

Avregningsutvalgets årsrapport 2021 – Arbeid med aktivitetsbasert finansiering 2020

Først publisert: 30.11.2021

Sist faglig oppdatert: 30.11.2021



Innhold

1. Forord	3
2. Sammendrag	5
3. Om avregningsutvalget	6
4. Hovedtrekk i arbeidet 2021	8
5. Vurderinger og anbefalinger ...	15
6. Tekniske beregninger	36
7. Vedlegg	49

Forord

I denne rapporten legger avregningsutvalget fram resultatene fra sitt arbeid fra 2021 med kontroll av sykehusenes medisinske registreringer og pasientadministrative opplysninger innrapportert til Norsk pasientregister fra 2020. Innrapporteringen gir grunnlaget for ordningen med aktivitetsbasert finansiering. En vesentlig del av det økonomiske grunnlaget for helseforetakene kommer gjennom denne finansieringsordningen, tidligere omtalt som Stykkprisfinansiering eller Innsatsstyrt finansiering.

Statens kontroll med utbetalingene til helseforetakene skal sørge for at utbetalingene skjer i samsvar med formålet, og ikke minst slik at fordelingen av utbetalingene mellom helseforetakene blir korrekt. Avregningsutvalgets arbeid inngår i denne kontrollen. Totalt samles det inn svært store datasett gjennom året, og det gjør det mulig å følge utviklingen over tid ved hjelp av statistikk og analyser som fanger opp endringer som fortjener forklaring. Utvalget ser spesielt etter endringer som kan skyldes endringer i medisinsk kodepraksis.

Covid-19 påvirket utvalgets arbeidsform i 2021, men i beskjeden grad kapasiteten i saksbehandlingen. Statistikk for 2020 viser at aktivitetsnivået ved sykehusene ble påvirket av koronapandemien. Bildet var sammensatt, men som eksempel kan vi nevne effekter av redusert kapasitet på grunn av omfattende smitteforebyggende tiltak i sykehusene og redusert behov for behandling som resultat av de befolkningsrettede smitteverntiltakene over hele landet. Endringene i pasientstatistikken på grunn av pandemien så ut til å variere mellom fagfelt og over tid. Variasjon i sykkelighet over tid er ikke noe nytt, men variasjonen var noe større for 2020 enn tidligere år. Endringer i behandlingstilbud og endringer i organisering av tjenestetilbud kan også forklare endringer i pasientstatistikken. Utvalget må ta hensyn til slike forklaringer for å kunne forstå hvilke endringer i pasientstatistikken som tyder på endret medisinsk kodepraksis og endringer i regelverksfortolkning.

Utvalget har en bred faglig sammensetning og et sekretariat som i stor grad har vært i stand til å gjennomføre de analyser som utvalget har ønsket i forbindelse med saksbehandlingen. Sykehusadministrasjonene har velvillig besvart henvendelsene fra utvalget, slik at problemstillinger har blitt tilstrekkelig belyst innenfor utvalgets frister. Anbefalingene bygger på konsensus i utvalget i sakene for 2020.

Utvalget legger fram sine vurderinger bak konklusjonene i håp om at det vil bidra til å skape forståelse for ønskede forbedringer i dokumentasjonsarbeidet ved sykehusene. I neste omgang er målet at verdien ved gjenbruk av informasjonen skal øke innenfor flere formål enn finansiering, slik som styring, planlegging, kvalitetsutvikling og forskning.

Trondheim, 30.november 2021

Bjørn Buan (leder)

Alf Henrik Andreassen

Tove Bjerkreim

Wender Figved

Erlend Hangaard

Anne Wenche Lindboe

Suzana Rosic

Erik Rødevand

Arne Seternes

Lisa Steffensen

Halfdan Aass

Eira Enodd (observatør)

Hanne Lehn (observatør)

Inger Ellingsen (sekretariat)

Adrian Tveit Lundemo (sekretariat)

Bente Urfjell (sekretariat)

Sammendrag

Avregningsutvalget behandlet 19 saker i 2021. Sakenes problemstilling var etterlevelse av riktig medisinsk koding, omsorgsnivå og registrering av andre viktige parametere i pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten i 2020. 18 saker er innen den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten, og før første gang har utvalget behandlet en sak innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Utvalget ser på konsekvenser for finansiering, og i ti av sakene ble det anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering (ABF). Summen av anbefalte avregninger var i overkant av 71 millioner kroner. Alle sakene som ble behandlet i 2020 ble meldt inn fra Helsedirektoratet. Fem saker var nye av året, mens 14 var oppfølging av saker fra tidligere år.

Tabell 1. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF for 2020 fordelt på pasientens bostedsregion.

Pasientens bostedsregion	Anbefalt avregning
Helse Sør-Øst RHF	- Kr 43 203 197
Helse Vest RHF	- Kr 10 872 020
Helse Midt-Norge RHF	- Kr 4 528 129
Helse Nord RHF	- Kr 12 620 845
SUM	- Kr 71 224 191

Om avregningsutvalget

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

3.1

Mandat

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

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

3.2

Arbeidsform

Avregningsutvalget arbeider uavhengig og foretar sine vurderinger på faglig grunnlag.

Saksbehandlingen skjer hovedsakelig i arbeidsmøter, men slutføringen av noen saker kan skje på e-post. I 2021 hadde utvalget sju arbeidsmøter. Avregningsutvalgets anbefalinger følger en prinsipiell linje som legger føringer for dets behandling av lignende saker. Utvalget søker å oppnå intern konsensus bak sine råd.

Det er etablert praksis for utvalget å tilskrive helseforetak eller institusjoner som vurderes avregnet i ulike saker. Dette gjøres for at helsetjenesten skal kunne uttale seg om egne vurderinger og registreringspraksis. For oppfølgingssaker der utvalget har anbefalt avregning tidligere år, vil ikke nødvendigvis helseforetak og institusjoner bli tilskrevet eller varslet på nytt ved avregning senere år.

Medlemmenes habilitet vurderes for hver enkelt sak. Vurderingen er i overensstemmelse med reglene i offentlig forvaltning. Se kapittel 3.1 for oversikt over hvem som er vurdert inhabil i hver enkelt sak.

Alle som ønsker det kan melde inn saker til sekretariatet, som er lagt til Helsedirektoratet ved Avdeling helseregistre. Sekretariatet gjør analyser av pasientdata for Avregningsutvalget, holder kontakt med RHF og HF, og besvarer henvendelser om Avregningsutvalgets arbeid. Kontroll av registreringer i pasientdata er hjemlet i [Norsk pasientregisterforskriften § 2-4 Mottakers ansvar for kvalitetskontroll](#).

Anbefalinger er offentlige og publiseres på nett:

<https://helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/avregningsutvalget>

3.3

Sammensetning

Medlemmene oppnevnes av de regionale helseforetakene for en periode på tre år. I 2021 har Avregningsutvalget hatt følgende sammensetning:

Bjørn Buan (leder)	Kommuneoverlege i Surnadal
Alf Henrik Andreassen	Avdelingsdirektør Hudavdelingen og Revmatologisk avdeling, spesialist indremedisin og lungesykdommer, Helse Bergen HF
Tove Bjerkreim	Overlege anestesi, Stavanger universitetssykehus HF
Wender Figved	Overlege og avdelingssjef ortopedi, PhD, Bærum sykehus, Vestre Viken HF
Erlend Hangaard	Avdelingsleder og spesialist psykiatri, Oslo universitetssykehus HF
Anne Wenche Lindboe	Fagsjef og spesialist anestesi, Diakonhjemmet sykehus
Suzana Rosic	Overlege gynekologi, Kirkenes sykehus, Finnmarksykehuset HF
Erik Rødevand	Overlege revmatologi, St. Olavs hospital HF
Lisa Steffensen	Overlege og seksjonsoverlege bryst- og endokrinkirurgi, Nordlandssykehuset HF
Halfdan Aass	Medisinsk direktør, dr. med, Vestre Viken HF

Observatører fra Avdeling finansiering i Helsedirektoratet:
Hanne Lehn (seniorrådgiver) og Eira Enodd (rådgiver)

Sekretariat fra Avdeling helseregistre i Helsedirektoratet:
Inger Ellingsen (rådgiver), Adrian Tveit Lundemo (seniorrådgiver) og Bente Urfjell (seniorrådgiver).

Hovedtrekk i arbeidet 2021

Sakene som var til behandling i 2021 inneholder en rekke detaljer som er nærmere beskrevet i påfølgende kapitler. Dette kapitlet søker å ivareta behovet for en kortfattet saksframstilling. For å opprettholde finansieringsordningens legitimitet bør rapporten være allment forståelig, ikke bare for personer med særlige kunnskaper om kodepraksis i sykehusene og i sentral helseforvaltningen. Det gjelder også kontrollarbeidet. For en vesentlig målgruppe kan sammendraget gi tilstrekkelig innsikt. Dette kapitlet søker derfor å gi en oversikt og sammenstilling av problemstillingene som ikke krever kunnskap om spesialiserte begrep og teknisk terminologi som kan komme til syne i de øvrige kapitlene i årsrapporten. Omtalen begrenses til saker som førte til anbefaling om avregning for 2020, slik at forhold som tilsier behov for endring av kode- og registreringspraksis kommer tydelig fram.

Utvalget behandlet fem nye saker valgt ut Helsedirektoratet i 2021. Kun en av disse sakene førte til avregning. Utvalget gjenopptok behandling av fjorten saker fra tidligere år, og avregning ble anbefalt i ni av disse sakene. Ut over anbefalinger om avregning, har utvalget avgitt anbefalinger som peker på framtidig oppfølging av saker, og på mulige forbedringer i ABF-løsningens regelverk og tilhørende IT-løsning/DRG-gruppering.

Sakene som ble behandlet i 2021 og førte til avregning kan deles inn i tre hovedtema:

- Feil i valg av hovedtilstand ved ikke-kirurgisk helsehjelp
- Feilkoding ved kirurgi
- Feil tolkning av regelverket for Aktivitetsbasert finansiering

4.1

Feil valg av hovedtilstand ved ikke-kirurgisk helsehjelp

WHO sin sykdomsklassifisering ICD-10 legger opp til at den viktigste og mest ressurskrevende tilstanden under et opphold legges til grunn for valg av kode for hovedtilstand. Årsakskoder (stjerne-koder) har i hovedregelen forrang framfor manifestasjonskoder, som beskriver hvordan tilstanden ytrer seg.

Feil bruk av koder for kontaktårsaker (21/4753)

Avregningsutvalget har i mange år påpekt feil bruk av koder for kontaktårsaker i samband med opphold der mulig underliggende sykdom ikke har latt seg påvise. Koder for *Kontaktårsaker og faktorer av betydning for helsetilstanden*, omtalt som «Z-koder» finnes i kapittel 21 i sykdomsklassifiseringen ICD-10. Z03-koder skal ikke brukes ved internasjonal sammenligning eller til dødelighetskoding. Disse kodene brukes som kode for annen tilstand for mistenkte diagnoser som er blitt utelukket etter undersøkelse uten at noen annen tilstand er funnet. Symptomet eller funnet som ledet til undersøkelsen skal kodes som hovedtilstand.

