

# Årsrapport 2013

## Avregningsutvalgets arbeid med aktivitetsbasert finansiering 2012

November 2013



© Ojo/Johnér (illustrasjonsbilde)

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>1 OM AVREGNINGSUTVALGET</b> .....	<b>4</b>
<b>2 HOVEDTREKK FRA AVREGNINGSUTVALGETS ARBEID I 2013</b> .....	<b>6</b>
<b>3 ANBEFALINGER OG KONSEKVENSER FOR AKTIVITETSBASERT FINANSIERING 2012</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1 SAKSOMFANG OG ENDRINGER I AKTIVITETSBASERT FINANSIERING</b> .....	<b>8</b>
<b>3.2 VURDERINGER OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>9</b>
<b>4 TEKNISKE BEREGNINGER</b> .....	<b>21</b>
<b>5 VEDLEGG: ANBEFALING OM AVKORTING I ISF-UTBETALING 2000-2011</b> .....	<b>36</b>



## Forord

Denne rapporten legger fram en oversikt over Avregningsutvalgets kontrollarbeid i 2013 og anbefalingene til Helsedirektoratet om endringer i de aktivitetsbaserte utbetalingene til de regionale helseforetakene. Rapporten viser de økonomiske konsekvensene for pasientenes hjemstedskommuner basert på reglene for kommunal medfinansiering (KMF) av sykehustjenester.

Rapporten bygger på rettidig innrapporterte opplysninger om somatisk helsehjelp for innlagte pasienter, for dagkirurgi og dagbehandling, og for poliklinisk behandling til Norsk pasientregister for 2012.

Avregningsutvalget har i 2013 fulgt opp flere saker fra tidligere år, og det har arbeidet både med nye problemstillinger og med tema som utvalget har arbeidet med i tidligere år. Utvalget har konsultert kodefaglig ekspertise i enkelte spørsmål, og det har søkt å trekke opp grenser for regler og retningslinjer innenfor ordningen med Innsatsstyrt finansiering, kombinert med medisinsk fagkunnskap. Som rettesnor for konklusjonene i utvalget ligger også utvalgets beste fortolkning av de politiske intensjonene med finansieringsordningen for sykehusene. Under behandlingen av de nye sakene i 2013 var det konsensus om utvalgets anbefalinger.

Utvalget har vurdert medlemmenes habilitet innledningsvis for hver sak. Med bistand fra et kompetent og godt bemannet sekretariat, mener utvalget at sakene har vært behandlet på en forsvarlig måte.

Ett utvalgsmedlem har gått ut siden 2012 og vil bli erstattet i 2014.

Trondheim, 15. november 2013

Bjørn Buan (leder)  
Kathan Al-Azawy  
Marianne Altmann  
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 13 saker der spørsmål om riktig medisinsk koding, og dermed finansiering, ble reist. I 11 av sakene anbefalte utvalget avregning av aktivitetsbasert finansiering på totalt 68,8 millioner kroner.

Alle sakene som ble behandlet i 2013 ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helse- direktoratets avdelinger Økonomi og analyse (FIOA) og Finansiering og DRG (FIFI).

Anbefalingene har påvirkning både på Innsatsstyrt finansiering (ISF) og kommunal medfinansiering (KMF).

Tabell 1. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av aktivitetsbasert finansiering for 2012 fordelt etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

<b>Bostedsregion</b>	<b>Anbefalt avregning av aktivitetsbasert finansiering for 2012</b>
Sør-Øst	-57 312 902
Vest	-6 111 617
Midt-Norge	-3 552 544
Nord	-1 851 442
<b>Totalt</b>	<b>-68 828 504</b>

## 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.

### Endringer fra 2012

Innføringen av kommunal medfinansiering (KMF) fra 1.1.2012 påvirker ISF-ordningen både med hensyn til omfang og konkrete beregningsregler. Selv om ordlyden i Avregningsutvalgets mandat ikke er endret, vil innføringen av KMF konkret påvirke de tekniske beregninger av utvalgets anbefalinger. De to ordningene, ISF og KMF, innrettes slik at summen av den aktivitetsbaserte finansieringen for de to ordningene blir den samme som ISF-ordningen ville ha utgjort alene dersom KMF ikke ble innført.

### Arbeidsform

Avregningsutvalget arbeider uavhengig og foretar sine vurderinger på faglig grunnlag. Utvalget møtes som regel fem til seks 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](http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/isf/avregningsutvalget)

### Sammensetning

I behandlingen av avregningen for 2012 deltok følgende medlemmer:

Bjørn Buan (leder)	Medisinsk rådgiver	Trondheim
Kathan Al-Azawy	Avd.dir. Lungeavd.	Bergen
Marianne Altmann	Overlege nevrologi	Oslo
Arne Seternes	Overlege karkirurgi	Trondheim
August Bakke	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 Hovedtrekk fra Avregningsutvalgets arbeid i 2013

Under kontrollarbeidet i Avregningsutvalget kommer det fram forskjeller i offentlige utbetalinger som ikke kan forklares gjennom forskjeller ved pasienter eller befolknings-sammensetning. Gjennom saker som utvalget får til behandling, blant annet basert på analyser av ISF-data fra Norsk pasientregister, framkommer regionale forskjeller som kan bero på ulik medisinsk praksis, på forskjeller i pasientsammensetning, eller på forskjeller i registreringspraksis. Avregningsutvalget søker i sitt arbeid spesielt å avdekke feil og mangler ved registreringene, og gjennom sine korrigeringer anviser utvalget hvilken standard som bør gjelde.

Hovedbildet fra kontrollarbeidet i 2013 viser at det forekom for mange feil og uønskede forskjeller i registreringene mellom helseforetakene i mange av de sakene som utvalget fikk til behandling.

Under utvalgets arbeid i 2013 brukte utvalget en del tid på å avklare forhold omkring rehabilitering. En dokumentkontroll ved to behandlingssteder viste at praksis ikke var i overensstemmelse med kravene i ISF-regelverket. Registreringene tilsa at mer omfattende helsehjelp var gitt enn tilfellet var. Utvalget anbefalte betydelige avregninger for respektive helseregioner, i tråd med dagens regelverk. Utvalget fant likevel grunn til å bemerke at den helsehjelpen som ble gitt, var noe mer omfattende enn det nivå som de korrigerte registreringene skulle tilsi, og meddelte dette overfor Helsedirektoratet. I ettertid har utvalget notert at refusjonsreglene for gruppebasert rehabilitering fra 2014 vil bli mer i overensstemmelse med fagområdets praksis.

Utvalget fikk presentert en problemstilling om repeterte prosedyrer (tracheostomi) samme år og på samme pasient, som indikator på intensivbehandling. Hvert opphold utløste meget høye ISF-utbetalinger. Funnene indikerte en uvanlig medisinsk praksis, eller feil ved registreringer, som utvalget ønsket å utrede. Involverte sykehus ble tilskrevet, og nærmere analyser av pasientdata ble utført i tur og orden for hvert av oppholdene. Ekstern ekspertise ble også konsultert. Utredningen konkluderte med at en mindre andel av oppholdene var feilaktig registrert. Samlet førte et lite antall feilregistreringer til ugrunnede refusjoner svarende til nesten 9,5 millioner kroner. Utvalget hadde ikke grunn til å anta at feilregistreringene var planlagte handlinger, men et resultat av sviktende rutiner. Utvalget vil føye til at dagens indirekte løsning for registrering av intensivbehandling innebærer risiko for feilregistreringer. Utvalget vil derfor oppfordre til at berørte fagmiljøer inviteres til samarbeid med myndighetene om å utvikle bedre registreringer for intensivbehandling som underlag for framtidig aktivitetsbasert finansiering.

I 2013 behandlet utvalget flere saker der spørsmål om korrekt omsorgsnivå var hovedtema. I en sak viste det seg at en privat klinikk begrunnet sine feilregistreringer ved at kvaliteten på denne type data ikke hadde betydning for de regionale refusjonene som klinikken mottok. I to andre saker kom det fram at mindre omfattende medisinske behandlinger (sårskift og perkutane injeksjoner) var feilaktig registrert som dagkirurgi. Denne registreringspraksisen var forskjellig fra resten av landet.

Utvalget erkjenner at valg av omsorgsnivå for helsehjelp er under stadig utvikling, i takt med teknologisk utvikling, organisering av tjenestetilbud, og løsninger for pasient-



transport. Nye behandlinger løper nødvendigvis foran eksisterende medisinske kodeverk. ISF er ikke ment å finansiere forsknings- og utviklingsarbeid, men det er å håpe på at alle etablerte utrednings- og behandlingsmetoder er kodifisert i siste utgave av prosedyreklassifikasjonene.

Flere av sakene som utvalget behandlet i 2013 fikk konsekvenser for den kommunale medfinansieringen (KMF), eksempelvis ved at behandling registrert som kirurgi (inngår ikke i KMF), ble korrigert til ikke-kirurgisk behandling (inngår i KMF). Konsekvensene for KMF er nærmere beskrevet under de tekniske beregninger for hver enkelt sak. Feil ved registreringer vil kunne få uventede og merkbare konsekvenser for pasientenes hjemstedskommuner. Les mer om dette under Helsedirektoratets nettside om KMF-ordningen.<sup>1</sup>

ISF-andelen øker fra 40 prosent i dag, til 50 prosent neste år. Det vil stille ytterligere krav til at de medisinske registreringene holder en jevn og god kvalitet. Avregningsutvalget vil forsøke å avdekke uønsket utvikling i framtidig registreringspraksis på et tidlig stadium ved å fortløpende kontrollere tertialvise rapporteringer til Norsk pasientregister.

---

<sup>1</sup><http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering/Sider/default.aspx>

### 3 Anbefalinger og konsekvenser for aktivitetsbasert finansiering 2012

#### 3.1 Saksomfang og endringer i aktivitetsbasert finansiering

Avregningsutvalget har hatt seks arbeidsmøter i 2013. Møtested har vekslet mellom Værnes, Gardermoen og Flesland. Utvalget har i løpet av året behandlet 13 ordinære saker. I 11 av sakene har utvalget kommet fram til en anbefaling til Helsedirektoratet om avregning av aktivitetsbasert finansiering for 2012.

