

www.sintef.no



**SINTEF Unimed**

Postadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Takstsystemet for poliklinisk radiologi**Forslag til løsning for 2004**

FORFATTER(E)

Lars Rønningen

OPPDRAGSGIVER(E)

Helse- og omsorgsdepartementet

RAPPORTNR. STF78 A055803	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Øystein Sand	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03832-4	PROSJEKTNR. 78K00330	ANTALL SIDER OG BILAG 33
ELEKTRONISK ARKIVKODE Rapport løsning 2004.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Øyvind B. Hope	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Kjell Solstad
ARKIVKODE E	DATO 2005-08-30	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Trude Mathisen, forskningsjef <i>Trude Mathisen</i>	

SAMMENDRAG

SINTEF Helse Pasientklassifisering og Finansiering fikk høsten 2003 forespørsel om å utarbeide et forslag til ny versjon av takstsystemet for poliklinisk radiologi for 2004 (LabTakst 2004). Denne skulle basere seg på forslaget til LabTakst 2003. LabTakst 2003 ble imidlertid ikke innført i 2003. Av tidshensyn ble det kun foretatt en oppdatering av grupperingslogikk, kontrollrutiner og enhetspris. Kostnadsvektene ble, sammen med grupperingslogikk og kontrollrutiner, revidert høsten 2002, og det er derfor ikke foretatt noen endringer av kostnadsvektene i denne omgang.

Det var kun mindre endringer i kodeverket NORAKO fra foreslått 2003-versjon til 2004-versjonen. Endringene som kom i forslaget til 2003-versjon ble allerede tatt hensyn til i LabTakst 2003.

Også når det gjelder grupperingslogikk og kontrollrutiner var mange av endringene i LabTakst 2004 allerede inkorporert i den ikke-innførte LabTakst 2003. Det som var nytt var knyttet til (1) særskilte rutiner når det benyttes flere prosedyrekoder som angir kontrastbruk, (2) aggregeringsregler når organkodene inneholder identiske prosedyrekoder og (3) særskilte regler når det er registrert både IV og ANG ved to eller flere MR-undersøkelser.

Hovedproblemet med LabTakst 2004 har vært beregning av korrekt enhetspris for både offentlig og privat sektor. Av ulike årsaker, som er dokumentert i denne rapporten, ble gjeldende enhetspris først fastsatt i mars 2004.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Poliklinisk radiologi	Out-patient radiology
GRUPPE 2	Takstsystem	Reimbursement-system
EGENVALGTE		

Forord

Det nye takstsystemet for poliklinisk radiologi ble tatt i bruk 1. januar 2002, ved både offentlig og privat virksomhet. Systemet består grovt sett av fire komponenter: kodeverk, grupperingsprogram, kostnadsveker og enhetspris. Undersøkelser registreres ved hjelp av kodeverket NORAKO utarbeidet av Norsk Radiologisk Forening. Grupperingsprogrammet vil med basis i registrerte undersøkelser, kostnadsveker og enhetspris beregne samlet refusjon. Det ble i 2002 utarbeidet et forslag til takstsystem for 2003, som ikke ble implementert.

Rapporten beskriver de endringer som ble innført f.o.m. 1. januar 2004. I stor grad er dette endringer som allerede ble foreslått innført i 2003, men 2004-versjonen inkluderer også noen helt nye endringer.

Prosjektet har vært ledet av Øyvind B. Hope og rapporten er ført i pennen av Lars Rønningen ved SINTEF Helse, avdeling for pasientklassifisering og finansiering (PaFi). Endringsdokumentasjonen vedrørende grupperingsprogrammet er basert på dokumentasjon fra Lars Tungen, ved Abaris AS.

Bjørn Buan ved KITH har vært en nær medarbeider i arbeidet med forbedring av takstsystemet. Videre har Karen Rosendahl og Arne Heilo ved Norsk Radiologisk Forening bidratt i forhold til faglige spørsmål. Jostein Bruflot ved Classic IT har bistått i forbindelse med uttrekk og tilrettelegging av aktivitetsdata. Prosjektsekretær Laila B. Nessel har hatt ansvaret for å ferdigstille rapporten. Helsedepartementet har vært oppdragsgiver. Vi vil takke alle for et godt samarbeid i dette arbeidet.

Rapporten ble utarbeidet våren 2004, men har på grunn av ulike årsaker først blitt ferdigstilt i august 2005.

Trondheim august 2005

Lars Rønningen

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Innholdsfortegnelse	3
1 Innledning	4
2 Kodeverket	6
3 Grupperingslogikk:	7
4 Kostnadsvekter	9
5 Enhetspris	10
6 Konsekvenser av ny løsning	13
6.1 Omfordelingseffekter hovedkategorier (RG, UL, CT og MR)	13
6.2 Omfordelingseffekter refusjonsmottakere	14
7 Utvikling av LabTakst 2005	17
Vedlegg	18

1 Innledning

I 2002 ble det innført et nytt takstsystem, i denne rapporten kalt LabTakst 2002, for poliklinisk radiologi basert på kodeverket NORAKO. I LabTakst registreres hver radiologisk undersøkelse (inkludert eventuelle prosedyrer eller tilleggskilder) med en kombinasjon av koder for modalitet, lokalisasjon, prosedyre, sideangivelse og tilleggskode. Det er denne kodekombinasjonen som i grupperingsprogrammet entydig grupperes til en primærkategori, som er en samling av undersøkelser som er medisinsk og ressursmessig mest mulig homogene. En nærmere beskrivelse av selve grupperingsprogrammet og prinsippene for gruppering, inngår som en del av LabTakst 2004, som kan lastes ned fra www.kith.no.¹ Denne rapporten fokuserer på de oppdateringer og endringer som er foretatt fra LabTakst 2002 til LabTakst 2004, samt omfordelingseffekter av disse endringene.

I løpet av 2002 viste det seg at veksten i utbetalingene gjennom det nye takstsystemet økte betydelig mer enn ventet, noe som skyldtes særlig to forhold. For det første var kodepraksisen ved mange institusjoner vesentlig forskjellig fra det prøvematerialet som lå til grunn for beregning av enhetsprisen for 2002. Enhetsprisen skulle vært en god del lavere dersom denne kodepraksisen hadde vært kjent i prøvematerialet. Og for det andre inneholdt grupperingsprogrammet en del feil og manglende kontroller, slik at ulik koding av like undersøkelser kunne gi ulik refusjon. I løpet av høsten 2002 ble det derfor utarbeidet to nye versjoner av takstsystemet (LabTakst 2003), en i september og en senere på høsten for implementering 1. januar 2003. Helsedepartementet besluttet i begge disse tilfellene å ikke innføre den nye løsningen, men heller justere enhetsprisen for å dempe veksten i utgiftene. Takstsystemet for poliklinisk radiologi i 2003 var derfor i hovedtrekk lik det som ble implementert i 2002, men med en justert enhetspris.

Det er ikke uventet at nye finansieringssystem i en startfase har en del feil. Det er kanskje særlig aktuelt når det baserer seg på kodepraksisen til aktører i to store sektorer i et nytt og uprøvd kodeverk. Det er derfor viktig at et slikt finansieringssystem jevnlig oppdateres for å luke ut de feilene som oppdages. Innføringen av LabTakst 2004 var derfor viktig for å øke tilliten til takstsystemet.

Denne rapporten beskriver forslaget til nytt takstsystem for poliklinisk radiologi. Med unntak av kodeverket NORAKO, er det SINTEF Unimed Pasientklassifisering og Finansiering (PaFi) som både i 2002 og 2003 har hatt ansvaret for å utarbeide nye forslag til dette takstsystemet. I dette arbeidet har det blitt samarbeidet nært med KITH. Ansvaret for utvikling og oppdatering av kodeverket har NORAKO-redaksjonen i Norsk Radiologisk Forening (NRF).