Analyser har vist at en økt forekomst av Z03-koder i 2020, og mange opphold med Z03-koder fant sted i mars 2020. Det ble observert dobbelt så mange opphold med koden Z03 som i hver enkelt av de øvrige

månedene i 2020. Det kunne derfor tyde på at koden var blitt brukt i forbindelse med covid-19-håndtering. Saksbehandlingen bekreftet denne hypotesen. Oslo universitetssykehus og Sykehuset Vestfold ble anbefalt avregnet. Det viste seg at det er rapportert episoder som gjaldt testing for covid-19- av pasienter (OUS) eller ansatte (Sykehuset i Vestfold) ved disse sykehusene.

Kommentar: Helsedirektoratet har besluttet at Z03-koder som hovedtilstand ikke vil bli godkjent i ABF-finansieringen fra rapportering av data for 3.tertial 2021.

Feil bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt IKA (17/5573)

Saken ble behandlet første gang av Avregningsutvalget i 2014. Utvalget har anbefalt avregning ved bruk av denne koden i flere år. Kodepraksisen har vekslet mellom bedring og forverring. Problemstillingen i denne saken er feil bruk av kode J96 *Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted som hovedtilstand*. Kode J96 skal vanligvis ikke brukes som hovedtilstand hvis man kjenner årsaken til respirasjonssvikten, når det foreligger for eksempel KOLS, pneumoni (lungebetennelse), lungekreft eller andre sykdommer. Unntak gjelder for enkelte medfødte, nevrologiske og alvorlige tilstander i muskel-/skjelettsystemet.

Opphold registrert med tilstanden respirasjonssvikt forbindes i hovedsak med bruk av ressurskrevende respirasjonsstøtte, for eksempel respirator.

Behandlingen i utvalget i 2021 søkte å finne løsninger for mer presis korreksjon og avregning av slike opphold med feilregistrert hovedtilstand som kan medføre for høye refusjoner. Utvalget vurderte på ny kodepraksisen for bruk av koden J96 som hovedtilstand i 2020, og konkluderte med en anbefaling om avregning av opphold i DRG 87 *Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl. ved hjertesvikt* ved berørte helseforetak. Avregningen ble beregnet med grunnlag i den høyest vektete registrerte tilleggstilstanden ved oppholdene. Enkelte medfødte tilstander med sannsynlig innvirkning på respirasjonen holdt utenfor avregningen. Tilsvarende ble det konkludert omkring enkelte andre, spesielle pasientgrupper som er omtalt under saken i kapittel 3. Avregningsutvalget har med denne løsningen et håp om at det skal være mulig å trekke ut fremtidige opphold for avregning i denne direkte av Helsedirektoratet uten ny behandling i utvalget.

Det ble i år besluttet ikke å avregne opphold i DRG 475B *Sykdommer i åndedretsorganer med PEEP support*, da den omfatter en samling av forskjellige pasienter med respirasjonsproblematikk. Selv om opphold også her er kodet feil, fant utvalget ikke grunnlag for avregning i 2021.

DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade (20/3956)

Denne saken ble første gang behandlet i avregningsutvalget i 2020. Utvalget var blitt kjent med høy forekomst av kode S06.01 *Hjernerystelse med åpent sår* ved Vestre Viken HF. Denne koden beskriver i den engelskspråklige utgaven av ICD-10 tilstanden hjernerystelse med åpne intrakranielle skader. Her var det altså en manglende beskrivelse av tilstanden i den norske utgaven av ICD-10, og som gav grunnlag for mistolkninger. Omfanget av feilkoding var desidert størst ved Vestre Viken HF, og deres bruk av koden ved hjernerystelser uten intrakraniell skade førte til at helseforetaket mottok urimelig høy refusjon, og oppholdene ved helseforetaket i 2019 ble derfor avregnet til refusjon på linje med «vanlig» hjernerystelse (ICD-10: S06.0 *Hjernerystelse*). Også ved Helse Bergen HF ble det påvist feil kodepraksis, men innenfor en rimelig feilmargin for året 2019.

Direktoratet for e-helse endret senere beskrivelsen av grunnlaget for bruk av kode S06.01 til Hjernerystelse med åpen intrakraniell skade.

I en analyse av data for 2020 fant avregningsutvalget at Vestre Viken hadde korrigert sin kodepraksis, i tråd med avregningsutvalgets behandling året før. Imidlertid har også andre sykehus benyttet S06.01, og forekomsten økte ved andre sykehus, herunder Helse Bergen HF, Nordlandssykehuset HF, Helse Møre og Romsdal HF, Sykehuset Vestfold HF og Helse Fonna HF.

Avregningsutvalget vurderer at koden S06.01 ikke vil være sannsynlig kode for hovedtilstand i noen av de rapporterte episodene. Dersom det er pasienter som har hjernerystelse med intrakraniell skade, vil den intrakranielle *skaden* selv bestemme valg av hovedtilstand, eventuelt supplert med *hjernerystelse* som annen tilstand. Koden S06.01 har vært benyttet ved hjernerystelse og sår i hodet, men her skal det benyttes S06.0 som hovedtilstand og S01.x dersom behandlingskrevende sår.

På bakgrunn av dette anbefaler avregningsutvalget at *alle opphold i DRG 27 med hovedtilstandskode S06.01* avregnes til ny gruppering med hovedtilstandskode S06.0.

Dersom bruk av kode S06.01 forekommer i 2021 data så kan foretakene avregnes uten ny behandling i utvalget.

Feil koding ved operasjoner etter komplikasjon fra skade (20/3958)

Denne saken ble første gang behandlet og anbefalt avregnet i 2020.

Statistikk fra Vestre Viken HF for 2019 viste at helseforetaket skilte seg fra andre helseforetak i registreringen av skadetyper og komplikasjoner etter skader. Dette førte til at helseforetaket mottok høyere refusjoner enn andre helseforetak for denne pasientgruppen. Det viste seg vanskelig å finne årsakene til at det var slik, men det var hovedsakelig feil bruk av følgetilstander som hoveddiagnose som var grunn til avregning for 2019 ved Vestre Viken HF

Forskjellen i utbetalingsnivået vedvarte i 2020, og det ble leid inn ekspertise fra selskapet Logex AS som utførte dokumentkontroll ved Vestre Viken helseforetak. Kontrollen viste at det var valgt feil hovedtilstandskode eller feil klassifisert hovedtilstandskode i 74% av de reviderte episodene. Feilene var knyttet til feil bruk av koder for følgetilstander og komplikasjoner og feil bruk av samlekode. Feil prosedyrekode var registrert i 32 prosent av oppholdene. Helseforetaket avregnes i samsvar med funnene i rapporten. Antall DRG-poeng ble mer enn halvert for disse oppholdene. Rapporten fra dokumentkontrollen er vedlagt.

4.2

Feil valg av prosedyrekode

Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35 (18/1820)

Saken ble meldt inn i 2017, først behandlet i 2018 og fulgt opp siden. Det ble gjort en avregning av Østfold i 2020, det var også en avregning til tilsvarende sak for DRG 268O i 2013. Saken omhandlet kodepraksis ved kirurgisk fjerning av ondartet svulst i hud. Kjernen i problemstillingen er forståelsen av kriteriene for å klassifisere et hudinngrep som rekonstruksjon etter huddefekt eller skade (som grupperes i DRG med høy refusjon), alternativt å klassifisere hudinngrep som fjerning av hudlesjon (som grupperes i DRG med vesentlig lavere refusjon). Sykehuset Østfold ble avregnet i 2020 etter en dokumentkontroll der det ble påvist store feil i kodingspraksis. Etter at Avregningsutvalget begynte å arbeide med problemstillingen, kan det se ut til at landets fagmiljø generelt har etterlevd kodeveiledningen.

Under årets gjennomgang ble saken fulgt opp med nye analyser, og alt tydet på at kodepraksis ved Sykehuset Østfold HF hadde bedret seg betydelig. Samtidig ble det imidlertid påvist en negativ utvikling både ved Sørlandet sykehus og ved St. Olavs-området. Sørlandet sykehus avregnes for 2020. St. Olavs-området lå også an til avregning, men kapasitetsbrist i saksforberedelsen førte til at St. Olavs området ikke kunne avregnes for 2020. Utvalget anbefaler at saken følges opp i 2022.

4.3

Feil tolkning eller praktisering av regelverk for finansieringsordningen

Utredning av hjertesykdom i DRG 125 DRG 125 O (19/2881) og valgt behandlingsnivå

Saken ble først behandlet og avregnet i 2019. Analyser av ABF-data for 2018 viste at Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) hadde høye rater (opphold per 1000 innbyggere) for innleggelser i DRG 125 *Diagnostisk perkutan hjerterprosedyre u/kompliserende hjertelidelse* og samtidig lave rater for korresponderende utredning *uten* innleggelse, gruppert til DRG 125O *Diagnostisk perkutan hjerterprosedyre, dagmedisinsk behandling*. Helse Nord ble avregnet for 2018 og 2019. Begrunnelsen var basert på faglig innhold og nasjonal standard.

Utviklingen i 2020 ble fulgt opp i årets arbeid, og organiseringen av tjenestilbudet har tilnærmet seg den nasjonale faglige standarden slik at UNN hadde færre døgnopphold i 2020 og høyere andel dagopphold dvs. i DRG 125 O. Nedgangen i 2020 kan tenkes å ha sammenheng med covid-19-pandemien. Avregningsutvalget anbefaler avregning også for 2020 til det nasjonale gjennomsnittet for valgt behandlingsnivå for utredning.

Behandling av pasienter med fedme i DRG 297 (19/27629)

Saken ble først behandlet og avregnet i 2019. Nordlandssykehuset HF hadde høye rater for innleggelser til behandling av sykkelig overvekt og ble avregnet for bruk av innleggelser istedenfor et poliklinisk- eller dagbehandlingstilbud som i andre deler av landet.

I innrapporterte data for 2020 var det en nedgang i aktiviteten, dels forklart gjennom redusert tilbud under koronapandemien. Trass i observerte forbedringer vurderer utvalget at forbedringene ikke er tilstrekkelige. Det er grunnlag for avregning av heldøgnsopphold for fedmebehandling ved Nordlandssykehuset HF også for 2020.

Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner (17/28390)

Avregningsutvalget har i løpet av de siste årene behandlet sak på bakgrunn av at ved flere foretak har en god del av pasienter med liggetid=1 hatt like lang permisjonstid og således ikke overnattet ved sykehuset.