Fem av sakene er oppfølging av saker innmeldt og behandlet tidligere år: sak 13/4901 DRG 266O Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling, sak 13/5150 DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi, sak 13/4906 Oppfølging av sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8, sak 13/8909 Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed i 2012 og sak 13/4904 Flere registrerte episoder samme dag i ISF 2012.

Tabell 2. Ordinære saker behandlet i 2013. Sortert etter saksnummer.

Saksnr	Tittel
13/3827	Tannkirurgi og bruk av prosedyrekode <i>ECW99 Annen operasjon på gingiva eller processus alveolaris</i>
13/3833	Opphold i <i>DRG DD02</i> og koding av øyekirurgi som innleggelser
13/3902	<i>DRG 4590 Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling</i>
13/3904	<i>DRG 4610 Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>
13/3905	<i>DRG 482 og 483 Tracheostomi</i>
13/4163	<i>DRG 4620 Poliklinisk rehabilitering</i>
13/4395	Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode <i>Z50.89 Vanlig rehabilitering</i>
13/4901	DRG 266O Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling
13/4904	Flere registrerte episoder samme dag i ISF 2012
13/4906	Oppfølging av sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode <i>Z76.8</i>
13/5150	<i>DRG 268O Plastisk operasjon på hud &amp; underhud, dagkirurgi</i>
13/8909	Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed i 2012
13/999	Bruk av <i>Z75.1 Person som venter på omsorg/passende tilbud annet sted</i>

Alle sakene som ble behandlet i 2013 ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratets avdelinger Økonomi og analyse (FIOA) og Finansiering og DRG (FIFI).

Tabell 3. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av aktivitetsbasert finansiering for 2012 etter pasientenes bostedsregion og konsekvenser for ISF og KMF. Kroner.

Bostedsregion	ISF	KMF	SUM ABF
Sør-Øst	-40 650 036	-16 662 866	-57 312 902
Vest	-6 309 053	197 437	-6 111 617
Midt-Norge	-3 345 687	-206 858	-3 552 544
Nord	-1 912 507	61 066	-1 851 442
<b>Totalt</b>	<b>-52 217 283</b>	<b>-16 611 222</b>	<b>-68 828 504</b>

Avregningsutvalget anbefaler i 2013 avregninger som vil medføre en netto reduksjon i aktivitetsbasert finansiering på 68 828 504 kroner. Anbefalingene vil få konsekvenser for refusjoner til alle regionale helseforetak, jf. tabell 3.

Anbefalingene har påvirkning på både ISF og KMF. I noen av sakene vil anbefalingene øke andelen KMF.

### 3.2 Vurderinger og anbefalinger

Nedenfor presenteres de 13 referatsakene Avregningsutvalget har behandlet i 2013. I 11 av disse anbefalte Avregningsutvalget avregning overfor Helsedirektoratet.

#### **Sak 13/3827 Tannkirurgi og bruk av prosedyrekode ECW99 Annen operasjon på gingiva eller processus alveolaris**

Analyser av ISF-data viser at pasienter bosatt i Oppland og Hedmark hadde et stort antall opphold i *DRG 1690 Prosedyrer i munnhulen, dagkirurgisk behandling* sammenlignet med pasienter bosatt i andre fylker. De fleste oppholdene var ved Sykehuset Innlandet HF. Hyppigste hovedtilstandskoder var *K01.0 Retinert tann uten frembruddshinder* og *K01.1 Retinert tann med frembruddshinder fra annen tann*. Prosedyrekoden *ECW99 Annen operasjon på gingiva eller processus alveolaris* er hyppig brukt ved Sykehuset Innlandet. Denne koden brukes nesten ikke ved andre sykehus.

Avregningsutvalget ble bedt om å gjøre en vurdering av kodepraksis for tannbehandling ved sykehuset i Helse Sør-Øst RHF. Sekretariatet sendte brev til Helse Sør-Øst RHF med kopi til sykehuset og ba om en redegjørelse for behandlingspraksis, bruken av prosedyrekode *ECW99*, samt organisering av kirurgisk tannbehandling ved sykehuset.

I svaret fra sykehuset dokumenterer de behandlingen som ble gitt. De skriver også at de har endret kodepraksis og at prosedyrekode *ECW99* ikke lenger brukes.

I møtet 21. mai anbefalte Avregningsutvalget å avregne konsultasjoner gruppert til *DRG 169 O Prosedyrer i munnhulen, dagkirurgisk behandling* registrert med prosedyrekode *ECW99 Andre operasjoner på gingiva og processus alveolaris*. Sekretariatet ble bedt om å beregne ny refusjon for disse konsultasjonene uten prosedyrekode *ECW99* og lage en teknisk beregning basert på det.

I møtet 21. juni presenterte sekretariatet teknisk beregning for utvalget der konsultasjonene var gruppert på nytt uten prosedyrekode *ECW99*.

#### Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at konsultasjoner ved Sykehuset Innlandet gruppert til *DRG 1690 Prosedyrer i munnhulen, dagkirurgisk behandling* og registrert med prosedyrekode *ECW99 Andre operasjoner på gingiva og processus alveolaris* avregnes og gis refusjon lik konsultasjoner uten prosedyrekode *ECW99*.

### **Sak 13/3833 Opphold i DRG DD02 og koding av øyekirurgi som innleggelser**

I ISF-data for 2012 var 1 442 opphold gruppert til *DRG DD02 Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 2*. 66 prosent av disse var ved Aleris Helse Oslo. De 949 dagoppholdene ved Aleris var registrert med prosedyrekode (NCSP) *CKD05 Injeksjon av medikament i corpus vitreum* (611 opphold) og *CKC12 Transpupillær laserbehandling av lesjon i choroidea* (338 opphold). I 74 prosent av tilfellene var det kodet hovedtilstand *H35.3 Degenerasjon av makula og bakre pol*. Oppholdene var videre registrert med omsorgsnivå dagbehandling. Alle opphold har en varighet på seks timer.

En analyse av opphold med kombinasjonen hovedtilstandskode *H35.3* og prosedyrekode *CKD05* i ISF-data for 2012 viser at ved alle andre sykehus er oppholdene, med noen få unntak, kodet som polikliniske konsultasjoner. De aller fleste konsultasjonene hadde en varighet på under to timer.

Avregningsutvalget ble bedt om å vurdere om nevnte opphold er innlagte pasienter eller om de skulle vært registrert som polikliniske kontakter.

Sekretariatet sendte brev til Helse Sør-Øst RHF med kopi til sykehuset og ba om en redegjørelse for behandlingen som er gitt, en begrunnelse for tidsbruken og valg av omsorgsnivå. I svaret fra sykehuset beskriver de behandlingen som ligger bak registreringene. Det er praktiske årsaker som ligger til grunn for at oppholdene er registrert som innleggelser (dagopphold) og ikke polikliniske konsultasjoner. Registreringen har ingen økonomiske konsekvenser for sykehusets avtale med Helse Sør-Øst RHF. Årsaken til at alle opphold er registrert med en varighet på seks timer er av teknisk karakter og knyttet til innstillinger i det pasientadministrative systemet.

I møtet 21. mai anbefalte Avregningsutvalget å avregne dagopphold i *DRG DD02 Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 02* registrert som innleggelser mot refusjon for polikliniske konsultasjoner. Sekretariatet ble også bedt om å sjekke eventuelle ATC-koder registrert for disse oppholdene. I møtet 21. juni presenterte sekretariatet teknisk beregning i saken. Det var ingen ATC-koder registrert for disse oppholdene.

#### Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at dagopphold i *DRG DD02 Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 02* registrert som innleggelser avregnes og gis refusjon lik polikliniske konsultasjoner.

### **Sak 13/3902 DRG 4590 Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling**

Analyser viser at over halvparten av alle opphold i *DRG 4590 Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling* var registrert på pasienter bosatt i opptaksområdet til Helse Vest i 2010. I 2011 sank antallet og andelen, men steg kraftig igjen i 2012.

De aller fleste oppholdene i *DRG 4590* i Helse Vest var registrert ved Bergen legevakt, henholdsvis 142, 39 og 433 i 2010, 2011 og 2012. Oppholdene var i hovedsak registrert med poliklinisk omsorgsnivå. De hyppigst registrerte hovedtilstandskoder ved legevakten i 2012 var *T23.2 Brannskade av 2. grad på håndledd og hånd*, *T30.2 Brannskade av 2.*

*grad, uspes kroppsregion, T25.2 Brannskade av 2. grad på ankel og fot og T21.2 Brannskade av 2. grad på trunkus.* 31 prosent av alle opphold kodet med hovedtilstandskode T23.2 i Norge var registrert ved Bergen legevakt, uavhengig av DRG-plassering.

De hyppigst registrerte NCSP-kodene ved legevakten i 2012 var *QCD 10 Revisjon av brannskade på overekstremitet, QDD 10 Revisjon av brannskade på underekstremitet, QBD 10 Revisjon av brannskade på trunkus og QAD 10 Revisjon av brannskade på hode eller hals.* 60 prosent av alle opphold registrert med *QCD 10* i Norge var registrert ved Bergen legevakt. Ingen NCMP-koder var registrert.

Etter henvendelse fra Avregningsutvalgets sekretariat har Bergen legevakt redegjort for sin organisering, kodepraksis og behandlingstilbud. Legevakten har lokalsykehusansvar for skadehåndtering. 3. gradsforbrenninger henvises til Haukeland, mens Bergen legevakt hovedsakelig behandler overfladiske og dype 2. grads brannskader. Variasjonen mellom 2010, 2011 og 2012 skyldes at ulike personer har vært ansvarlige for kodingen. De ansvarlige har på ulik måte vektlagt hva som ble gjort av sårbehandling og revisjon. Koden for større sårskift ble i 2010 og 2012 ikke oppfattet som dekkende, og man brukte derfor koden for revisjon i stedet. Konsekvensen har vært at koden for revisjon ikke er brukt når man faktisk har gjort det, og omvendt, at man har brukt koden, men ikke utført prosedyren. Legevakten ser at DRG-vekten i mange tilfeller ikke står i forhold til ressursbruken og har varslet om at de vil endre kodepraksisen.

#### Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i *DRG 4590* i Helse Vest RHF/Bergen legevakt avregnes ved at andelen opphold med kode for sårskift settes lik landsgjennomsnittet.

### **Sak 13/3904 DRG 4610 Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling**

Analyser viser at Sykehuset i Vestfold (SiV) skiller seg ut når det gjelder kombinasjon av ICD-10- og NCSP-koder i *DRG 4610 Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling*. Alle opphold i aktuelle DRG ved sykehuset var kodet med *R52.2 Annen kronisk smerte* som hovedtilstandskode og *ACW99 Annen operasjon på perifer nerve* som prosedyrekode. Øvrige sykehus har kodet hovedtilstand med Z-kode og hovedsakelig hentet prosedyrekode fra kapittel N Bevegelsesapparatet i NCSP.

De fleste oppholdene ved SiV var registrert ved Smertebehandlingseksjonen og kodet som omsorgsnivå dagbehandling. Videre hadde oppholdene verken bitilstands- eller NCMP-koder og heller ingen NCSP-koder i tillegg til ACW99.

Sekretariatet sendte brev til Helse Sør-Øst RHF/SiV HF og ba om en redegjørelse for kodepraksis og behandlingstilbud for opphold gruppert til *DRG 4610*. SiV opplyste om at SINTEF Helse ble orientert om kodepraksisen i 2006. I behandlingen foretas inngrep på en eller flere perifere nerver, enten i form av kryoablasjon av nerve eller radiofrekvensdenervering. Inngrepet gjøres etter forutgående diagnostikk med medikamentell blokkade og er forbeholdt pasienter med alvorlige kroniske smerter som er tidligere er forsøkt behandlet med andre metoder. Virkningen av inngrepet har en varighet på 3-6 måneder og må derfor gjentas regelmessig. Inngrepet gjøres i dyp sedasjon, krever tilstede-

værelse av anestesipersonell for overvåkning og sedasjon av pasienten og tar 60-90 minutter. Pasientene må deretter overvåkes 3-4 timer.

På bakgrunn av svaret fra SiV ønsket Avregningsutvalget å undersøke om NCMP-kode *ACGX99* bør brukes i stedet for *ACW99*. Sekretariatet kontaktet derfor kodeverksteamet i avd. statistikk og kodeverk i Helsedirektoratet (tidl. KITH) og ba om en vurdering av kodepraksisen ved SiV.

Helsedirektoratets vurdering var *ACGX99* skal brukes i stedet for *ACW99*. Denne koden ble innført med NCMP 1.1.2006. SiV begynte sin behandling av denne typen i 3. tertial samme år, så riktig kode var tilgjengelig på oppstartstidspunktet. SINTEF Helse, PaFi har ikke veiledet om dette da de mottok melding om den nye behandlingen fra SiV i 2006. Selve prosedyren er antagelig et perkutant innstikk med en nåleelektrode. I redegjørelsen står det ingen ting om at de blottlegger nerven. I så fall er det ingen kirurgisk prosedyre. *ZXC 50 Kryokirurgi* kan en ikke legge til *ACGX99* når det ikke kalles en operasjon, ellers skulle den vært med. Man burde imidlertid hatt med *WDAJ15 Dyp sedering*.

Sekretariatet skrev etter møtet 21. juni brev til Helse Sør-Øst RHF/Sykehuset i Vestfold HF og informerte om Avregningsutvalgets og Helsedirektoratets vurdering av kodepraksisen, slik at de fikk mulighet til å komme med tilsvaret før møtet 13. september. I tilsvaret fra Sykehuset i Vestfold 6.9.13 informerte fagmiljøet ved sykehuset om at de var grunnleggende uenig i Avregningsutvalgets beslutning og argumenterte ytterligere for sin kodepraksis. Avregningsutvalget tok tilsvaret til etterretning, men ønsket å beholde vurderingen som ble gjort på møtet 21. juni.

#### Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at Helse Sør-Øst RHF/Sykehuset i Vestfold HF avregnes. Avregningen vil være lik differansen mellom opprinnelig refusjon for *DRG 4610* og refusjon beregnet ved regruppering med NCMP-kode *ACGX99* i stedet for NCSP-kode *ACW 99*. ICD-10-kode for hovedtilstand vil fortsatt være *R52.2 Annen kronisk smerte*. Avregningen fordeles på de regionale helseforetakene etter pasientenes bostedsregion.

### **Sak 13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi**

Analyser av personidentifiserbare data viste at noen pasienter er kodet med NCSP-kodene *GBB00 Tracheostomi* og *GBB03 Perkutan tracheostomi* to eller flere ganger per år.

Registrering av *GBB00 Tracheostomi* og *GBB03 Perkutan tracheostomi* fører opphold inn i *DRG-ene 482 Tracheostomi ved sykdommer i ansikt, munnhule eller hals* og *483 Tracheostomi ekskl for sykd i ansikt, munnhule eller hals*, avhengig av lokalisasjon. Vekt for *DRG 482* var 10,000 i 2012, mens den var 25,093 for *DRG 483*.

1 358 opphold ble gruppert til de aktuelle DRG-ene i 2012. Oppholdene fordelte seg på 1 309 unike pasienter. Av disse var det 44 pasienter som var registrert med to eller tre tracheostomikoder i løpet av året – enten ved samme eller ved ulike helseforetak/rapporteringsenheter. Et trekk ved pasientforløpene var at Oslo universitetssykehus gjerne registrerte det første oppholdet til pasienten, og at pasienten deretter ble overført til et annet sykehus som også registrerte kodene *GBB00/GBB03*.

Sekretariatet har sendt brev til institusjoner som hadde pasienter registrert med to eller flere tracheostomier i 2012 og ba om bekreftelse på at tracheostomi faktisk var utført. Avregningsutvalget har gått gjennom de innkomne redegjørelsene og vurdert om oppholdene skal kodes med eller uten tracheostomikode og om det skal kodes for revisjon/skifte av tracheostomi (*GBB13 Revisjon av tracheostomi*). Da det ikke finnes gitte kriterier for når den andre av to tracheostomier skal regnes som ny tracheostomi eller retracheostomi ble Avdeling statistikk og kodeverk i Helsedirektoratet kontaktet. Deres vurdering var at det ikke er mulig å definere et skille mellom en (ny) tracheostomi og en revisjon av tracheostomi ved hjelp av antall dager siden forrige tracheostomi. Egenskaper ved pasientene, som for eksempel alder, komorbiditet og medikamenter gjør at tiden for sårtilheling varierer. Der det gjøres en ny traceostomi skal hullet være grodd og en gjør en prosedyre som ved en helt ny tracheostomi. Der kanalen (evt fistelen) fra hud til trachea ikke er helt grodd kan en forholde seg til en enklere prosedyre og definere dette som en revisjon av en tracheostomi.

I sin gjennomgang av de aktuelle pasientene la utvalget denne vurderingen til grunn.

#### Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold som er feilkodet avregnes. Dette er opphold hvor pasienten enten ikke er tracheostomert eller hvor kode for retracheostomi skulle vært benyttet i stedet. Oppholdene regruppes med korrekte koder. Avregningen fordeles på de regionale helseforetakene etter pasientenes bostedsregion.

### **13/4163 DRG 4620 Poliklinisk rehabilitering**

Avregningsutvalget anbefalte i 2012 dokumentkontroll ved to private klinikker i Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF. Den ene er en privat klinikk med anbudsavtale med Helse Sør-Øst RHF, mens den andre er å regne som en offentlig poliklinikk med et avtafefestet tilskudd fra Helse Midt-Norge RHF. Bakgrunnen for ønsket om dokumentkontroll var at utvalget mente behandlingsopplegget og begrunnelsen for endring av kodepraksis i 2011 ved de to institusjonene ikke var tilstrekkelig dokumentert. Resultatene fra dokumentkontrollen ble presentert på Avregningsutvalgets møte 31. januar 2013.

Utvalget ønsket også å se statistikk over omfanget av poliklinisk rehabilitering i landet som helhet. På utvalgets møte i mai presenterte sekretariatet tall for *DRG 4620 Poliklinisk rehabilitering* og hovedtilstandskode *Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak* fordelt på institusjon og RHF. På møtet 21. juni viste sekretariatet oversikt over antall polikliniske rehabiliteringskonsultasjoner per pasient og utvikling i bitilstandsgrupper for opphold med *Z50.9* som hovedtilstand for landets institusjoner og RHF.

Sekretariatet har bedt institusjonene med flest konsultasjoner i *DRG 4620* om å redegjøre for behandlingsopplegg og kodepraksis. Utvalget gikk gjennom redegjørelsene og vurderte dem opp mot reglene for koding av poliklinisk rehabilitering i ISF-regelverket for 2012.

#### Anbefaling:

Avregningsutvalget har etterspurt og mottatt redegjørelse for en rekke polikliniske rehabiliteringstilbud fra ulike institusjoner hvor oppholdene er kodet med *Z50.9* som hovedtilstand. Tilbudene er gjennomgående grundig beskrevet. Ut fra dokumentasjonen

fyller ikke disse tilbudene kravene til bruk av Z50.9, hovedsakelig fordi tilbudene er mer gruppebaserte og mindre individuelt rettet enn det ISF-regelverket krever. Tilbudene oppfattes imidlertid mer omfattende enn vanlig gruppebasert pasientopplæring, som er den alternative grupperingen. De aktuelle tilbudene synes å være etterspurt av eier. Avregningsutvalget anbefaler derfor at Helsedirektoratet ytterligere avklarer regelverket omkring denne type behandlingstilbud hva angår finansieringsordningen.

### **Sak 13/4395 Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89 Vanlig rehabilitering**

Denne saken dreier seg om polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89 *Vanlig rehabilitering* og takst for egenandel 201b. Konsultasjonene er gruppert til DRG 462B *Rehabilitering, vanlig*. I følge ISF-regelverket skal poliklinisk rehabilitering registreres med hovedtilstandskode Z50.9 *Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak*. Avregningsutvalget er bedt om å vurdere om det er registrert feil hovedtilstandskode for disse konsultasjonene.

