

Årsrapport 2011

Avregningsutvalgets arbeid med ISF-oppgjøret 2010

November 2011



Foto: www.colourbox.com

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	1
SAMMENDRAG	3
1 UTVALGETS MANDAT, SAMMENSETNING OG ARBEIDSFORM	4
2 INNSATSSTYRT FINANSIERING FORAN EN NY HELSEREFORM	5
3 ISF-AVREGNINGEN FOR 2010	8
3.1 SAKSOMFANG OG ENDRINGER I UTBETALINGER	8
3.2 VURDERINGER OG ANBEFALINGER	9
4 TEKNISKE BEREGNINGER	13
5 VEDLEGG: ANBEFALING OM AVKORTING I ISF-UTBETALING 2000-2009	18

Forord

Rapporten oppsummerer Avregningsutvalgets arbeid i 2011 og anbefalinger til Helse- direktoratet om endringer i ISF-utbetalinger til helseforetakene basert på aktivitet ved sykehusene i 2010. Tekniske beregninger for endringer i utbetalinger basert på utvalgets anbefalinger er redegjort for i et eget avsnitt.

Utvalget utøver en kontrollfunksjon som skal ivareta enhetlig medisinsk rapportering fra alle sykehus som inngår i Innsatsstyrt finansiering (ISF), slik at statens utbetalinger gjennom ordningen støtter seg på samme grunnlag, og at utbetalingene gjenspeiler den reelle helsehjelpen som ytes. Skal ISF-ordningen kunne virke i tråd med rådende helsepolitiske intensjoner og samtidig ha legitimitet i fagmiljøene og blant sykehusledere, må aktivitetsrapporteringen fra helseforetakene være pålitelig, og utbetalingene må være i tråd med ISF-regelverket. Statistikk basert på pålitelige registreringer av helseopp- lysninger skal tjene mange samfunnsnyttige formål ut over ISF som virkemiddel, derfor skal utvalgets arbeid både støtte seg på, og bidra til å styrke etterlevelse av nasjonale og internasjonale standarder for medisinske registreringer, i første rekke den internasjonale sykdomsklassifikasjonen (ICD-10) og den nordiske klassifiseringen av medisinske prosedyrer (NCSP/NCMP). Utvalget må av og til avklare spørsmål om medisinsk koding med landets ekspertise på området. Det er særlig koding av sykdommer som tidvis kan være krevende. I gjennomgangen av ISF-underlaget for 2010 hadde Avregningsutvalget imidlertid også behov for ekspertavklaringer for koding av enkelte medisinske prosedyrer.

Feil ved medisinsk koding kan ha ulike årsaker på ulike plan, alt fra sviktende opplæring, mangelfull tilrettelegging og lav ledelsesoppmerksomhet. Feil grunnet slurv forekommer, men denne type feil er ikke alltid lett å oppdage, med mindre de framtrer i et mønster som kan kartlegges. Verken helseforetakene eller Avregningsutvalget er blinde for den betydning som økonomi kan ha for kodesettingen. Dessverre kan systematiske feil oppstå som resultat av misforstått lojalitet overfor lokal ledelse i situasjoner preget av ressursknapphet. Avregningsutvalget søker ikke å avklare slike underliggende årsaks- forhold til feilkoding, men gjennom dialog med sektoren kan utvalget likevel danne seg et bilde av forbedringsområder. Gjennom Årsrapporten ønsker utvalget å benytte anledningen til å kommunisere disse erfaringene ved utvalgsarbeidet. Så langt utvalget hittil har erfart, synes personlig vinning å ha liten betydning for kvaliteten på registreringene. De mange advarsler mot å anvende ISF-refusjoner på avdelingsnivå i sammenheng med budsjett- og oppfølgingsarbeid blir dessverre i liten grad hørt. Utvalget forholder seg primært til de regionale helseforetakene i sitt kontrollarbeid. For å unngå unødige forsinkelser kan det likevel være hensiktsmessig å kommunisere direkte med berørte sykehusavdelinger. I og med at spørsmålene utvalget stiller til helse- foretakene kan være til dels tidkrevende å besvare, søker utvalget å sørge for at henvendelsene bygger på en rimelig begrunnelse, basert på bl. a. forundersøkelser fra sekretariatet.

Under årets gjennomgang har utvalget erfart reell uenighet om koding, enten det dreier seg om prosedyrer knyttet til innføring av ny teknologi eller fortolkning av kodereglene for diagnosekoder. Avklaringene i utvalget har vist seg nødvendige, og de viser at innovative og utviklingsorienterte fagmiljøer også må sørge for å etterlyse revisjon av kode- systemene overfor helsemyndighetene så snart nye prosedyrer innen diagnostikk og behandling er etablert som god medisinsk praksis. Myndighetene må på sin side sørge for vedlikehold og videreutvikling av kodeverkene for å holde tritt med ny teknologi og ny

kunnskap. Her har Helsedirektoratet iverksatt et viktig tiltak ved å samle erfarne klinikere i referansegrupper. Sammen med ekspertisen ved KITH forankres arbeidet også internasjonalt.

Et overordnet blikk på kontrollarbeidet for 2010 viser at ISF-systemet har ført til framgang innen medisinske koding på enkelte områder, mens andre sider synes å slite med iboende utfordringer ved pasientklassifisering og aktivitetsbasert finansiering, og som må holdes i sjakk over tid.

Utvalget har i forbindelse med gjennomgangen av de medisinske kodene for 2010 notert med tilfredshet at helseforetak på eget initiativ har innrapportert feil ved egen koding som har ført til feil utbetalinger. Dette er en positiv utvikling som vi velger å forstå i sammenheng med de signaler som har vært gitt gjennom eierstyringen den senere tid om krav til økt egenkontroll, også når det gjelder dokumentasjon. I et par tilfeller har også utvalget funnet grunn til å tilskrive hele fagmiljøer ved landets sykehus om utbredte feil ved kodepraksis med virkning også for 2011, for å unngå unødig forsinkelse i korreksjon av pasientdata og ISF-utbetalinger.