ISF-regelverket fra 2019 tilsier *at i tilfeller der helsehjelpen foregår over to eller flere dager, uten at pasienten overnatter i sykehusavdeling, skal behandlingsaktiviteten ikke rapporteres som ett sammenhengende avdelingsopphold med permisjon.*

Analyse av data fra 2020 viser at andelen av døgnopphold med permisjon i ett døgn er redusert sammenliknet med tidligere år. Dette er en positiv utvikling. Regelverket er tydelig i denne saken og avregningsutvalget anbefaler avregning av alle innleggelser på ett, to, eller tre døgn og med lik liggetid og permisjonstid. Dette gjelder for alle helseforetak og institusjoner som har rapportert slike opphold.

Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering (17/11400)

Problemstillinger knyttet til rehabiliteringsfeltet har vært en hyppig spørsmålstilling i Avregningsutvalget. Etterlevelse av reglene for aktivitetsbasert finansiering for dette tjenesteområdet har vært vanskelig å implementere i foretakene.

Siden 2017 har utvalget fulgt opp registreringene for innleggelser med tilbud om *Kompleks rehabilitering i DRG 462A*. Hvert år har utvalget anbefalt avregning ved utvalgte helseforetak på grunnlag av en vesentlig høyere andel opphold i DRG 462A *Kompleks rehabilitering* enn pasienter som hørte hjemme i andre opptaksområder. Også i DRG 462B *Vanlig rehabilitering* var ratene relativt høye for de aktuelle opptaksområdene. Mange av disse oppholdene gjaldt innleggelse med rehabilitering av pasienter med muskelsmerter knyttet til revmatisme, fibromyalgi og andre myalgier. Disse oppholdene består av andre pasientgrupper enn de som vanligvis er aktuelle for rehabilitering med innleggelse ifølge ISF-regelverket. Innhentete svar fra helseforetakene viser at rehabiliteringstilbudet som tilbys ikke krever innleggelse, men kan organiseres poliklinisk. Flere sykehus ble avregnet ved at refusjoner ble beregnet som serier av polikliniske konsultasjoner.

Under behandlingen av saken i 2020 vurderte utvalget at behandlingen som ble gitt, i hovedsak dreide seg om gruppetilbud. Under årets oppfølging av saken ble det gjennomført oppfølgende analyser på aktuelle opphold for 2020-data som viste forbedringer registreringspraksis ved flere sykehus. Likevel viste analysene og tilbakemeldinger fra et stort antall sykehus en utbredt og uønsket registreringspraksis med for mange døgnopphold.

Avregningsutvalget legger til grunn en strengere vurdering av regelverket for rehabiliteringsopphold fra 2020 og anbefaler at alle helseforetak med over 5 opphold med de nevnte tilleggstilstander samlet i DRG 462A og 462B skal avregnes ned til den enklere DRG 462C.

Følgende helseforetak anbefales avregnet for 2020: Sunnaas sykehus, Stiftelsen Betanien Hospital Skien, Diakonhjemmet sykehus, Akershus universitetssykehuset HF, Sykehuset Innlandet HF, Helse Bergen HF, Nordlandssykehuset HF, Sørlandet Sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Revmatismesykehuset, Helse Møre og Romsdal HF og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus.

Flere registrerte episoder samme dag (13/4904)

Denne saken dreier seg om registreringspraksis knyttet til flere polikliniske (lege-)kontakter samme dag. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratet første gang i 2012 for ABF-data 2011. Avregningsutvalget har senere fulgt opp saken årlig og har hvert år anbefalt avregning ved ett sykehus (OUS). Avregningsutvalget intensiverte analysene i 2018 og fant variasjon i registreringspraksis mellom HF, private ideelle institusjoner og private sykehus som RHF-ene har kjøpsavtale med.

Fra 2018 anbefalte utvalget at legekontakter innenfor ulike spesialiteter for samme pasient kunne godkjennes som ulike konsultasjoner, men legekontakter innenfor samme spesialitet bør registreres innenfor en og samme konsultasjon. Avregningsutvalget tilføyde at det som tidligere har vært en helhetlig tjeneste nå ser ut til å stykkes opp, men at praksisvariasjonen også kunne skyldes uklarer i regelverket.

I 2019 ble det sett en reduksjon i antall tilfeller av flere episoder for samme pasient samme dag, og det ble kun foretatt avregning for OUS, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF i hoveddiagnosegruppe (HDG) 2 *Øyesykdommer*, for OUS i HDG 5 *Sykdommer i sirkulasjonsorganene*, og Medi3 Ålesund uavhengig av HDG.

Problemstillingen ble fulgt opp på ny i årets gjennomgang, med analyser fra 2020. Utvalget fant en ytterligere reduksjon i rapportering av flere episoder for samme pasient samme dag, sammenlignet med året før. Det er likevel noe høye andeler i HDG 5 *Sykdommer i sirkulasjonsorganene* for OUS og høye andeler uavhengig av HDG for Medi3 Ålesund. Avregningsutvalgets vesentligste anbefaling for 2020 i denne saken er avregning av alle kontakter utover en konsultasjon per pasient samme dag for OUS og Medi3. Flere detaljer finnes i den fullstendige omtalen av saken i kapittel 3.

Kommentar: Helsedirektoratet har endret ISF-beregningsregler for 2021 slik at det for innrapporterte data fra dette året gis kun uttelling for en episode per dag per pasient, per HDG med enkelte unntak, bl a dagkirurgi.

Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte ved aktivitet utenfor ABF (17/5578)

Denne saken ble behandlet og anbefalt avregnet i 2017, 2018, 2019 og 2020. Tidligere års analyser av ABF-data har vist at en stor andel av konsultasjoner gruppert til DRG 801R *Lokal smertebehandling* var registrert ved Sykehuset i Vestfold HF. Vanligste hovedtilstand i DRG 801R ved Sykehuset Vestfold var R52.2 *Annen kronisk smerte*, med prosedyrekoden WDAL15 *Akupunktur* som en vanlig prosedyrekode. Sykehuset i Vestfold HF rapporterte bruk av akupunktur oftere enn andre helseforetak, og oftest med hovedtilstand R52.2. Ved andre helseforetak ble akupunktur hovedsakelig benyttet i forbindelse med svangerskap og fødsel, med vanligste hovedtilstand Z37.0 *Enkeltfødsel, levendefødt*.

For 2020 har utvalget vurdert at saken framstår som medisinsk avklart, og utvalget opprettholder sin vurdering av at dette er aktivitet som ikke skal inngå i ISF. Aktivitet av denne typen kan avregnes også for 2020.

4.4

Feil ved registreringer av helsehjelp innen psykisk helse og rus

Poliklinisk behandling innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er fasett inn under ABF. For første gang har utvalget i år fått en sak til behandling. Av den grunn presenteres en forenklet framstilling av saken i dette kapittelet. Saken førte ikke fram til anbefaling om avregning for 2020, men utvalget regner med at den vil bli fulgt opp i utvalgets videre arbeid.

Ambulante konsultasjoner LAR-behandling (21/4749)

Aktivitetsdata fra NPR viser geografisk variasjon i omfanget av ambulante konsultasjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det er reist spørsmål om ulik rapportering mellom helseforetakene, dels som følge av endrede regler for aktivitetsregistrering og for koding av legemiddelassistert rusbehandling (LAR).

Utvalget har iverksatt analyser for å finne mulige forklaringer på variasjonen mellom helseforetakene. Som del av analysene ønsket utvalget å avklare eller i det minste å belyse hvorvidt det forekommer reelle feil eller forskjeller i registreringspraksis som gir grunnlag for avkortning.

Utlevering av LAR-legemiddel i sykehusene har vært redusert på grunn av covid-19 i 2020. Ruspasienter i 2020 i større grad blitt oppsøkt ambulant. Det kan også ha forekommet mer ustabilitet i pasientgruppen enn normalt som har stilt krav til tettere oppfølging, og dermed økt aktivitet.

I utredningen er det kommet fram at utvalget bør se nærmere på to ulike problemstillinger. Den ene gjelder registreringspraksis for utdeling av LAR-medikament. Det er ulik praksis mellom helseforetakene for hvem som håndterer utdeling av LAR-medikamenter. Ved enkelte helseforetak er utdeling delegert til apotek, mens ved andre helseforetak skjer legemiddelutdelingen ved helseforetakenes egne avdelinger. Det er behov for gjennomgang av hvordan dette registreres.

Den andre problemstillingen som må undersøkes videre er hvorvidt kommunale bidrag i FACT-team registreres og rapporteres fra spesialisthelsetjenestens systemer eller ikke. Det er kun helsehjelp som ytes av spesialisthelsetjenesten som skal rapporteres til NPR.

Utvalget klarte ikke å slutføre utredningen for å kunne konkludere i denne saken for ABF 2020. Utvalget ønsker å forfølge saken videre med flere analyser og korrespondanse med aktuelle helseforetak.

Vurderinger og anbefalinger

Avregningsutvalgets vurderinger og anbefalinger i alle saker som ble behandlet i 2021.

5.1

Saksomfang

Avregningsutvalget behandlet 19 saker i 2021. Fem av disse er nye saker i 2020. Fjorten er oppfølging av saker fra tidligere år. Alle årets saker er meldt inn til Avregningsutvalget fra Avdeling finansiering i Helsedirektoratet.

I ti av sakene kom utvalget fram til en anbefaling om avregning av ABF 2020. Dette gjelder en ny sak for 2020 og ni oppfølgingssaker fra tidligere år. I flere av sakene som er fulgt opp fra tidligere år sees noe forbedring i registrerings/kodepraksis, men utvalget mener at det fortsatt er grunn til avregning i seks av dem. I tre oppfølgingssaker er registreringspraksisen så forbedret at de ikke lenger er grunnlag for å anbefale avregning. I to av sakene som er behandlet i avregningsutvalget tidligere, er det mulig at det fortsatt grunnlag for avregning, men Avregningsutvalget anser disse sakene som medisinsk avklart, og har oversendt dem til Helsedirektoratet for oppfølging (dette gjelder saksnumrene 17/5578 og 17/5575).

Tabellen nedenfor viser hvilke saker utvalget har behandlet med anbefaling om avregning eller ikke.

Tabell 2: saker behandlet av Avregningsutvalget i 2021 med utfall av anbefaling.

Saksnr	Sakstittel	Avregning
21/4751	Holtermonitorering	Nei
21/4752	Kraniotomi	Nei
21/4749	Ambulante konsultasjoner og LAR-behandling	Nei
21/4753	Bruk av Z03-koder	Ja
21/4750	DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	Nei
20/4286	DRG 217 Sårrev og hudtranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8	Nei
20/3958	DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk	Ja
20/3956	DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	Ja
19/2886	Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyrer og urinveier	Nei
19/2881	Utredning av hjertesykdom i DRG 125 og DRG 125O	Ja
19/27629	Behandling av pasienter med fedme i DRG 297	Ja
18/1820	Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	Ja
17/5578	Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte	Nei
17/5575	Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	Nei
17/5573	Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted	Ja
17/28390	Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	Ja

17/11400	Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	Ja
15/1804	Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger	Nei
13/4904	Flere registrerte episoder samme dag	Ja

Avregningsutvalget anbefaler avregning som medfører reduksjon i utbetalinger i ABF 2020 på i overkant av 71 millioner kroner. Anbefalingene får konsekvenser for refusjoner til alle regionale helseforetak og er fordelt som beskrevet i tabellen under.