Forslaget til nytt takstsystem for poliklinisk radiologi for 2004 inneholder også de endringsforslagene som lå inne i LabTakst 2003 som ikke ble implementert. Når vi i denne rapporten beskriver endringene i forhold til gjeldende takstsystem i 2003, vil vi kort ta med de endringene som ble foreslått i 2003-løsningen.²

I denne rapporten benyttes det en del NORAKO-koder. Det første feltet (2 tegn) i NORAKO-koden forteller hvilken modalitet som har vært benyttet, og det skiller da mellom konvensjonell radiologi (RG), ultralyd (UL), computertomografi (CT) og magnettomografi (MR). Det neste feltet (lokalisasjon) henviser til undersøkt organ, anatomisk lokalisasjon, organsystem eller region. Disse to første feltene er obligate. Videre kan det registreres prosedyrekoder, sidekoder

¹ Ved installasjon av LabTakst vil dette fremkomme under katalogen Takstberegning\Dokumentasjon.

² Dette sistnevnte er nærmere beskrevet i rapporten "Evaluering av nytt takstsystem for poliklinisk radiologi 2002 – Delrapport 2: Forslag til løsning for 2003" av Rønningen og Hope februar 2003.

(høyre, venstre eller begge) og tilleggs-koder. En nærmere forklaring på NORA KO-koder finnes i kodeverket NORA KO 2004, som kan lastes ned fra www.kith.no.

2 Kodeverket

Det er som nevnt i forrige kapittel NORAKO-redaksjonen i Norsk Radiologisk forening som har ansvaret for å utvikle og oppdatere kodeverket NORAKO. Siden takstsystemet for poliklinisk radiologi baserer seg på registrering av undersøkelser ved bruk av NORAKO-koder, vil forslag til nye versjoner av takstsystemet måtte ta hensyn til endringer i kodeverket. Kodeheftet "NORAKO Norsk Radiologisk Kode" inkluderer endringsdokumentasjon fra gjeldende kodeverk for 2003 (dvs. NORAKO 2002) til gjeldende kodeverk i 2004. Denne endringsdokumentasjonen er også presentert i vedlegg A. Vi skal her kun kort beskrive de viktigste endringene, som alle kom i utkastet til kodeverk for 2003.³

For det første gikk man fra å kode tilleggsserier (TSx, hvor x=1..10) til å kode totalt antall serier (Tx, hvor x=1..10). Dette medførte at det først ved koding av T2 var utført tilleggsserier og dette måtte implementeres i grupperingslogikken. Konsekvensene av dette er at grupperingsprogrammet "ikke ser" koden T1, men oppfatter f.eks. kodene MR GE og MR GE T1 som duplikate.

For det andre ble kodeveiledningen tydeligere på hvordan man skulle kode undersøkelser hvor det var nødvendig å registrere prosedyrekoder. Veiledningen er nå slik at man først skal kode grunnundersøkelsen, for deretter å kode samme modalitet og lokalisasjon med tilhørende aktuelle prosedyrekoder. Denne endringen i veiledningen medførte et brudd i forhold til hva som var inkludert i beregningen av kostnadsvektene. Problemet var at vektene i primærkategorier som krever koding av prosedyrekoder inkluderte ressursbruken for grunnundersøkelsen. Denne endringen er håndtert ved å nullstille (se bort fra) koden for grunnundersøkelsen. Hvordan dette mer spesifikt er gjort beskrives i kapittel 3 om grupperingslogikken.

For det tredje ble det gjennomført større endringer i koding av angiografiundersøkelser ved bruk av CT og MR. En rekke angiografispesifikke lokalisasjonskoder ble ugyldige i kombinasjon med modalitetene CT og MR. I stedet for skal man nå kode de "vanlige" lokalisasjonskodene sammen med prosedyrekoden ANG. Denne endringen medførte at to primærkategorier ble fjernet fordi det da ikke lenger var mulig å skille mellom MR angiografi med eller uten bruk av kontrast.

I tillegg til dette har representanter for NORAKO-redaksjonen bistått ved utarbeidelse av oversikter over hvilke organkoder som defineres innenfor de ulike regionkodene. Dette arbeidet har blitt gjennomført i både 2002 og 2003, og er avgjørende for riktig aggregering fra organkoder til regionkoder. Det skal medføre samme refusjon om man koder undersøkelse av de underliggende organ eller om man koder regionkoden. En oversikt over regionkoder med underliggende organkoder gjeldende i LabTakst 2004 finnes i vedlegg C.

³ I 2003 var det kun et mindre antall koder som gikk ut, og som dermed er ugyldig i 2004, samtidig som det ble innført et mindre antall nye koder.

3 Grupperingslogikk

I dette kapitlet beskrives endringer i grupperingslogikk fra den gjeldende logikken i 2003 (LabTakst 2002) til den som ligger inne i LabTakst 2004. Den sistnevnte inkluderer også de endringene som lå inne i forslaget til grupperingslogikk for 2003. Siden dette allerede er kommentert i rapporten til Rønningen og Hope (2003), vil det her kun foretas en kortfattet oppsummering av disse. Deretter kommenteres endringene som først er implementert i LabTakst 2004. Med grupperingslogikk menes her også kontroll av registrerte koder.

I forslaget til LabTakst 2003 ble følgende vesentlige endringer lagt inn:

- PK206 "Ultralydundersøkelse annet" er fjernet. Koder som ble gruppert til PK206 grupperes til PK205 "Ultralydundersøkelse enkel".
- PK401 "MR kontrast angio" er fjernet. Dette skyldes endringer i kodeverket i forhold til MR angiografiundersøkelser. Dette er også årsaken til at PK406 "MR av enkeltorgan uten kontrast" og PK407 "MR av kar uten kontrast" ble slått sammen til en ny PK, PK408 "MR uten kontrast enkel".
- Dersom pasient ikke har møtt til undersøkelse skal det ikke gis refusjon. Regninger som inneholder en eller flere radiologikoder med tilleggskode IM (ikke møtt) vil derfor nulles ved refusjonsberegning (refusjon = 0 for hele regningen).
- Ved sammenligning av radiologikoder, skal takstberegningen bare ta hensyn til tilleggskoder som er signifikante for takstberegningen (IM, TS, TP, TE og AN). Andre tilleggskoder skal behandles som om de ikke er utfyllt.
- For regninger som inneholder en eller flere radiologikoder med tilleggskode TS eller TP skal det beregnes refusjon for bare en av radiologikodene med tilleggskode TS eller TP. Resterende radiologikoder, inkludert de uten tilleggskode, skal nulles.
- Prosedyrekoder med antall som suffiks skal summeres sammen for alle kodelinjer der modalitetskode, lokalisasjonskode, sidekode og tilleggskode er identiske. Dette gjelder for prosedyrekodene T[1-10], K[1-5], PTA[1-3], STG[1-3] og STN[1-3].
- Prosedyrekoden T1 skal ikke regnes som en prosedyre i takstberegningen.
- Alle radiologikoder på en regning skal være unike. Hvis det finnes flere radiologikoder der modalitet, lokalisasjon, prosedyre, side og tilleggskode er identiske, skal duplikater fjernes fra regningen.
 - a. For sidekoder gjelder følgende regler:
 - i. Sidekode = S, D eller blank regnes som duplikat i forhold til sidekode = B.
 - ii. Sidekode = blank regnes også som duplikat i forhold til sidekode = S eller D.
 - iii. Sidekode = B har prioritet over andre sidekoder.
- Samme undersøkelse utført på begge sider for en lokalisasjon skal representeres som en radiologikode med sidekode = B. Hvis slike undersøkelser er kodet som to radiologikoder med sidekode S og D, skal disse to erstattes med en radiologikode med sidekode = B.

- To radiologikoder der den ene har angitt prosedyrekoden PO og den andre prosedyrekoden IV, skal erstattes med en radiologikode med prosedyrekoden PI. Dette gjelder for radiologikoder med samme modalitetskode, lokalisasjonskode, sidekode og tilleggskode.
- Dersom det er kodet en undersøkelse uten prosedyre og samme undersøkelse med prosedyre på samme regning, skal enkeltundersøkelsen uten prosedyre nullstilles (slettes). Dette gjelder for undersøkelser der bare modalitet, lokalisasjon og evt. sidekode er utfylt.
- Dersom det er kodet en tosidig undersøkelse (sidekode = B) skal denne tildeles vekt for primærkategorien multiplisert med 1,8. Dette for å sikre at ulik registrering av tosidig undersøkelser gir samme refusjon.
- Aggregeringsreglen i forhold til regionkode er skjerpet ved at det kreves minst to ulike organkoder innenfor samme regning.