Utvalgets arbeid har i 2011, i likhet med tidligere, vært av interesse også for allmennheten gjennom medieoppslag og gjennom behandling i Stortinget. Det er en påminnelse om at rett(ferdig) fordeling av ISF-midlene har interesse ut over fagmiljøer og byråkrati. Utvalget velger å tolke denne oppmerksomheten som skjerpene i forhold til den lokale innsatsen for å rapportere korrekte koder.

Spørsmål og henvendelser om rapporten, eller mer konkret om mulige feil ved ISF-utbetalinger, rettes til utvalgets sekretariat ved Norsk pasientregister.¹ Mangler og forslag til forbedringer i ISF-ordningen og underliggende kodeverk rapporteres til Helsedirektoratet, som har det samlede ansvaret for vedlikehold av ISF-regelverk og medisinske codesystemer.

Trondheim, 16. november 2011

Bjørn Buan
Leder

Kathan Al-Azawy

Marianne Altmann

Mikal Gjellan

Stein Øyvind Jørstad

Siri Malm

Johan Ræder

Per Einar Uggen

Robert Wiik/Lotte Strandjord
Sekretærer

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

Sammendrag

Avregningsutvalget behandlet i 2011 seks saker der spørsmål om utbetalinger ble reist. I seks saker anbefalte utvalget avkortinger i utbetalingene på totalt 15,6 millioner kroner. I ingen av sakene ble det anbefalt økte utbetalinger.

Alle sakene som ble behandlet i 2011 ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helse- direktoratets avdelinger Økonomi og analyse (FIOA) og Finansiering og DRG (FIFI). To av sakene, 11/2628 *Bruk av LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus* og 11/2700 *DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen*, ble meldt inn til FIOA/FIFI fra helseforetak som selv oppdaget feilkoding. Saken om *HDG 24 Signifikant multitraume* ble kjent blant annet gjennom media høsten 2010. De øvrige sakene, 11/2832 *DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi*, 11/3420 *DRG 814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse* og 11/3421 *DRG 477O Uvanlige kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekoder* ble meldt inn til Avregningsutvalget basert på analyser utført i FIOA/FIFI.

Tabell 1. Avregningsutvalgets anbefaling om avkortning av utbetaling i ISF 2010 fordelt etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avkortning av ISF-utbetaling for 2010
Helse Sør-Øst	3 287 517
Helse Vest	7 411 987
Helse Midt-Norge	4 240 481
Helse Nord	692 029
Totalt	15 632 014

1 Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsform

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

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

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

I behandlingen av avregningen for 2010 deltok følgende medlemmer:

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

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

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

2 Innsatsstyrt finansiering foran en ny helsereform

Vi vil innlede omtalen av Avregningsutvalgets arbeid i 2011 med en kort situasjonsbeskrivelse for sektoren, herunder en omtale av de viktigste endringene i ISF-regelverket. Utvalget har beskjedent styring på hva slags type saker det har fått til behandling, men det er anledning til å reflektere over hvorvidt sakene som utvalget hadde til behandling belyste aktuelle problemstillinger knyttet til utviklingen i sektoren og i ISF-systemet.

Regionale helseforetak i økonomisk balanse

2010 var året da samtlige regionale helseforetak for første gang klarte å innfri eiers styringskrav til årsresultat siden helsereformen fra 2002² ble iverksatt. Totalt var forbedringen i økonomisk resultat i forhold til styringskravet 955 millioner kroner. 2010 var samtidig det andre utjevningsåret i forhold til den nye inntektsmodellen for de regionale helseforetakene fra Magnussenutvalgets innstilling.³ Utjevningen skjedde ved at Helse Sør-Øst fikk opprettholde sine bevilgninger, mens Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord fikk økt sine bevilgninger. Resultatene for de regionale helseforetakene for 2010 samlet sett var klart bedre enn for 2009, og hovedinntrykket var at helseforetakene nå var blitt bedre i stand til å sette tæring etter næring, både i forhold til drift og investeringer.

Krav om bedre samhandling

I oppdragsdokumentene for de regionale helseforetakene for 2010⁴ ble det stilt tydelige krav til å forberede sektoren på den lenge varslede Samhandlingsreformen. Helseforetakene skulle styrke samhandlings- og koordineringsfunksjonen slik at denne skulle få en like tydelig ledelsemessig og organisatorisk forankring som de spesialiserte funksjonene hadde tidligere. Det ble stilt krav om å utvikle forløpsstenkingen slik at de ble reflektert både i tjenester og i utarbeidelse av regionale planer som også skulle omfatte kommunehelsetjenesten og ulike nivåer av sykehusbehandling. Planene skulle blant annet identifisere betydningsfulle flaskehalsar i diagnostiske tjenester, rehabilitering, kapasitet på spesialister og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Også veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten ble påpekt. Samlet sett tok eier klare grep i forhold til å forberede både helseforetakene og kommunene på de varslede reformer som konkretiseres nærmere gjennom de første forskriftene som regulerer Samhandlingsreformen fra og med 2012.