Sekretariatet sendte brev til RHF som har institusjoner med mer enn ti polikliniske konsultasjoner gruppert til DRG 462B *Rehabilitering, vanlig*. I møtet 21. juni ble saken diskutert i lys av innkomne svar. De fleste tilskrevne sykehus har svart at dette er feilkoding av hovedtilstandskode. Av disse har mange oppgitt hva som er riktig kode. Noen få har skrevet at det er riktig hovedtilstand, men feil omsorgsnivå. Sekretariatet presenterte to mulige metoder for avregning. Utvalget ønsket mer informasjon om konsekvensene av de ulike metodene. I møtet 13. september presenterte sekretariatet teknisk beregning basert på et av to presenterte alternativ. Utvalget diskuterte metoder for teknisk beregning av avregning og ønsket at sekretariatet jobbet videre med mulig teknisk beregning. I møtet 10. oktober landet utvalget på en anbefaling der konsultasjoner med hovedtilstand Z50.89 *Vanlig rehabilitering* avregnes og gis refusjon lik konsultasjoner med hovedtilstand Z50.9 *Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak*.

#### Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at konsultasjoner med hovedtilstand Z50.89 *Vanlig rehabilitering* avregnes og gis refusjon lik konsultasjoner med hovedtilstand Z50.9 *Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak*.

### **Sak 13/4901 DRG 2660 Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling**

Avregningsutvalget følger hvert år opp saker der utvalget tidligere har kommet med en anbefaling.

I 2012 behandlet Avregningsutvalget sak 12/3204 DRG 2660 *Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi*. Saken ble meldt inn av Helsedirektoratet og omhandlet opphold gruppert til DRG 2660 og bruk av NCSP-koden ZZR00 *Hudlapp*. Prosedyrekoden er i stor grad avgjørende for om et opphold grupperes til DRG 2660. Helsedirektoratet tok Avregningsutvalgets anbefaling til følge i avregningen for 2012. Se for øvrig Avregningsutvalgets årsrapport 2012.



Antall opphold for pasienter bosatt i regionene Sør-Øst og Vest gruppert til DRG 2660 gikk ned fra 2011 til 2012. Per innbygger hadde Helse Vest den høyeste andelen opphold i DRG 2660 i 2012, fulgt av Helse Sør-Øst.

Fordelt på sykehus var det antall opphold ved Sykehuset Telemark og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus som gikk mest ned. Det var disse to institusjonene som var i fokus i tilsvarende sak for ISF 2011. Andre sykehus med mange opphold i 2012 var Stavanger universitetssykehus, Oslo universitetssykehus og Haukeland universitetssykehus.

Ved Stavanger universitetssykehus (SUS) var de fleste oppholdene registrert ved 4200 Hudavdelingen (434 opphold) og 1800 Plastikk- og håndkirurgisk avdeling (155). Hyppigst registrerte hovedtilstandskoder ved SUS i 2012 var C44.3 Hud i andre og uspesifiserte deler av ansikt (245 opphold), C44.5 Hud på trunkus (38), L73.2 Purulent hidradenitt (31) og C44.4 Hud i hodebunn og på hals (28). Det var registrert få bitilstandskoder, mens 274 opphold var kodet med NCMP-kode WDAL05 Infiltrasjon for lokalanestesi. Vanligste NCSP-koder var QAE10 Eksisjon av hudlesjon på hode eller hals (364 opphold), QBE10 Eksisjon av hudlesjon på trunkus (86) og QDE10 Eksisjon av hudlesjon på underkstremitet (49). Tilleggskodene ZZR00 Hudlapp og ZZA50 Fullhudstransplantat var registrert på henholdsvis 449 og 51 av oppholdene.

Sekretariatet sendte brev til Helse Vest RHF/SUS HF og ba om en begrunnelse for valg av tilstands- og prosedyrekoder og en utdypende beskrivelse av behandlingen som ble gitt.

SUS redegjorde for sin kodepraksis i brev av 18.6.13. Antall opphold ved hudavdelingen gjenspeiler kompetansen ved avdelingen. Videre skrev avdelingen at de hadde hatt interne faglige diskusjoner om bruk av ZZR00 og at de ved henvendelse til KITH i februar 2012 hadde fått beskjed om ZZR00 kun skal brukes når det ikke er mulig å lukke huden uten at man har underminert et så stort område at alternativet hadde vært hudtransplantat. Koden må alltid dokumenteres i operasjonsbeskrivelse. Andre behandlingssteder bruker gjerne enklere kirurgiske metoder enn hudavdelingen ved SUS. Avtalespesialister og private sykehus gjør mye av denne behandlingen i andre områder av landet. Grunnen til at prosedyren brukes er for å unngå dårlig kosmetisk resultat, tensjon av vevet på feil sted og funksjonspåvirkning av leddet. Dette innebærer stor flytting av vev og bruk av kode ZZR00.

Med bakgrunn i vurderingene som ble gjort i 2012, samt innsendte redegjørelser fra aktuelle institusjon i år, fant Avregningsutvalget ikke grunnlag for at koding og medisinsk praksis ved Stavanger universitetssykehus skulle være vesentlig ulik øvrige sykehus.

På møtet 21. mai ble det besluttet at også Helse Vest RHF/Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus og Helse Sør-Øst/Sykehuset Telemark HF skal avregnes etter samme metode som for ISF 2011.

#### Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at Helse Vest RHF/Stavanger universitetssykehus HF/Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus og Helse Sør-Øst RHF/Sykehuset Telemark HF avregnes etter samme metode som for ISF 2011. Det innebærer at avregningen gjøres ved at andel opphold hvor ZZR 00 brukes settes til landsgjennomsnittet.

**Sak 13/4904 Flere registrerte episoder samme dag i ISF 2012**

Dette er en videreføring av sak 12/5893 *Flere registrerte episoder samme dag* som behandlet ISF-data 2011. Den gang kom Avregningsutvalget fram til følgende 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.»

Analyser av ISF-data for 2012 viste at ved Oslo universitetssykehus var 6,3 prosent av alle episoder var på samme dag som en annen i 2012. Gjennomsnittet for alle sykehus var 1,9, mens gjennomsnittet for universitetssykehus uten OUS var 1,5.

Sekretariatet sendte brev til alle sykehus som hadde andel episoder samme dag over gjennomsnittet for alle sykehus (1,9). I brevet ble det bedt om svar på hvorfor andelen konsultasjoner registrert på samme dag er høyere enn landsgjennomsnittet, samt en redegjørelse for behandlingen som ble gitt ved konkrete eksempler. Svarfrist var satt til 5. august.

På møtet 21. juni presenterte sekretariatet teknisk beregning av avregningsforslag for OUS etter samme modell som året før. Utvalget ønsket å avvente avregning av OUS i tilfelle svarene fra de øvrige sykehusene endrer landsgjennomsnittet.

I møtet 13. september presenterte sekretariatet en oppsummering av svarene fra de tilskrevne sykehusene. Utvalget mente at svarene fra sykehusene var gode. Sykehusene har en god praksis med å samordne konsultasjoner til beste for pasientene. Det er imidlertid behov for at Helsedirektoratet kommer med presiseringer i regelverket når det gjelder preoperativ poliklinikk. Gjennomgangen viser at problemstillingen ved OUS er unik og at det ikke er grunn til å endre på landsgjennomsnittet eller metoden for avregning fra i fjor.

Utvalget ønsket imidlertid å avregne konsultasjoner ved Molde sjukehus der de har doble konsultasjoner innenfor ØNH som følge av fysisk avstand mellom to av sykehusets avdelinger. Fysiske avstander er ikke grunn til å registrere doble konsultasjoner.

**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.

Avregningsutvalget anbefaler at ISF-refusjon for ØNH-konsultasjoner registrert på samme dag med samme tilstandskode, men med ulik avdelingskode, ved Molde sjukehus, avregnes.

Avregningsutvalget anmoder Helsedirektoratet om å presisere regelverket når det gjelder preoperativ poliklinikk.

**Sak 13/4906 Oppfølging av sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8**

I arbeidet med ISF-data for 2011 kom Avregningsutvalget fram til følgende 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.»

Analyser av ISF-data for 2012 viste at antall opphold med Z76.8 som hovedtilstandskode ved Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF gikk ned fra 2011 til 2012, men at de fortsatt hadde et stort antall opphold registrert med koden. Avregningsutvalget anbefaler avregning på samme måte som for ISF 2011.

Fra 2013 ekskluderes opphold kodet med Z76.8 fra ISF gjennom eksklusjonsgrunn 29 i NPK. Se for øvrig Avregningsutvalgets årsrapport 2012

**Anbefaling:**

Konsultasjoner kodet med hovedtilstandskode Z76.8 ved Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF avregnes i ISF 2012, basert på samme metode som for ISF 2011. Avregningen fordeles på pasientregion.

**Sak 13/5150 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi**

Avregningsutvalget følger hvert år opp saker der utvalget tidligere har kommet med en anbefaling.

I 2011 behandlet Avregningsutvalget sak 11/2832 DRG 2680 *Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi*. Saken ble meldt inn av Helsedirektoratet og omhandlet vekst i antall opphold i DRG 2680 fra 2009 til 2010 ved Stavanger universitetssykehus HF (SUS). Årsaken til veksten var endring i kodepraksis ved Hudavdelingen. Etter anbefaling fra Avregningsutvalget ble det iverksatt dokumentkontroll av opphold gruppert til DRG 2680 ved SUS. Kontrollen ble utført av KITH. Kort oppsummert konkluderte KITH med at behandling med laser, IPL (Intense Pulsed Light) og PDT (PhotoDynamic Therapy) feilaktig var kodet som kirurgiske operasjoner. Helsedirektoratet tok anbefalingen fra utvalget til følge i ISF-avregningen for 2010. Se for øvrig Avregningsutvalgets årsrapport 2011.

Antall opphold for pasienter bosatt i regionene Midt-Norge, Sør-Øst og Nord gruppert til DRG 2680 gikk opp fra 2011 til 2012, mens antallet gikk ned i Vest. Per innbygger hadde Helse Midt-Norge den høyeste andelen opphold i DRG 2680 i landet i 2012.

Stavanger universitetssykehus endret kodepraksis etter at konklusjonen fra dokumentkontrollen og anbefalingen fra Avregningsutvalget ble kjent og hadde derfor nedgang i DRG 2680 fra 2011 til 2012. Institusjoner med mange opphold i DRG 2680 i 2012 var

Teres Stokkan (tidl. Klinikk Stokkan) og St Olavs hospital HF i Helse Midt-Norge RHF. Disse institusjonene var i hovedsak registrert med andre NCSP-koder enn Stavanger universitetssykehus i 2010.

