

Årsrapport 2012

Avregningsutvalgets arbeid med ISF-oppgjøret 2011

November 2012



Foto: www.colourbox.com

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD.....	2
SAMMENDRAG.....	3
1 OM AVREGNINGSUTVALGET.....	4
2 BAKTEPPE FOR AVREGNINGSUTVALGETS ARBEID I 2012.....	5
3 ISF-AVREGNINGEN FOR 2011.....	7
3.1 SAKSOMFANG OG ENDRINGER I UTBETALINGER.....	7
3.2 VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	8
4 TEKNISKE BEREGNINGER.....	17
5 VEDLEGG: ANBEFALING OM AVKORTING I ISF-UTBETALING 2000-2010.....	22

Forord

Avregningsutvalget legger herved fram resultatet av sitt arbeid i 2012 med anbefalinger til Helsedirektoratet om endringer i refusjonene til helseforetakene for 2011, basert på innrapportert aktivitet innen ordningen Innsatsstyrt finansiering (ISF).

ISF betinger at innrapporterte data fra somatiske innleggelser, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner er korrekte, og at overføringen til Norsk pasientregister (NPR) skjer til rett tid.

Det går fram av rapporten at Avregningsutvalget har hatt et bredt spekter av saker til behandling i 2012. De faglige spørsmål har vært løst ut fra medisinsk fagkunnskap og fortolkning av regler og retningslinjer innenfor ISF-ordningen. Utvalget har innhentet ekstern ekspertise ved behov, og det har lett etter presedens fra tidligere og lignende saker i utvalget. Av og til må utvalget søke å fortolke Stortingets erklærte intensjoner med ISF-ordningen for å komme fram til en anbefaling.

Arbeidsformen bygger på konsensus, ikke på votering. Under årets saksbehandling har dissens forekommet i en sak, og bakgrunnen for dissensen er å finne i presentasjonen av gjeldende sak. Gjennom et kompetent og godt bemannet sekretariat mener utvalget å besitte de nødvendige ressurser til å behandle sakene på en forsvarlig måte.

Utvalgets kontrollarbeid skal bidra til at lik helsehjelp faktisk utløser lik ISF-refusjon på tvers av helseforetakene. Derfor må aktivitetsrapporteringen fra sykehusene være fullt ut sammenlignbar. Ved ett sykehus ble det innrapportert uventet høy poliklinisk aktivitet. Utvalgets videre undersøkelser avdekket systematisk feilrapportering med for mange registrerte episoder samme dag på grunn av sviktende etterlevelse av rapporteringskrav i sykehusets IKT-løsninger.

Før årets arbeid startet foretok Helsedirektoratet en utskiftning av flere utvalgsmedlemmer fordi utnevningsperioden hadde gått ut. Dermed ble utvalget fornyet, samtidig som behovet for kontinuitet var ivaretatt.

Trondheim, 15. november 2012

Bjørn Buan (leder)
Kathan Al-Azawy
Marianne Altmann
Siri Malm
Arne Seternes
Halfdan Aass
Folke Sundelin
Tore Haukvik
August Bakke

Eva Wensaas (observatør)
Lotte Strandjord (sekretær)
Robert Wiik (sekretær)

Sammendrag

Avregningsutvalget har i 2012 behandlet tolv saker der spørsmål om riktig medisinsk koding, og dermed refusjon, ble reist. I ti av sakene anbefalte utvalget avkortninger i refusjon på totalt 71,6 millioner kroner. Ingen av sakene ga anbefaling om økte utbetalinger.

De fleste sakene som ble behandlet i 2012 ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helse- direktoratets avdelinger Økonomi og analyse (FIOA) og Finansiering og DRG (FIFI). En av sakene ble meldt inn fra helseforetaket selv.

Tabell 1. Avregningsutvalgets anbefaling om avkortning av ISF-refusjon for 2011 fordelt etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avkortning av ISF-refusjon for 2011
Helse Sør-Øst	55 666 186
Helse Vest	11 502 978
Helse Midt-Norge	1 255 828
Helse Nord	3 158 468
Totalt	71 583 458

1 Om Avregningsutvalget

Under behandling av St.prp. nr. 47 (1999-2000) vedtok Stortinget, etter forslag fra Regjeringen, å opprette Avregningsutvalget som et uavhengig 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 gi sine anbefalinger til Helsedirektoratet.

Mandat

Avregningsutvalget er et rådgivende utvalg som bistår Helsedirektoratet i spørsmål knyttet til medisinsk kodepraksis og kvalitetskontroll av innrapporterte data i spesialisthelsetjenesten.

Utvalget vurderer medisinsk kodepraksis og gir Helsedirektoratet råd knyttet til utbetalingsgrunnlaget i Innsatsstyrt finansiering (ISF). Utvalgets arbeid bidrar til at utbetalingene skjer i tråd med intensjonene bak finansieringsordningen.

Arbeidsform

Avregningsutvalget arbeider på uavhengig basis og foretar sine vurderinger på faglig grunnlag. Utvalget møtes som regel fem til sju ganger i året. Alle som ønsker det kan fremme saker til utvalget gjennom sekretariatet som er lagt til Helsedirektoratets avd. Norsk pasientregister. Sekretariatet besvarer også henvendelser om utvalgets arbeid. 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 og publiseres på:

www.helsedirektoratet.no/finansiering/isf/avregningsutvalget

Sammensetning

I behandlingen av avregningen for 2011 deltok følgende medlemmer:

Bjørn Buan (leder)	Medisinsk rådgiver	Trondheim
Kathan Al-Azawy	Avd.dir. Lungeavd.	Bergen
Marianne Altmann	Overlege nevrologi	Oslo
Siri Malm	Overlege kardiologi	Harstad
Arne Seternes	Overlege karkirurgi	Trondheim
August Bakke	Klinikkdirektør/professor dr.med	Bergen
Tore Haukvik	Spesialrådgiver	Lardal
Halfdan Aass	Fagdirektør dr.med	Drammen
Folke Sundelin	Ass. Fagdirektør	Oslo

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

Sekretariatet har bestått av Lotte Strandjord og Robert Wiik, seniorrådgivere ved Helsedirektoratets avdeling Norsk pasientregister.

2 Bakteppe for Avregningsutvalgets arbeid i 2012

Tilbakeblikk og aktualitet

Avregningsutvalgets hovedoppgave er å avklare underlaget for ISF-refusjonene året forut for utvalgets gjennomgang. Basert på innspill om dagens forhold ved sykehusene, er det av og til riktig å gripe inn og anbefale endringer for å unngå at feil ved registreringer eller rapportering får utvikle seg unødige lenge. Eksempler kan knyttes til koding av nye behandlinger, eller åpenbare feil ved registrering av kontaktårsaker. Både ISF og medisinske kodesystemer lever i et kappløp med tiden for å være à jour med ny kunnskap og nye behandlinger. For 2011 ble det innført regelendringer knyttet til blant annet stråleterapi, pacemakerimplantasjon, allogen stamcellebehandling, katarakt og pasientadministrert legemiddelterapi. Videre ble det åpnet for at ulike profesjoner kunne utløse ISF-refusjoner ved polikliniske besøk. Utvalget fikk ingen slike saker i 2012. Av og til kan utvalget se behov for å anmode Helsedirektoratet å rette opp mangler ved kodeverk og regelverk.