Enhetlig DRG-system

Etter flere års forberedelser ble DRG-systemet fra 2010 omsider et mer enhetlig system for all somatisk aktivitet, også poliklinisk utredning og behandling, i tråd med anbefalinger tilbake til St meld 5 fra 2003-2004.⁵ Finansiering av private spesialister er riktig nok ikke trukket inn direkte. Det ble tatt i bruk kostnadsbaserte vektor/refusjoner for poliklinisk somatisk virksomhet på lik linje med innlagte pasienter. Tidligere hadde refusjonene vært basert på NAV-takster. Vesentlige endringer fra 2010 var at refusjonene for kirurgisk

² <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/BUSrapport2011.pdf>

³ NOU 2008: 2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2008/nou-2008-2.html?id=497898>)

⁴ http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/Oppdragsdokument_2010/Oppdragsdokument%20Helse%20Midt%20-%20Norge%20RHF.pdf

⁵ St meld 5 (2003-2004) Inntektsystem for spesialisthelsetjenesten

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20032004/stmeld-nr-5-2003-2004-.html?id=197375>

behandling som både utføres som dagbehandling og ved innleggelse ble mer differensiert i 2010 sammenlignet med 2009. Kostbar poliklinisk legemiddelbehandling i ISF-systemet ble mer målrettet. Lokale tilpasninger til de nye reglene måtte kanskje forventes.

Målinger og undersøkelser av medisinsk koding

På grunnlag av en bekymringsmelding om økonomisk motivert koding ved et sykehus, iverksatte Helsedirektoratet ved Norsk pasientregister i 2010 en koderevisjon med utgangspunkt i pasientdata fra 2009, der en undersøkte graden av samsvar mellom tilstandskoder i epikriser og i Norsk pasientregister. Det ble konkludert med at det finnes avvik på omtrent 10 prosent som gir grunnlag for oppfølging. I dette lå også en vurdering av om det forekommer medisinsk koding på sykehusene som primært er økonomisk motivert. Det kan også være andre årsaker til at det er avvik mellom hovedtilstand rapportert til NPR og hovedtilstand i epikrisen.⁶

En intern revisjon i helseforetakene ble gjennomført i regi av Helse Sør-Øst etter initiativ og i samarbeid med Helsedirektoratet. Undersøkelsen var basert på en nasjonal spørreundersøkelse i alle helseforetak, samt dybdeintervjuer i ni utvalgte helseforetak,⁷ for å avklare hvorvidt det var etablert god intern styring og kontroll som kunne gi rimelig sikkerhet for korrekt koding. Rapporten konkluderte med at det var lav risiko for større omfang av bevisst feilkoding med sikte på økonomisk vinning og at det gjennomgående ikke var etablert tilstrekkelig intern styring og kontroll for å oppnå rimelig sikkerhet for korrekt koding.

Sykehuset Innlandet gjennomførte en lokal koderevisjon med bistand fra Analyse-senteret as på grunnlag av interne forhold i 2010. Funn fra gjennomgangen førte til at det ble opprettet en sak i Avregningsutvalget som er beskrevet nærmere i annen del av Årsrapporten. Helse Sør-Øst ved Sykehuset Innlandet valgte senere å korrigere ISF-utbetalinger svarende til totalt NOK 5,0 millioner basert på egne beregninger fra flere år tilbake i tid, som følge av Avregningsutvalgets konklusjon i saken.⁸ Gjennomgangen av saken førte også til en anbefaling til Helsedirektoratet om å endre litt på refusjonsberegningene knyttet til behandling av pasienter med flere samtidige skader.

Avregningsutvalget anbefalte at Helsedirektoratet gjennomførte en spesifikk dokumentkontroll for å avklare kodepraksis ved Stavanger universitetssykehus i forbindelse med bruk av ny teknologi innenfor behandlinger i hud. Denne gjennomgangen var ressurskrevende, men nødvendig for å avklare de faktiske forhold. Rapporten fra gjennomgangen er interessant, da den belyser hvordan det lokale fagmiljøet tolker regelverk og koderegler forskjellig fra KITH og Helsedirektoratet.⁹

Opplæring og tilrettelegging

Helsedirektoratet har over år lagt ressurser i opplæring i og tilrettelegging av helsefaglige kodeverk. Det er utarbeidet veiledere, elektroniske støtteverktøy og integrasjonsløsninger i journalsystemer. Likevel har de store forbedringene i kodekvalitet uteblitt, om vi sammenligner resultater fra de største koderevisjonene de siste 6-8 årene. Per i dag synes fokus å rettes mest i retning av sterkere engasjement fra lokale ledere.

⁶ http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00349/Dokumentkontroll_av_349249a.pdf

⁷ http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00349/Nasjonal_internrevi_349389a.pdf

⁸ <http://www.sykehuset-innlandet.no/aktuelt/nyheter/Sider/sykehuset-innlandet-tilbakebetaler-50-millioner-etter-feilkoding.aspx>

⁹ http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00351/Dokumentkontroll_20_351679a.pdf

Undervisning i kode- og klassifisering ved universitetene er mangelfull og på ingen måte samordnet. Det innebærer at arbeidsgiver må ta på seg større oppgaver når det gjelder å gi utskrivende leger tilstrekkelig kompetanse innenfor medisinsk koding.

Kommunal medfinansiering i 2012

Ved utgangen av 2011 kan det være naturlig å skue litt over mot den kommende kommunale medfinansieringen fra 2012. Da skal en mindre andel ISF-midler følge ikke-kirurgiske pasienter fra kommunene til helseforetakene, og kommunene skal i større grad betale for ferdigbehandlede pasienter. Forskjellige regler er utarbeidet for å redusere både sykehusenes og kommunenes økonomiske risiko, men noe spenning knyttes til de faktiske tilpasninger både på kort og lengre sikt. Det foreligger intensjoner om å utvikle flere tilbud i kommunal regi til erstatning for helsehjelp ved sykehusene, men det vil kunne ta litt tid før slike tilbud er på plass. I mellomtiden vil kommunene få erfaringer med å betale en liten andel for et stort antall innleggelses i sykehus. Sykehusene vil på sin side få erfaringer med å vurdere pasientene i henhold til nye kriterier for status "ferdigbehandlet" og til å varsle kommunen om utskrivingsdato.