Ved St. Olavs hospital var de fleste oppholdene i DRG 2680 registrert ved avdelingene 1443 Plastikkirurgisk dagkirurgi og 1468 Plastikkirurgisk poliklinikk. De hyppigst registrerte hovedtilstandskodene var *C43.x Malignt melanom i hud*, *C44.x Andre ondartede svulster i hud*, samt *D48.5 Svulst med usikkert eller ukjent malignitetspotensial med annen og uspesifisert lokalisasjon - Hud* og *L91.0 Hypertrofisk arr*. Oftest registrerte NSCP-koder var *QAE35 Rekonstruksjon ved huddefekt på hode eller hals etter kirurgi eller skade*, *QAE10 Eksisjon av hudlesjon på hode eller hals* og *QBE35 Rekonstruksjon ved huddefekt på trunkus etter kirurgi eller skade*. Ved Teres Stokkan var over halvparten av oppholdene kodet *D48.5* som hovedtilstand, mens andre hadde en av kodene i *C44.x*. Når det gjelder NCSP-koder var *QAE10*, *QAE35*, *QBE35* og *QBE10 Eksisjon av hudlesjon på trunkus* hyppigst registrert.

Sekretariatet sendte brev til Helse Midt-Norge RHF med kopi til St Olavs hospital HF og Teres Stokkan og ba om en begrunnelse for valg av tilstands- og prosedyrekoder og en utdypende beskrivelse av behandlingen som ble gitt.

St Olavs hospital svarte at Plastikkirurgisk avdeling, sammen med Teres Stokkan, har ansvar for operasjoner av all hudkreft i Midt-Norge. *QxE35* brukes ved fjerning av større lesjoner som er en ressurskrevende prosedyre. St Olavs har tidligere vært i dialog med KITH med spørsmål om bruk av *QWW99 Annen reoperasjon etter inngrep på hud* ved reeksisjoner. Svaret var at en reoperasjon skal være direkte relatert til det opprinnelig inngrepet. St Olavs valgte derfor å bruke *QxE35* ved større eksisjoner og bruk av teknikker som betydelig underminering, hudlapptechnik og hudtransplantat.

Til Teres Stokkan blir pasienter henvist fra avtalespesialister, offentlige sykehus og primærleger på grunn av lesjoner i hud, underhud og dypere strukturer. Pasientene har hudtumor/hudkreft i ansiktet eller føflekkreft som krever større fjerninger med lappeteknikk eller hudtransplantasjon. Behandlingen er utelukkende kirurgisk og inkluderer eksisjoner, evt. i kombinasjon med lokal lappeteknikk eller hudtransplantasjon. Institusjonen følger nasjonale retningslinjer vedrørende krav til fri kant ved eksisjon av maligne tilstander. De bruker et vidt spekter av lappeteknikker. Inngrepet kodes som rekonstruksjon i tillegg til selve fjerningen av hudtumoren.

Etter å ha vurdert de innsendte redegjørelsene fra de to institusjonene, fant Avregningsutvalget ikke grunnlag for at koding og medisinsk praksis ved St Olavs hospital og Teres Stokkan skulle være vesentlig ulik øvrige sykehus.

#### Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at Helse Midt-Norge RHF avregnes ved at andel opphold i DRG 2680 settes til landsgjennomsnittet. Avregningen fordeles på de regionale helseforetakene etter pasientenes bostedsregion.

### **Sak 13/8909 Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed i 2012**

I 2012 behandlet Avregningsutvalget sak 12/5616 *Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed*. Saken ble meldt inn av Helsedirektoratet og omhandlet vekst i antall døgnopphold av kort varighet fra 2010 til 2011. 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. Anbefalingen fra 2012 lød: «*Basert på den innsendte dokumentasjonen fra Klinikk fysikalsk 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.*» Ett av utvalgsmedlemmene tok dissens fra Avregningsutvalgets anbefaling.

Analyser av 2012-data viste at DRG-er og tilstandskoder ved døgnopphold av en til tre dagers varighet var sammenlignbare med 2011-data. I tillegg vises det til brev av 15.2.13 fra Sykehuset i Vestfold HF til Helsedirektoratet, der foretaket informerte om at de fortsatt ville kode de aktuelle oppholdene med omsorgsnivå døgn.

#### Anbefaling:

Basert på analyser av ISF 2012 for SiV Klinikk FysMed, samt korrespondanse om registrering og koding av korte døgnopphold med Sykehuset i Vestfold, anbefaler Avregningsutvalget avregning på samme måte som for ISF 2011. Det vil si at behandlingstilbudet i de korte døgnoppholdene oppfattes som hovedsakelig gruppebasert pasientopplæring. Avregning gjøres ved at oppholdene grupperes som gruppebehandling med poliklinisk omsorgsnivå. Hovedtilstandskodene beholdes.

### **13/999 Bruk av tilstandskoden Z75.1 Person som venter på omsorg/ passende tilbud annet sted**

Helsedirektoratet har meldt inn bruk av hovedtilstandskode *Z75.1 Person som venter på omsorg/passende tilbud annet sted* som sak for Avregningsutvalget på bakgrunn av registrert vekst i bruk av koden fra 2011 til 2012. Som hovedtilstand er koden i hovedsak brukt ved Stavanger universitetssykehus de to første tertialene av 2012. De aktuelle pasientene ved SUS avsluttet sykehusoppholdet ved avd. 5810 Utskrivningsklare pasienter før de ble sendt hjem, til aldershjem eller annen institusjon. I blant blir avdelingsopphold med hovedtilstandskode *Z75.1* vinnende eller bærende opphold i et aggregert sykehusopphold. Slike opphold blir gruppert til *DRG 467 Påvirkninger på helsetilstander ITAD*.

Avregningsutvalget ble bedt om å vurdere kodepraksis for bruk av hovedtilstandskode *Z75.1*. Hvis det er korrekt praksis for utskrivningsklare pasienter bør utvalget vurdere om aggregeringsregelen bør endres.

Utvalget konkluderte med at det er feil at ISF-refusjon styres ut fra denne koden og anbefalte Helsedirektoratet å endre DRG-logikken. Det bør videre vurderes å gjøre noe med aggregeringsreglene for Z-koder generelt.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler Helsedirektoratet å endre aggregeringsreglene for sykehusopphold som inkluderer avdelingsopphold med Z75.1 som hovedtilstandskode. I tillegg anbefales det en gjennomgang av aggregeringsreglene for alle Z-koder.

## 4 Tekniske beregninger

Nedenfor beskrives tekniske beregninger for sakene hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av aktivitetsbasert finansiering for 2012. Aktivitetsbasert finansiering er summen av ISF og KMF. Det vil si at aktivitetsbasert finansiering i 2012 vil tilsvare det ISF ville vært hvis KMF ikke ble innført. Utrekningene i dette kapittelet er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2012*.

Aktivitetsbasert finansiering beregnes på følgende måte:

$$\text{ISF} + \text{KMF} = \sum \text{Korrigerde DRG-poeng} * \text{enhetspris} * \text{refusjonssats (40 \%)}$$

ISF-refusjon for 2012 beregnes etter følgende formel:

$$\sum \text{Korrigerde DRG-poeng} * \text{enhetspris (38 209 kr)} * \text{refusjonssats (40 \%)} - \text{KMF}$$

Andel KMF beregnes slik:

$$\sum \text{Poeng}^2 * \text{enhetspris}^3 * \text{refusjonssats (20 \%)}$$

### Sak 13/3827 Tannkirurgi og bruk av prosedyrekode ECW99 Annen operasjon på gingiva eller processus alveolaris

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2012 i sak 13/3827 *Tannkirurgi og bruk av prosedyrekode ECW99 Annen operasjon på gingiva eller processus alveolaris* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 21.6.2013.

Ny korrigeret vekt (DRG-poeng) er beregnet manuelt ut fra programvaren NICE basert på registrert hovedtilstandskode og ev. annen prosedyrekode som ikke er *ECW99*.

Anbefalt avregning av aktivitetsbasert finansiering vil være 679,566 DRG-poeng eller **10 386 215 kr**. Tabell 5 viser konsekvenser for ISF og KMF.

Tabell 4. Teknisk beregning i sak 13/3827 Tannkirurgi og bruk av NCSP-kode ECW99 Andre operasjoner på gingiva og processus alveolaris. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

Bostedsregion	Antall konsultasjoner	Opprinnelig DRG-poeng	Beregnet DRG-poeng	Differanse	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	2 209	751,06	75,202	675,858	-10 329 543
Helse Vest	3	1,02	0,093	0,927	-14 168
Helse Midt-Norge	8	2,72	0,248	2,472	-37 781
Helse Nord	1	0,34	0,031	0,309	-4 723
<b>SUM</b>	<b>2 221</b>	<b>755,14</b>	<b>75,574</b>	<b>679,566</b>	<b>-10 386 215</b>

<sup>2</sup>  $\sum$ Poeng er summen av korrigerde DRG-poeng per innleggelse eller poliklinisk konsultasjon i beregningsgrunnlaget for ordningen, oppad begrenset til 4 per opphold.

<sup>3</sup> For KMF reguleres enhetsprisen i forskrift om kommunal medfinansiering.

Tabell 5. Anbefalt avregning i sak 13/3827 Tannkirurgi og bruk av NCSP-kode ECW99 Andre operasjoner på gingiva og processus alveolaris. ISF 2012.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF (kr)	Anbefalt avregning KMF (kr)
Helse Sør-Øst	-10 845 946	516 402
Helse Vest	-14 879	711
Helse Midt-Norge	-39 676	1 895
Helse Nord	-4 960	237
<b>SUM</b>	<b>-10 905 460</b>	<b>519 245</b>

### Sak 13/3833 Opphold i DRG DD02 og koding av øyekirurgi som innleggelser

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2012 i sak 13/3833 *Opphold i DRG DD02 og koding av øyekirurgi som innleggelser* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 21.6.2013.