Tabell 3: Summer for anbefalt avregning tre siste år

Pasientens bostedsregion	2018	2019	2020
Helse Sør-Øst RHF	- Kr 43 523 388	- Kr 36 113 572	- Kr 43 203 197
Helse Vest RHF	- Kr 9 948 761	- Kr 7 183 906	- Kr 10 872 020
Helse Midt-Norge RHF	- Kr 6 668 243	- Kr 2 092 641	- Kr 4 528 129
Helse Nord RHF	- Kr 8 220 045	- Kr 10 587 254	- Kr 12 620 845
SUM	- Kr 68 360 437	- Kr 55 977 372	- Kr 71 224 191

Habilitetsvurderinger for medlemmene er gjort i hver enkelt sak. Følgende utvalgsmedlemmer er vurdert til å være inhabile i enkeltsaker og har derfor ikke deltatt i saksbehandling og beslutninger i sakene opplistet under.

21/4752 Kraniotomi: Tove Bjerkreim

21/4749 Ambulante konsultasjoner og LAR-behandling: Tove Bjerkreim

21/4750 DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk: Halfdan Aass og Arne Seternes

20/4286 DRG 217 Sårrev og hudtranspl ekskl. hånd pga. traume/sykd i HDG 8: Halfdan Aass, Wender Figved og Arne Seternes

20/3958 DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk: Halfdan Aass og Wender Figved

17/5573 Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted: Halfdan Aass

5.2

21/4751 Holtermonitorering

Helsedirektoratet har fått flere spørsmål om rapportering av kontakter knyttet til langtidsregistrering av blodtrykk eller EKG (Holtermonitorering). Spørsmålene har gitt grunn til å undersøke nærmere kodepraksisen i sektoren.

Ved behov for slik langtidsregistrering møter pasienten først for påmontering av utstyret, og får samtidig veiledning for å sikre riktig registrering. Dette kan rapporteres som en poliklinisk konsultasjon som gir grunnlag for ISF-refusjon, og pasienten kan avkreves egenandel. Det samme gjelder dersom pasienten blir innkalt til konsultasjon hos lege for videre oppfølging etter endt registrering. Hvis pasienten kun møter for å levere utstyret tilbake og dette er eneste formål med oppmøte, regnes ikke dette som helsehjelp. Kontakten skal derfor ikke rapporteres som en poliklinisk konsultasjon.

Helsedirektoratet ba AU vurdere om rapportering av aktivitet i tilknytning til Holtermonitorering følger samme kriterier på tvers av helseforetak og at innrapporterte kontakter oppfyller kriteriene til polikliniske konsultasjoner som kan inngå i ABF. Dersom dette ikke er tilfelle, bes AU vurdere om det er grunnlag for avkortning. Avregningsutvalget kunne også vurdere å utvide problemstillingen til å inkludere andre typer langtidsregistrering, f.eks. 24-timers blodtrykksmåling. Utvalget har valgt å ikke inkludere andre typer langtidsregistrering i 2020.

I behandlingen av saken har det vært viktig å vurdere hva som kreves av innhold for å kunne godkjennes som en konsultasjon. Det er en konsultasjon å sette på utstyret. Ved denne konsultasjonen skal prosedyrekoden registreres. Det er ikke en egen kontakt å levere tilbake utstyret. Det er heller ikke egen poliklinisk kontakt at legen tolker resultatet uten pasientens oppmøte. Dette inngår i prosedyren som er registrert i konsultasjonen der utstyret settes på. Gjennomgang av resultat og videre veiledning med pasient ved fysisk eller digitalt oppmøte, er egne konsultasjoner hvis dette gjøres i spesialisthelsetjenesten. Noen ganger er det fastlege som gjør dette. Saken har derfor vært viktig av prinsipielle årsaker.

Analyser over poliklinisk aktivitet rapportert i hele 2020 med prosedyrekode FPFE15 Holter-EKG ble gjort. Blant annet ble det utarbeidet oversikter over aktivitet i dagene før og etter første kontakt rapportert med prosedyrekoden. Det ble observert en betydelig variasjon i andel pasienter som har en eller flere kontakter kort tid før og etter primærkontakten kodet med FPFE15. I tillegg ble det også observert variasjon i fordelingen av utførende helsepersonell.

I løpet av saksbehandlingen har det vært brevkorrespondanse med følgende helseforetak: Lovisenberg, Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Helse Møre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Haraldsplass. I brevene ba Avregningsutvalget om en redegjørelse av pasientforløpet for Holtermonitorering ved foretaket:

- Beskriv pasientforløpet ved opptak av EKG, beskrivelse av registreringen og videre oppfølging, herunder også typisk tidsrom mellom de enkelte leddene.
- Hvilke kontakter registreres i NPR i pasientforløpet?
- Hva er utførende helsepersonell i de enkelte leddene?

Svarene fra sykehusene og tallene fra analysene viser at helseforetakene registrerer forskjellig. Noen registrerer kun én ISF-inntektsgivende konsultasjon samlet for påsetting av Holter-utstyr og samtale med lege når registrering er gjennomført, mens andre registrer dette som to konsultasjoner. Det synes imidlertid som om alle foretak som registrerer dette som to konsultasjoner bare tar én egenandel. Noen sykehus som har registrert to konsultasjoner har oppfattet at det ikke er korrekt i forbindelse med vår forespørsel nå og endret praksis. Det har også vært variasjon innad i helseforetakene. Det illustrerer behov for klargjøring og at det ikke foreligger en entydig tolkning av veilederen.

Saken ble lukket med en anbefaling om presisering i veiledningen for registrering. Avregningsutvalget oppfordrer Helsedirektoratet til å finansiere dette som en pakke, for å sikre lik finansiering i hele landet.

5.3

21/54752 Kraniotomi

Utgangspunktet for denne saken er analyser av KPP-data som avdekket variasjon i DRG 2A *Annen kraniotomi ved traume* og DRG 2B *Operasjon for kronisk subduralt hematom*. Dette er kompleks nevrokirurgi som utføres ved et fåtall sykehus i Norge. Fordelingen mellom andel opphold som grupperte til DRG 2A og 2B er ulik ved disse sykehusene.

Helsedirektoratet ber derfor AU vurdere kodepraksis for aktivitet i DRG 2A og 2B. AU bes vurdere om eventuelle feil eller forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.

Helse Stavanger HF skilte seg ut i analysene og helseforetaket ble tilskrevet. Det ble etterspurt en beskrivelse av de aktuelle oppholdene med oversikt over diagnoser, årsak og bakgrunn for innleggelse samt redegjørelse for traumet. Det kom et detaljert svar som også omhandlet mer enn det utvalget spurte om i utgangspunktet. Svaret ga uttrykk for at helseforetaket la litt andre kriterier til grunn enn andre gjør for skille mellom akutte og kronisk subdurale hematomer. Det virker som om det kodes akutt og kronisk ut fra hvilken prosedyre som utføres. Ettersom kodeveiledningen kan være uklar i dette tilfellet ble det naturlig å henvende seg til Direktoratet for e-helse med spørsmål om korrekt koding av kraniotomi. Direktoratet mente det var forståelig at det er uklarheter i koding ved kraniotomi og akutte/kroniske subdurale hematomer. Det er altså forståelse for at sykehusene velger å kode som de gjør når eksisterende koder ikke er godt nok tilpasset det kliniske arbeidet. Direktoratet for e-helse skal gå igjennom kodene ved neste års revisjon og forhåpentligvis endre dem slik at de i stedet skiller mellom teknikk og ikke alder på hematom.

Oppfølgende analyser ble gjort på opptaksområder og oversikt over antall opphold og rater for DRG 2A og DRG 2B ved de ulike helseforetakene ble lagt fram. Analysene viste at områdene Stavanger, Lovisenberg, Helgeland og Nordland hadde høyeste rater i DRG 2A. Områdene St.Olavs, Finnmark og Innlandet hadde høyeste rater i DRG 2B. Områdene Nord-Trøndelag, St.Olavs, Innlandet og Helgeland hadde høyeste rater når DRGene blir sett under ett.

En fagkyndig og nøytral nevrokirurg ble konsultert for å gå igjennom oppholdene og vurdere kodepraksisen. 15 opphold ved Helse Stavanger HF ble vurdert. Konklusjonen var at av de 15 oppholdene er 7 reelle kraniotomier, mens 7 er trepanasjon og en er feilkodet tumorpasient. Ytterligere avklaringer med kodehjelpen i Direktoratet for e-helse kom frem til at veiledningen i koding kan forstås på flere måter. Det trengs derfor en presisering i veiledningen.

Etter en sammenstilling av saksmaterialet og en endelig vurdering ble saken lukket for i år, og det ble anbefalt å ikke foreta noen avregning.

Det ble foreslått at kodeveiledningen på området presiseres.

5.4

21/4749 Ambulante konsultasjoner LAR-behandling

Helsedirektoratet har fått mange spørsmål om regelverket for ambulante konsultasjoner i psykisk helsevern og TSB, og mistenker at det har vært forskjeller i rapporteringspraksis. Ambulante konsultasjoner utløser et poengtillegg som gjør det særlig relevant å se på dette i kontrollarbeidet.

I 2020 ble regelverket for ambulante konsultasjoner forenklet og tydeliggjort. Ambulante konsultasjoner blir nå definert som kontakter med Sted for aktivitet = 4 (Hjemme hos pasienten) eller 5 (Annet ambulant sted utenfor spesialisthelsetjenesten). Unntak gjelder for enkelte DRG-er. Også med de nye reglene er det en betydelig variasjon i aktivitetsdata. Nærmere analyser har avdekket en tosidig problemstilling, der også rapportering av LAR-behandling kommer inn.

Aktivitetsdata fra NPR viser geografisk variasjon i omfanget av ambulante konsultasjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Helsedirektoratet ba avregningsutvalget vurdere kodepraksis for LAR-behandling, og særlig bruken kode Z50.30 ved noen helseforetak. Utvalget ble også bedt om å vurdere årsakene til variasjonen i omfang og den sterke veksten i ambulante konsultasjoner ved flere helseforetak. Er det feil eller forskjeller i registreringspraksis som gir grunnlag for avkortning?