Fra politisk vilje til målrettet helsehjelp

Helseforetakene innretter seg etter politiske signaler fra sin eier. Utvalget søker å ha tilstrekkelig forståelse for slike forhold, slik at utvalget både skal kunne rette oppmerksomheten mot slike områder og forstå hvorfor helseforetakene iverksetter endringer. Over flere år har regjeringen ønsket å styrke innsatsen innenfor rehabiliteringsområdet. Her har helsetjenestene vært mindre standardiserte enn innen andre somatiske fagområder. Regler for registrering har vært utviklet parallelt med både faglig og organisatorisk utvikling. Behandlingsstedene kan ha hatt ulike tradisjoner å se tilbake på, og reglene har vært fortolket ulikt.

Utvalget har erfart at grensene mellom for eksempel gruppebasert undervisning og treningstilbud av og til har ført til ulik registreringspraksis. I enkelte tilfeller framstår også forskjellene mellom primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester som uklare. Både berørte fagmiljø og helseforetak har legitime behov for forståelige og forutsigbare regler for registrering og finansiering slik at de skal kunne imøtekomme de politiske prioriteringene innenfor deres økonomiske rammer. Utvalgets arbeid har i temmelig stor grad blitt brukt til rehabiliteringsfeltets uklare tolkninger og standarder. Det har også medført at to saker ikke kunne konkluderes innenfor tidsfristen. Utvalget anbefaler derfor at rette instanser prioriterer rehabiliteringsområdet i 2013 med en fornyet gjennomgang av reglene for ISF-refusjon.

Dokumentkontroll

Utvalget har flere ganger ikke vært i stand til å fastslå hvorvidt ISF-refusjonene har vært helt i samsvar med regelverket, med utgangspunkt i dialog med helseforetakene. Dokumentkontroll med revisjon av pasientjournaler har i disse tilfellene vært nødvendig for å avklare hvorvidt kontakter er korrekt registrert og rapportert. Tilgangen på kodeekspertise er begrenset, og utvalget anvender kompetansemiljøet ved Helsedirektoratets Avdeling for standardisering, tidligere KITH. I et par tilfeller var dokumentkontroll ønsket i årets saksbehandling, men av kapasitetsgrunner måtte denne kontrollen utsettes. Denne situasjonen utfordrer kvaliteten på utvalgets arbeid og frister i

året som gikk. Utvalget kom likevel til at en utsettelse denne gangen kunne skje innenfor en forsvarlig saksbehandling.

Samhandling og kommunal medfinansiering

Etter egne regler, og som virkemiddel i Samhandlingsreformen skulle kommunene begynne å betale en liten andel av somatisk behandling fra og med 2012. Utvalget var forberedt på å motta og behandle enkelte henvendelser der enighet mellom partene ikke ble oppnådd. Enkelte tekniske spørsmål fra enkelte kommuner ble reist, men ingen slike saker ble behandlet i utvalget. Det antas at slike saker inntil videre behandles gjennom lokale forhandlinger, eventuelt i dialog mellom KS (Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon) og staten. Utvalget vil likevel være forberedt på å motta saker om den kommunale medfinansieringen til neste år, når årsdata og nærmere analyser foreligger.

Enklere innrapportering av aktivitetsdata

Mengden av data som rapporteres fra helseforetakene til Norsk pasientregister som underlag for ISF-ordningen er betydelig, og det er etablert et stort apparat for å ivareta kvaliteten på registreringene. Det er tilkommet bedre IKT-løsninger ved sykehusene, og det er tatt i bruk en bedre løsning for overføring av pasientdata til Norsk pasientregister. Også kontrollen ved datamottaket er styrket gjennom en omfattende teknisk og organisatorisk oppgradering. I sum understøtter disse tiltakene også kontrollarbeidet i Avregningsutvalget. Løsningene krever imidlertid stor grad av konformitet til kravene som stilles til IKT-systemene i helseforetakene. Mange detaljer skal på plass, og enkelte ganger svikter det, slik som det beskrives i en av sakene som utvalget behandlet i 2012.

Opplæring og tilrettelegging

Helsedirektoratet og helseforetakene gjennomførte en landsdekkende revisjon av arbeidet med medisinsk koding i 2011. Rapportene for hver av helseregionene forelå høsten 2011. Ikke uventet førte gjennomgangen til anbefalinger om bedre opplæring, bedre rutiner og organisering av disse oppgavene i regi av arbeidsgiver. Det er å vente at den økte ledelsesoppmerksomheten omkring mangler ved medisinsk koding som nå observeres, også vil føre til synlige forbedringer ved framtidige registreringer. Over år er det bygget opp en bedre forståelse for at pålitelig registrering er nyttig og nødvendig, ettersom medisinske data i stadig større grad gjenbrukes. I overskuelig tid vil det likevel være behov for de kontrolltiltak og avklaringer som Avregningsutvalget skal bidra med.

3 ISF-avregningen for 2011

3.1 Saksomfang og endringer i utbetalinger

Avregningsutvalget har arrangert ett seminar og avholdt fem arbeidsmøter i 2012. Møtested har vekslet mellom Værnes, Gardermoen og Flesland. Utvalget har i løpet av året behandlet tolv ordinære saker. I ti av sakene har utvalget kommet fram til en anbefaling til Helsedirektoratet om avkorting av ISF-refusjon for 2011. To av disse sakene er oppfølging av saker innmeldt og behandlet tidligere år. Sak 12/4688 *Kodepraksis ved Friskvernklinikken* og sak 12/5616 *Kodepraksis ved FysMed-klinikken* ble ikke behandlet ferdig og overføres til neste års saksbehandling. Ingen saker førte til økte utbetalinger.

Tabell 2. Ordinære saker behandlet i 2012. Sortert etter saksnummer.

Saksnr./tittel
11/5068 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi
11/5068 Koding av KOLS ved Sørlandet sykehus
12/1515 Feilregistreringer ved Vestre Viken HF, Drammen sykehus
12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8
12/3204 DRG 266O Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi
12/3641 Klinisk nevrofysiologi og bruk av takst 702a-g
12/3884 Fedme og hovedtilstandskode Z50.9
12/4688 Kodepraksis ved Friskvernklinikken
12/4791 Dagopphold i DRG 462B – Rehabilitering, vanlig
12/5562 Kodepraksis ved FysMed-klinikken
12/5616 Kodepraksis ved SiV klinikk FysMed
12/5893 Flere registrerte episoder samme dag

De fleste sakene som ble behandlet i 2012 var meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratets avdelinger Økonomi og analyse (FIOA) og Finansiering og DRG (FIFI). Sak 11/5068 *Koding av KOLS ved Sørlandet sykehus* ble initiert av sekretariatet etter tips fra Helsedirektoratets avdeling Standardisering. Sak 12/1515 *Feilregistreringer ved Vestre Viken HF, Drammen sykehus*, ble meldt inn fra helseforetaket selv. Saksbehandlingen baseres på analyser av ISF-data for 2011 og korrespondanse med de regionale helseforetakene.