Ny korrigert vekt (DRG-poeng) er beregnet manuelt ut fra programvaren NICE basert på registrerte hovedtilstands- og prosedyrekoder, men som polikliniske konsultasjoner.

Anbefalt avregning av aktivitetsbasert finansiering vil være 85,41 DRG-poeng eller **1 305 372 kr**, jf. tabell 6. Tabell 7 viser konsekvensene for ISF og KMF.

Tabell 6. Teknisk beregning i sak 13/3833 Opphold i DRG DD02 og koding av øyekirurgi som innleggelser. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

Bostedsregion	Antall konsultasjoner	Opprinnelig DRG-poeng	Beregnet DRG-poeng	Differanse	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	948	118,500	33,180	-85,32	-1 303 997
Helse Vest	1	0,125	0,035	-0,09	-1 376
Helse Midt-Norge					0
Helse Nord					0
<b>SUM</b>	<b>949</b>	<b>118,625</b>	<b>33,215</b>	<b>-85,41</b>	<b>-1 305 372</b>

Tabell 7. Anbefalt avregning i sak 13/3833 Opphold i DRG DD02 og koding av øyekirurgi som innleggelser. Konsekvenser for ISF og KMF 2012.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF (kr)	Anbefalt avregning KMF (kr)
Helse Sør-Øst	-651 998	-651 998
Helse Vest	-688	-688
Helse Midt-Norge	0	0
Helse Nord	0	0
<b>SUM</b>	<b>-652 686</b>	<b>-652 686</b>



### Sak 13/3902 DRG 4590 Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2012 i sak 13/3902 DRG 4590 Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 21.6.2013.

Bergen legevakt avregnes ved at refusjon per opphold settes lik landsgjennomsnittet. Beregningen er utført ved å ta utgangspunkt i andel opphold i hhv DRG 4590 og 9220 Behandling av brannskader uten signifikant prosedyre av summen av de to DRG-ene i landet som helhet.

På landsbasis er andelen i DRG 4590 8 prosent og i DRG 9220 92 prosent. Opprinnelig andel i DRG 4590 ved Bergen legevakt var 79 prosent. Ny refusjon for Bergen legevakt er regnet ut ved å gi 45 opphold vekt for DRG 4590 (0,519) og 500 opphold vekt for DRG 9220 (0,027). Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og ny refusjon.

Anbefalt avregning av aktivitetsbasert finansiering vil være 191,1 DRG-poeng eller 2 921 312 kr, jf. tabell 8. Tabell 9 viser anbefalt avregning fordelt på pasientenes bostedsregion. Tabell 10 viser konsekvensene for ISF og KMF.

Tabell 8. Teknisk beregning i sak 13/3902 DRG 4590 Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling for Bergen legevakt. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

DRG	Opprinnelig antall	Opprinnelig DRG-poeng	Opprinnelig refusjon	Nytt antall	Nye DRG-poeng	Ny refusjon	Anbefalt avregning (kr)
4590	433	224,7	3 434 638	45	23,1	353 010	-3 081 628
9220	112	3,0	46 218	500	13,5	206 533	160 316
<b>SUM</b>	<b>545</b>	<b>227,8</b>	<b>3 480 855</b>	<b>545</b>	<b>36,6</b>	<b>559 544</b>	<b>-2 921 312</b>

Avregningen er i denne saken ikke knyttet til enkeltpasienter- eller opphold. For å avregne per pasientregion må man derfor ta utgangspunkt i andel pasienter bosatt i de fire regionene. Andelene er beregnet for opphold i DRG 4590 og DRG 9220 ved Bergen legevakt.

Tabell 9. Anbefalt avregning i sak 13/3902 DRG 4590 Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling fordelt etter pasientens bostedsregion. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

Bostedsregion	Antall	Andel	Anbefalt avregning (kr)
Helse Vest	416	96,1	-2 806 618
Helse Sør-Øst	11	2,5	-74 213
Helse Midt-Norge	5	1,2	-33 733
Helse Nord	1	0,2	-6 747
<b>SUM</b>	<b>433</b>	<b>100,0</b>	<b>-2 921 312</b>

Tabell 10. Anbefalt avregning i sak 13/3902 DRG 4590 Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling. Konsekvenser for ISF og KMF 2012.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF (kr)	Anbefalt avregning KMF (kr)
Helse Sør-Øst	-76 250	2 036
Helse Vest	-2 883 629	77 011
Helse Midt-Norge	-34 659	926
Helse Nord	-6 932	185
<b>SUM</b>	<b>-3 001 470</b>	<b>80 158</b>

### Sak 13/3904 DRG 4610 Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2012 i sak *DRG 4610 Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 13.9.2013.

Helse Sør-Øst RHF/Sykehuset i Vestfold HF avregnes ved at opphold registrert med NCSP-kode *ACW 99* og hovedtilstandskode *R52.2 Annen kronisk smerte* regruppes med NCMP-kode *ACGX99*. ICD-10-kode for hovedtilstand vil fortsatt være *R52.2*. Avregningen vil være lik differansen mellom opprinnelig refusjon for *DRG 4610* og refusjon beregnet ved regrupping. 56 av oppholdene grupperes til *DRG DD23 Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 23*, mens 265 grupperes til *DRG 801R Lokal smertebehandling*.

Anbefalt avregning av aktivitetsbasert finansiering vil være 151,6 DRG-poeng eller 2 316 382 kr, jf. tabell 11. Tabell 12 viser anbefalt avregning fordelt på pasientenes bostedsregion. Tabell 13 viser konsekvensene for ISF og KMF.

Tabell 11. Teknisk beregning av anbefaling i sak 13/3904 DRG 4610 Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling ved Sykehuset i Vestfold. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

DRG	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Opprinnelig refusjon	Nytt antall	Nye DRG-poeng	Ny refusjon	Anbefalt avregning (kr)
4610	321	169,8	2 595 293				0
DD23				56	5,3	80 453	0
801R				265	13,0	198 458	0
<b>SUM</b>	<b>321</b>	<b>169,8</b>	<b>2 595 293</b>	<b>321</b>	<b>18,2</b>	<b>278 911</b>	<b>-2 316 382</b>

Tabell 12. Anbefalt avregning i sak 13/3904 DRG 461O Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

Bostedsregion	Antall opphold	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	318	-2 294 374
Helse Vest	3	-22 008
Helse Midt-Norge	0	0
Helse Nord	0	0
<b>SUM</b>	<b>321</b>	<b>-2 316 382</b>

Tabell 13. Anbefalt avregning i sak 13/3904 DRG 461O Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling. Konsekvenser for ISF og KMF 2012.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF (kr)	Anbefalt avregning KMF (kr)
Helse Sør-Øst	-2 432 706	138 322
Helse Vest	-23 132	1 123
Helse Midt-Norge	0	0
Helse Nord	0	0
<b>SUM</b>	<b>-2 455 838</b>	<b>139 455</b>

### Sak 13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2012 i sak 13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 10.10.2013.

Til sammen 30 opphold ved institusjoner i Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF avregnes ved at de regrupperes med korrekte koder. Avregning vil være lik differansen mellom opprinnelig og ny korrigert vekt.

Anbefalt avregning av aktivitetsbasert finansiering vil være 618,3 DRG-poeng eller 9 449 223 kroner, jf. tabell 14. Tabell 15 viser anbefalt avregning fordelt på HF. Tabell 16 viser konsekvensene for ISF og KMF.

Tabell 14. Anbefalt avregning i sak 13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi etter pasientenes bostedsregion. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

RHF	Antall opphold	Opprinnelig korr. vekt	Ny korr. vekt	Differanse, DRG-poeng	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	21	487,6	68,3	-419,3	-6 408 031
Helse Vest	4	100,4	15,7	-84,6	-1 293 527
Helse Midt-Norge					0
Helse Nord	5	125,5	11,1	-114,4	-1 747 664
<b>SUM</b>	<b>30</b>	<b>713,4</b>	<b>95,1</b>	<b>-618,3</b>	<b>-9 449 223</b>

Tabell 15. Anbefalt avregning i sak 13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi per helseforetak. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

HF	Antall opphold	Opprinnelig korr. vekt	Ny korr. vekt	Differanse, DRG-poeng	Anbefalt avregning (kr)
Sørlandet sykehus	1	25,1	3,2	-21,9	-334 313
OUS	5	110,4	13,9	-96,4	-1 474 012
Akershus	5	95,9	12,2	-83,8	-1 280 460
Sykehuset i Vestfold	5	130,7	23,4	-107,3	-1 639 151
Sykehuset Østfold	1	25,1	3,2	-21,9	-333 993
Sykehuset Telemark	1	25,1	3,2	-21,9	-334 313
Vestre Viken	2	50,2	3,8	-46,4	-708 517
Diakonhjemmet	1	25,1	5,3	-19,8	-303 272
Helse Bergen	2	50,2	5,2	-45,0	-688 389
Helse Fonna	1	25,1	6,8	-18,3	-278 972
Helse Stavanger	1	25,1	3,8	-21,3	-326 167
UNN	1	25,1	1,5	-23,6	-360 265
Helse Finnmark	3	75,3	6,4	-68,9	-1 053 407
Nordlandssykehuset	1	25,1	3,2	-21,9	-333 993
<b>SUM</b>	<b>30</b>	<b>713,4</b>	<b>95,1</b>	<b>-618,3</b>	<b>-9 449 223</b>

Tabell 16. Anbefalt avregning i sak 13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi. Konsekvenser for ISF og KMF 2012.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF (kr)	Anbefalt avregning KMF (kr)
Helse Sør-Øst	-6 640 197	232 166
Helse Vest	-1 348 854	55 327
Helse Midt-Norge	0	0
Helse Nord	-1 832 611	84 946
<b>SUM</b>	<b>-9 821 662</b>	<b>372 438</b>

### **Sak 13/4395 Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89 Vanlig rehabilitering**

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2012 i sak 13/4395 Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89 Vanlig rehabilitering på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 10.10.2013.

Ny korrigeret vekt (DRG-poeng) er beregnet manuelt ut fra programvaren NICE basert på registrert hovedtilstandskode Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak.

Anbefalt avregning av aktivitetsbasert finansiering vil være 96,448 DRG-poeng eller 1 474 073 kr, jf. tabell 17. Tabell 18 viser anbefalt avregning fordelt på HF. Tabell 19 viser konsekvensene for ISF og KMF.