Helsedirektoratet er kjent med at utlevering av LAR-legemiddel i sykehusene har vært redusert på grunn av covid-19, og at ruspasienter i større grad har blitt oppsøkt ambulant. Det kan også være større ustabilitet i pasientgruppen enn normalt, som kan ha krevd tettere oppfølging. Dette må det tas høyde for i vurderingene.

I denne saken ser avregningsutvalget at to ulike problemstillinger bør sees nærmere på. Den ene er registreringspraksis for utdeling av LAR-medikament. Det er ulik praksis mellom helseforetakene for hvem som håndterer utdeling av LAR-medikamenter. For noen helseforetak er utdeling delegert til apotek, mens for andre er det helseforetakenes egne avdelinger som deler ut medikament. Det er også variasjon i om utdelingen av medikament inngår i ordinære polikliniske konsultasjoner eller ikke.

Den andre problemstillingen som må undersøkes videre er hvorvidt kommunale bidrag i FACT-team registreres og rapporteres fra spesialisthelsetjenestens systemer eller ikke. Det er kun helsehjelp som ytes av spesialisthelsetjenesten som skal rapporteres til NPR.

Dette er den første saken avregningsutvalget har behandlet innen psykisk helsevern og rus. Dette gjør arbeidet ekstra krevende, og på grunn av dette har utvalget ikke kommet langt nok inn i problemstillingen til å konkludere i denne saken for ABF 2020. Saken vil følges opp videre i 2022 med flere analyser og korrespondanse med aktuelle helseforetak.

5.5

21/4750 Bruk av Z03-koder

Det ble observert et høyt antall opphold med kode Z03 *Medisinsk observasjon og vurdering der mistanke om sykdommer og tilstander blir avkreftet registrert som hovedtilstand*. De fleste oppholdene er polikliniske kontakter. Den vanligste DRG oppholdene grupperes til, er 9230 *Poliklinisk konsultasjon vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/kontakt med helsetjenesten*.

Avregningsutvalget ble bedt om å vurdere årsaken til den store variasjon i bruk av Z03-koder. Utvalget ble videre bedt om å vurdere om eventuelle feil eller forskjeller i registreringspraksis gir grunnlag for avkortning.

Utvalgets vurderinger

Z03 skal i utgangspunktet ikke anvendes som kode for hovedtilstand. Dette er formulert i kodeveiledningen kapittel 24.1.16: "Disse kodene brukes som kode for annen tilstand for mistenkte diagnoser som er blitt utelukket etter undersøkelse uten at noen annen tilstand er funnet. Symptomet eller funnet som ledet til undersøkelsen kodes i så fall som hovedtilstand".

For mange klinikere kan Z-koder oppfattes som en god beskrivelse av den kliniske situasjonen. Det vil ikke alltid være like klart hvilke konkrete tilstandskoder som er mest passende å bruke. Selv om Z03 ikke skal brukes som hovedtilstand vil oppholdene uansett utløse refusjon.

Fire helseforetak har skilt seg ut ved å ha de største andelene av den totale aktiviteten med koden. Disse er Akershus universitetssykehus HF (Ahus), Helse Bergen HF, Oslo universitetssykehus HF (OUS) og Sykehuset i Vestfold HF.

Spesielt tydelig var det ved OUS. Mer spesifikt var det et stort omfang av Z03.8 *Observasjon ved mistanke om annen spesifisert sykdom og tilstand*. Dette gjelder særlig OUS og Sykehuset i Vestfold HF. Kodepraksis ser ellers ut til å variere mellom helseforetakene. Infeksjons- og hjertemedisinske avdelinger står for mange av kontaktene.

Videre analyser viste at en overvekt av kontaktene fant sted i mars måned. Det ble observert dobbelt så mange opphold med Z03 i mars som i hver enkelt av de andre månedene. Det kunne derfor mistenkes at koden kan ha blitt brukt i forbindelse med Covid-19-håndtering.

For å finne ut mer om bakgrunnen for kodebruken ble det sendt ut brev med følgende spørsmål:

- Hva slags type pasienter er kodet med de ulike Z03.x-kodene?
- Hvilken type helsehjelp ble gitt og hva er et typisk behandlingsforløp for disse?
- Spesielt ber vi om redegjørelse for Z03.8 med opplysninger om hvilke andre spesifiserte sykdommer/tilstander det har vært mistanke om.
- Hva er begrunnelsen for valg av Z-koder hos disse pasientene?

Brevene gikk ut til OUS, Helse Bergen HF, Ahus og Sykehuset i Vestfold HF.

Det kom utdypende og detaljerte svar fra alle helseforetak. Det kommer blant annet frem fra svarene at Z-kodene har blitt brukt i tilfeller der det er henvist om mistanke om sykdom, men ikke gjort funn. Kode har også blitt brukt for testing av ansatte og polikliniske pasienter for covid-19. Ellers kommer det også fram at det kan være vanskelig å finne koder som er mer beskrivende for den kliniske situasjonen. Brevene gir uttrykk for uklar kodeveileder. Samtidig signaliserer helseforetakene at en del av kodepraksisen skal legges om.

På bakgrunn av svarene fra helseforetakene var det nødvendig å innhente vurdering fra kodeforvalter. De ulike problemstillingene ble derfor tatt opp med Direktoratet for e-helse. Direktoratet for e-helse mener at Z03 som hovedtilstandskoder ikke er beskrivende nok, og fastholder at de kun skal brukes som tilleggskoder. Avregningsutvalget påpeker at det bør bli tydeligere i kodeveiledningen hvordan kodene i Z-kapittelet skal brukes. Det bør også informeres i mulige kanaler og møter om koderegler for Z-kapittelet.

Anbefaling

Det konkluderes med at kun OUS og Sykehuset i Vestfold avregnes da det viser seg at det er feil rapportering av episoder som gjelder testing for covid-19 av ansatte (Sykehuset i Vestfold HF) og polikliniske pasienter (OUS) ved disse.

Kommentar

Fra og med behandling av årsdata for 2021 vil Helsedirektoratet ekskludere koder som kun kan være koder for tilleggstilstander i de tilfellene der de er brukt som første hovedtilstandskode. Det vil si at de ikke vil inngå i beregningen av ABF. Z03-koder kan kun brukes som tilleggskoder.

5.6

21/4750 DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk

I datagrunnlag for 2020 observeres det avvikende rater for aktivitet i DRG 34 *Sykdommer i nervesystemet* /ITAD m/bk for Vestre Viken HF, St.Olavs hospital HF og Sykehuset Østfold HF.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere årsaker til variasjonen i DRG 34. Utvalget ble også bedt om å vurdere om eventuelle feil eller forskjeller i registreringspraksis gir grunnlag for avkortning.

Utvalgets vurderinger

Analysen av datagrunnlaget finner at det er svært høye rater for Vestre Viken HF og noe høyere rater enn landssnittet for St.Olavs hospital HF og Sykehuset Østfold HF. DRG 35 er korresponderende DRG u/bk. De tre helseforetakene har også høy andel m/bk når man ser på fordelingen mellom DRG 34 og DRG 35. Analyser av liggetid viser ingen tydelige ulikheter mellom helseforetakene. Vestre Viken har litt høyere andel ø-hjelpsopphold i de to DRG-ene enn landet ellers.

De mest brukte hovedtilstandskodene i DRG 34 i landet er:

- R29.8 *Andre og uspesifiserte symptomer og tegn med tilknytning til nervesystemet og muskel-skjelettsystemet* (17%)
- R29.6 *Falltendens ikke klassifisert annet sted* (11%)
- R41.0 *Uspesifisert desorientering* (8%)
- R41.8 *Andre og uspesifiserte symptomer og tegn med tilknytning til kognitive funksjoner og bevissthet* (7%)
- R20.2 *Parestesi i hud* (6%)
- R26.8 *Annen og uspesifisert unormal gange og bevegelighet* (5%)

For de tre helseforetakene som utvalget har hatt ekstra fokus på i denne saken er det mye av de samme kodene som er satt som hovedtilstand, men med litt annen fordeling.

Vestre Viken HF, St.Olavs hospital HF og Sykehuset Østfold HF ble tilskrevet med beskrivelse av forskjeller i omfang. Helseforetakene ble bedt om å redegjøre for to forhold:

- Hvilke pasientgrupper er det som har opphold som grupperer til DRG 34 ved deres helseforetak?
- Er det noen organisatoriske forhold eller noen funksjonsfordeling som tilsier at deres helseforetak skal ha høy andel m/bk?

Sykehuset Innlandet ble tilskrevet som referansesykehus.

Helseforetakene gjør rede for at det her er snakk om pasienter som er til utredning med sammensatte og diffuse symptomer. De er i all vesentlighet knyttet til geriatri og hjerneslag. Pasientene er multimorbide og skrøpelige eldre.

Helseforetakene meddelte at de kan tilstrebe mer spesifikk koding av hovedtilstand der det er mulig. Ingen av helseforetakene pekte på organisatoriske forhold som skal tilsi at de skal ha flere pasienter som havner i en DRG med kompliserende faktorer.

Avregningsutvalget mener at helseforetakene svarte godt for sin praksis, men det forklarer ikke at helseforetakene skal ha andre rater enn resten av landet. Men dersom man skal kunne anbefale en avregning i denne saken, måtte det baseres på en journalgjennomgang der dokumentasjon i journal sammenholdes med hvilke koder som er satt.

Anbefaling

Det anbefales ikke avregning i denne saken. Saken følges videre i 2022 med vurdering av om det er nødvendig med en journalgjennomgang.

5.7

20/4286 DRG 217 Sårrev og hudtranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8

Saken ble meldt inn for 2020. Saken gjelder høy aktivitet i DRG 217 *Sårrev og hud transpl eksl hånd p.g.a traume/sykdom i HDG 8 (sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev)* hos St. Olavs hospital HF og Vestre Viken HF. Begge HF har nokså høye rater. Selv om volumet i seg selv er lite har DRG 217 høy vekt (7,087) og det er derfor viktig å undersøke årsaker til variasjonen.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om å vurdere årsaken til den store variasjonen i DRG 217, og om eventuelle forskjeller i registreringspraksis gir grunnlag for avkortning.

Utvalgets vurderinger

Diverse analyser av ratetall, fordelinger på opphold, liggetid, tilleggstilstander og prosedyrekoder er gjort under behandlingen av saken, både i 2020 og i 2021. De rapporterte hovedtilstandene viser at de fleste oppholdene gjelder komplikasjoner etter kirurgisk behandling, slik som T84 *Komplikasjoner ved innvendige ortopediske proteser, implantater og transplantater* og T87 *Komplikasjoner særegne for reimplantasjon og amputasjon*, men også andre sykdommer og skader i HDG 8. De vanligste prosedyrene er vakuumassistert sårbehandling og sårrevisjoner på underekstremitet. Tallene er relativt små, og det gjør det utfordrende å identifisere eventuelle avvik i registreringspraksis for Vestre Viken HF og St. Olavs hospital HF.