Tabell 3. Avregningsutvalgets anbefaling om avkorting av ISF-refusjon for 2011 fordelt etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avkorting av ISF-refusjon for 2011
Helse Sør-Øst	55 666 186
Helse Vest	11 502 978
Helse Midt-Norge	1 255 828
Helse Nord	3 158 468
Totalt	71 583 458

Avregningsutvalget anbefaler i 2012 avkortninger som vil medføre en netto reduksjon i ISF-refusjon for 2011 på 71 583 458 kroner. Anbefalingene vil få konsekvenser for refusjoner til alle regionale helseforetak, jf. tabell 3.

3.2 Vurderinger og anbefalinger

Nedenfor presenteres ti av de tolv referatsakene Avregningsutvalget har behandlet i 2012. I disse sakene anbefalte Avregningsutvalget avkorting overfor Helsedirektoratet.

Sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8

Saken ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratet. Utvalget ble bedt om å undersøke om hovedtilstandskode *Z76.8 Kontakt med helsetjenesten under andre spesifiserte omstendigheter* brukes som kode på friske ledsagere. Frisk ledsager kodes i henhold til ICD-10 med koden *Z76.3 Frisk ledsager til syk person*. Slike opphold skal ikke inngå i beregningsgrunnlaget for ISF og ekskluderes følgelig i datamottaket hos Norsk pasientregister.

Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark (Skien/Porsgrunn) hadde registrert flest opphold med koden, både i 2010 og 2011. Ved Sykehuset i Vestfold hadde ni prosent av oppholdene i 2011 også bitilstander, mens tilsvarende tall for Sykehuset Telemark var seks prosent.

Sekretariatet har sendt brev til Helse Sør-Øst RHF og bedt om en begrunnelse for valg av hovedtilstandskode *Z76.8* for aktuelle opphold ved de to sykehusene og en beskrivelse av innholdet i pasientkontaktene.

Sykehusene har i sine svar redegjort for praksis i bruk av *Z76.8* som hovedtilstandskode. Koden benyttes til flere formål. Barne- og ungdomssenteret ved Sykehuset i Vestfold har benyttet koden ved foreldres, og da spesielt i mors, opphold i sykehuset i tilfeller der de har et nyfødt barn som er innlagt på nyfødtintensiv-avdelingen. Det har vært opprettet egen journal med dokumentasjon på mor. Mor ville ikke vært innlagt hvis ikke barnet hadde vært det. Aktuelle avdeling kontaktet KITH i 2008 for å undersøke om *Z76.8* kunne brukes til dette formålet og fikk støtte for at den kan benyttes når mor har et visst behov for helsetjenester.

Ved føde/barselavdelingen ved Sykehuset i Vestfold brukes *Z76.8* til å kode deltakere i gruppeomvisning, mens det ved flere avdelinger ved Sykehuset Telemark er administrativ praksis å registrere *Z76.8* når ny kontakt med en pasient skal dokumenteres, f.eks. en telefonhenvendelse eller prøvesvar. Koden benyttes også som samlekode for ulike kontroller og undersøkelser ved Gynekologisk enhet ved Sykehuset Telemark.

Registreringspraksisen har utløst ISF-refusjon for de aktuelle institusjonene.

Anbefaling:

*Avregningsutvalget mener at ledsagers behov for spesialisthelsetjeneste alltid må vurderes og at friske ledsagere skal finansieres gjennom basistilskuddet. Hvis ledsager er syk må det i tilfelle settes en diagnosekode i stedet for *Z76.8*. Det anbefales at endring i koding gjøres gjeldende fra 1.1.2012.*

Z76.8 skal heller ikke benyttes som samlekode i stedet for mer presise koder, til gruppeomvisning eller i opprettelse av journalnotat ved ny kontakt.

Avregningsutvalget anmoder Helsedirektoratet om å varsle RHF-ene om utvalgets anbefalinger.

Sak 12/3204 DRG 266O Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi

Saken ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratet. NCSP-koden *ZZR 00 Hudlapp* er i stor grad avgjørende for om et opphold grupperes til *DRG 266O Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi* eller til *DRG 809J Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon*.

Sykehuset Telemark hadde flest opphold gruppert til *DRG 266O* i 2010 og 2011. Samtidig hadde institusjonen den største prosentandelen *DRG 266O* relativt til totalt antall opphold i *DRG 266O* og *809J*. 87 prosent av oppholdene var i *DRG 266O* i 2011, noe som innebar at institusjonen skilte seg ut fra øvrige institusjoner i landet. Også Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus hadde en høy andel opphold i *DRG 266O*. Begge sykehus har hatt vekst i antall opphold i *DRG 266O* fra 2010 til 2011 og nedgang i antall opphold gruppert til *DRG 809J*.

Den uspesifikke hovedtilstandskoden *D48.5 Svulst med usikkert eller ukjent malignitetspotensial med annen og uspesifisert lokalisasjon - hud* forekom i nesten halvparten av de 1 038 oppholdene i *DRG 266O* ved Sykehuset Telemark. Få opphold var registrert med bitilstandskode. Hyppigst forekomne NCMP-kode var *WDAL05 Infiltrasjon for lokalanestesi*. De vanligste NCSP-kodene i oppholdene ved Sykehuset Telemark var *ZZR00*, fulgt av *QAE10 Eksisjon av hudlesjon på hode eller hals* og *QBE10 Eksisjon av hudlesjon på trunkus*.

Om lag halvparten av hovedtilstandskodene i *DRG 266O* ved Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus var *C44.3 Hud i andre og uspesifiserte deler av ansikt* og *C44.5 Hud på trunkus*. Omtrent ti prosent av oppholdene hadde registrert bitilstandskode. De var stort sett knyttet til C- og D-kapitlene i ICD-10. Ingen NCMP-koder var registrert, mens de vanligste kirurgiske prosedyrekodene var *ZZR 00*, *QAE10* og *QBE10*.

Analyser av pasientenes bostedsfylker- og kommuner viste at de fleste pasientene med opphold gruppert til *DRG 266O* ved Sykehuset Telemark og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus var registrert med bosted nær de respektive sykehusene. Avregningsutvalgets sekretariat har også gjort analyser av ICD-10- og NCSP-koder registrert maksimum fem uker før opphold som ble gruppert til *DRG 266O*, samt koder registrert etter det aktuelle oppholdet.

Videre anmodet Avregningsutvalget avdeling Standardisering i Helsedirektoratet om å gjøre en faglig vurdering av bruk av NCSP-koden *ZZR 00 Hudlapp*. Avdelingens vurdering er at koden bare unntaksvis skal brukes. Et slikt unntakstilfelle kan være at man har underminert et så stort område at det er for en forskyvningslapp å regne. Hovedregelen er imidlertid at det ved fjerning av en lesjon hvor en underminerer huden ikke er riktig å bruke *ZZR 00* eller andre Z-koder. Lukkingen hører med til selve inngrepet, hvilket innebærer at kun Q-koden for fjerning av lesjon skal benyttes. *ZZR*-koden er ikke ment å brukes på underminering av sårkanter, selv ikke ved kompliserte

lukkinger. Videre sier ZZR-koden mer om materialet som brukes enn selve lappeteknikken.

Kodeverket kan ikke si noe eksakt om hvilken størrelse/lokalisasjon det er på hudlappen hvor det er naturlig å bruke *ZZR 00*. Noen lokalisasjoner med mindre lesjoner medfører lappeteknikker, mens andre lokalisasjoner der en fjerner større lesjoner ikke trenger lappeteknikker.