Som sagt ligger disse endringene også inne i forslaget til LabTakst 2004. I tillegg til dette er det foretatt endringer i grupperingslogikken fra LabTakst 2003 til LabTakst 2004. Dette beskrives nærmere i følgende punkter:

- Dersom det på en regning er registrert to eller flere MR undersøkelser av samme organ hvor både prosedyrekode IV og ANG er registrert vil kun undersøkelsen hvor ANG er registrert ligge til grunn for refusjonsberegning. Årsaken til dette ligger i egenskapene til ANG-koden. Denne har kontrastegenskap når den registreres sammen med alle lokalisasjonskoder unntatt lokalisasjonskodene for hode (KC og underliggende organkoder). I følge radiologer vi har hatt kontakt med er det et klart skille i forhold til bruk av kontrast mellom undersøkelse av hode, hvor det aldri brukes kontrast, og resten av kroppen, hvor det alltid brukes kontrast. Dette er det tatt hensyn til i grupperingslogikken.
- Ved aggregering til regionkode hvor alle organkodene har identisk prosedyrekode, skal den genererte regionkoden også få samme prosedyrekode. Vektene for de underliggende organkodene settes til 0.
- Dersom det på en regning er registrert flere prosedyrekoder som angir eksplisitt eller implisitt bruk av kontrast (dvs. PO, IV, PI, ANG) ved modalitet MR og CT, skal kun en av disse ha betydning ved beregning av refusjon. Kontrastundersøkelsen som grupperes til primærkategorien med høyest vekt beholder koden for bruk av kontrast. For de andre undersøkelsene hvor kontrastkode er angitt, fjernes denne koden og undersøkelsen grupperes på nytt. Denne regelen er innført fordi det fra radiologfaglig hold har vært påpekt at det i all hovedsak kun settes kontrast en gang under en undersøkelse. Og kontrastvæske er en vesentlig del av kostnadsgrunnlaget for de aktuelle primærkategoriene.

4 Kostnadsvekter

Kostnadsvektene som ble tatt i bruk i LabTakst 2002 var basert på en antagelse av hvilke undersøkelser som best beskrev ressursbruken for alle undersøkelser innenfor hver primærkategori. Analyser av aktivitetsdata for 2002 viste klart at det var behov for å revidere beregningene av kostnadsvektene. Disse analysene viste at det for en del primærkategorier var andre undersøkelser som var mest frekvente enn de som opprinnelig var kostnadsberegnet og dermed utgjorde grunnlaget for kostnadsvektene i 2002. Det ble derfor innhentet nye ressursdata for en del undersøkelsene som ikke var kostnadsberegnet tidligere. Basert på de oppdaterte dataene ble så et nytt vektsett beregnet for implementering i forslaget til løsning for 2003. Denne ble som kjent vedtatt ikke innført og det har i etterkant av dette ikke blitt foretatt justeringer av kostnadsvektene. Kostnadsvektene i LabTakst 2004 er derfor med et par unntak identisk med de som er beskrevet i rapporten til Rønningen og Hope (2003).⁴

For tre av primærkategoriene er vektene ikke basert på kostnadsberegning, men er fastsatt slik at de skal medføre en bestemt refusjon. Dette gjelder primærkategoriene for granskning (PK001 "Bildegranskning CT MR og angiografi" og PK002 "Bildegranskning røntgen og ultralyd") og den nye primærkategorien for beintetthetsmåling (PK080 "Beintetthetsmåling"). Granskningsvektene er beregnet slik at de skal gi 148 kroner i refusjon, både for offentlig og privat virksomhet. Vekten for PK080 "Beintetthetsmåling" er fastsatt slik at refusjonen for både offentlig og privat virksomhet skal gi 202 kroner i refusjon.

⁴ SINTEF rapport STF78 A035804 "Evaluering av nytt takstsystem for poliklinisk radiologi 2002. Delrapport 2: Forslag til løsning for 2003. Februar 2003.

5 Enhetspris

Enhetsprisen for poliklinisk radiologi bestemmes av samlet refusjonsbeløp og poeng, hvor poeng er summen av alle diskonterte vekter inkl. eventuelle insentivsatser. Ved beregning av enhetsprisen for 2004 har det vært en forutsetning at den nye versjonen av LabTakst skal gi samme samlede refusjonsbeløpet for hhv. offentlig og privat sektor som den forrige versjonen av LabTakst, som var gjeldende i 2003. For 2004 vil derfor følgende generelle formel definere enhetsprisene:

$$\text{Enhetspris}_{2004} = \frac{\text{RTVrefusjon}_{2003}}{\text{Poeng}_{2004}}$$

Den endelige enhetsprisen for 2004 ble først fastsatt i mars 2004 pga. problemer med å fremskaffe et mest mulig korrekt datagrunnlag, samt at det ble foretatt noen feil ved beregning av de første enhetsprisene. Dette vil bli beskrevet under.

LabTakst 2004 inkluderer en del nye regler og kontroller, som samlet medfører at det beregnes færre poeng enn i gjeldende versjon av grupperingsprogrammet i 2003. Det er derfor ventet at enhetsprisen for 2004 vil være høyere enn i 2003.

For å ha et så bredt og representativt datamateriale som mulig, ble Rikstrygdeverket (RTV) bedt om å gjøre et uttrekk av aktivitetsdata for poliklinisk radiologi for perioden januar 2002 og fram til siste innsendte data i 2003. For å kunne beregne en mest mulig robust enhetspris, ønsket vi et datamateriale som omfattet et helt driftsår, hvor det ikke var indikasjoner på inkomplette data.

Etter gjennomgang av hele datamaterialet valgte vi å benytte data for perioden august 2002 til juli 2003. I denne perioden hadde de fleste institusjonene komplette data. Dette ble kontrollert ved å se på stabiliteten i månedsproduksjonen. For denne perioden ble det deretter beregnet hvor mye som var utbetalt i refusjoner. Dette ble beregnet ved å summere antall poeng for hver sektor (offentlig og privat), som deretter ble multiplisert med enhetspriser for 2003. Disse var hhv. 566 kroner for offentlig sektor og 588 kroner for privat sektor. Dernest ble det foretatt en rekoding av koder som er ugyldig i 2004-versjonen av NORAKO. Det rekodede materialet ble så gruppert med LabTakst 2004, og sum poeng kunne beregnes. Dermed hadde man både sum poeng og sum refusjoner for å kunne beregne enhetsprisen.

I etterkant av at enhetsprisene for 2004 ble formidlet til begge sektorer, ble det dessverre oppdaget en vesentlig feil ved datagrunnlaget. Denne feilen er knyttet til forholdet mellom genererte og ikke genererte koder i grupperingsprogrammet LabTakst. Ikke-genererte koder er NORAKO-koder som er registrert av brukere ute på avdelinger og institutter. Når disse kodene grupperes i POLK eller LABRØNK, vil programmet kunne lage nye koder og nullstille brukerregistrerte koder.⁵ Dette gjelder i hovedsak når programmet finner to eller flere organkoder innenfor en region. Da vil de underliggende organkodene nullstilles etter særskilte regler og programmet generer en ny kode (dvs. regionkoden). Derav betegnelsen generert kode.

I datamaterialet fra RTV finnes det en variabel som angir om koden er generert eller ikke, dvs. den tar kun verdiene "N" dersom koden ikke er generert av programmet eller "J" dersom koden er generert. For å undersøke når feilen oppstod laget vi en oversikt over genererte versus ikke-genererte koder per måned per institusjon i datamaterialet for perioden august 2002 til juli 2003.

⁵ POLK og LABRØNK er programmene som for hhv. offentlig og privat sektor beregner hva som skal utbetales i polikliniske refusjoner.

Vi skilte også her mellom offentlig og privat sektor. For privat sektor finnes det ingen genererte koder fra og med oktober 2002. Det er kun i august og september 2002 det er et visst omfang av dette. For offentlig sektor er hovedbildet at det kun er genererte koder i august og september, men der er det også noen institusjoner som først i januar 2003 fremstår med kun ikke-genererte koder. Årsaken til denne feilen er at det registrerte datamaterialet, dvs. de NORAKO-kodene som er registrert av brukerne i sektorene, etter oktober 2002 både er gruppert lokalt og sentralt (ved RTV), uten at de lokalt genererte kodene ble fjernet før innsendelse til RTV. Dette betyr at det ble tatt med for mange NORAKO-koder ved denne første beregningen av enhetsprisene.