Det er ikke utenkelig at noe spesialiserte helsetjenester styres over mot private legespesialister som følge av at de ikke inngår i ordningen med kommunal medfinansiering, til forskjell fra offentlige poliklinikker.

For Avregningsutvalgets videre arbeid vil det bli interessant å studere hvorvidt kommuner vil endre sine henvisninger i retning av å angi mer sammensatte problemstillinger i møtet med et mulig press om tidligere utskrivninger fra sykehusene. Avregningsutvalget vil kunne se behov for å følge mulige endringer i kodepraksis som følge av Samhandlingsforskriftene,¹⁰ samtidig med mulige reelle endringer i pasientstatistikken som følge av at pasienter vil kunne skrives ut i en annen tilstand enn tidligere til et styrket kommunalt hjelpeapparat.

¹⁰ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2011/horingsbrev---samhandlingsreformen---for.html?id=651213>

3 ISF-avregningen for 2010

3.1 Saksomfang og endringer i utbetalinger

Avregningsutvalget har i 2011 hatt fem arbeidsmøter, vekselvis lokalisert til Værnes og Gardermoen. Seks ordinære saker med avkorting i ISF-utbetaling som resultat er behandlet. Utvalget bidro videre til å avklare innkomne spørsmål reist av Helse Sør-Øst om koding av nye behandlingsmåter for brystkreft samt behandling av multiple skader.

Tabell 2. Ordinære saker behandlet i 2011. Sortert etter saksnummer.

Saksnr.	Tittel
11/776	HDG 24 Signifikant multitraume
11/2628	Bruk av LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus
11/2700	DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen
11/2832	DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi
11/3420	DRG 814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse
11/3421	DRG 477O Uvanlige kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekoder

Avregningsutvalget anbefaler i 2011 avkortinger som vil medføre en netto reduksjon i ISF-utbetaling for 2010 på 15 632 014 kroner. Anbefalingen vil få konsekvenser for utbetalingene til alle fire regionale helseforetak, jf tabell 3.

Tabell 3. Avregningsutvalgets anbefaling om avkorting av utbetaling i ISF 2010 fordelt etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avkorting av ISF-utbetaling for 2010
Helse Sør-Øst	3 287 517
Helse Vest	7 411 987
Helse Midt-Norge	4 240 481
Helse Nord	692 029
Totalt	15 632 014

Alle sakene som ble behandlet i 2011 ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratets avdelinger Økonomi og analyse (FIOA) og Finansiering og DRG (FIFI).

Saksbehandlingen har vært basert på analyser av ISF-data for 2010 og korrespondanse med de regionale helseforetakene.

Referater fra møtene i 2011 har vært publisert løpende på Avregningsutvalgets nettsider: www.helsedir.no/finansieringsordninger/avregningsutvalget.

3.2 Vurderinger og anbefalinger

De seks ordinære sakene Avregningsutvalget har behandlet i 2011 presenteres nedenfor. Alle sakene resulterte i at Avregningsutvalget anbefalte avkortning overfor Helsedirektoratet.

Sak 11/776 HDG 24 Signifikant multitraume

Saken ble meldt inn av Helsedirektoratets avdelinger FIFI og FIOA og dreide seg om koding av opphold i *HDG 24 Signifikant multitraume* og regler for bruk av tilstandskoder i kategoriblokkene *T00-T07*. Saken startet ved at mistanke om feil ved kodepraksis ved Sykehuset Innlandet ble gjort kjent høsten 2010, blant annet gjennom mediene. Sykehuset Innlandet tok i etterkant av dette selv initiativet til en koderevisjon av aktuelle opphold fra 3. tertial 2009 og 1. tertial 2010.

Etter anmodning fra Avregningsutvalget redegjorde Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Innlandet for kodepraksis for opphold kodet som signifikante multitraumer våren 2011. Helse Midt-Norge RHF redegjorde for kodepraksis i sin region. I tillegg mottok Avregningsutvalget brev datert 23. mars 2011 fra Helse Sør-Øst RHF der utvalget ble bedt om å foreta en vurdering av koding av multitraumer regionalt og nasjonalt.

Avregningsutvalgets gjennomgang av saken avdekket systematisk feilkoding av pasienter ved Sykehuset Innlandet slik at Helse Sør-Øst mottok urettmessig ekstra ISF-utbetalinger. Utvalget fant ikke et medisinsk faglig grunnlag for å klassifisere tilstandene som alvorlige skader (multitraumer). Utvalget anbefalte en avkortning basert på en korleksjon av kodepraksis for hele 2010. Det ligger utenfor utvalgets mandat å behandle forhold fra 2009, selv om den uheldige kodepraksisen fant sted også da.

På grunnlag av funnene ved Sykehuset Innlandet anbefalte utvalget en gjennomgang ved landets øvrige sykehus for å utelukke eventuell tilsvarende kodepraksis. I tillegg til Sykehuset Innlandet hadde Oslo universitetssykehus, Ålesund sjukehus, Haukeland sjukehus, St Olavs hospital, Vestre Viken og Molde sjukehus opphold med tilstandskodene *T00-T07*. Utvalget anbefalte at disse institusjonene skal behandles på samme måte som Sykehuset Innlandet.

Avregningsutvalget ønsker at Helsedirektoratet skal arbeide for å endre logikken i DRG-grupperen slik at opphold med tilstandskodene *T00-T07* ikke lenger styres inn i DRG-er i *HDG 24 Signifikant multitraume*.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at sykehus med opphold med tilstandskodene *T00-T07* skal regrupperes uten disse kodene og eventuelt avkortes. Avkortningen fordeles på de regionale helseforetakene etter pasientenes bostedsregion.