På bakgrunn av statistisk informasjon om pasientenes bosted og registrerte koder ved ulike tidspunkt i behandlingsforløpet, samt den faglige vurderingen fra avdeling Standardisering, fant Avregningsutvalget ikke grunnlag for at koding og medisinsk praksis ved Sykehuset Telemark og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus skulle være vesentlig ulik øvrige sykehus.

Utvalget ønsket også å påpeke uheldig kodepraksis ved Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus der de i stor grad har brukt *Z12.8 Populasjonsbasert screeningundersøkelse med henblikk på svulst med annen spesifisert lokalisasjon* og *Z12.9 Populasjonsbasert screeningundersøkelse med henblikk på svulst med uspesifisert lokalisasjon* på kontakter før oppholdet som ble gruppert til *DRG 266O*. Tilsvarende har Sykehuset Telemark i stor grad kodet *D48.5 Svulst med usikkert eller ukjent malignitetspotensial med annen og uspesifisert lokalisasjon – hud* som kun skal brukes når patologien er usikker.

Anbefaling:

På grunnlag av analyser av pasientdata og vurderingen fra avdeling Standardisering anbefaler Avregningsutvalget at Sykehuset Telemark og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus avkortes. Avkortingen gjøres ved at andel opphold hvor ZZR 00 brukes, settes til landsgjennomsnittet uten Sykehuset Telemark og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus.

Sak 12/3641 Klinisk nevrofysiologi og bruk av takst 702a-g

Saken er meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratet. Bakgrunnen er henvendelser til Helsedirektoratet i 2010 med spørsmål om hvorvidt polikliniske nevrofysiologiske undersøkelser skal inngå i ISF. Direktoratet sendte 17.12.2010 brev til alle RHF med presisering om at poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet finansieres gjennom egne refusjonstakster og dermed ikke inngår i ordningen. Dette er også beskrevet i ISF-regelverket for 2011. En forventer derfor ikke å finne konsultasjoner med takst for klinisk nevrofysiologi (702a-g) i ISF-grunnlaget for 2011.

Sekretariatet sendte 20.4.2012 brev til alle RHF med kopi til sykehus som har konsultasjoner registrert med takst 702a-g i ISF-2011. I brevet bes det om en redegjørelse for behandlingen som ligger til grunn for konsultasjonene, samt om behandlingen er i tråd med ISF-regelverket.

Utvalget diskuterte saken i møtet 11. mai i lys av svar som var mottatt den gang, men ville avvente å konkludere i saken til det forelå svar fra flere sykehus. I møtet 12. juni manglet det fortsatt svar fra 3 av 15 sykehus, men det ble vurdert til ikke å være avgjørende for videre behandlingen av saken. Svarene fra sykehusene viser at nevrofysiologiske undersøkelser har stor spennvidde og at det er ulik praksis for

registrering. De fleste sykehusene har ikke fått videresendt fra respektive RHF brevet Helsedirektoratet sendte 17.12.2010. Noen sykehus beskriver konsultasjonene med takst 702a-g som laboratorievirksomhet, og som åpenbart ikke skal finansieres gjennom ISF. Flere av disse sykehusene har allerede endret registreringspraksis slik at aktiviteten legges til en egen enhet/avdeling som ikke inngår i ISF-grunnlaget. Andre sykehus skriver at de i tillegg har aktivitet der man av praktiske årsaker utfører nevrofysiologisk laboratorieundersøkelse og klinisk nevrologisk vurdering/undersøkelse (som i seg selv er en selvstendig konsultasjon) samtidig. Dette gjøres fordi leger er spesialist i både nevrologi og nevrofysiologi. Det argumenteres for at den siste aktiviteten bør inkluderes i ISF.

Anbefaling:

Nevrofysiologiske laboratorieundersøkelser (inkl. EMG) skal kodes med takst 702a-g (og ikke NCMP-kode). Disse skal ikke inngå i ISF-ordningen. Det kan praktisk løses ved at aktiviteten ved sykehuset registreres på en enhet som ikke er ISF-berettiget. Nevrologiske undersøkelser som i seg selv er selvstendige polikliniske konsultasjoner skal kodes med egnet NCMP-kode (og ikke takst 702a-g). Disse kan inngå i ISF-ordningen.

Sak 12/3884 Fedme og hovedtilstandskode Z50.9

Saken er meldt inn av Helsedirektoratet på bakgrunn av vekst i antall kontakter registrert med hovedtilstandskode *Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak* og bitilstandskode *E66 Fedme*. Kontaktene grupperes til *DRG 4620 Poliklinisk rehabilitering*. Direktoratet fikk i 2008 en henvendelse fra en institusjon i Helse Sør-Øst RHF om koding av aktivitet ved behandling av pasienter med sykkelig overvekt. Direktoratet svarte i brev 18.4.2008 at den beskrevne aktiviteten skulle kodes med hovedtilstand *E66 Fedme*.

Sekretariatet sendte 27.4.2012 brev til Helse Sør-Øst RHF, med kopi til sykehus med opphold i *DRG 4620* med *E66 Fedme* som bitilstandskode, og ba om en beskrivelse av aktiviteten som lå til grunn for de registrerte oppholdene.

I møtet 12. juni diskuterte utvalget, på bakgrunn av svarene fra de aktuelle institusjonene i Helse Sør-Øst RHF, prinsipielt om behandling av pasienter med sykkelig overvekt kan defineres som rehabilitering. Utvalget landet på å akseptere premisset i Helsedirektoratets brev fra 2008 om at den beskrevne aktiviteten skal kodes med hovedtilstandskode *E66 Fedme*. Utvalget ønsket å vente med å sluttbehandle saken til det forelå en vurdering fra Helsedirektoratets avd. Standardisering på koding av aktiviteten ved institusjonene i Sør-Øst RHF i 2011.

Sekretariatet ba Helsedirektoratets avd. Standardisering om en vurdering av hvordan aktiviteten ved institusjonene i Helse Sør-Øst RHF skal kodes i 2011. I svaret fra Avd. Standardisering fra 19. september var konklusjonen at Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering (tidl. SSR Stavern) ikke ga tilstrekkelig informasjon for å vurdere hvordan aktiviteten skal klassifiseres. For både Poliklinikk for sykkelig overvekt (SiV) og Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (Sørlandet sykehus) ga dokumentasjonen grunnlag for å hevde at helsehjelpen som ble gitt hovedsakelig var rettet inn mot årsaker til overvekt, dvs. behandling, mer enn å hjelpe pasientene til å akseptere, leve med og kompensere for sin sykdom, dvs. rehabilitering. Det er dermed riktigere å klassifisere

aktiviteten som behandling enn rehabilitering. Det ble heller ikke dokumentert at aktiviteten i 2011 oppfylte kravene til bruk av kode *Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak*. Avd. Standardisering mente imidlertid at det så ut til at aktiviteten ved de to institusjonene oppfyller kriteriene for gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende (s. 29-30, Regelverk for Innsatsstyrt finansiering 2011) og kan kodes på den måten det er angitt der. Alternativt kan hvert opphold kodes på vanlig måte med fedme som hovedtilstand (tilstandskode fra *E66*) og andre relevante koder.