Denne feilen medførte at det ble beregnet for mange poeng i den nye gruppereren, og dermed ble enhetsprisen for lav. Dette skjedde fordi det fortsatt er mulig å registrere både undersøkelser av region og organer innenfor denne, selv om det ikke er i tråd med intensjonen i takstsystemet. Undersøkelser vi har gjort i forbindelse med beregning av enhetsprisen indikerer imidlertid ikke at det er noe omfang av den type registreringspraksis.

For å kunne beregne mer korrekte enhetspriser har vi derfor måttet benytte det datamaterialet som skiller mellom genererte og ikke-genererte koder, dvs. aktiviteten i august og september 2002. Problemet med dette materialet er at det dekker en relativt kort periode. Det var derfor nødvendig med en vurdering om representativitet i forhold til et større materiale. Ved å inkludere både genererte og ikke-genererte koder, kunne vi sammenligne denne to måneders perioden med perioden fra oktober 2002 til juli 2003. Andelen NORAKO-koder i primærkategoriene var rimelig stabilt mellom disse to datasettene, og vi konkluderte med at det var mulig å beregne robuste enhetspriser med utgangspunkt i datamaterialet for august og september 2002.

Et annet forhold som også ble vektlagt ved beregning av enhetspris, var omfordelingseffektene på institusjonsnivå. Fra Helsedepartementets side ble det lagt vekt på at det var viktig å unngå store negative konsekvenser for de enkelte refusjonsmottakerne. For privat sektor ble dette derfor vurdert i forhold til de enkelte institusjonene, samt for Sentrum Røntgen og Capiro samlet. For offentlig sektor ble dette vurdert på regionnivå. Uten bruk av insentivsatser ville det være for store økonomiske konsekvenser for et mindre antall av de private instituttene, særlig de som hadde en stor andel MR-undersøkelser. Ved beregning av enhetsprisen ble det derfor testet ulike kombinasjoner av insentivsatser. Det man til slutt valgte å benytte var en insentivsats på 15 % for primærkategoriene innenfor MR og en negativ insentivsats på 15 % for primærkategorier innenfor RG, med unntak av PK108 Mammografi.

Muligheten til å benytte insentivsatser er lagt inn i takstsystemet for poliklinisk radiologi for å kunne justere refusjonsbeløpet ut fra andre forhold enn det som fremkommer av kostnadsberegninger. I så henseende kan man tenke seg mange årsaker til at det benyttes insentivsatser, f.eks. dersom man ønsker å stimulere MR-undersøkelser fordi det ikke gir samme strålepåvirkning som konvensjonell radiografi. Men i dette tilfellet er insentivsatser benyttet kun for å minimere omfordelingseffekter ved overgangen til en ny versjon av takstsystemet for poliklinisk radiologi.

Enhetsprisene for 2004 ble derfor beregnet til å være 744 kroner for offentlig sektor og 862 kroner for privat sektor. Dette er før nedjustering pga. økt egenandel for pasientene. Helsedepartementet foretok en justering av enhetsprisene for å ta hensyn til dette, og dermed ble enhetsprisene før eventuelle videre justeringer 690 kroner for offentlig sektor og 800 kroner for privat sektor.

Umiddelbart etter at de sistnevnte enhetsprisene ble formidlet til sektoren, kom det reaksjoner fra private institutt om at enhetsprisen var for lav i forhold til en forutsetning om budsjettneutralitet fra 2003 til 2004. SINTEF Helse PaFi ble derfor av Helsedepartementet bedt om å foreta en siste kvalitetssikring av datagrunnlag og beregninger av enhetsprisene. Gjennomgangen avdekket

faktorer som burde tas hensyn til ved beregning av prisene, og dermed ble det foretatt nye beregninger. De aktuelle faktorene er som følger:

- På grunn av modalitetsvridninger i datamaterialet ble det innhentet nye data for 2003, for å ta hensyn til at det særlig innenfor privat sektor har vært en vridning mot andelsmessig flere MR-undersøkelser. For å unngå det tidligere nevnte problemet med å skille mellom genererte og ikke-genererte koder, utarbeidet Classic IT et program som identifiserte koder som kunne vært generert av grupperingsprogrammet. Nøyaktigheten til dette programmet ble sjekket mot data for perioden august-september 2002, og beregninger viste at denne metoden gav minimale avvik i forhold til det som faktisk var registrert.
- Det ble tatt hensyn til at definisjonen av standard opptak for en del RG-undersøkelser var endret i kodeverket for 2004. Standard opptak for en del undersøkelser er i 2004 tre projeksjoner, mot to i 2003. Dette har betydning for når man kan registrere koden for supplerende bilder (SB), en kode som generelt medfører en høyere vekt. Det er ikke mulig i datamaterialet vi har tilgang til å identifisere de undersøkelsene som i 2004 kvalifiserer for å registrere koden SB. Basert på opplysninger fra Sentrum Røntgen og NORAKO-redaksjonen i Radiologforeningen, ble det foretatt en nedjustering av antall poeng i generert i 2004-grupperen. Dette medfører partielt en noe høyere enhetspris i begge sektorer.
- Det er videre tatt hensyn til at en del internt henviste undersøkelser (stjernekode) ikke gir grunnlag for RTV-refusjon. Dette medfører at det ekskluderes en del undersøkelser som i tidligere beregninger i 2004 har vært inkludert og medført at det har blitt beregnet for lav enhetspris.

Det er også ved denne beregningen foretatt korreksjon for økt egenandel. Metodisk ble dette gjort ved å summere antall regninger hver institusjon hadde i den aktuelle perioden (ekskluderte da koder for tilsendte undersøkelser), og multiplisere dette med økningen i egenandel på 30 kroner. Den beregnede størrelsen kom til fratrukk på sum RTV-refusjoner i 2003.

Ved å ta hensyn til disse faktorene ble enhetsprisene for offentlig og privat sektor beregnet til hhv. 760 kroner og 870 kroner, og da er det korrigert for økt egenandel på 30 kroner.

I forhold til gjeldende enhetspriser i 2003 på 566 kroner og 588 kroner for hhv. offentlig og privat sektor, er enhetsprisene i 2004 betydelige høyere. Dette forklares av innstramninger i LabTakst 2004 sammenlignet med LabTakst 2003, som medfører at det i 2004-versjonen genereres betydelig færre poeng. Innstramningene er i hovedsak knyttet til endrede regler for aggregering fra organkoder til regionkoder. I 2003 ble det aggregert til region dersom det både var registrert grunnundersøkelse (f.eks. MR GE) og bruk av tilleggsserier for samme organ/lokalisasjon (f.eks. MR GE TS4). I 2004 må det være registrert to **ulike** organkoder før det aggregeres til regionkode, hvilket ikke alltid var tilfellet i 2003-versjonen. I tillegg til dette forklarer også vektreduksjonen for PK404 MR u/ kontrast med tilleggsserier deler av økningen i enhetspris fra 2003 til 2004.

6 Konsekvenser av ny løsning

I dette kapitlet presenteres omfordelingseffektene i LabTakst 2004 i forhold til gjeldende versjon i 2003. Det sees først på effektene på hovedkategorinivå, deretter for refusjonsmottakerne.

Som det vil fremgå av de etterfølgende oversiktene, har vi benyttet ukorrigerte enhetspriser for 2004. Dette skyldes at korrigeringen for en antatt lavere andel RG-undersøkelser med supplerende bilder (SB) er ut fra tidshensyn kun beregnet på nasjonalt nivå. Det er derfor ikke mulig å beregne eksakte omfordelingseffekter på lavere nivå når denne korreksjonsfaktoren skal tas hensyn til. I tillegg er forutsetningen om budsjettøytral overgang fra 2003 til 2004 koblet til summen av refusjoner og egenandeler. Disse forhold kompliserer fremstillingen av omfordelingseffekter av LabTakst 2004, og vi har derfor valgt å benytte ukorrigerte enhetspriser i dette kapitlet.