Utvalget vurderte under saksbehandlingen i 2020 at tallene var såpass små, og at gruppen pasienter samtidig er såpass heterogen at det er vanskelig å finne fram til noen fornuftige punkter som kan gi grunnlag for brevkorrespondanse med helseforetakene. Det vil være vanskelig å besvare henvendelser som er upresise. Det kan også ganske enkelt være tilfellet at tallene representerer en naturlig variasjon.

Det ble klart for utvalget at man har lite grunnlag for vurdering uten en dokumentkontroll. Da kan man blant annet finne ut hvor godt dokumentert f.eks. lappeoperasjoner er. En dokumentkontroll hos foretakene vil kanskje kunne belyse forskjeller i praksis. Det ble ikke satt av ressurser til dokumentkontroll i 2020, og det synes mest fornuftig å heller undersøke tallene på nytt i 2021 og sammenlikne utviklingen fra foregående år.

Saken har derfor blitt fulgt opp i 2021. For saksbehandlingen i 2021 har det vært gjort ytterligere analyser på blant annet prosedyrekoding. Det har gitt grunnlag for å sende ut brev til utvalgte helseforetak med

variasjon i antall opphold for å kunne sammenlikne praksisen hos disse. Brev gikk ut til Helse Nord-Trøndelag, Nordlandssykehuset, Sykehuset Telemark, St. Olavs hospital, OUS, Helse Bergen og Vestre Viken. Det ble stilt konkrete spørsmål om pasientgruppe og forløp, avdelinger, reoperasjoner og bruk av reoperasjonskoder samt forskjellige koder for transplantat, lapper og infeksjoner m.m. Svarene som kom var generelt utfyllende og gode, men det var fortsatt vanskelig å konkludere. Ikke alle helseforetakene svarte på henvendelsen. Det er tydelig at det er stor variasjon i kodepraksis, også lokalt. Dette er pasientgrupper som antageligvis burde ha vært kodet mer likt. Utvalget gikk sammen med avdeling finansiering i Helsedirektoratet også igjennom grupperingslogikken for DRG 217. Det innebar en gjennomgang av kriteriene med tanke på diagnoser og koder osv.

Anbefaling

Det er ikke godt nok informasjonsgrunnlag for noen avregning. På grunn av stor variasjon i data vil Avregningsutvalget og Helsedirektoratet fortsette å følge opp saken ved neste års saksbehandling. Variasjon hos helseforetakene kan skyldes uklarhet rundt bruken av operasjonskodene. Det er fortsatt aktuelt med dokumentkontroll, men det forventes presiserende informasjon før dette eventuelt kan igangsettes. Det etterlyses en klargjøring fra Direktoratet for e-helse som sammen med Helsedirektoratet, bør oppklare regler og kodepraksis på området.

5.8

20/3958 DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk

Denne saken ble første gang behandlet og foreslått avregnet i 2020.

Aktiviteten i DRG 442 *Operasjoner etter skade ITAD m/bk* gjelder i hovedsak operasjoner for komplikasjoner etter medisinske eller kirurgiske inngrep, med vanligste hovedtilstand fra ICD-10-kapittel T81-T88. Det er også en del opphold der sår eller andre skader (S-kode) er registrert som hovedtilstand. Vestre Viken HF har særlig høy andel opphold med S-kode som hovedtilstand. DRG 443 er korresponderende DRG u/bk, det er prosedyrekoder som styrer om et opphold havner i DRG 442 eller DRG 443. Ut fra dette er det ikke avgjørende om man bruker hovedtilstand T81-T88 eller en gitt S-kode for gruppering til DRG 442/443. Men tilstandskoden kan styre om oppholdet grupperes til en av de to nevnte DRGene eller ikke.

Ut fra korrespondanse med Vestre Viken HF og vurderingen i avregningsutvalget i fjor, mente utvalget at helseforetaket hadde påfallende mange opphold i DRG 442 med kort liggetid. Komplikasjonskode T81x –T88x var brukt som hovedtilstandskode på korte opphold der også primæroperasjon var utført. Samlekodene for brudd i flere kroppsregioner T00x – T07x / Sxx7 var brukt som hovedtilstandskode, men skal svært sjelden brukes. Det skal søkes å bruke mer spesifikke koder. Følgetilstandskode T90x-T98.x var brukt som hovedtilstandskode hvor den spesifikke følgetilstand skal brukes. Det var også utstrakt bruk av prosedyrekoden QWW99 *Annen reoperasjon etter inngrep på hud* uten at tilsvarende komplikasjon var registrert.

Ut fra dette anbefalte avregningsutvalget avregning for ABF 2019 av opphold i DRG 442 ved Vestre Viken HF med hovedtilstandskode T02x, T92x eller T93x. Hovedtilstandskode ble byttet ut med en kode som var satt for annen tilstand ut fra anbefaling fra utvalget.

I data for 2020 observeres fortsatt et synkende, men fortsatt høyt antall opphold i DRG 442 ved Vestre Viken HF. Det sees også en høy andel m/bk. Vestre Viken HF har fortsatt høyere andel opphold i DRG 442 der det er rapportert kode for følgetilstand som hovedtilstandskode.

For å få bedre innsikt i dokumentasjonen av de rapporterte data, ble det bestilt journalgjennomgang av alle opphold som var gruppert til DRG 442 og som har liggetid på 10 døgn eller mindre ved Vestre Viken HF. Journalgjennomgangen ble utført av Logex AS, og rapporten fra gjennomgangen er vedlagt i denne årsrapporten.

Journalgjennomgangen viser at det er feil valgt hovedtilstandskode eller feil klassifisert hovedtilstandskode i 74% av de reviderte episodene. Feilene er relatert til feil bruk av koder for følgetilstander og komplikasjoner og feil bruk av samlekode. Det mangler i mange tilfeller også dokumentasjon i journal for de tilstandskodene som er registrert.

68% av de kirurgiske prosedyrene som er registrert er riktig satt etter dokumentasjon i journal. Der det er registrert feil prosedyrekoder, er det oftest relatert til prosedyrekoder for reoperasjon og åpen eksplorasjon av bløtdeler.

Ved ny gruppering av oppholdene etter revisjonen er det kun 15% av oppholdene som fortsatt grupperer til DRG 442. De andre oppholdene fordeles på mange ulike DRGer, og summen av ISF-poeng mer enn halveres.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler at oppholdene som har vært revidert i journalgjennomgangen ved Vestre Viken HF avregnes til den DRG de grupperes til etter revisjon.

5.9

20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade

Denne saken ble første gang behandlet i avregningsutvalget i 2020. Problemstillingen var den gangen høy rate med DRG 27 *Alvorlig traumatisk hjerneskade* ved Vestre Viken HF. Det ble gjennom arbeidet i 2020 avdekket at dette skyldes feil bruk av kode S06.01 *Hjernerystelse med åpent sår*. Denne koden beskriver i den engelske utgaven hjernerystelse med åpne intrakranielle skader. Vestre Viken HF ble derfor avregnet for ABF 2019 ved at opphold i DRG 27 med hovedtilstandskode S06.01 ble gruppert igjen med S06.0 *Hjernerystelse* ble satt som hovedtilstand.

På bakgrunn av at den norske teksten på koden S06.01 kunne misforstås, har Direktoratet for e-helse endret teksten til *Hjernerystelse med åpen intrakraniell skade*.

I analyse av data for 2020 ser avregningsutvalget at det at bruken av S06.01 i rapporteringen fra Vestre Viken HF er borte. De har endret kodingspraksisen sin.

Men det er flere andre helseforetak som har opphold i DRG 27 som har hovedtilstandskode S06.01. Dette gjelder særlig Helse Bergen HF, Nordlandssykehuset HF, Helse Møre og Romsdal HF, Sykehuset Vestfold HF og Helse Fonna HF. Disse helseforetakene ble tilskrevet og bedt om å redegjøre for rutiner for bruk av S06.01 som hovedtilstandskode.

De fleste helseforetakene sier at det er en feil at koden er brukt, at de er informert om endringen i teksten for koden og at de i løpet av 2020 og 2021 har lagt om rutinene for koding av hjernerystelser med sår i hodebunnen. Nordlandssykehuset er ikke kjent med endringen i kodeteksten og har kodet hjernerystelser med sår i hodebunnen av en viss alvorlighet med denne koden.

Avregningsutvalget vurderer at koden S06.01 ikke vil være sannsynlig kode i noen tilfeller. Dersom det er pasienter som har hjernerystelse med intrakraniell skade, vil den intrakranielle skaden antakeligvis være det som skal kodes som hovedtilstand, og eventuelt hjernerystelse som annen tilstand. Hjernerystelse med samtidig sår i hodet som krever behandling, kan kodes som S06.0 (hjernerystelse) kombinert med S01.x (åpent sår i hode).

På bakgrunn av dette anbefaler avregningsutvalget at alle opphold i DRG 27 med hovedtilstandskode S06.01 avregnes til ny gruppering med hovedtilstandskode S06.0. Oppholdene grupperes etter dette til DRG 31 *Hjernerystelse > 17 år m/bk*, DRG 32 *Hjernerystelse > 17 år u/bk* eller DRG 33 *Hjernerystelse 0-17 år*. Det anbefales at alle helseforetak avregnes, også de som ikke er tilskrevet. I fjorårets rapport ble det sagt at avregningsutvalget kan anbefale avregning av helseforetak som ikke er tilskrevet i saker der det har vært gjort avregninger tidligere.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler avregning av alle opphold i DRG 27 ved alle helseforetak der hovedtilstandskode er S06.01. Hovedtilstandskoden erstattes med S06.0.

5.10

19/2886 Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyrer og urinveier

Saken ble først behandlet og foreslått avregnet i 2019. Analyser av ABF-data for 2018 viste stor variasjon i aktivitet blant helseforetakene i DRG 331 *Sykdom i nyrer og urinveier ITAD >17 år m/bk*, der Sykehuset Telemark HF, Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF skilte seg ut med vesentlig flere opphold enn landet ellers. En tilsvarende variasjon ble ikke observert i DRG 332 *Sykdom i nyrer og urinveier ITAD >17 år u/bk*. Årsakene til variasjonen ble vurdert av Avregningsutvalget gjennom analyser av data og korrespondanse med helseforetakene. Svar på brevkorrespondanse og analyser viste at Sykehuset Telemark HF skilte seg ytterligere ut fra de andre, spesielt med tanke på hovedtilstand. De benyttet i stor grad Z43.6 *Ettersyn av annen kunstig åpning for urinvei* som hovedtilstand i tilfeller hvor det skulle vært kodet R33 *Urinretensjon* som hovedtilstand. Oppholdene var i tillegg registrert som inneliggende der de kunne vært utført poliklinisk. Sykehuset Telemark HF ble derfor avregnet. Tilfeller hvor disse oppholdene var kodet med prosedyre for skifte av nefrostomikateter ble godkjent og utelatt fra avregningen.