Utvalget diskuterte saken i møtene 20. september og 12. oktober i lys av svaret fra Helsedirektoratet. Prinsippet fra juni-møtet ligger fast, det vil si at aktiviteten skal kodes med hovedtilstandskode fra kategoriblokk *E66 Fedme*. Kravet til bruk av ICD-10-koden, *Z50.9*, er ikke oppfylt. Selv om de fleste konsultasjonene var registrert med lege som utførende helseperson, viste dokumentasjonen fra sykehusene at pasientene kun hadde en konsultasjon hos lege i løpet av programmet. Utvalget mener at leges konsultasjonen skal kodes på vanlig måte med *E66* som hovedtilstandskode og andre relevante koder. Øvrige konsultasjoner kodes som Gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende, jf. ISF-regelverket for 2011: Kontakttype skal angis med kode 13 «Opplæring». Hovedtilstand angis i alle tilfeller der opplæringen gjelder sykdom som pasienten har. Aktuelle prosedyrekoder fra NCMP er: *WPCK00* (lærings- og mestringsaktivitet vedrørende aktuelle tilstand) og *ZWWA30* (prosedyre rettet mot en gruppe pasienter). Særkode *A0099* skal registreres en gang per program per pasient.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at konsultasjoner med hovedtilstandskode Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak og bitilstandskode E66 Fedme avregnes på følgende måte: Det gis ISF-refusjon per pasient per program tilsvarende en konsultasjon hos lege med E66 som hovedtilstandskode. Øvrige konsultasjoner gis refusjon som gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende.

Sak 12/4791 Dagopphold i DRG 462B – Rehabilitering, vanlig

Saken er meldt inn av Helsedirektoratet. Analyser av ISF-data for 2011 viste vekst i dagopphold i *DRG 462B Rehabilitering, vanlig* sammenlignet med året før. Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere om oppholdene oppfylte kravet til bruk av hovedtilstandskode *Z50.89 Vanlig rehabilitering*.

Sekretariatet sendte 31.5.2012 brev til Helse Sør-Øst RHF med kopi til Akershus universitetssykehus med spørsmål om dette var et nytt behandlingstilbud i 2011. I svaret fra 19.8.2012 skriver sykehuset at de på slutten av 2011 ble gjort oppmerksom på uheldig kodepraksis for bruk av *Z50.89* ved dagopphold ved en av sykehusets avdelinger. Aktuell aktivitet oppfyller ikke kravene for bruk av koden. Sykehuset besluttet å endret kodepraksis fra og med medio februar 2012.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at ISF-refusjon for dagopphold med hovedtilstandskode Z50.89 Vanlig rehabilitering ved en avdeling ved Akershus universitetssykehus avkortes i sin helhet.

Sak 12/5616 Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed

Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets avdelinger Økonomi og analyse og Finansiering og DRG.

Ved klinikken var det vekst i antall døgnopphold av relativt kort varighet fra 2010 til 2011. Antall ettdøgnsopphold økte fra 19 til 202, tredøgnsopphold fra 26 til 614, mens antall opphold med liggetid over tre døgn gikk ned fra 1 620 til 1 105. Gjennomsnittlig liggetid gikk ned fra 10,9 til 8,3 døgn i den aktuelle perioden.

For opphold med en til tre liggedager var det vekst i antall opphold gruppert til *DRG 243 Rygglidelser, traumatiske tilstander og symptomer i rygg, 247 Uspesifikke tilst og sympt fra muskel-skjelettsystem/bindevev og 248 Tilstander i muskler, sener, seneskjeder, fascie og bursa ITAD*, samtidig som flere opphold ble kodet med sykdomskoder fra kapittel M i ICD-10. Tilsvarende var det nedgang i antall opphold gruppert til *DRG 462A Rehabilitering, kompleks* siden færre opphold ble kodet med hovedtilstandskode *Z50.80 Kompleks rehabilitering*. Enkeltkoden med størst vekst var *M54.5 Lumbago*.

For opphold med over tre liggedøgn var det en kraftig nedgang i både *DRG 462A Rehabilitering, kompleks* og *DRG 462B Rehabilitering, vanlig*. Reduksjonen svarer til antall opphold kodet med *Z50.80 Kompleks rehabilitering* og *Z50.89 Vanlig rehabilitering*.

Det var registrert svært få NCMP-koder i 2010, mens 94 prosent av oppholdene hadde NCMP-koder i 2011. Hyppigst var forekomstene av *WNTA00 Instruert fysisk trening, WNTA10 Instruert bevegelsestrening/tøying, ZWWA30 Prosedyre rettet mot en gruppe av pasienter* og *WNTA40 Instruert bassentrening*.

Sykehuset i Vestfold har etter forespørsel fra sekretariatet redegjort for behandlingen som blir gitt ved døgnopphold av en til tre dagers varighet, samt sendt dokumentasjon i form av referanseliste, timeplan og figur over behandlingsforløp. I tillegg har de gjort rede for valg av tilstands- og prosedyrekoder og omsorgsnivå.

Alle pasienter ved klinikken henvises fra fastlege, spesialist eller sykehusavdeling til vurdering og videre oppfølging. De aktuelle pasientene har kroniske rygg- og nakkeplager, de fleste er sykemeldt og mange er i ferd med å falle ut av arbeidslivet. De har vært til undersøkelser i primær- og spesialisthelsetjenesten og prøvd mange ulike former for behandling før de kommer til Klinikk Fysikalsk medisin.

Alle pasientene er først til en poliklinisk vurdering før de innlemmes i de ulike behandlingstilbudene. Det blir i hvert enkelt tilfelle vurdert hva som er det mest egnede tilbudet for den enkelte pasient. De fleste pasientene får tilbud om dagopphold/polikliniske opphold. Kun pasienter som har uforholdsmessig lang reisevei og pasienter der det vurderes at innleggelse vil være det medisinske beste tilbudet innlemmes i de aktuelle behandlingstilbudene.

Klinikken har gjort endringer i medisinsk praksis på grunn av studier som viser at kortvarige intervensjoner gir bedre effekt enn langvarige rehabiliteringsopphold. De har endret tidligere kodepraksis som var basert på opphold av lengre varighet. Som hovedtilstandskode brukes nå i hovedsak sykdomskoden som før ble brukt som bitilstandskode. Videre presiserte klinikken at omleggingen ikke var en overgang fra poliklinisk utredning og at de får henvist pasienter fra hele Østlandsområdet, selv om

hovedtyngden er fra eget sykehusområde. I følge klinikken har mange av pasientene store reiseavstander.

På basis av innsendt dokumentasjon av behandlingsopplegg- og forløp var oppfatningen til flertallet i Avregningsutvalget at de aktuelle døgnoppholdene primært må klassifiseres som gruppebasert opplæring. Behandlingstilbudets karakter av undervisning og opplæring førte til at utvalget var uenig i kodingen av omsorgsnivå. Dokumentasjonen understøttet ikke valg av innleggelse som omsorgsnivå framfor poliklinikk. Pasienter som kommer langveisfra bør overnatte på – og registreres på – sykehotell.