Tabell 17. Anbefalt avregning i sak 13/4395 Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89 Vanlig rehabilitering. Etter pasientenes bostedsregion. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

Bostedsregion	Opprinnelig DRG 462B		Beregnet DRG 462O	Anbefalt avregning	
	Antall kons	DRG-poeng	DRG-poeng	DRG-poeng	Kroner
Helse Sør-Øst	878	105,36	28,096	-77,264	-1 180 872
Helse Vest					0
Helse Midt-Norge	186	22,32	5,952	-16,368	-250 162
Helse Nord	32	3,84	1,024	-2,816	-43 039
<b>SUM</b>	<b>1 096</b>	<b>131,52</b>	<b>35,072</b>	<b>-96,448</b>	<b>-1 474 073</b>

Tabell 18. Anbefalt avregning i sak 13/4395 Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89 Vanlig rehabilitering. Per institusjon. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

Institusjon	Opprinnelig DRG 462B		Beregnet DRG 462O	Anbefalt avregning	
	Antall kons	DRG-poeng	DRG-poeng	DRG-poeng	Kroner
Mork rehabiliteringssenter	70	8,400	2,240	-6,160	-94 147
Oslo universitetssykehus	127	15,240	4,064	-11,176	-170 810
Sykehuset Telemark	23	2,760	0,736	-2,024	-30 934
Sykehuset i Vestfold	11	1,320	0,352	-0,968	-14 795
Vestre Viken	11	1,320	0,352	-0,968	-14 795
Akershus universitetssykehus	62	7,440	1,984	-5,456	-83 387
Sykehuset Innlandet	10	1,200	0,320	-0,880	-13 450
Sørlandet sykehus	10	1,200	0,320	-0,880	-13 450
Ålesund sjukehus	14	1,680	0,448	-1,232	-18 829
St. Olavs hospital	32	3,840	1,024	-2,816	-43 039
Sykehuset Namsos	77	9,240	2,464	-6,776	-103 562
Universitetssykehuset i Nord-Norge	24	2,880	0,768	-2,112	-32 279
Revmatismesykehuset Lillehammer	625	75,000	20,000	-55,000	-840 598
<b>SUM</b>	<b>1 096</b>	<b>131,52</b>	<b>35,072</b>	<b>-96,448</b>	<b>-1 474 073</b>

Tabell 19. Anbefalt avregning i sak 13/4395 Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89 Vanlig rehabilitering. Konsekvenser for ISF og KMF 2012.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF (kr)	Anbefalt avregning KMF (kr)
Helse Sør-Øst	-590 436	-590 436
Helse Vest	0	0
Helse Midt-Norge	-125 081	-125 081
Helse Nord	-21 519	-21 519
<b>SUM</b>	<b>-737 036</b>	<b>-737 036</b>

### Sak 13/4901 DRG 266O Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2012 i sak 13/4901 DRG 266O Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 13.9.2013.

Helse Vest RHF/Stavanger universitetssykehus HF/Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus og Helse Sør-Øst RHF/Sykehuset Telemark HF avregnes slik at bruk av ZZR 00 Hudlapp og andel DRG 266O av summen av DRG 266O og 809J er på nivå med landsgjennomsnittet.

Den tekniske beregningen er basert på følgende metode:

1. Antall DRG 266O for landet som helhet, uten de aktuelle institusjonene, divideres på det totale antallet opphold i DRG 266O og 809J. Andel DRG 266O blir 8 prosent.
2. Antall DRG 266O beregnes for hver institusjon gitt at 8 prosent av oppholdene skal grupperes til den DRG-en. Øvrige opphold forutsettes plassert i DRG 809J.
3. Ny refusjon regnes ut for oppholdene i DRG 266O og 809J ved hjelp av landsgjennomsnittet. Gjennomsnittsvekt for DRG 266O i 2012 var 0,295 og 0,021 for DRG 809J.
4. Deretter regnes avvik mellom opprinnelig DRG-refusjon og refusjon institusjonene ville fått ved andel og gjennomsnitt lik landet for øvrig.
5. Antall DRG-poeng regnes om til kroner ved å multiplisere med enhetsrefusjonen for 2012 (38 209) og refusjonssatsen på 40 prosent.

Anbefalt avregning av aktivitetsbasert finansiering vil være 309,1 DRG-poeng eller 4 723 732 kroner jf. tabell 20. Tabell 21 viser konsekvensene for ISF og KMF.

Tabell 20. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 13/4901 DRG 266O Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling per institusjon. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

Institusjon	Opprinnelig DRG 266O		Opprinnelig DRG 809J		Ny DRG 266O		Ny DRG 809J		Diff. DRG-poeng	Anbefalt avregning (kr)
	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng		
Haugesund san.for. revsh	183	54,0	271	5,7	36	10,6	418	8,8	-40,3	-615 593
Sykehuset Telemark	773	228,0	720	15,1	117	34,5	1 376	28,9	-179,7	-2 747 135
Stavanger univ.sykehus	594	175,2	2 825	59,3	269	79,4	3 150	66,2	-89,1	-1 361 005
<b>SUM</b>	<b>1 550</b>	<b>457,3</b>	<b>3 816</b>	<b>80,1</b>	<b>421</b>	<b>124,5</b>	<b>4 945</b>	<b>103,8</b>	<b>-309,3</b>	<b>-4 723 732</b>

Avregning er ikke knyttet til enkeltpasienter- eller opphold i denne saken. For å avregne per pasientregion må man derfor ta utgangspunkt i andel pasienter bosatt i de fire regionene ved hver institusjon.

Tabell 21. Anbefalt avregning i sak 13/4901 DRG 266O Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling. Konsekvenser for ISF og KMF 2012.

<b>Bostedsregion</b>	<b>Anbefalt avregning ISF (kr)</b>	<b>Anbefalt avregning KMF (kr)</b>
Helse Sør-Øst	-2 876 002	106 144
Helse Vest	-2 022 680	74 563
Helse Midt-Norge	-3 690	224
Helse Nord	-2 379	88
<b>SUM</b>	<b>-4 904 751</b>	<b>181 019</b>

### **Sak 13/4904 Flere registrerte episoder samme dag i ISF 2012**

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2012 i sak 13/4904 *Flere registrerte episoder samme dag i ISF 2012* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 13.9.2013.

Anbefalt avregning av aktivitetsbasert finansiering vil være 1 514,2 DRG-poeng eller kr 23 143 024, jf. tabell 22. Tabell 23 viser konsekvensene for ISF og KMF. Den tekniske beregningen er basert på metodene som beskrives for hvert sykehus nedenfor.

Tabell 22. Anbefalt avregning i sak 13/4904 Flere registrerte episoder samme dag i ISF 2012 etter pasientenes bostedsregion. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

<b>Bostedsregion</b>	<b>Anbefalt avregning (kr)</b>
Helse Sør-Øst	-22 794 069
Helse Vest	-1 330
Helse Midt-Norge	-347 625
Helse Nord	0
<b>SUM</b>	<b>-23 143 024</b>

Tabell 23. Anbefalt avregning i sak 13/4904 Flere registrerte episoder samme dag i ISF 2012. Konsekvenser for ISF og KMF 2012.

<b>Bostedsregion</b>	<b>Anbefalt avregning ISF (kr)</b>	<b>Anbefalt avregning KMF (kr)</b>
Helse Sør-Øst	-11 397 034	-11 397 034
Helse Vest	-665	-665
Helse Midt-Norge	-183 854	-163 771
Helse Nord	0	0
<b>SUM</b>	<b>-11 581 553</b>	<b>-11 561 471</b>

### Oslo universitetssykehus

Den tekniske beregningen for Oslo universitetssykehus er basert på samme metode som i sak 12/5893 i 2012:

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 (se tabell 1).
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 (se tabell 3).
4. Beregner antall korrigerede DRG-poeng som anbefales avregnet ved OUS basert på antall episoder i punkt 2 og gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt i punkt 3.

Tabell 24. Beregner vektet gjennomsnitt for universitetssykehus uten OUS basert på antall opphold totalt, unike og andel samme dag. ISF-data 2012.

Institusjon	Samme dag	Unike	Total	Andel samme dag
Oslo universitetssykehus	47 592	706 195	753 787	6,3
St. Olavs hospital	9 164	371 701	380 865	2,4
Haukeland universitetssykehus	6 789	423 441	430 230	1,6
Akershus universitetssykehus	4 777	317 932	322 709	1,5
Universitetssykehuset i Nord-Norge	3 479	244 770	248 249	1,4
Aker universitetssykehus	578	65 655	66 233	0,9
Stavanger universitetssykehus	2 538	313 626	316 164	0,8
SUM	74 917	2 443 320	2 518 237	3,0
<b>SUM uten OUS</b>	<b>27 325</b>	<b>1 737 125</b>	<b>1 764 450</b>	<b>1,5</b>

Tabell 25. Beregner gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt ved Oslo universitetssykehus, basert på antall polikliniske konsultasjoner ved sykehuset i ISF 2012.

Institusjon	Antall konsultasjoner	Sum DRG-poeng	Gjennomsnitt DRG-poeng
Oslo universitetssykehus	622 391	31 700,7	0,05

Tabell 26. Teknisk beregning av anbefalt avregning ved Oslo universitetssykehus i sak 13/4904 Flere registrerte episoder samme dag i ISF 2012. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

Institusjon	Samme dag	Andel samme dag	Anbefalt avregning	
			DRG-poeng	Kroner
DRG-poeng "godkjent" jf. vektet gj.snitt	11 673	1,5	-594,6	-9 087 215
DRG-poeng utbetalt	47 592	6,3	-2 086,0	-31 881 284
<b>SUM</b>			<b>-1 491,4</b>	<b>-22 794 069</b>



## Molde sjukehus

Den tekniske beregningen for Molde sjukehus er basert på at følgende metode:

- For ØNH-konsultasjoner registrert for samme pasient på samme dag med lik hovedtilstandskode, men ved to ulike ØNH-avdelinger, avregnes den siste av konsultasjonene når konsultasjonene er sortert etter stigende avdelingskode.
- Det vil si at konsultasjoner ved ØNHP01, som er den vanlige ØNH-poliklinikken ved Molde sjukehus, beholdes.
- ØNH-konsultasjoner er definert som konsultasjoner gruppert til *HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer* og registrert ved en ØNH-avdeling (ØNHP01, ØNHP02, ØNHP03 eller ØNHP12).