Sak 11/2628 Bruk av LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus

Avregningsutvalget har i 2011 behandlet sak 11/2628 Bruk av *LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus*. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets avdelinger FIOA og FIFI.

Saken dreide seg om 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. Helsedirektoratet var blitt kjent med at koden var brukt feilaktig, det vil si ved vanlig fjerning av spiral, ved Sykehuset Innlandet HF og Helse Sunnmøre HF, Volda sjukehus i 2010. Analyser viste at det var et stort antall opphold/konsultasjoner med prosedyrekoden *LCA20* ved disse to sykehusene. Disse to sykehusene hadde på eget initiativ erkjent feil bruk av prosedyrekoden, og de endret på eget initiativ kodepraksis og korrigererte registreringene i innsendte data til NPR.

Videre analyser av data viste at også St Olavs hospital HF, Orkdal sjukehus og Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger skilte seg ut i bruk av prosedyrekoden *LCA 20*. Etter henvendelse fra Avregningsutvalgets sekretariat gikk de to sykehusene gjennom egne journaler og erkjente feil bruk av prosedyrekoden. Sekretariatet mottok informasjon til å identifisere de oppholdene som var feilkodet i 2010 med tanke på beregning av avkorting av utbetalinger.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold som er feilkodet ved Sykehuset Innlandet, Volda sjukehus, Orkdal sjukehus og Sykehuset Levanger avkortes. Oppholdene vil bli regruppet uten NCSP-koden *LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus*. Avkortingene fordeles på de regionale helseforetakene etter pasientenes bostedsregion. Feilkoding kan også forekomme ved andre sykehus, så alle RHF og sykehus med gynekologisk avdeling vil bli informert om utvalgets anbefaling.

Sak 11/2700 DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen

Avregningsutvalget behandlet i 2011 sak 11/2700 *DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen*. Saken ble meldt inn av Helsedirektoratets avdelinger FIOA og FIFI.

Bakgrunnen for saken var at Helse Sunnmøre HF, Ålesund sjukehus meldte i fra om at preoperative undersøkelser av begge øynene i mange tilfeller ble kodet med NCSP-kode *ZXA 10* som indikerer *tosidig* prosedyre, selv om selve operasjonen var ensidig. Oppholdene var vanligvis kodet med operasjonskoden *CJE 20 Fakoemulsifikasjon med implantasjon av kunstig linse i bakre kammer*. DRG-gruppereren tolker *ZXA 10* som om det var gjort operasjoner på begge øynene. I 2010 ga dette feilaktig plassering i *DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling* og dermed for høy refusjon.

Refusjonene for *DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling* og *DRG 39O Operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling* var like i 2009 (DRG-vekt 0,41). Refusjonene for tosidig respektive ensidig operasjon på linsen ble forskjellige i 2010, slik at tosidig operasjon ble refundert ut fra DRG-vekt 0,975, mot 0,379 for ensidig operasjon.

Etter henvendelse fra Avregningsutvalget erkjente også Helse Nord RHF og Nordlandssykehuset HF feil bruk av *ZXA 10* for 67 opphold i 2010. Helse Midt-Norge RHF ble orientert om beregnet avkorting etter at Helse Sunnmøre HF selv meldte fra om feilkoding ved Ålesund sjukehus.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at feilkodede opphold ved Helse Sunnmøre HF, Ålesund sjukehus og Nordlandssykehuset HF, Bodø avkortes. Avkortingene fordeles på de regionale helseforetakene etter pasientenes bostedsregion.

Sak 11/2832 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi

Avregningsutvalget behandlet i 2011 sak 11/2832 *DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi*. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets avdelinger FIOA og FIFI.

Analyser viste stor vekst i antall opphold i DRG 2680 fra 2009 til 2010. Det var spesielt stor vekst for pasienter bosatt i opptaksområdet til Helse Vest RHF. Av institusjonene i Helse Vest RHF var det flest opphold i DRG 2680 ved Stavanger universitetssykehus (SUS).

Stavanger universitetssykehus hadde i brev til Helse Vest RHF beskrevet at endringer i logikk for DRG-gruppering i 2009 hadde konsekvenser for hvilke DRG-er aktiviteten ved hudavdelingen havnet i. Aktivitet som i 2008 ble gruppert til en kirurgisk DRG ble i 2009 gruppert til en medisinsk DRG. Hudavdelingen endret kodepraksis fra og med 1.5.2009. Endringen innebar at opphold/konsultasjoner ved avdelingen igjen ble gruppert til kirurgiske DRG-er.

Etter anbefaling fra Avregningsutvalget ble det iverksatt dokumentkontroll av opphold i DRG 2680 ved hudavdelingen ved Stavanger universitetssykehus. KITH sto for den praktiske gjennomføringen av dokumentkontrollen som ble utført i september 2011. KITH skrev i etterkant en rapport. KITHs vurdering var at prosedyrekodingen av laser-, IPL (Intense Pulsed Light) - og PDT (PhotoDynamic Therapy) -behandling i stor grad var konsekvent gjennomført. Imidlertid fant KITH at det var foregått en systematisk feilkoding av behandlingsprosedyrer i de utvalgte oppholdene. Den gjennomgående prinsipielle feilen var at sykehuset hadde kodet behandlingene som kirurgiske operasjoner, ikke som medisinske ("ikke-kirurgiske") behandlingsprosedyrer. KITH tilbakeviste at prosedyrene var av en slik art at operasjonsstue var påkrevd. KITH framholdt at laserbehandlinger dreide seg om lokal destruksjon av hudlesjoner, *ikke* rekonstruktive inngrep (for anomali eller sekvele) etter sykdom. KITH fastslo at behandlingen skal kodes *QxA 40 Laserterapi eller fotokoagulasjon av hud*.

