

Avregningsutvalgets arbeid i 2016



Håper på endring
Bård Hoksrud (Frp) fra Telemark, som sitter i Helsekomiteen på Stortinget, er kritisk til at Sykehuset i Vestfold kom så dårlig ut på oversikten.
- At det kan være mindre feil på de forskjellige sykehusene må vi nok leve med, men ikke så store utslag som det vi ser i denne rapporten.

Trondheim
14. mars 2016

Bjørn Buan
Utvalgsleder

Stikkord

- Oppdrag og sammensetning
- Arbeidsform
- Kort tilbakeblikk
- Tema i 2016

Kort om utvalget

- Avregningsutvalget ble opprettet samtidig med Helsereformen i 2000
- Avregningsutvalget er et rådgivende utvalg som vurderer medisinsk kodepraksis og gir Helsedirektoratet råd knyttet til utbetalingsgrunnlaget i Aktivitetsbasert finansiering.
- Helsedirektoratet utnevner medlemmer for tre år om gangen

Avregningsutvalget 2016

Medlemmer

Bjørn Buan (leder)	Enhetsleder	Orkanger
Kathan Al-Azawy	Avd.dir. Lungeavd.	Bergen
Marianne Altmann	Overlege nevrologi	Oslo
August Bakke	Professor, dr.med	Bergen
Halfdan Aass	Fagdirektør dr.med	Drammen
Folke Sundelin	Ass. fagdirektør	Oslo
Suzana Rosic	Overlege gynekologi	Kirkenes
Erik Rødevand	Overlege revmatologi	Trondheim
Arne Seternes	Overlege nevrokirurgi	Trondheim

Sekretariat Npr v/Lotte Strandjord og Marte Kjevik
Observatør fra Helsedirektoratet: Eva Wensaas

Avgrensning av mandat

- Fortolker gjeldende kodeverk og regelverk ut fra foreliggende veiledning innenfor faglig skjønn.
- Helsedirektoratet forvalter og definerer
- Utvalget er ellers uavhengig i sin saksbehandling.
- Andre (Riksrevisjonen, SINTEF m fl) har gjennomført/gjennomfører systematiske målinger av kodekvalitet.
- Bruk av obsolete koder og behandling som ikke er dokumentert inngår ikke i arbeidet
- Grenser for ISF mot annen finansiering vurderes

ISF og annen helsefinansiering

- Basisbevilgning til RHF 50%
- ISF (50%, eller ca NOK 30 mrd) sykehus
- KBF Kvalitetsbasert finansiering (NOK 500 mio)
- Radiologi (sykehus og privat)
- Private spesialister, lab, psykologer og fysioterapeuter, poliklinisk rusbehandling, psykiatri
- Utskrivingsklare pasienter (kommunene)
- Folketrygdens finansiering av primærhelsetjenesten

Helsedirektoratets uttalelser om regelverket m.m.

- 26.01.2016 [Medikamentell kreftbehandling-reglene for registrering og rapportering i ISF 2016](#)
- 15.05.2015 [Tverrfaglig utredning for pasienter med fedme](#)
- 13.02.2015 [Lækjemiddelbehandling med Vedolizumab \(Entyvio ®\) - Endring av DRG-egenskaper i 2015](#)
- 09.02.2015 [Behandling av Dupuytren's kontraktur \(krokfinger\) med Xiapex-injeksjon og forutsetninger omkring ISF-finansiering](#)

Utvalgets arbeidsform

- Møter (5-6 per år)
- Saksbehandling mellom møtene:
Korrespondanse og analyser
- Av og til underutvalg
- Ekspertbistand
- Konsensusorientert (95%+)
- Prinsipiell tilnærming
- Innmelding av saker fra staten, fra enkeltpersoner og helseforetak.

Arbeidsform forts.

Konfidensialitet:

- Skjerme enkeltpersoner
- Skjerme HF under saksbehandling
- Offentliggjøre HF i etterkant for å synliggjøre systemansvar

Hvordan arbeider utvalget ?