På den annen side er det selvsagt mulig å foreta beregninger som vil gi et estimat på refusjonsendring fra 2003 til 2004. Dette kan gjøres ved å multiplisere poengene for 2004 med gjeldende enhetspriser på 760 og 870 kroner for hhv. offentlig og privat sektor. Disse endringstallene vil være noe lavere enn det som vises her, siden gjeldende enhetspriser er korrigert for økte egenandeler. Dersom man ikke inkluderer inntektsøkningen på grunn av økt egenandeler i 2004, vil endringstallene man kommer frem til bli kunstig lave.

6.1 Omfordelingseffekter hovedkategorier (RG, UL, CT og MR)

Endringer i grupperingslogikk, kostnadsvekter, enhetspris og bruk av insentivsatser vil ventelig ha økonomiske konsekvenser på lavere nivå enn nasjonalt innenfor hver sektor (offentlig og privat). Dette fordi enhetsprisen er beregnet slik at samlet refusjon er uendret i gammelt og nytt system for de to sektorene hver for seg. I dette delkapitlet presenteres omfordelingseffektene for hovedkategoriene innenfor takstsystemet, dvs. kategoriene konvensjonell radiografi (RG), ultralyd (UL), computertomografi (CT) og magnettomografi (MR). I tillegg er det en kategori kalt Annet, som inneholder bl.a. granskninger av tilsendte bilder, intervensjoner, undersøkelse under anestesi ol.

Tabell 6.1 viser omfordelingseffektene for offentlig poliklinisk radiologi. Hovedkategoriene som taper i den nye versjonen av LabTakst er MR og RG, med hhv. 5,1 og 4,6 prosent lavere refusjon. Dette er etter korreksjon for insentivsatser. Dersom det ikke var benyttet insentivsatser på MR, ville nedgangen i refusjon for MR vært betydelig større.

Tabell 6.1 Omfordelingseffekter for hovedkategoriene for offentlig poliklinisk radiologi ved overgang til 2004-versjonen av LabTakst. Tall i 1000-kroner. Data for juli-desember 2003. Enhetspris 2003 = 566 kr. Ukorrigert enhetspris 2004 = 809 kr.

Hoved-kategori	LabTakst 2003		LabTakst 2004		Differanse refusjon	
	Poeng	Refusjon	Poeng	Refusjon	Refusjon (kr)	Pst
Annet	13 737	7 775	9 650	7 812	37	0,5
RG	133 414	75 511	88 952	72 013	-3 498	-4,6
UL	29 245	16 553	22 367	18 108	1 555	9,4
CT	87 911	49 758	68 042	55 085	5 327	10,7
MR	117 871	66 715	78 182	63 294	-3 421	-5,1
Totalt	382 178	216 312	267 193	216 312	0	0,0

For de andre hovedkategoriene gir den nye versjonen av LabTakst en høyere refusjon enn hva som var tilfelle i gjeldende versjon i 2003. Prosentvis er veksten størst for kategorien CT.

Omfordelingseffektene for hovedkategoriene innenfor privat sektor vises i tabell 6.2. Også her er det kategori MR som får redusert refusjon i LabTakst 2004. Dette skyldes i hovedsak en lavere refusjon for PK404 "MR uten kontrast med tilleggsserie", men i tillegg skyldes det trolig også endrede kontrollrutiner og grupperingslogikk for undersøkelser av flere organ og/eller undersøkelse av en versus to sider. Dette er det derimot vanskelig å angi den partielle effekten av.

Tabell 6.2 Omfordelingseffekter for hovedkategoriene for privat poliklinisk radiologi ved overgang til LabTakst 2004. Tall i 1000-kroner. Data for januar-mars og oktober-desember 2003. Enhetspris 2003 = 588 kr. Ukorrigert enhetspris 2004 = 902 kr.

Hoved-kategori	LabTakst 2003		LabTakst 2004		Differanse refusjon	
	Poeng	Refusjon	Poeng	Refusjon	Refusjon (kr)	Pst
Annet	981	577	926	835	258	44,7
RG	62 738	36 890	43 237	38 979	2 089	5,7
UL	18 983	11 162	15 404	13 888	2 725	24,4
CT	58 889	34 627	43 572	39 282	4 655	13,4
MR	168 840	99 278	99 331	89 550	-9 728	-9,8
Totalt	310 431	182 534	202 470	182 534	0	0,0

Også for privat sektor går de andre kategoriene i pluss i den nye versjonen av LabTakst. Prosentvis er veksten størst for kategorien Annet, men denne står for en svært liten andel av refusjonene. Da er det heller kategoriene UL og CT som står for både en beløpsmessig og prosentvis markert økning i refusjonene.

6.2 Omfordelingseffekter refusjonsmottakere

Refusjonsmottakerne for offentlig poliklinisk radiologi er de regionale helseforetakene. For privat sektor er det de enkelte institutter som er refusjonsmottakere. På grunn av usikkerhet i forhold til offentliggjøring av omfordelingseffekter på instituttnivå, har vi valgt å anonymisere instituttene.

Tabell 6.3 viser omfordelingseffektene for de regionale helseforetakene basert på aktivitetsdata for perioden juli-desember 2003. Denne oversikten viser at den prosentvise endringen i refusjon er høy for både Helse Vest og Helse Midt-Norge. For de andre regionene er konsekvensene av den nye versjonen av takstsystemet begrenset. Men den betydelige negative konsekvensen for Helse Vest krever en nærmere forklaring.

Tabell 6.3 Poeng og refusjon, samt endring, i gjeldende LabTakst i 2003 og i LabTakst 2004 per regionalt helseforetak. Tall i 1000-kroner. Data for juli-desember 2003. Enhetspris 2003 = 566 kr. Ukorrigert enhetspris 2004 = 809 kr.

Institusjonsregion	LabTakst 2003		LabTakst 2004		Differanse refusjon	
	Poeng	Refusjon	Poeng	Refusjon	Kroner	Prosent
Helse Øst	118 762	67 219	87 100	70 514	3 295	4,9
Helse Sør	80 046	45 306	58 432	47 305	1 999	4,4
Helse Vest	86 078	48 720	50 743	41 080	-7 640	-15,7
Helse Midt Norge	45 603	25 811	35 380	28 643	2 831	11,0
Helse Nord	51 689	29 256	35 538	28 770	-485	-1,7
Samlet	382 178	216 312	267 193	216 312	0	0,0

Det har ikke vært tid til å gjennomføre grundige analyser av årsakene til redusert refusjon for Helse Vest, men det som har blitt gjort har gitt klare indikasjoner på hva som er hovedårsaken til reduksjonen. Hoveddelen av reduksjonen kommer ved to institusjoner. Videre er det dokumentert at de regningene med størst nedgang i refusjon, som i hovedsak finnes ved disse to institusjonene, inneholdt koder som i hovedsak ble gruppert til PK107 "Røntgenundersøkelse med angiografi". Årsaken til at endringen ble så stor kommer frem i følgende eksempel. Kodene som vises under er typisk for veldig mange regninger ved de to aktuelle institusjonene.

RG/ACOR/ //
 RG/ACOR/T2 //
 RG/ACOR/T3 //
 RG/ACOR/T4 //
 RG/ACOR/T5 //
 RG/COVS/ //

Vi understreker at vi ikke har radiologfaglig kompetanse til å konkludere om en slik koding er i tråd med kodeverket, men ut fra det vi kjenner til tilsier kodingen at det er foretatt 10 tilleggs-serier i denne undersøkelsen. I LabTakst 2004 vil en slik registreringspraksis medføre at kodene med Tx summeres slik at kun en av disse får refusjonsmessig betydning. I 2004 vil derfor refusjonen bli lik både dersom man koder som eksempelet over eller på følgende måte (som kanskje mer er i tråd med kodeverket):

RG/ACOR/ //
 RG/ACOR/T10 //
 RG/COVS/ //

Uansett kan vi konkludere med at de to institusjonene på dette området har en avvikende kodepraksis for angiografier enn det vi finner ved andre sykehus. Omfanget av denne kodepraksisen er så stor ved disse to institusjonene at det forklarer mye av den samlede endringen for Helse Vest. Grove beregninger tyder på at dette forklarer mye av reduksjonen for Helse Vest. Dette er basert på et materiale med regninger som reduseres med 5000 kroner eller mer i LabTakst 2004.