IPL-behandling skal også kodes *QxA 40 Laserterapi eller fotokoagulasjon av hud*. Denne koden gir helt spesifikk informasjon om hva som er gjort. KITH avviste dermed SUS' bruk av koden *QxJ 99 Annen kosmetisk hudoperasjon*. KITH hadde konferert med samarbeidende nordisk klassifikasjonseksperter i avklaringen av spørsmålet.

KITH framholdt at bruken av PDT-behandling i de utvalgte pasientoppholdene knyttes til lokal destruksjon av hudlesjon ved en fotokjemisk reaksjon, og som skal kodes *QAA 99 Annen lokal destruksjon av hud på hode eller hals*.

Anbefaling:

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. Avkortingene fordeles på de regionale helseforetakene etter pasientenes bostedsregion. Utvalget vil informere andre helseforetak om presiseringen av koding av denne typen behandlinger.

Sak 11/3420 DRG 814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse

Avregningsutvalget behandlet i 2011 sak 11/3420 *DRG 814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse*. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets avdelinger FIOA og FIFI.

Analyser har avdekket at NCMP-koden *MAGM00 Medikamentell svangerskapsavbrytelse* ved enkelte sykehus var brukt flere ganger per abort. Opphold med slike prosedyrekoder ble i 2010 vanligvis gruppert til *DRG 814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse*.

De to institusjonene som kodet medikamentell svangerskapsavbrytelse flest ganger per pasient i 2010 var Volda sjukehus (1,62) og Haugesund sjukehus (1,27). Gjennomsnittlig antall koder per pasient i landet som helhet var 1,06 samme år.

Volda sjukehus og Haugesund sjukehus har i brev til Avregningsutvalget erkjent feilaktig bruk av NCMP-koden *MAGM00 Medikamentell svangerskapsavbrytelse*.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at sykehus som ligger over landssnittet på 1,06 i antall *DRG 814S* per pasient avkortes. Avkortingene fordeles på de regionale helseforetakene etter pasientenes bostedsregion.

Sak 11/3421 DRG 477O og uvanlige kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekoder

Avregningsutvalget har i 2011 behandlet sak 11/3421 *DRG 477O* og uvanlige kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekoder. Saken ble meldt inn av Helsedirektoratets avdelinger FIOA og FIFI.

Avregningsutvalget ble anmodet om å se nærmere på opphold som er kodet slik at de grupperer til *DRG 477O Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen, dag-kirurgisk behandling*. Det ble spesielt bedt om at det ses på kombinasjonen *M62.4 Kontraktur i muskel* og *ACW99 Annen operasjon på perifer nerve*.

Det var i 2010 118 opphold som hadde *M62.4* som hovedtilstandskode og *ACW99* som en av prosedyrekodene. Oppholdene ble registrert ved OUS, Rikshospitalet i løpet av 1. tertial 2010. Bitilstandskoder inkluderte 20 opphold med *M75.1 "Rotator cuffsyndrome"* og 12 opphold med *M75.4 "Impingementsyndrome"* i skulder. De fleste konsultasjonene varte ca. en time.

Helse Sør-Øst RHF og sykehuset har i brev til Avregningsutvalget gjort rede for behandlingstilbudet og valg av tilstands- og prosedyrekoder for de aktuelle oppholdene.

Anbefaling:

Avregningsutvalget oppfatter de aktuelle oppholdene som polikliniske konsultasjoner. Avregning foretas med utgangspunkt i regruppering av oppholdene uten prosedyrekoden ACW99. Avkorting fordeles på de regionale helseforetakene etter pasientenes bostedsregion.

4 Tekniske beregninger

Nedenfor beskrives tekniske beregninger for sakene hvor Avregningsutvalget har anbefalt avkorting av ISF-utbetaling for 2010. Siste kolonne i tabellene viser anbefalt avkorting fordelt på pasientenes bostedsregion.

Utrekningene er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2010*.

ISF-refusjon for 2010 ble beregnet etter følgende formel:

$$\text{Korrigerede DRG-poeng} * \text{refusjonssats (40 \%)} * \text{enhetsrefusjon (35 964 kr)}$$

Sak 11/776 HDG 24 Signifikant multitraume

I sak 11/776 har Avregningsutvalget gitt følgende anbefaling:

Avregningsutvalget anbefalte at sykehus med opphold med tilstandskodene T00-T07 skal regrupperes uten disse kodene og eventuelt avkortes. Avkorting fordeles på de regionale helseforetakene etter pasientenes bostedsregion.

Sekretariatet har beregnet ny ISF-refusjon på bakgrunn av utvalgets anbefaling.

Anbefalt avkorting ble regnet ut på følgende måte:

- Beregningen er utført ved at tilstandskoder i kategoriblokkene T00-07 er tatt ut av oppholdene.
- Oppholdene er deretter DRG-gruppert på nytt.
- Anbefalt avkorting er lik differansen mellom opprinnelig ISF-refusjon og beregnet ny ISF-refusjon basert på regrupperingen.

Tabell 4. Teknisk beregning av anbefalt avkorting i sak 11/776 HDG 24 Signifikant multitraume. Bostedsregion. 2010.