Det vises til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 og 2020 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget følge opp saken i 2021.

Oppfølgende analyser ble gjort i saken på 2020-data. Tallene viste stor forbedring i registreringspraksis for Sykehuset Telemark HF, og kode Z43.6 forekom nesten ikke lenger i rapporteringen fra helseforetaket. På bakgrunn av dette lukkes saken.

Anbefaling

Saken lukkes uten avregning for 2020.

5.11

19/2881 Utredning av hjertesykdom i DRG 125 og DRG 125O

Saken ble først behandlet og avregnet i 2019. Analyser av ABF-data for 2018 viste at Helse Nord RHF hadde høye rater (opphold per 1000 innbyggere) i DRG 125 *Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/kompliserende hjertelidelse* og samtidig lave rater for korresponderende utredning uten innleggelse, gruppert til DRG 125O *Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre, dagmedisinsk behandling*. Helsedirektoratet ønsket en vurdering fra Avregningsutvalget om mulige årsaker til den store variasjonen i forekomst av DRG 125. Analyser og flere runder med brevkorrespondanse viste at Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN) skilte seg ut fra resten av landet. Deres organisering av helsetilbudet la opp til overnatting selv om det ikke vurderes som nødvendig ved andre sykehus. UNN syntes å definere pasienter som "komplekse" før undersøkelse, noe som medfører innleggelse. Her ble det vurdert at praksis ved UNN er forskjellig sammenlignet med andre helseforetak da de aktuelle pasientene ellers i landet ble behandlet som dagmedisinske pasienter. UNN ble derfor avregnet.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget følge opp saken i 2020. Oppfølgende analyser på data for 2019 viste at UNN ikke hadde endret kodepraksis, og at det fortsatt er uforholdsmessig mange opphold i DRG 125. Det kan derfor virke som om organiseringen av behandlingen er som før. Etter gjennomgang av omfanget besluttet Avregningsutvalget at UNN fortsatt skulle avregnes i 2020.

Det vises til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 og 2020 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget følge opp saken i 2020.

Oppfølgende analyser ble gjort på 2020-data. De viser at UNN totalt sett hadde en del færre opphold i 2020 og har en større del av oppholdene i dagmedisin DRG 125O. Det er færre opphold i begge DRG-er på nasjonalt nivå. Nedgangen kan være relatert til covid-19-pandemien. Det er altså en forbedring ved UNN, men ikke helt på nivå med landssnittet ennå. Helseforetaket tilskrives med informasjon om fortsatt avregning etter samme metode som for 2019-data.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler at opphold ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF i DRG 125 *Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/kompliserende hjertelidelse* med liggetid lik ett døgn, avregnes ned til landsgjennomsnittet og gis refusjon likt opphold i DRG 125O *Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre, dagmedisinsk behandling*. Begrunnelsen er basert på faglig innhold og nasjonal standard.

5.12

19/27629 Behandling av pasienter med fedme i DRG 297

Saken ble først behandlet og avregnet i 2019. Analyser av beregningsgrunnlaget for ISF 2018 viste at Nordlandssykehuset HF hadde flere opphold i DRG 297 *Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD >17 år u/bk*, sammenlignet med andre sykehus. De fleste oppholdene var registrert med hovedtilstand E66.x *Fedme*. De fleste oppholdene i DRG 297 ved Nordlandssykehuset HF var rapportert fra Regionalt senter for sykkelig overvekt i Bodø (RSSO). De fleste oppholdene gjaldt pasienter som var bosatt i Nordlandssykehusets eget opptaksområde. I tillegg kom en del pasienter fra områdene til de andre sykehusene i Helse Nord RHF. Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere om Nordlandssykehusets høye andel opphold i DRG 297 skyldtes feilaktig koding. Funn i analyser og svar på brevkorrespondanse ga Avregningsutvalget grunnlag til å vurdere behandlingstilbudet. Helseforetaket legger inn pasienter i tilfeller der Avregningsutvalget mener tilbudet for fedmepasienter kunne blitt gitt som poliklinisk behandling, eventuelt som dagbehandling. Dette gjelder mer spesifikt utredning for pasientene med kirurgiske forløp. Flere konsultasjoner gis under intensive utredningsdager, og helseforetaket velger å legge inn pasientene blant annet på grunn av motivasjonshensyn og gruppetilhørighet. Avregningsutvalgets vurdering var at det er ikke medisinsk grunnlag for innleggelse på grunn av dette.

Helsedirektoratet ba om at saken ble fulgt opp i 2020. Oppfølgende analyser på ABF-data 2019 viste at Nordlandssykehuset HF fortsatt koder mange slike opphold som heldøgn, men at det hadde blitt færre opphold fra året før. Organiseringen av tilbudet på kirurgiske forløp hadde tilsynelatende ikke endret seg. Avregningsutvalget vurderte at aktuelle opphold fortsatt skulle avregnes i 2020 etter samme prinsipp som tidligere. Det vises til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 og 2020 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Helsedirektoratet ba om at saken følges opp i 2021.

Oppfølgende analyser ble gjort på 2020-data. Data for 2020 viser en fortsatt forbedring av registreringspraksis ved Nordlandssykehuset. Det bemerkes at Bodø er regionalt fedmesykehus, og tilbudet til fedmepasienter har vært redusert i 2020 på grunn av covid-19.

Selv om det er en stor forbedring i data fra Nordlandssykehuset, ser man en fortsatt avvikende registreringspraksis hos helseforetaket sammenliknet med landet ellers.

Om saken skal følges videre i kommende år, er avhengig av om dette i 2020 var en forbigående forbedring i kodepraksis eller ikke.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler fortsatt avregning etter samme metode som i fjor. Hvert opphold med E66 i DRG 297 og liggetid=1 hos Nordlandssykehuset HF anbefales avregnet og gis refusjon lik to polikliniske kontakter. Dette er basert på faglig innhold og nasjonal standard som grunnlag.

5.13

18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35

Saken ble meldt inn i 2017, først behandlet i 2018 og fulgt opp siden. Saken førte til avregning i 2020. Den har omhandlet vurdering av kodepraksis ved kirurgisk fjerning av ondartet svulst i hud, med særlig henblikk på variasjon i helseforetakenes bruk av kodene Q*E30 *Eksisjon av kirurgisk arr* og Q*E35 *Rekonstruksjon ved huddefekt (...) etter kirurgi eller skade*. Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere om nevnte koder brukes i tilfeller hvor kodene Q*E10 *Eksisjon av hudlesjon* skulle vært benyttet. Dette er avgjørende for om oppholdet grupperes til DRG 268O *Plastiske operasjoner på hud og underhud, dagkirurgisk behandling* eller 809J *Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon*. I behandlingen av saken har det blitt utført analyser og brevkorrespondanser med berørte sykehus. Over tid har flere helseforetak endret kodepraksis i henhold til endringer i kodeveiledning. Hos Sykehuset i Østfold HF har det vært uforholdsmessig mange aktuelle opphold i DRG 268O og på bakgrunn av pågående dataanalyser har det derfor vært behov for ytterligere korrespondanse med helseforetaket som del av saksbehandlingen. I 2019 uttrykte svaret tvil om korrekt koding i denne saken. Helseforetaket beskrev sviktende tilgang til relevant informasjon utenfor egen organisasjon, eksempelvis kodeveiledning ved rekonstruksjonsinngrep etter hudkreft. Avregningsutvalget oppfatter at prosedyrekodeverket er tilstrekkelig entydig. Saken ble ikke avregnet i 2019, men fulgt opp i 2020.

Oppfølging i 2020

På grunn av utilstrekkelig informasjonsgrunnlag ble det ved fjorårets saksbehandling gjennomført dokumentkontroll hos Sykehuset Østfold HF. Kontrollens viktigste funn var at 36 av 50 opphold endret DRG som følge av revisorenes endringer og at kun 49% av prosedyrene var korrekt valgt og riktig klassifisert. 31 av 94 kirurgiske prosedyrer opprinnelig rapportert var dokumentert, men feil klassifisert. Totalt medførte dokumentkontrollen en reduksjon på -1,597 ISF-poeng. Dette utgjør en reduksjon på 16 prosent av den samlede verdien de 50 oppholdene opprinnelig hadde før revisors endringer som følge av gjennomført dokumentkontroll. Det vises til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 og 2020 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget følge opp saken i 2021.

Utvalgets vurderinger

Saken ble fulgt opp med nye analyser for 2020-data. Tall viste at aktuelle opphold hadde minket betraktelig hos Sykehuset i Østfold HF. Sykehuset Østfold HF har totalt sett noe mindre aktivitet i DRGene 268O og 809J i 2020 enn i 2019. Andelen i DRG 268O av totalen i de to DRGene er nærmest halvert.

Sørlandet sykehus har omtrent doblet sin andel DRG 268O. Det gjelder også OUS, men totalt antall opphold har gått ned.

Innledningsvis ble det derfor fokusert på Sørlandet Sykehus HF da disse hadde en stor endring i volum med tydelig økning i aktuelle opphold. Helseforetaket ble tilskrevet med spørsmål om bakgrunnen for det økte volumet, om bruk av kodene Q*E30 og Q*E35 og om behandling som kirurgisk fjerning av ondartet svulst er organisert på en annen måte enn hos andre helseforetak. Sørlandet sykehus HF mente å ha kodet etter riktig klinisk praksis og ønsket utvikling, men Avregningsutvalget finner ikke tilstrekkelig dokumentasjon i svaret på dette og anbefalte derfor avregning.

I etterkant, etter å ha gått igjennom ratetall mot slutten av saksbehandlingen, viste det seg at St. Olavs-området også lå høyt, men Avregningsutvalget har ikke rukket å få gjort en tilstrekkelig saksbehandling for dette helseforetaket i inneværende år på grunn av tidsmangel.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler at Sørlandet Sykehus HF avregnes for 2020. Avregningsmetodikken tar utgangspunkt i forbruksrater på aktuelle opphold og regner ned til landsgjennomsnittet. Saken må fortsatt følges opp til neste år.

5.14

17/5578 Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte

Denne saken ble behandlet og anbefalt avregnet i 2017, 2018, 2019 og 2020. Tidligere års analyser av ABF-data har vist at en stor andel av konsultasjoner gruppert til DRG 801R *Lokal smertebehandling* var registrert ved Sykehuset i Vestfold HF. Vanligste hovedtilstand i DRG 801R ved Sykehuset Vestfold var R52.2 *Annen kronisk smerte*, med prosedyrekoden WDAL15 *Akupunktur* som en vanlig prosedyrekode. Sykehuset i Vestfold HF rapporterte bruk av akupunktur oftere enn andre helseforetak, og oftest med hovedtilstand R52.2. Ved andre helseforetak ble akupunktur hovedsakelig benyttet i forbindelse med svangerskap og fødsel, med vanligste hovedtilstand Z37.0 *Enkeltfødsel, levendefødt*.