Utvalgsmedlemmet Folke Sundelin fremmet følgende dissens til Avregningsutvalgets anbefaling:

«Rehabilitering er et fagområde med mindre grad av konsensus om effektiv behandling enn andre områder av medisinen. Klinikken har fra 2010 til 2011 på en fortjenestefull måte endret tidligere behandlingspraksis på basis av internasjonal kunnskap. For pasienter med langvarige og til dels behandlingsresistente plager i rygg og andre deler av muskel/skjelettsystemet gir klinikken nå i hovedsak intervensjonsopphold av kort varighet, der behandling kombineres med økt vektlegging av motivasjon for egenaktivitet og -mestring. Medlemmet mener at disse endringene av klinikkens behandlings- og kodepraksis er godt begrunnet og kan derfor ikke støtte flertallets vurdering og anbefaling vedrørende koding og avkorting.»

Anbefaling:

Basert på den innsendte dokumentasjonen fra Klinikken fysisk medisin ved Sykehuset i Vestfold oppfattet et flertall av medlemmene i Avregningsutvalget behandlingstilbudet i de korte døgnoppholdene som hovedsakelig gruppebasert pasientopplæring. Avregning gjøres ved at oppholdene grupperes som gruppebehandling med poliklinisk omsorgsnivå. Hovedtilstandskodene beholdes.

Sak 12/5893 Flere registrerte episoder samme dag

Saken er meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratet. Analyser av ISF-data for 2011 viser at 1,8 prosent av rapporterte episoder er registrert på samme dag for en og samme pasient. Det dreier seg om polikliniske konsultasjoner og i de fleste tilfellene er det to konsultasjoner som er registrert på samme dag. I noen tilfeller er det registrert flere enn to, og maksimalt syv, konsultasjoner på samme dag. Stråleterapi er ekskludert fra tallmaterialet. Denne registreringspraksisen varierer mellom helseforetak. Oslo universitetssykehus (ekskl. Aker universitetssykehus) hadde desidert flest tilfeller der en pasient har flere episoder samme dag. 5,7 prosent av rapporterte konsultasjoner i 2011 var registrert på samme dag som en annen. Hvis vi ser bort fra OUS var andelen episoder samme dag 1,2 prosent i landet som helhet.

Sekretariatet sendte 23.8.2012 brev til Helse Sør-Øst RHF med kopi til Oslo universitetssykehus med spørsmål om hvorfor OUS har så stor andel pasienter registrert med flere episoder samme dag. Sekretariatet ba også om en konkret tilbakemelding på et eksempel der en pasient hadde fått registrert syv episoder samme dag. Videre ble det bedt om en redegjørelse for OUS sine planer for å korrigere fremtidige registreringer, gitt at det dreide seg om feilregistreringer.

I svaret fra OUS 13.9.2012 skrev de at hovedårsaken til at OUS har en høyere andel pasienter registrert med flere konsultasjoner på samme dag enn andre helseforetak, er at OUS er et høyspesialisert sykehus som behandler pasienter fra hele landet med de mest kompliserte og sammensatte lidelser. OUS forsøker å legge til rette for utredning og behandling på en hensiktsmessig måte for pasienten, og for noen av dem innebærer det flere konsultasjoner samme dag med behandling utført av ulike fagpersoner. Samtidig er det utfordringer knyttet til funksjonaliteten i foretakets pasientadministrative system, PasDoc. Systemet har ingen sperrer på tidsregistrering. Det er heller ingen mulighet for å planlegge en kontakt (hverken dagopphold eller poliklinisk konsultasjon) og samtidig reservere flere ressurser (ulike helsepersonell, utstyr og rom). Videre er det også svært utfordrende å avbestille eller slette planlagte konsultasjoner. Eksempelet med syv konsultasjoner samme dag for en pasient forklares av den tekniske utfordringen i PasDoc. En konsultasjon har blitt til syv fordi man må registrere en ny kontakt for hver ressurs (lege, sykepleier, rom, EKG-apparat) man reserverer i bookingsystemet.

Avregningsutvalget diskuterte saken i lys av analyser av ISF-data og svaret fra OUS. Utvalget mener det er vanlig praksis ved andre sykehus at man kan reservere flere ressurser til en og samme kontakt. Pasientdata fra OUS må tilfredsstille kravene til rapportering. Videre mener utvalget at andelen kontakter på samme dag ved OUS burde være på nivå med de andre universitetssykehusene i landet. En avregning mot gjennomsnittet for øvrige universitetssykehus tar høyde for at OUS er et høyspesialisert sykehus og at poliklinisk utredning og behandling der er intensiv, slik som ved landets øvrige universitetssykehus. Saken vil følges opp i 2013.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at ISF-refusjon for konsultasjoner registrert på samme dag for samme pasient ved Oslo universitetssykehus avregnes ned til gjennomsnittet for de øvrige av landets universitetssykehus.

Sak 11/5068 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi

Avregningsutvalget behandlet i 2011 sak 11/2832 DRG 2680 *Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi*. Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget å vurdere om sakene som medførte avkorting i 2010 også bør medføre avkorting i 2011.

Sak 11/2832 omhandlet prosedyrekoding av laser-, IPL- og PDT-behandling ved Hudavdelingen ved Stavanger universitetssykehus (SUS) i 2010. Gjennom en dokumentkontroll fant KITH at det var foregått systematisk feilkoding av behandlingsprosedyrer i de utvalgte oppholdene. Den gjennomgående prinsipielle feilen var at sykehuset hadde kodet som kirurgiske operasjoner prosedyrer som ikke kan klassifiseres som dette.

Anbefaling fra 2010:

Avregningsutvalget fastslår at SUS hadde en konsekvent feil kodepraksis for laser-, IPL- og PDT-behandlingene. Alle opphold i DRG 2680 ved hudavdelingen ved SUS i 2010 vil etter dette bli avregnet i henhold til korrekte koder. Utvalget vil informere andre helseforetak om presiseringen av koding av denne typen behandling.

For ytterligere opplysninger i saken vises det til sak 11/2832 DRG 2680 *Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi* i årsrapporten til Avregningsutvalget for 2011.

Analyser av ISF-data for 2011 viste tilsvarende prosedyrekodepraksis i 2011 som i 2010 ved Hudavdelingen, SUS. Ved avdelingen ble 1 448 opphold gruppert til DRG 268O i 2010, mens tilsvarende tall for 2011 var 1 266. Fra 2012 av ser man at KITHs presisering av koderegler er tatt til følge av avdelingen. Per 2. tertial 2012 var antallet DRG 268O nede i 67.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 268O ved Hudavdelingen, Stavanger universitetssykehus, fra 2011 avkortes på samme måte som opphold i samme DRG fra 2010.

Sak 11/5068 Koding av KOLS ved Sørlandet sykehus

Sekretariatet har etter innspill fra avdeling Standardisering i Helsedirektoratet gjort analyser av antall opphold med hovedtilstand J22 *Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier* som samtidig har en av kodene i kategoriblokk J44 *Annen kronisk obstruktiv lungesykdom* som bitilstand. Riktig koding av KOLS med uspesifisert nedre luftveisinfeksjon er bare J44.0 *Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt infeksjon i nedre luftveier*.

Sørlandet sykehus har flere opphold kodet på denne måten enn øvrige sykehus i landet. Utvalget mener de 48 feilkodede oppholdene bør avkortes.

Oppholdene er stort sett grupperte til DRG 89 *Lungebetennelse og pleuritt > 17 år m/bk* og DRG 475B *Sykdommer i åndedretsorganer med PEEP support*.

