	39,7	15 761	222 460
Helse Nord	0,3	127	1 892
Helse Sør-Øst	37,1	14 744	220 785
Total	77,1	30 632	445 137

Teknisk beregning:

Avkorting settes til kr 445 317,- (fire hundre og førtifem tusen ett hundre og trettisyv kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

Sak 09/3931 - DRG 465 Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose

Avregningsutvalget har gitt følgende anbefaling:

Ut fra tilgjengelig faktagrunnlag anbefaler Avregningsutvalget at det for hver pasient gis refusjon for ett dagopphold (utredning). For øvrige opphold anbefaler utvalget at det gis refusjon som dagopphold for den ene halvparten av oppholdene og refusjon som polikliniske konsultasjoner for den andre halvparten.

Sekretariatet har beregnet ny ISF-refusjon på bakgrunn av utvalgets anbefaling. Første opphold i en behandlingsserie ble godkjent som dagopphold (ISF døgn/dag). For øvrige opphold ble den ene halvparten gitt refusjon lik dagopphold (ISF døgn/dag) og den andre halvparten fikk refusjon lik poliklinisk konsultasjon (ISF poliklinikk). Teknisk beregning framkommer i tabellene nedenfor. Siste kolonne i den andre tabellen viser anbefalt avkorting fordelt på pasientenes bostedsregion.

Tabell 11. Antall dagopphold, sum korrigert vekt og opprinnelig ISF-refusjon for dagopphold (LOS=0) i DRG 465 Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose. 2008.

Pasientregion	Antall opphold	Sum korrigert vekt	Opprinnelig ISF-refusjon
Helse Sør-Øst	4 266	766,17	10 311 729
Helse Nord	2	0,36	4 845
Total	4 268	766,53	10 316 574

Tabell 12. Teknisk beregning i sak 09/3931 – DRG 465 Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose. Sum ny korrigert vekt for ISF døgn/dag og ISF poliklinikk, ny ISF-refusjon og anbefalt avkortning. Fordelt etter pasientens bostedsregion. 2008.

Pasientregion	Sum ny korrvekt ISF DD	Sum ny korrvekt ISF Poli	Ny ISF-refusjon ISF DD + ISF Poli	Anbefalt avkortning
Helse Sør-Øst	432,78	686,35	6 097 318	4 214 411
Helse Nord	0,00	0,74	294	4 551
Total	432,78	687,09	6 097 612	4 218 963

Teknisk beregning:

Avkorting settes til kr 4 218 963,- (fire millioner to hundre og atten tusen ni hundre og sekstitre kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

5 Vedlegg: Anbefaling om avkorting i ISF-utbetaling 2000-2007

Tabell 13. Oversikt over Avregningsutvalgets anbefalinger om avkorting av ISF-utbetaling, 2000-2007

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 Søvnnapné.	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 Søvnnapné.	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"> - Z00.6 Undersøkelse av kontrollperson i klinisk forskningsprogram: forskningsfinansierte opphold ble ikke merket i institusjonens pasientadministrative system - Z51.3 Blodoverføring: det er feil kodepraksis å bruke denne koden for å registrere pasienter som mottar blodoverføring. - 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. 	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	<i>Hud (Kapittel Q)</i>

Årsrapport 2009 - Avregningsutvalgets arbeid med ISF-oppgjøret 2008

Avregningsutvalgets sekretariat
v/ Lotte Strandjord
Postboks 6173 Sluppen
7435 Trondheim

www.helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/avregningsutvalget