- Siling av innmeldte saker
- Habilitetsvurdering
- Vurdering og analyse av:
 - Nytt tilbud?
 - Endret behov ?
 - Endret organisering av tilbud?
 - Endret registreringspraksis ?
- Tilskrive RHF/kopi HF med spørsmål om forklaring på funn i registerdata
- Ytterligere analyser og vurderinger, evt utdypende spørsmål

Hvordan arbeider utvalget ?

forts

- Fortolkning av kodeverk og regelverk
- Stedlig dokumentkontroll hvis annen tilnærming ikke avklarer spørsmål om fakta
- Sammenligninger av registerdata mellom flere HF og RHF og over tid

Oppsummering saksbehandling:

- Er det påvist feil ved ISF-utbetalinger ?
- Skiller registreringspraksis seg noen HF seg ut fra resten av landet ?
- Er det et faglig og teknisk grunnlag for avregning ?
- Har tilsvarende saker vært behandlet tidligere ?
- Henter vi annen lærdom fra saken ?
- Oversendelse Helsedirektoratet
- Oppsummering i årsrapport
- Dialog med oppdragsgiver

Oppsummering 2015

- Ulike medisinske fagområder.
- Valg av omsorgsnivå,
- Bruk av depresiserende diagnosekoder
- Valg av diagnoserekkefølge
- Unødig koding av andre tilstander
- Åpenbar feilkoding

Tilstander som kodes skal være behandlet, undersøkt, vurdert eller hatt betydning for den øvrige behandlingen.

ISF 2016

- Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte sørge-for-ansvaret til RHF-ene.
- For 2016 utgjør ISF drøyt 30 milliarder kroner og skal dekke 50 prosent av finansieringen.

Foreløpige granskningstema 2016

- Oppfølging av tidligere saker
 - Tracheostomi og respiratorbehandling
 - Hypertoni som hoveddiagnose
 - Flere registrerte episoder samme dag
 - Sepsiskoding
- Dobbeltrappering ved overføringer
- *Kirurgiske prosedyrer ved ikke-kirurgiske avdelinger*
- *Korte opphold i DRG 242C*
- *Kodepraksis for nyfødte og fødsel*
- DRG 297 Ernærings- og stoffskiftesykdommer, inkl fedme, valgt rekkefølge av koder
- *Z48.0 Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer og suturer*

2017:

ISF og poliklinisk psykisk helse

Tentativ framdriftsplan i Hdir mai 2015

Endelig ISF-regelverk 2017 er publisert	des 2016
Kontrollsystemet er revidert for å ta høyde for utvidelsen	nov 2016
Alle relevante interessenter har mottatt informasjon om den nye finansieringsordningen	nov 2016
Foreløpig ISF-regelverk 2017 inkludert kostnadsvekter er publisert	okt 2016
Forslag til revidert poliklinikkforskrift er oversendt HOD	sep 2016
Budsjettinnspill for ISF 2017 er levert basert på data fra første tertial 2016	aug 2016
Foreløpige kostnadsvekter for nye "case-mix"-grupper er beregnet	jun 2016
Tekniske beregningsregler for PHV&TSB er ferdig spesifisert	apr 2016
30 dagers høringsperiode for nytt aktivitetsmålesystem 2017 er avsluttet	mar 2016
Registreringskrav for 2016 er presisert overfor RHF og utøvende virksomheter	des 2015
Forutsetninger vedrørende kostnadsberegninger er besluttet og kommunisert til RHF og helseforetak	nov 2015
Alle relevante interessenter har mottatt innledende informasjon om mulig omlegging	nov 2015
Koordineringsgruppe for samarbeid med RHF om implementering er etablert	sep 2015

Oppsummering

- Aktivitetsbasert finansiering synes å være kommet for å bli.
- Aktivitetsdata må registreres likt og være til å stole på.
- Kontroll er nødvendig.
- Uavhengig kontroll kan styrke legitimitet.
- Bedre opplæring, egenkontroll og støtte vil redusere omfang av åpenbar feilkoding