Tabell 27. Teknisk beregning av konsultasjoner ved Molde sjukehus i sak 13/4904 Flere registrerte episoder samme dag i ISF 2012. etter pasientenes bostedsregion.

Bostedsregion	Antall konsultasjoner	Anbefalt avregning (DRG-poeng)	Anbefalt avregning (kr)
Helse Vest	3	-0,087	-1 330
Helse Midt-Norge	744	-22,745	-347 625
<b>SUM</b>	<b>747</b>	<b>-22,832</b>	<b>-348 955</b>

## Sak 13/4906 Oppfølging av sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2012 i sak 13/4906 *Oppfølging av sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 21.6.2013. Alle opphold registrert med hovedtilstandskode Z76.8 ved Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF anbefales avregnet.

Anbefalt avregning av aktivitetsbasert finansiering vil være 35,5 DRG-poeng eller kr 543 256, jf. tabell 28. Tabell 29 viser anbefalt avregning fordelt på pasientens bostedsregion, mens tabell 30 viser konsekvensene for ISF og KMF.

Tabell 28. Anbefalt avregning i sak 13/4906 Oppfølging av sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8 per institusjon. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

Institusjon	Antall konsultasjoner	Anbefalt avregning (DRG-poeng)	Anbefalt avregning (kr)
Sykehuset Telemark	313	-6,885	-105 228
Sykehuset i Vestfold	421	-28,660	-438 028
<b>SUM</b>	<b>734</b>	<b>-35,545</b>	<b>-543 256</b>

Tabell 29. Anbefalt avregning i sak 13/4906 Oppfølging av sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8 etter pasientenes bostedsregion. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

Bostedsregion	Antall konsultasjoner	Anbefalt avregning (DRG-poeng)	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	721	-34,360	-525 144
Helse Vest	11	-0,669	-10 225
Helse Midt-Norge	0	0	0
Helse Nord	2	-0,516	-7 886
<b>SUM</b>	<b>734</b>	<b>-35,545</b>	<b>-543 256</b>

Tabell 30. Anbefalt avregning i sak 13/4906 Oppfølging av sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8 etter pasientenes bostedsregion. Konsekvenser for ISF og KMF 2012.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF (kr)	Anbefalt avregning KMF (kr)
Helse Sør-Øst	-284 122	-241 022
Helse Vest	-5 112	-5 112
Helse Midt-Norge	0	0
Helse Nord	-3 943	-3 943
<b>SUM</b>	<b>-293 178</b>	<b>-250 078</b>

### Sak 13/5150 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2012 i sak 13/5150 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 13.9.2013.

Helse Midt-Norge RHF/St Olavs hospital HF/Teres Stokkan Helse Midt-Norge RHF avregnes ved at andel opphold i DRG 2680 settes til landsgjennomsnittet.

Den tekniske beregningen er basert på følgende metode:

1. Antall DRG 2680 for landet som helhet, uten de aktuelle institusjonene, divideres på det totale antallet opphold i DRG 2680 og 809J. Andel DRG 2680 blir 9,6 prosent.
2. Antall DRG 2680 beregnes for hver institusjon gitt at 9,6 prosent av oppholdene skal grupperes til den DRG-en. Øvrige opphold forutsettes plassert i DRG 809J.
3. Ny refusjon regnes ut for oppholdene i DRG 2680 og 809J ved hjelp av landsgjennomsnittet. Gjennomsnittsvekt for DRG 2680 i 2012 var 0,404 og 0,021 for DRG 809J.
4. Deretter regnes avvik mellom opprinnelig DRG-refusjon og refusjon institusjonene ville fått ved andel og gjennomsnitt lik landet for øvrig.
5. Antall DRG-poeng regnes om til kroner ved å multiplisere med enhetsrefusjonen for 2012 (38 209) og refusjonssatsen på 40 prosent.

Anbefalt avregning av aktivitetsbasert finansiering vil 196,14 DRG-poeng eller 2 997 052 kroner jf. tabell 31. Tabell 32 viser anbefalt avregning fordelt på pasientens bostedsregion, mens tabell 33 viser konsekvensene for ISF og KMF.

Tabell 31. Anbefalt avregning i sak 13/5150 DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi per institusjon. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

Institusjon	Opprinnelig refusjon				Ny refusjon				Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning (kr)
	DRG 268O		DRG 809J		DRG 268O		DRG 809J			
	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng		
St Olavs hospital	314	126,9	1 155	24,3	140	56,6	1 329	27,9	-66,642	-1 018 530
Teres Stokkan	376	151,9	21	0,4	38	15,4	359	7,5	-129,454	-1 978 523
<b>Sum</b>	<b>690</b>	<b>278,8</b>	<b>1 176</b>	<b>24,7</b>	<b>178</b>	<b>71,9</b>	<b>1 688</b>	<b>35,4</b>	<b>-196,096</b>	<b>-2 997 052</b>

Avregning er i denne saken ikke knyttet til enkeltpasienter- eller opphold. For å avregne per pasientregion må man derfor ta utgangspunkt i andel pasienter bosatt i de fire regionene.

Tabell 32. Anbefalt avregning i sak 13/5150 DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi etter pasientenes bostedsregion. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

Bostedsregion	Antall opphold	Andel	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	17	2,5	-73 840
Helse Vest	1	0,1	-4 344
Helse Midt-Norge	663	96,1	-2 879 777
Helse Nord	9	1,3	-39 092
<b>SUM</b>	<b>690</b>	<b>100,0</b>	<b>-2 997 052</b>

Tabell 33. Anbefalt avregning i sak 13/5150 DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi. Konsekvenser for ISF og KMF 2012.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF (kr)	Anbefalt avregning KMF (kr)
Helse Sør-Øst	-75 865	2 024
Helse Vest	-4 463	119
Helse Midt-Norge	-2 958 726	78 950
Helse Nord	-40 164	1 072
<b>SUM</b>	<b>-3 079 217</b>	<b>82 165</b>

### 13/8909 Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed i 2012

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2012 i sak 13/8909 Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed i 2012 på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 10.10.2013.

Døgnoppholdene av kort varighet avregnes ved at de gis refusjon lik én legekontakt og én kontakt med særkode A0099 Grupperettet pasientopplæring.

Den tekniske beregningen er basert på følgende metode:

1. Kun døgnopphold med en til tre dagers varighet avregnes. Det svarer til 1 085 opphold.
2. Summen av DRG-poeng for disse er 711,4.
3. Hvert av døgnoppholdene tolkes som et gruppebasert opplæringsprogram bestående av polikliniske kontakter. Innenfor hver av programmene gis det ISF-refusjon for én legekontakt og én kontakt med særkode *A0099 Grupperettet pasientopplæring*.
4. Oppholdene blir regruppet med poliklinisk omsorgsnivå. Hovedtilstand beholdes.
5. Differanse mellom opprinnelig ISF-refusjon og beregnet ny ISF-refusjon utgjør summen som anbefales avregnet.

Anbefalt avregning av aktivitetsbasert finansiering vil være 626,1 DRG-poeng eller 9 568 863 kr jf. tabell 34. Tabell 35 viser anbefalt avregning fordelt på pasientens bostedsregion, mens tabell 36 viser konsekvensene for ISF og KMF.

Tabell 34. Anbefalt avregning i sak 13/8909 Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed i 2012. Sykehuset i Vestfold. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

Institusjon	Opprinnelig refusjon		Ny refusjon		Anbefalt avregning (DRG-poeng)	Anbefalt avregning (kr)
	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng		
Sykehuset i Vestfold	1 085	711,399	1 085	85,312	-626,1	-9 568 863

Tabell 35. Anbefalt avregning i sak 13/8909 Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed i 2012. Aktivitetsbasert finansiering 2012.

Bostedsregion	Antall opphold	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	1 084	-9 558 960
Helse Vest	1	-9 904
Helse Midt-Norge		-
Helse Nord		-
<b>SUM</b>	<b>1 085</b>	<b>-9 568 863</b>

Tabell 36. Anbefalt avregning i sak 13/8909 Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed i 2012. Konsekvenser for ISF og KMF 2012.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF (kr)	Anbefalt avregning KMF (kr)
Helse Sør-Øst	-4 779 480	-4 779 480
Helse Vest	-4 952	-4 952
Helse Midt-Norge	0	0
Helse Nord	0	0
<b>SUM</b>	<b>-4 784 432</b>	<b>-4 784 432</b>



## 5 Vedlegg: Anbefaling om avkorting i ISF-utbetaling 2000-2011

Tabell 36. Oversikt over Avregningsutvalgets anbefalinger om avkorting av ISF-utbetaling, 2000-2011

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 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: - 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>Tilleggs-koder 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>
2011	12/3157 - Bruk av hovedtilstandskode Z76.8	Feil koding av ledsager og bruka v Z76.8 som samlekode i stedet for mer presise koder, gruppeomvisning og oppretting av journalnotat	Kontakt med helsetjenesten under andre omstendigheter (Z70-Z76)
	12/3204 - DRG 266O Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi	Feil bruk av ZZR 00 Hudlapp	<i>Tilleggs-koder (Kapittel Z)</i>
	12/3641 - Klinisk nevrofysiologi og bruk av takst 702a-g	Nevrofysiologiske laboratorieundersøkelser skal ikke inngå i ISF-ordningen	Takstkoder
	12/3884 - Fedme og hovedtilstandskode Z50.9	Feil hoved- og bitilstandskode ved behandling av pasienter med syklig overvekt	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54) Fedme og annen overernæring eller hyperalimentasjon (E65-E68)

---

12/4791 - Dagopphold i DRG 462B – Rehabilitering, vanlig	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 Vanlig rehabilitering ved dagopphold	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54)
12/5616 - Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54)
12/5893 Flere registrerte episoder samme dag	Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner	
12/1515 Feilregistreringer ved Vestre Viken HF, Drammen sykehus	Feilkoding av omsorgsnivå	

---