Tabell 6.4 viser omfordelingseffektene for de private instituttene. Vær klar over at det i denne oversikten er benyttet en ukorrigert enhetspris. Årsaken til dette er beskrevet tidligere i dette kapitlet. Denne oversikten viser at en del institutter får redusert refusjon i LabTakst 2004 i forhold til gjeldende LabTakst i 2003, men prosentvis er nedgangen ikke større enn 6,7 prosent (Institutt 3). De instituttene som får størst økning i refusjonene er i hovedsak aktivitetsmessig små.

I tillegg har det i 2003 vært en spesiell praksis ved et par institutter som har betydning for endringstallene for 2003-2004. Dette gjelder bilder som er tatt på institusjonen og som er sendt til granskning av andre radiologer. Ved disse to institusjonene har dette blitt registrert som tilsendte bilder ved å benytte gjeldende tilleggskoder. Endrede regler for refusjonsberegning av tilsendte bilder i 2004 har medført at de aktuelle kodene ved disse to institusjonene har blitt holdt utenfor i beregningene, både i 2003 og 2004.

Tabell 6.4 Poeng og refusjon, samt endring, i gjeldende LabTakst i 2003 og i LabTakst 2004 per private institutt. Tall i 1000-kroner. Data for januar-mars og oktober-desember 2003. Enhetspris 2003 = 588 kr. Ukorrigert enhetspris 2004 = 902 kr.

Institutter	LabTakst 2003		LabTakst 2004		Differanse refusjon	
	Poeng	Refusjon	Poeng	Refusjon	Kroner	Prosent
Institutt 1	22 044	12 962	14 379	12 969	7	0,1
Institutt 2	3 486	2 050	2 155	1 944	-106	-5,2
Institutt 3	9 624	5 659	5 856	5 282	-377	-6,7
Institutt 4	7 229	4 251	5 088	4 589	338	7,9
Institutt 5	17 841	10 490	11 735	10 584	94	0,9
Institutt 6	4 840	2 846	3 426	3 090	244	8,6
Institutt 7	355	209	247	223	14	6,6
Institutt 8	12 586	7 401	8 282	7 469	69	0,9
Institutt 9	19 136	11 252	12 184	10 989	-263	-2,3
Institutt 10	29 069	17 092	18 793	16 950	-142	-0,8
Institutt 11	17 866	10 505	11 066	9 981	-525	-5,0
Institutt 12	31 820	18 710	21 302	19 213	503	2,7
Institutt 13	27 213	16 001	17 782	16 038	37	0,2
Institutt 14	5 574	3 277	4 049	3 652	374	11,4
Institutt 15	16 012	9 415	10 777	9 720	305	3,2
Institutt 16	111	65	91	82	17	26,0
Institutt 17	20 008	11 764	12 216	11 018	-747	-6,3
Institutt 18	4 619	2 716	3 172	2 861	145	5,3
Institutt 19	7 244	4 259	5 145	4 640	381	8,9
Institutt 20	8 090	4 757	5 679	5 122	365	7,7
Institutt 21	21 715	12 769	14 032	12 656	-113	-0,9
Institutt 22	20 977	12 335	12 872	11 610	-725	-5,9
Institutt 23	3 111	1 829	2 145	1 934	105	5,7
	310 570	182 615	202 470	182 615	0	0,0
Konsern 1 ¹⁾	113 335	66 641	74 976	67 623	983	1,5
Konsern 2 ¹⁾	115 388	67 848	73 821	66 582	-1 267	-1,9

1)Konsern 1 og konsern 2 består av flere enkeltinstitutter blant instituttene 1-23.

7 Utvikling av LabTakst 2005

SINTEF Helse PaFi har fått i oppdrag av Helsedepartementet å utarbeide et forslag til LabTakst for 2005. Dette arbeidet er delt i to hovedprosjekter.

1. Oppdatere kostnadsvektene med nye beregninger
2. Oppdatere grupperingslogikk og kontrollrutiner i grupperingsprogrammet LabTakst

Arbeidet med kostnadsvektene vil delvis bli basert på registrerte tidsdata fra RIS-systemer ved offentlige radiologiske avdelinger og delvis på muntlige data (både tids- og utstysdata) fra rådgivende grupper med radiologer og radiografer. Det er lagt opp til et samarbeid med 4 radiologiske avdelinger og 3 private institutt, som både skal bistå med konkrete data og radiolog- og radiograf-faglig kompetanse.

Oppdatering av grupperingslogikk er nødvendig både ut fra endringer i kodeverket NORAKO og eksisterende svakheter i grupperingslogikk og kontrollrutiner. Dette arbeidet er i 2004 organisert noe annerledes enn foregående år ved at det er etablert et tettere samarbeid mellom NORAKO-redaksjonen og PaFi, samt at alle institusjoner som driver med poliklinisk radiologi er gitt muligheten til å komme med innspill på områder hvor det er behov for endringer. Alle endringsforslag vil bli lagt fram for vurdering av en rådgivende radiologfaglig gruppe.

Som tidligere år vil alle endringsforslag for poliklinisk radiologi sendes ut på høring.

Vedlegg

Vedlegg A: Endringer i NORAKO fra 2002- til 2004-versjonen

Radiografi (RG)

Nye lokalisasjonskoder

Lokalisasjon	Beskrivelse
ACER	Intracerebrale kar
CP	Galleveier , pancreasganger (Koden brukes ved ERCP)

Lokalisasjonskoder som er fjernet

Ingen lokalisasjonskoder er fjernet.

Nye prosedyrekoder

Prosedyre	Beskrivelse
BTM	Beintetthetsmåling
IMPL	Innsetting av "device" annet enn coil; for eksempel Amplazer propp til lukking av ASD, Rashkind paraply til ductus-lukking
INJ	Terapeutisk injeksjon
K1	Totalt antall forbrukte katetere :1
K2	Totalt antall forbrukte katetere :2
K3	Totalt antall forbrukte katetere :3
K4	Totalt antall forbrukte katetere :4
K5	Totalt antall forbrukte katetere :5
PTA1	Percutan transluminal angioplastikk, en ballong
PTA2	Percutan transluminal angioplastikk, to ballonger
PTA3	Percutan transluminal angioplastikk, tre ballonger
SX	Stereotaxi (koden kan ikke kombineres med C, H eller MERK)
T1	En serie/opptak
T10	Ti serier/opptak
T2	To serier/opptak
T3	Tre serier/opptak
T4	Fire serier/opptak
T5	Fem serier/opptak
T6	Seks serier/opptak
T7	Sju serier/opptak
T8	Åtte serier/opptak
T9	Ni serier/opptak

Prosedyrekode som er fjernet

Prosedyre	Beskrivelse
ERCP	Endoskopisk, retrograd cholangiopancreaticografi
FIB	Fibrin-ektomi
PTA	Percutan transluminal angioplastikk
TS1	En tilleggsserie/opptak
TS10	Ti tilleggsserier/opptak
TS2	To tilleggsserier/opptak
TS3	Tre tilleggsserier/opptak

Prosedyre	Beskrivelse
TS4	Fire tilleggsserier/opptak
TS5	Fem tilleggsserier/opptak
TS6	Seks tilleggsserier/opptak
TS7	Sju tilleggsserier/opptak
TS8	Åtte tilleggsserier/opptak
TS9	Ni tilleggsserier/opptak

Ultralyd (UL)

Nye lokalisasjonskoder

Lokalisasjon	Beskrivelse
TRU	Truncus

Lokalisasjonskoder som er fjernet

Lokalisasjon	Beskrivelse
ABBU	Bukvegg
THBL	Bløtdeler thorax

Nye prosedyrekoder

Prosedyre	Beskrivelse
INJ	Terapeutisk injeksjon
SX	Stereotaxi (koden kan ikke kombineres med C, H eller MERK)

Prosedyrekoder som er fjernet

Prosedyre	Beskrivelse
ANA	Kjemisk analyse

Computertomografi (CT)