Bostedsregion	Antall opph.	Sum oppr.korr. vekt	Oppr. ISF-refusjon	Sum ny korr. vekt	Sum ny ISF-refusjon	Anbefalt avkorting
Helse Sør-Øst	112	603,1	8675639	462,7	6656633	2 019 006
Helse Vest	34	256,1	3684727	198,0	2848593	836 134
Helse Midt-Norge	80	385,6	5547145	255,2	3670846	1 876 299
Helse Nord	4	19,4	278534	15,5	223265	55 269
Totalt	230	1 264,2	18 186 045	931,4	13 399 337	4 786 708

Teknisk beregning:

Avkorting settes til kr 4 786 708 (fire millioner sjuhundre og åttiseks tusen sjuhundre og åtte kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

Sak 11/2628 Bruk av LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus

I sak 11/2628 har Avregningsutvalget gitt følgende anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold som er feilkodet ved Sykehuset Innlandet, Volda sjukehus, Orkdal sjukehus og Sykehuset Levanger avkortes. Oppholdene vil bli regruppet uten NCSP-koden LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus. Avkorting fordeles på de regionale helseforetakene etter pasientenes bostedsregion.

Sekretariatet har beregnet ny ISF-refusjon på bakgrunn av utvalgets anbefaling.

Anbefalt avkorting ble regnet ut på følgende måte:

- Beregningen for Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger og St Olavs hospital HF, Orkdal sjukehus er utført ved at koden LCA 20 er tatt ut av oppholdene som deretter er DRG-gruppert på nytt. Anbefalt avkorting er lik differansen mellom opprinnelig ISF-refusjon for de aktuelle oppholdene og beregnet ny ISF-refusjon basert på regruppingen.
- For Helse Sunnmøre HF, Volda sjukehus og Sykehuset Innlandet HF, som endret praksis i bruk av LCA 20 i løpet av 2010, er avkorting lik differansen mellom lukket og ikke-lukket ISF-grunnlag for 2010. 27 av 64 opphold ved Volda sjukehus endret DRG-vekt og avkortes. Tilsvarende tall for Sykehuset Innlandet var 83 av 134 opphold.

Tabell 5. Teknisk beregning av anbefalt avkorting i sak 11/2628 Bruk av LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus. Bostedsregion. 2010.

Bostedsregion	Antall opphold	Sum oppr. korr. vekt	Oppr. ISF-refusjon	Sum ny korr. vekt	Sum ny ISF-ref.	Anb. avkorting
Helse Sør-Øst	134	86,6	1 245 793	36,6	526 513	719 280
Helse Midt-Norge	112	72,6	1044395	27,4	394165	650229
Total	246	159,2	2 290 188	64,0	920 678	1 369 509

Teknisk beregning:

Avkorting settes til kr 1 369 509 (en million tre hundre og sekstini tusen fem hundre og ni kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

Sak 11/2700 DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen

I sak 11/2700 har Avregningsutvalget gitt følgende anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at feilkodede opphold ved Helse Sunnmøre HF, Ålesund sjukehus og Nordlandssykehuset HF, Bodø avkortes. Avkorting fordeles på de regionale helseforetakene etter pasientenes bostedsregion.

Sekretariatet har beregnet ny ISF-refusjon på bakgrunn av utvalgets anbefaling.

Anbefalt avkorting ble regnet ut på følgende måte:

- Beregningen er utført ved at opphold som var feilkodet som bilateralt inngrep ved Helse Sunnmøre HF, Ålesund sjukehus og Nordlandssykehuset HF, Bodø fikk vekt tilsvarende *DRG 390 Operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling* (unilateralt), dvs 0,379.
- Anbefalt avkorting er lik differansen mellom opprinnelig ISF-refusjon for de aktuelle oppholdene og beregnet ny ISF-refusjon.

Tabell 6. Teknisk beregning av anbefalt avkorting i sak 11/2700 *DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen*. Bostedsregion. 2010.

Bostedsregion	Antall opphold	Sum oppr.korr. vekt	Opprinnelig ISF-refusjon	Sum ny korrigert vekt	Sum ny ISF-refusjon	Anbefalt avkorting
Helse Sør-Øst	1	0,975	14 026	0,379	5 452	8 574
Helse Vest	3	2,925	42 078	1,137	16 356	25 721
Helse Midt-Norge	188	183,300	2 636 880	71,252	1 025 003	1 611 878
Helse Nord	67	65,325	939 739	25,393	365 294	574 446
Totalt	259	252,525	3 632 723	98,161	1 412 105	2 220 619

Teknisk beregning:

Avkorting settes til kr 2 220 619 (to millioner to hundre og tjue tusen seks hundre og nitten kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

Sak 11/2832 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi

I sak 11/2832 har Avregningsutvalget gitt følgende anbefaling:

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.

Sekretariatet har beregnet ny ISF-refusjon på bakgrunn av utvalgets anbefaling.

Anbefalt avkorting ble regnet ut på følgende måte:

- Beregningen tar utgangspunkt i KITHs korrigeringer av tilstands- og prosedyrekoder i dokumentkontrollen ved hudavdelingen ved Stavanger universitetssykehus september 2011. KITH reviderte 80 opphold som var tilfeldig trukket av Helsedirektoratet.
- Oppholdene ble DRG-gruppert på nytt med korrigerede kodeverdier.
- I utvalget var det 26,591 DRG-poeng i avvik mellom opprinnelig DRG-vekt og ny DRG-vekt.
- Gitt samme antall avkortede DRG-poeng per opphold som i utvalget, anbefales det en total avkorting på 481,297 DRG-poeng.

Tabell 7. Teknisk beregning av anbefalt avkorting i sak 11/2832 DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi. ISF 2010.

Antall opphold i populasjonen (DRG 268O ved hudavdelingen, SUS, 2010)	1 448
Antall opphold i utvalget (80 eller 5,5 prosent av populasjonen)	80
Antall DRG-poeng som avkortet i utvalget	26,591
Antall DRG-poeng per opphold som avkortet	0,332
DRG-poeng/opphold (0,332) * alle opphold (1 448)	481,297
Anbefalt avkorting (sum avkortede DRG-poeng * 40 % * 35 964)	6 923 748

Tabell 8. Avkorting i sak 11/2832 DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi. Bostedsregion. ISF 2010.