Avregningsutvalget behandlet en sak om J22 også i 2003 som danner presedens for denne saken.

Anbefaling:

Sekretariatet lager forslag til teknisk beregning av avkortingssum og sender brev til Helse Sør-Øst RHF/Sørlandet sykehus.

Sak 12/1515 Feilregistreringer ved Vestre Viken HF, Drammen sykehus

Avregningsutvalget mottok brev fra Vestre Viken HF 8.2.2012 angående feilregistreringer ved ortopedisk avdeling ved Drammen sykehus. Ortopedisk avdeling har vedgått feilkoding av omsorgsnivå. Opphold er blitt registrert som inneliggende med permisjon, mens de reelt er behandlet poliklinisk eller dagkirurgisk. Feilkodingen pågikk i perioden januar til august 2011. Kodingen er korrigert i ettertid.

Saken ble behandlet i utvalget 20.9.2012. Avregningsutvalget fant at det ikke var behov for en medisinsk-faglig vurdering i saken og besluttet derfor å overføre den til Helsedirektoratet. Avregningsutvalgets sekretariat har foretatt teknisk beregning av avkortingssum på grunnlag av innsendte pasientnumre fra Drammen sykehus og levert denne til Helsedirektoratet.

4 Tekniske beregninger

Nedenfor beskrives tekniske beregninger for sakene hvor Avregningsutvalget har anbefalt avkorting av ISF-utbetaling for 2011. Siste kolonne i tabellene viser anbefalt avkorting fordelt på pasientenes bostedsregion. Utrekningene er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2011*.

ISF-refusjon for 2011 ble beregnet etter følgende formel:

$$\text{Korrigerde DRG-poeng} * \text{refusjonssats (40 \%)} * \text{enhetsrefusjon (36 968 kr)}$$

Sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avkorting av ISF-refusjon for 2011 i sak 12/3157 *Bruk av hovedtilstandskode Z76.8* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 12.6.2012.

Alle opphold registrert med Z76.8 ved Sykehuset Telemark og alle opphold ved Sykehuset i Vestfold, med unntak av de som er registrert ved nyfødtintensiven, anbefales avkortet.

Tabell 4. Anbefalt avkortingssum i sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8 per pasientregion. ISF 2011.

Bostedsregion	Antall opphold	Sum korrigert vekt	Anbefalt avkorting
Helse Sør-Øst	970	49,8	735 781
Helse Vest	4	0,1	1 479
Helse Midt-Norge	3	0,1	1 109
Helse Nord	1	<0,1	370
Total	978	50,0	738 739

Teknisk beregning:

Avkorting settes til kr 738 739 som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

Sak 12/3204 DRG 266O Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avkorting av ISF-refusjon for 2011 i sak 12/3204 *DRG 266O Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 20.9.2012.

Sykehuset Telemark og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus skal avkortes slik at bruk av ZZR 00 *Hudlapp* og andel DRG 266O av summen av DRG 266O og 809J er på nivå med landsgjennomsnittet. De to aktuelle institusjonene tas ut av beregningen av landsgjennomsnitt. Andel DRG 266O for landet som helhet er ni prosent.

Alle de berørte oppholdene ved Sykehuset Telemark tilhører pasienter bosatt i opptaksområdet til Helse Sør-Øst RHF, med unntak av ett opphold fra Helse Midt-Norge RHF. Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus sine opphold er alle fra Helse Vest RHF.

Tabell 5. Anbefalt avkortingssum i sak 12/3204 DRG 266O Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi etter pasientenes bostedsregion. ISF 2011.

Bostedsregion	Antall opphold	Sum korrigert vekt	Anbefalt avkorting
Helse Sør-Øst	1 190	229,9	3 400 420
Helse Vest	833	102,5	1 515 762
Total	2 023	332,5	4 916 182

Teknisk beregning:

Avkorting settes til **kr 4 916 182** som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

Sak 12/3641 Klinisk nevrofysiologi og bruk av takst 702a-g

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avkortning av ISF-refusjon for 2011 i sak 12/3641 *Klinisk nevrofysiologi og bruk av takst 702a-g* på bakgrunn av utvalgets anbefaling i møte 12.6.2012.

Bare opphold ved institusjoner som har blitt tilskrevet av Avregningsutvalget i saken er tatt med i beregningen, uavhengig av om institusjonen har svart på henvendelsen eller ikke. Ved disse institusjonene var det til sammen 32 889 kontakter registrert med takst for klinisk nevrofysiologi, 702a-g, i ISF-data for 2011.

Ved Oslo universitetssykehus var 5 421 kontakter registrert med takst 702a-g. Av disse var 99 på samme dag som en annen. Avregningsutvalget har allerede anbefalt avregning for Helse Sør-Øst RHF/Oslo universitetssykehus i sak 12/5893 *Flere registrerte episoder samme dag*. For å unngå at noen kontakter avregnes to ganger har vi tatt ut de 99 dublettene fra beregningen som presenteres her.

Tabell 6. Anbefalt avkortning av ISF-utbetaling i 2011 i sak 12/3641 Klinisk nevrofysiologi og bruk av takst 702a-g. Fordelt etter pasientens bostedsregion.

Bostedsregion	Antall kontakter	Sum korrigert vekt	Anbefalt avkorting
Helse Sør-Øst RHF	18 889	847,4	12 531 339
Helse Vest RHF	7 388	322,0	4 761 449
Helse Midt-Norge RHF	1 791	81,3	1 202 111
Helse Nord RHF	4 722	210,2	3 107 885
Total	32 790	1460,9	21 602 783

Teknisk beregning:

Avkorting settes til **kr 21 602 783** som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

Sak 12/3884 Fedme og hovedtilstandskode Z50.9

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avkortning av ISF-refusjon for 2011 i sak 12/3884 Fedme og hovedtilstandskode Z50.9 på bakgrunn av utvalgets anbefaling i møte 12.10.2012.

Sekretariatet har for hver pasient og program beregnet refusjon for én legekonsultasjon med hovedtilstandskode i kategori E66 Fedme og én konsultasjon registrert som gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. Det er beregnet at en pasient har et program hver. Legekonsultasjonen grupperes til DRG 910C og gir 0,042 DRG-poeng.

Konsultasjoner registrert som gruppebasert opplæring av pasienter grupperes til DRG 9980 og gir 0,034 DRG-poeng.

Tabell 7. Anbefalt avkorting av ISF-utbetaling i sak 12/3884 Fedme og bruk av hovedtilstandskode Z50.9 fordelt etter pasientenes bostedsregion. ISF 2011.

Bostedsregion	Antall kontakter	Sum korrigert vekt	Anbefalt avkorting
Helse Sør-Øst RHF	6 203	179,6	2 656 166
Helse Vest RHF	15	0,5	7 305
Total	6 218	180,1	2 663 470

Teknisk beregning:

Avkorting settes til kr 2 663 470 som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

Sak 12/4791 Dagopphold i DRG 462B – Rehabilitering, vanlig

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avkortning av ISF-refusjon for 2011 i sak 12/4791 *Dagopphold i DRG 462B – Rehabilitering, vanlig* på bakgrunn av utvalgets anbefaling om at 1 464 dagopphold avkortes i sin helhet. Det tilsvarer 175,68 DRG-poeng eller kr 2 597 815.