Nye lokalisasjonskoder

Lokalisasjon	Beskrivelse
CO	Hjerte

Lokalisasjonskoder som er fjernet

Lokalisasjon	Beskrivelse
AADR	Binyrearterier
ABA	A. basilaris
ABR	Bronchialarterie(r)
ACA	A. cerebri anterior
ACC	A. carotis communis
ACE	A. carotis externa
ACI	A. carotis interna
ACM	A. cerebri media
ACOE	A. coeliaca
ACOL	Halsarterier
ACOR	Coronararterier
ACP	A. cerebri posterior
AEXI	Underekstremitets-arterier
AEXS	Overekstremitets-arterier
AGDU	A. gastroduodenalis
AHE	A. hepatica
AIC	Intercostalarterie(r)
AIL	Bekkenarterier
ALI	A. lienalis
AMEI	A. mesenterica inferior
AMES	A. mesenterica superior
AMI	A. mammaria interna
ANUD	Arterie(r), uspesifikk lok.
AOTH	Aorta thoracalis. Thoracal aortografi/arcografi: RGAOTH
APEN	Penisarterier
APU	A.pulmonalis. Pulmonal angiografi, selektiv: RGAPU
ARE	A. renalis
ASCL	A. subclavia
ASPI	Spinalarterier
AUT	A. uterina
AVFS	Arterio-venøs fistel/shunt
AVLV	Aortaklaffer; angiografi av aortaklaffer: RGAVLV
COAD	Høyre atrium
COAS	Venstre atrium
CODX	Atrium og ventrikkel. RGCODX KAT: Høyrekateterisering uten angiografi
COSI	Sinus coronarius
COVD	Høyre ventrikkel
COVS	Venstre ventrikkel

Lokalisasjon	Beskrivelse
LEXI	Underekstremitets-lymfekar
SIN	Intrakranielle venesinus
TRPU	Truncus pulmonalis. Pulmonal angiografi, inj. i hovedstammen: RGTRPU
VADR	Binyrevener
VCI	V. cava inferior
VCM	Halsvener
VCS	Vena cava superior
VEXI	Underekstremitets-vener
VEXS	Overekstremitets-vener
VIL	Bekkenvener
VNUD	Vene(r), uspesifikk lok.
VPU	V.pulmonalis
VRE	Nyrevener
VSCL	V. subclavia
VTES	V. testicularis

Nye prosedyrekoder

Prosedyre	Beskrivelse
ANG	MR-angiografi inkludert postprosessering av bildene med MIP, subvolumMIP, MPR og/eller andre algoritmer.
BTM	Beintetthetsmåling
INJ	Terapeutisk injeksjon
MY	Myelografi/radiculografi (lumbalt eller cervicalt innstikk)
PERF	Perfusjonsundersøkelse av et organ. Bruk av koden forutsetter dataanalyse med kvantitering eller semikvantitering av perfusjon og evt. generering av parametriske bilder.
PI	Parenteral og intravenøs. Brukes dersom det er gitt kontrastmiddel både parenteralt og intravenøst for samme undersøkelse, for eksempel ved CT abdomen
T1	En serie/opptak
T10	Ti serier/opptak
T2	To serier/opptak
T3	Tre serier/opptak
T4	Fire serier/opptak
T5	Fem serier/opptak
T6	Seks serier/opptak
T7	Sju serier/opptak
T8	Åtte serier/opptak
T9	Ni serier/opptak
VEN	CT og MR venografi (inkludert all postprosessering av bildene)

Prosedyrekode som er fjernet

Prosedyre	Beskrivelse
ANA	Kjemisk analyse
TS1	En tilleggsserie/opptak
TS10	Ti tilleggsserier/opptak
TS2	To tilleggsserier/opptak
TS3	Tre tilleggsserier/opptak
TS4	Fire tilleggsserier/opptak

Prosedyre	Beskrivelse
TS5	Fem tilleggsserier/opptak
TS6	Seks tilleggsserier/opptak
TS7	Sju tilleggsserier/opptak
TS8	Atte tilleggsserier/opptak
TS9	Ni tilleggsserier/opptak

Magnettomografi (MR)

Nye lokalisasjonskoder

Lokalisasjon	Beskrivelse
CP	Galleveier , pancreasganger (Koden brukes ved ERCP)
TRU	Truncus

Lokalisasjonskoder som er fjernet

Lokalisasjon	Beskrivelse
AADR	Binyrearterier
ABA	A. basilaris
ABBU	Bukvegg
ABR	Bronchialarterie(r)
ACA	A. cerebri anterior
ACC	A. carotis communis
ACE	A. carotis externa
ACI	A. carotis interna
ACM	A. cerebri media
ACOE	A. coeliaca
ACOL	Halsarterier
ACOR	Coronararterier
ACP	A. cerebri posterior
AEXI	Underekstremitets-arterier
AEXS	Overekstremitets-arterier
AGDU	A. gastroduodenalis
AHE	A. hepatica
AIC	Intercostalarterie(r)
AIL	Bekkenarterier
ALI	A. lienalis
AMEI	A. mesenterica inferior
AMES	A. mesenterica superior
ANUD	Arterie(r), uspesifikk lok.
AOAB	Aorta abdominalis
AOTH	Aorta thoracalis. Thoracal aortografi/arcografi: RGAOTH
APEN	Penisarterier
APU	A.pulmonalis. Pulmonal angiografi, selektiv: RGAPU
ARE	A. renalis
ASCL	A. subclavia
ASPI	Spinalarterier
AUT	A. uterina
AVE	A. vertebralis
AVFS	Arterio-venøs fistel/shunt
AVLV	Aortaklaffer; angiografi av aortaklaffer: RGAVLV
COAD	Høyre atrium
COAS	Venstre atrium
COBP	Coronar vene-bypass
CODX	Atrium og ventrikkel. RGCODX KAT: Høyrekateterisering uten angiografi

Lokalisasjon	Beskrivelse
COSI	Sinus coronarius
COVD	Høyre ventrikkel
COVS	Venstre ventrikkel
LEXI	Underekstremitets-lymfekar
LPG	Lever, pancreas, galleveier (samlekode)
SIN	Intrakranielle venesinus
TRPU	Truncus pulmonalis. Pulmonal angiografi, inj. i hovedstammen: RGTRPU
VADR	Binyrevener
VCI	V. cava inferior
VCM	Halsvener
VCS	Vena cava superior
VEXI	Underekstremitets-vener
VEXS	Overekstremitets-vener
VIL	Bekkenvener
VNUD	Vene(r), uspesifikk lok.
VPU	V.pulmonalis
VRE	Nyrevener
VSCL	V. subclavia
VTES	V. testicularis

Nye prosedyrekoder

Prosedyre	Beskrivelse
EL	Varmebehandling med elektroder eller laser
INJ	Terapeutisk injeksjon
PI	Parenteral og intravenøs. Brukes dersom det er gitt kontrastmiddel både parenteralt og intravenøst for samme undersøkelse, for eksempel ved CT abdomen
SKL	Skleroterapi
T1	En serie/opptak
T10	Ti serier/opptak
T2	To serier/opptak
T3	Tre serier/opptak
T4	Fire serier/opptak
T5	Fem serier/opptak
T6	Seks serier/opptak
T7	Sju serier/opptak
T8	Åtte serier/opptak
T9	Ni serier/opptak
VEN	CT og MR venografi (inkludert all postprosessering av bildene)

Prosedyekoder som er fjernet

Prosedyre	Beskrivelse
MRCP	MR-cholangiopancreaticografi
TS1	En tilleggsserie/opptak
TS10	Ti tilleggsserier/opptak
TS2	To tilleggsserier/opptak

Prosedyre	Beskrivelse
TS3	Tre tilleggsserier/opptak
TS4	Fire tilleggsserier/opptak
TS5	Fem tilleggsserier/opptak
TS6	Seks tilleggsserier/opptak
TS7	Sju tilleggsserier/opptak
TS8	Atte tilleggsserier/opptak
TS9	Ni tilleggsserier/opptak

Tilleggskoder

Nye tilleggskoder

Tillegg	Beskrivelse
TP	Tilsendt undersøkelse, inkludert teleoverført, med primærbeskrivelse og evt. demonstrasjon
TS	Tilsendt undersøkelse, inkludert teleoverført, med sekundærbeskrivelse ("second opinion") og evt. demonstrasjon
AV	Avbrutt undersøkelse
NE	Ny demonstrasjon av egen undersøkelse
SK	Skjelettbiopsi