Bostedsregion	Antall opphold	(%)	Anbefalt avkorting
Helse Vest	1 361	(94,0)	6 508 323
Helse Midt-Norge	14	(1,0)	69 237
Helse Nord	13	(0,9)	62 314
Helse Sør-Øst	60	(4,1)	283 874
Totalt	1 448	(100,0)	6 923 748

Teknisk beregning:

Avkorting settes til kr **6 923 748** (seks millioner ni hundre og tjuetre tusen sju hundre og førtiåtte kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

Sak 11/3420 DRG 814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse

I sak 11/3420 har Avregningsutvalget gitt følgende anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at sykehus som ligger over landssnittet på 1,06 i antall DRG 814S per pasient avkortet.

Sekretariatet har beregnet ny ISF-refusjon på bakgrunn av utvalgets anbefaling.

Anbefalt avkorting ble regnet ut på følgende måte:

- Sum korrigeret vekt for de aktuelle oppholdene ved Volda sjukehus og Haugesund sjukehus er justert ned slik at den samsvarer med landsgjennomsnittet for antall medikamentelle aborter per pasient.
- Landsgjennomsnittet var 1,06 i 2010.

Tabell 9. Teknisk beregning av anbefalt avkorting i sak 11/3420 DRG 814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse. Bostedsregion. 2010.

Bostedsregion	Antall DRG 814S per pasient	Antall opphold	Opprinnelig korrigeret vekt	Ny korrigeret vekt	Anbefalt avkorting (kr)
Helse Midt-Norge	1,62	102	3,161	2,068	15 719
Helse Vest	1,27	368	11,408	9,522	27 136
Totalt		470	14,569	11,590	42 855

Teknisk beregning:

Avkorting settes til kr **42 855** (førtito tusen åtte hundre og femtifem kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

Sak 11/3421 DRG 4770 og uvanlige kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekoder

I sak 11/3421 har Avregningsutvalget gitt følgende anbefaling:

Avregningsutvalget oppfatter de aktuelle oppholdene som polikliniske konsultasjoner. Avregning foretas med utgangspunkt i regruppering av oppholdene uten prosedyrekoden ACW99.

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

- Beregningen er utført ved at prosedyrekode ACW99 er tatt ut av oppholdene som deretter er DRG-gruppert på nytt.
- Anbefalt avkorting er lik differansen mellom opprinnelig ISF-refusjon for de aktuelle oppholdene og beregnet ny ISF-refusjon basert på regrupperingen.

Tabell 10. Teknisk beregning av anbefalt avkorting i sak 11/3421 DRG 4770 og uvanlige kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekoder. Bostedsregion. 2010.

Bostedsregion	Antall opphold	Sum oppr.korr. vekt	Opprinnelig ISF-refusjon	Sum ny korrigert vekt	Sum ny ISF-refusjon	Anbefalt avkorting
Helse Sør-Øst	105	19,6	282 461	1,8	25 678	256 783
Helse Vest	6	1,1	16 141	0,1	1 467	14 673
Helse Midt-Norge	7	1,3	18 831	0,1	1 712	17 119
Total	118	22,1	317 433	2,0	28 858	288 575

Teknisk beregning:

*Avkorting settes til kr **288 575** (to hundre og åttiåtte tusen fem hundre og syttifem kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.*

5 Vedlegg: Anbefaling om avkorting i ISF-utbetaling 2000-2009

Tabell 11. Oversikt over Avregningsutvalgets anbefalinger om avkorting av ISF-utbetaling, 2000-2009

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: <ul style="list-style-type: none"> - Z00.6 Undersøkelse av kontrollperson i klinisk forskningsprogram: forskningsfinansierte opphold ble ikke merket i institusjonens pasientadministrative system - Z51.3 Blodoverføring: det er feil kodepraksis å bruke denne koden for å registrere pasienter som mottar blodoverføring. - Z51.8 Annet spesifisert behandlingstiltak: bruk av koden er ikke i samsvar med veiledning i ICD-10. Oppholdene er gruppeundervisning og skal registreres som poliklinikk med takst A99. 	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
2006	Sak 07/2438 - DRG 297 Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk	Hoveddiagnose E66.8 Annen spesifisert fedme, ingen bidiagnoser. Behandlingen var et gruppetilbud som ikke skal finansieres gjennom ISF.	Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)
	Sak 07/2440 - DRG 172 Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene	Stor vekst og volum i institusjon i Helse Vest. Seriebehandling. Sammenheng med sak 11/06.	Svulster (C00-D48)
	Sak 07/2819 - Journalgjennomgang DRG 462B Rehabilitering, vanlig	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
2007	Sak 08/2946 - Oppfølging av dagrehabilitering i DRG 462B	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)

	Sak 08/4416 - DRG 243 Ryggglidelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen	Stor vekst i dagopphold i DRG 243. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Andre ryggglidelser (M50-M54)
	Sak 08/4418 - DRG 271 Kroniske sår i huden	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Andre lidelser i hud og underhud (L80-L99)
	Sak 08/4419 - DRG 179 Inflammatoriske tarmsykdommer	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Ikke-infeksiøs enteritt og kolitt (K50-K52)
	Sak 08/6252 - Registrering og koding av laserbehandling	Oppfølging av sak 07/4920 Registrering og koding av laserbehandling behandlet i 2007 og sak 08/06 Sammenheng mellom takst og prosedyrekoder behandlet i 2006. Gjelder konsultasjoner kodet med takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi (QAA40). Den aktuelle taksten var utarbeidet for tradisjonell kirurgi.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
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 ånde- drettssystemet (J00-J99) <i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, etc (Kapittel G)</i>
------	--	-----------------	---