Teknisk beregning:

Avkorting settes til kr 2 597 815 til Helse Sør-Øst RHF.

Sak 12/5616 Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avkortning av ISF-refusjon for 2011 i sak 12/5616 *Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 12.10.2012.

Døgnoppholdene av kort varighet avkortes ved at de gis ISF-refusjon lik én legekontakt og én kontakt med særkode *A0099 Grupperettet pasientopplæring*. Oppholdene ble regravert med poliklinisk omsorgsnivå og rapportert hovedtilstandskode.

Tabell 8. Anbefalt avkorting i sak 12/5616 Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed. ISF 2011.

Bostedsregion	Antall opphold	Sum korrigert vekt	Anbefalt avkorting
Helse Sør-Øst RHF	923	523,3	7 738 807

Teknisk beregning:

Avkorting settes til kr 7 738 807 til Helse Sør-Øst RHF.

Sak 12/5893 Flere registrerte episoder samme dag

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avkortning av ISF-refusjon for 2011 i sak 12/5893 *Flere registrerte episoder samme dag* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 20.09.2012.

Den tekniske beregningen er basert på følgende metode:

1. Beregner gjennomsnittlig andel episoder samme dag for øvrige universitetssykehus. Gjennomsnittet er vektet ut fra antall episoder totalt ved de ulike universitetssykehusene. Andel episoder samme dag ved øvrige universitetssykehus var 1,5.
2. Beregner antall episoder som anbefales avregnet ved OUS basert på andelen ovenfor.
3. Beregner gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt ved OUS basert på antall rapporterte kontakter.
4. Beregner antall korrigerede DRG-poeng som anbefales avkortet ved OUS basert på antall episoder i punkt 2 og gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt i punkt 3.

Basert på metoden beskrevet ovenfor gir det en avkortning på 1346,2 DRG-poeng eller kr 19 907 179.

Teknisk beregning:

*Avkorting settes til **kr 19 907 179** til Helse Sør-Øst RHF.*

Sak 11/5068 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avkortning av ISF-refusjon for 2011 i sak 11/5068 *DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi*, jf utvalgets anbefaling på møtet 12.10.2012.

Beregningen tar utgangspunkt i dokumentkontrollen ved hudavdelingen ved Stavanger universitetssykehus fra 2011. I revisjonen ble om lag 95 prosent av oppholdene gruppert til *DRG 809J Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon* etter at det var tatt hensyn til reviderte tilstands- og prosedyrekoder. På grunnlag av dette anbefaler utvalget at fem prosent av oppholdene beholder sin opprinnelige DRG, mens de øvrige oppholdene vektet som DRG 809J, hvilket vil si 0,021.

Anbefalt avkortning er lik differansen mellom sum opprinnelig og sum ny DRG-vekt.

Tabell 9. Avkorting i sak 11/5068 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi per bostedsregion. ISF 2011.

Pasientregion	Antall opphold	Sum korrigert vekt	Anbefalt avkortning
Helse Vest RHF	1 190	352,8	5 216 983
Helse Sør-Øst RHF	54	3,6	236 737
Helse Midt-Norge RHF	12	3,0	52 608
Helse Nord RHF	10	16,0	43 840
Total	1 266	375,3	5 550 168

Teknisk beregning:

*Avkorting settes til **kr 5 550 168** fordelt etter pasientenes bostedsregion.*

Sak 11/5068 Koding av KOLS ved Sørlandet sykehus

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avkorting av ISF-refusjon for 2011 i sak 11/5068 Koding av KOLS ved Sørlandet sykehus på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 20.9.2012.

Opphold med *J22 Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier* som hovedtilstand og en av kodene i kategoriblokk *J44 Annen kronisk obstruktiv lungesykdom* som bitilstand gis korrigert vekt lik landsgjennomsnittet, uten Sørlandet sykehus, for opphold med *J44.0* som hovedtilstand. Ett opphold i *DRG 483 Trachostromi ekskl for sykdom i ansikt, munnhule eller hals* med korrigert vekt på 22,398 tas ut av oppholdene som kodes om.

Tabell 10. Anbefalt avkortingssum i sak 11/5068 Opphold med J22 som hovedtilstandskode og J44.x som bitilstandskode per pasientenes bostedsregion. ISF 2011.

Bostedsregion	Antall opphold	Sum korrigert vekt	Anbefalt avkorting
Helse Sør-Øst RHF	47	30,1	445 272

Teknisk beregning:

*Avkorting settes til **kr 445 272** til Helse Sør-Øst RHF.*

Sak 12/1515 Feilregistreringer ved Vestre Viken HF, Drammen sykehus

Avregningsutvalgets sekretariat har foretatt teknisk beregning av avkortingssum på grunnlag av innsendte pasientnumre fra Drammen sykehus.

Anbefalt avkorting er lik differansen mellom antall DRG-poeng for opprinnelig registrering av aktuelle opphold og DRG-poeng for korrigerede koder.

Tabell 11. Anbefalt avkortingssum i sak 11/1515 Feilregistreringer ved Vestre Viken HF, Drammen sykehus fordelt etter pasientenes bostedsregion. ISF 2011.

Bostedsregion	Antall opphold	Sum korrigert vekt	Anbefalt avkorting
Helse Sør-Øst	515	366,3	5 416 670
Helse Nord	1	0,4	6 373
Total	516	366,7	5 423 043

Teknisk beregning:

*Avkorting settes til **kr 5 5423 043** fordelt etter pasientenes bostedsregion.*

5 Vedlegg: Anbefaling om avkorting i ISF-utbetaling 2000-2010

Tabell 12. Oversikt over Avregningsutvalgets anbefalinger om avkorting av ISF-utbetaling, 2000-2010

År	Saksnummer- og tittel	Beskrivelse	ICD-10/NCSP/NCMP
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: - 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>
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)

2009	Sak 10/4474 - DRG 475 Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte	Koding av KOLS.	Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99) <i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, etc (Kapittel G)</i>
2010	11/776 - HDG 24 Signifikant multitraume	Koding av opphold i HDG 24 Signifikant multitraume og regler for bruk av tilstandskoder i kategoriblokkene T00-T07.	Skader som omfatter flere kroppsregioner (T00-T07)
	11/2628 - Bruk av LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus	Bruk av NCSP-koden LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus. Denne koden representerer instrumentell fjerning av spiral, en prosedyre som bare utføres hvis vanlig fjerning ikke lykkes.	<i>Kvinnelige genitalia (Kapittel L)</i>
	11/2700 - DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen	Preoperative undersøkelser av begge øynene som ble kodet med NCSP-kode ZXA 10 Bilateral som indikerer tosidig prosedyre, selv om selve operasjonen var ensidig.	<i>Tilleggskoder til alle øvrige kapitler (Kapittel Z)</i>
	11/2832 - DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
	11/3420 - DRG 814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse	Feil bruk av NCMP-koden MAGM00 Medikamentell svangerskapsavbrytelse. Koden var brukt flere ganger per abort.	<i>Fødselshjelp og prosedyrer under svangerskap (Kapittel M)</i>
	11/3421 - DRG 477O Uvanlige kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekoder	Feil bruk av prosedyrekoden ACW99 Annen operasjon på perifer nerve.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>