Tilleggskoder som er fjernet

Tillegg	Beskrivelse
T1	Tilsendt undersøkelse, inkludert teleoverført, med primærbeskrivelse og evt. demonstrasjon
T2	Tilsendt undersøkelse, inkludert teleoverført, med sekundærbeskrivelse ("second opinion") og evt. demonstrasjon

Vedlegg B: Primærkategorier pr 1/1-2004

Kode	Kategorinavn Fullstendig tekst 60 tegn	Kategorinavn kort tekst 30 tegn
PK001	Bildegranskning CT MR og angiografi	Granskning CT MR og angio
PK002	Bildegranskning røntgen og ultralyd	Granskning RG og UL
PK003	Teleradiologisk konferanse	Teleradiologisk konferanse
PK004	Undersøkelse for inneliggende pasient	Us inneliggende pas
PK005	Radiologisk undersøkelse under anestesi	Us v/anestesi
PK006	Intervensjon omfattende	Intervensjon omfattende
PK008	Intervensjon enkel	Intervensjon enkel
PK009	Stentinnleggelse	Stentinnleggelse
PK080	Beintetthetsmåling	Beintetthetsmåling
PK101	Rettslig undersøkelse	Rettslig us
PK102	Røntgenundersøkelse med kontrast enkel	RG kontrast enkel
PK103	Røntgenundersøkelse med kontrast omfattende	RG kontrast omfattende
PK104	Røntgenundersøkelse uten kontrast omfattende	RG u/kontrast omfattende
PK107	Røntgenundersøkelse med angiografi	RG større angiografi
PK108	Mammografi	Mammografi
PK109	Røntgenundersøkelse uten kontrast med tilleggsbilder	RG u/kontrast m tilleggsbilder
PK110	Venografi	Venografi
PK111	Røntgenundersøkelse med kontrast moderat	RG kontrast moderat
PK112	Røntgenundersøkelse uten kontrast enkel	RG u/kontrast enkel
PK113	Røntgenundersøkelse av thorax	RG thorax
PK114	Røntgenundersøkelse uten kontrast moderat	RG u/kontrast moderat
PK201	Ultralydundersøkelse med prosedyre	UL prosedyre
PK203	Ultralydundersøkelse av region	UL region
PK204	Ultralydundersøkelse moderat	UL moderat
PK205	Ultralydundersøkelse enkel	UL enkel
PK301	CT kontrastundersøkelse med flere bildeopptak	CT kontrast flere bilder
PK302	CT kontrastundersøkelse av enkeltorgan	CT kontrast enkeltorgan
PK303	CT uten kontrast med tilleggsserie	CT u/kontrast ts
PK304	CT av region uten kontrast	CT region u/kontrast
PK305	CT av enkeltorgan med prosedyre uten kontrast	CT enkeltorg m/pros u/kontrast
PK306	CT av enkeltorgan uten kontrast	CT enkeltorgan u/kontrast
PK402	MR kontrastundersøkelse eller rekonstruksjon av region	MR kontrast region/rekonstr
PK403	MR kontrastundersøkelse eller rekonstruksjon av enkeltorgan	MR kontrast enkeltorg/rekonstr
PK404	MR uten kontrast med tilleggsserie	MR u/kontrast ts
PK405	MR uten kontrast - region	MR u/kontrast region
PK408	MR uten kontrast enkel	MR u/kontrast enkel

”PK080 Beintetthetsmåling” er en ny primærkategori for undersøkelseskoder med prosedyrekode BTM.

”PK206 Ultralydundersøkelse annet” er fjernet. Koder som tidligere ble gruppert til denne kategorien heretter blir gruppert til ”PK205 Ultralydundersøkelse enkel”.

”PK401 MR kontrast angio” er fjernet. Dette fordi angio lokalisasjonskodene ikke lenger skal benyttes for MR undersøkelser.

”PK405 MR uten kontrast - region eller to sider” har endret navn til ”PK405 MR uten kontrast – region”.

”PK406 MR av enkeltorgan uten kontrast” og ”PK407 MR av kar uten kontrast” er slått sammen til en ny kategori ”PK408 MR uten kontrast enkel”.

Vedlegg D: Vekter for offentlig og privat poliklinisk radiologi 2004

Offentlig radiologi

PK	Navn	Vekt	Insentivsats	Aggregerbar
PK001	Granskning CT MR og angio	0,186	0	
PK002	Granskning RG og UL	0,186	0	
PK003	Teleradiologisk konferanse	0,446	0	
PK004	Us inneliggende pas	0,000	0	
PK005	Us v/anestesi	2,312	0	
PK006	Intervensjon omfattende	2,321	0	
PK008	Intervensjon enkel	0,679	0	
PK009	Stentinnleggelse	6,795	0	
PK080	Beintetthetsmåling	0,226	0	
PK101	Rettslig us	0,000	0	A
PK102	RG kontrast enkel	0,626	-15	A
PK103	RG kontrast omfattende	0,933	-15	A
PK104	RG u/kontrast omfattende	0,204	-15	A
PK107	RG større angiografi	1,754	-15	A
PK108	Mammografi	0,157	0	A
PK109	RG u/kontrast m tilleggsbilder	0,240	-15	A
PK110	Venografi	1,081	-15	A
PK111	RG kontrast moderat	0,764	-15	A
PK112	RG u/kontrast enkel	0,164	-15	A
PK113	RG thorax	0,155	-15	A
PK114	RG u/kontrast moderat	0,179	-15	A
PK201	UL prosedyre	0,370	0	A
PK203	UL region	0,308	0	A
PK204	UL moderat	0,215	0	A
PK205	UL enkel	0,193	0	A
PK301	CT kontrast flere bilder	1,367	0	A
PK302	CT kontrast enkeltorgan	1,261	0	A
PK303	CT u/kontrast ts	0,838	0	A
PK304	CT region u/kontrast	0,542	0	A
PK305	CT enkeltorg m/pros u/kontrast	0,639	0	A
PK306	CT enkeltorgan u/kontrast	0,495	0	A
PK402	MR kontrast region/rekonstr	1,923	15	A
PK403	MR kontrast enkeltorg/rekonstr	1,573	15	A
PK404	MR u/kontrast ts	0,940	15	A
PK405	MR u/kontrast region	0,887	15	A
PK408	MR u/kontrast enkel	0,640	15	A

Privat radiologi

PK	Navn	Vekt	Insentivsats	Aggregerbar
PK001	Granskning CT MR og angio	0,162	0	
PK002	Granskning RG og UL	0,162	0	
PK003	Teleradiologisk konferanse	0,503	0	
PK004	Us innefiggende pas	0,000	0	
PK005	Us v/anestesi	2,432	0	
PK006	Intervensjon omfattende	2,392	0	
PK008	Intervensjon enkel	0,819	0	
PK009	Stentinnleggelse	7,002	0	
PK080	Beintetthetsmåling	0,198	0	
PK101	Rettslig us	0,000	0	A
PK102	RG kontrast enkel	0,581	-15	A
PK103	RG kontrast omfattende	0,851	-15	A
PK104	RG u/kontrast omfattende	0,250	-15	A
PK107	RG større angiografi	1,808	-15	A
PK108	Mammografi	0,156	0	A
PK109	RG u/kontrast m tilleggsbilder	0,235	-15	A
PK110	Venografi	1,233	-15	A
PK111	RG kontrast moderat	0,750	-15	A
PK112	RG u/kontrast enkel	0,133	-15	A
PK113	RG thorax	0,163	-15	A
PK114	RG u/kontrast moderat	0,187	-15	A
PK201	UL prosedyre	0,368	0	A
PK203	UL region	0,279	0	A
PK204	UL moderat	0,229	0	A
PK205	UL enkel	0,174	0	A
PK301	CT kontrast flere bilder	1,401	0	A
PK302	CT kontrast enkeltorgan	1,140	0	A
PK303	CT u/kontrast ts	0,735	0	A
PK304	CT region u/kontrast	0,563	0	A
PK305	CT enkeltorg m/pros u/kontrast	0,833	0	A
PK306	CT enkeltorgan u/kontrast	0,440	0	A
PK402	MR kontrast region/rekonstr	1,707	15	A
PK403	MR kontrast enkeltorg/rekonstr	1,657	15	A
PK404	MR u/kontrast ts	0,859	15	A
PK405	MR u/kontrast region	0,604	15	A
PK408	MR u/kontrast enkel	0,514	15	A