Utvalgets vurderinger

Avregningsutvalget anser saken som medisinsk avklart, og utvalget står for sin vurdering av at dette er aktivitet som ikke skal inngå i ISF. Aktivitet av denne typen kan avregnes også for 2020.

Se tidligere årsrapporter for utfyllende informasjon.

Anbefaling

Avregningsutvalget oversender saken til Helsedirektoratet for videre behandling og eventuell beregning av avregning. Utvalget ser ikke behov for videre medisinske avklaringer i saken.

5.15

17/5575 Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer

Saken ble meldt inn av Avdeling finansiering ved Helsedirektoratet og først behandlet i 2017 og avregnet fram til og med 2020. Bakgrunnen for saken var at analyser av ABF-data for 2016 viste at pasienter bosatt i Vestfold hadde vesentlig flere opphold per 1000 innbyggere i DRG 144 *Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk* enn pasienter bosatt i andre fylker. Sykehuset i Vestfold HF hadde et høyt antall opphold kodet med Z95.X *Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar*. Lignende tendens ble observert ved

Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF. Analyser av ABF-data for 2018 viste at Sykehuset i Vestfold HF fortsatt hadde høyere andel opphold med hovedtilstand Z95 i DRG 144, mens de andre helseforetakene hadde endret kodepraksis. Sykehuset i Vestfold HF ble som en følge av dette anbefalt fortsatt avregning.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget følge opp saken i 2020. Oppfølgende analyser av ABF-data for 2019 viste at Sykehuset i Vestfold HF fortsatt hadde høy andel opphold med hovedtilstand Z95 i DRG 144, dog noe redusert fra året før.

I tillegg var det en tendens til økning i slike opphold hos Sykehuset Østfold HF og Helse Møre og Romsdal HF. Avregningsutvalget merker seg at bruken av Z-koder som hovedtilstand generelt er for høy til tross for at det finnes enkelte tilfeller der slik bruk blir riktig, for eksempel fødsler. Utvalget ønsket å skjerpe nivået på den systematiske feilkodingen med overdreven bruk av Z-koder. Det er blant annet ønskelig at dette tas opp sammen med Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og fagdirektører i de regionale helseforetakene.

Ettersom det fortsatt var mange aktuelle opphold valgte Avregningsutvalget å opprettholde anbefaling om avregning etter samme prinsipp og metode som foregående år for Sykehuset i Vestfold HF mens Sykehuset Østfold HF og Helse Møre og Romsdal HF ble tilskrevet og gjort kjent med problematikken.

Det vises til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 og 2020 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget følge opp saken for 2020.

Utvalgets vurderinger

Over tid har det vært en forbedring av kodepraksis, og for 2019-data var det bare Vestfold som ble avregnet. Data for 2020 ble lagt fram i møtet, og de viser en tydelig forbedret kodepraksis også for Vestfold for 2020. Denne forbedringen fører til at Avregningsutvalget lukker saken. Videre oppfølging av saken vil være opp til Helsedirektoratet.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler at saken lukkes.

5.16

17/5573 Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted

Saken ble behandlet første gang av Avregningsutvalget i 2014. Avregningsutvalget har anbefalt avregning i saken i flere år, og kodepraksisen har vekslet mellom bedring og forverring. Problemstillingen i denne saken er feil bruk av kode J96 *Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted som hovedtilstand*.

Avregningsutvalget mente at det i henhold til gjeldende kodeverk ikke hadde blitt kodet riktig hoveddiagnose for opphold i DRG 87 *Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt* hos en rekke sykehus. Kode J96 skal vanligvis ikke brukes som hovedtilstand hvis man kjenner årsaken til respirasjonssvikten, slik som for eksempel kols, pneumoni, lungekreft eller andre sykdommer.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om å følge opp saken i 2020 med en utvidet problemstilling. Det innebar at feil bruk av hovedtilstand J96 har blitt undersøkt i flere DRG-er utover DRG 87. Etter flere analyser og vurderinger har utvalget valgt å fokusere i tillegg på DRG 475A *Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte* og DRG 475B *Sykdommer i åndedretsorganer med PEEP support* ettersom disse DRG-ene inneholdt størst volum av feilkodede inneliggende opphold.

Avregningsmetodikk ble også noe mer spesifikk. For DRG 87 er det opprettholdt regrupping hvor første andre tilstand brukes som hovedtilstand. For DRG 475A og DRG 475B anvendes en annen metodikk for å ta høyde for forskjeller hos pasientene og behandlingen.

DRG 475A: Oppholdene avregnes ved å ta gjennomsnittlig vekt av alle opphold med prosedyrekode GXAV01 *Respiratorbehandling INA* hvor alder >1 år, liggetid >0 og følgende DRG-er er ekskludert; DRG 483, 482, 475A og 475B.

DRG 475B: Oppholdene avregnes ved å ta gjennomsnittlig vekt av alle opphold med en av tre prosedyrekoder hvor alder >1 år, liggetid >0 og følgende DRG-er er ekskludert; DRG 483, 482, 475A og 475B samt medisinske DRG-er. Prosedyrekodene er GXAV10 *Noninvasiv behandling med kontinuerlig positivt luftveistrykk*, GXAV20 *Noninvasiv behandling med bifasisk positivt luftveistrykk* og GXAV30 *Noninvasiv behandling med nasal høyluftstrømkanyle*.

For alle tre DRG-er har det blitt vurdert at opphold med andre tilstand i M- og G-kapittelet ekskluderes i avregningsgrunnlaget. En andel på 5 prosent av aktuelle opphold med J96 som hovedtilstand godkjennes.

Totalt fire helseforetak ble anbefalt avregnet for 2019. Disse er Vestre Viken HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset i Vestfold HF og Oslo universitetssykehus HF. Flere andre helseforetak har en registreringspraksis som tilsier at de også kan bli anbefalt avregnet.

Det vises til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 og 2020 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget følge opp saken i 2021.

Utvalgets vurderinger

Avregningsmetodikk og type opphold opprettholdes som for fjoråret. For saksbehandlingen i 2021 har i tillegg opphold med tilstander i Q-kapittelet også blitt tatt ut av avregningsgrunnlaget. Dette er gjerne medfødte tilstander som etter diskusjon i utvalget er vurdert til at kan ha innvirkning på respirasjonen.

I år vil det ikke bli avregnet for DRG 475B. DRG-en har omfatter en samling av forskjellige pasienter med respirasjonsproblematikk. Det er snakk om feil koding, men det er ikke grunnlag for å avregne denne i 2021.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 87 registrert med J96 som hovedtilstand avregnes. Oppholdene avregnes ved å regruppere oppholdene med første av andre tilstander som hovedtilstand og J96 som annen tilstand. Videre avregnes opphold i DRG 475A i henhold til fjorårets avregningsmetodikk.

5.17

17/28390 Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner

Avregningsutvalget har i løpet av de siste årene behandlet sak på bakgrunn av observasjon av en god del korte opphold hvor pasienten har hatt permisjonstid lik liggetid. Utvalget har særlig konsentrert seg om opphold med liggetidpermisjonstid=1. Det betyr at pasienten ikke har overnattet ved sykehuset.

I tilfeller der helsehjelpen foregår over to eller flere dager, uten at pasienten overnatter i sykehusavdeling, skal behandlingsaktiviteten ikke rapporteres som ett sammenhengende avdelingsopphold med permisjon (ISF regelverk 2019; kapittel 5.15).

I sin bestilling til Avregningsutvalget for 2018, ønsket Helsedirektoratet at Avregningsutvalget prioriterte denne saken, og vurderte beregningsmåten som er brukt i tidligere avregninger. Etter dette er det bedt om videre oppfølging av saken.

Utvalgets vurderinger

Analyse av data viser at andelen av opphold med permisjon i ett døgn av alle innleggelser som er på kun ett døgn, er gått ned sammenliknet med tidligere år. Dette er en positiv utvikling, men det er fortsatt en helt klar registreringsfeil å ha innleggelse der det er permisjon i hele innleggelsestiden. Dette gjelder også innleggelse på to eller tre døgn.

Denne saken er behandlet over flere år, og det er kjent at opphold der permisjonstid er like lang som liggetiden ikke skal rapporteres som innleggelser. Avregningsutvalget anbefaler derfor at for ABF 2020 skal alle opphold med liggetid på 1, 2 eller 3 døgn, og med lik liggetid og permisjonstid, avregnes. Opphold der vekten ville blitt lik om det er registrert innleggelse eller dagopphold holdes utenfor avregningen. Rehabilitering, det vil si opphold i DRG 462A og DRG 462B, skal også holdes utenfor slik det er gjort tidligere. Den anbefalte avregningen vil omfatte flere helseforetak og institusjoner i alle regioner.

For opphold med ett liggedøgn vil opphold med dagkirurgi gis ISF-poeng tilsvarende en gjennomsnittsvekt for dagkirurgi pluss poliklinikk. Opphold uten dagkirurgi avregnes som to dagopphold med gjennomsnittsvekt dagmedisin.

For opphold med to liggedøgn vil opphold med dagkirurgi gis ISF-poeng tilsvarende en gjennomsnittsvekt for dagkirurgi pluss to for poliklinikk. Opphold uten dagkirurgi avregnes som tre dagopphold med gjennomsnittsvekt dagmedisin.

For opphold med tre liggedøgn vil opphold med dagkirurgi gis ISF-poeng tilsvarende en gjennomsnittsvekt for dagkirurgi pluss tre for poliklinikk. Opphold uten dagkirurgi avregnes som fire dagopphold med gjennomsnittsvekt dagmedisin.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler en avregning av alle innleggelser på ett, to eller tre døgn og med lik liggetid og permisjonstid. Dette gjelder for alle helseforetak og institusjoner som har rapportert slike opphold.

5.18

17/11400 Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering

Saken ble meldt inn i 2017 av Avdeling finansiering ved Helsedirektoratet og er behandlet og avregnet hvert år siden. Bakgrunnen for saken var at analyser av ABF-data for 2016 viste at pasienter bosatt i opptaksområdene til Sykehuset Vestfold HF og Sykehuset Innlandet HF hadde en vesentlig høyere andel opphold i DRG 462A *Kompleks rehabilitering* enn pasienter som hørte hjemme i andre opptaksområder. Også i DRG 462B *Vanlig rehabilitering* var ratene relativt høye for de aktuelle opptaksområdene. Mange av disse oppholdene gjaldt innleggelse med rehabilitering av pasienter med muskelsmerter, her definert som opphold med annen tilstand fra M60-M79 *Bløtvevssykdommer*. Mer spesifikt gjaldt det revmatisme, fibromyalgi og myalgi. Disse utgjør andre pasientgrupper enn de som vanligvis er aktuelle for rehabilitering med innleggelse ifølge ISF-regelverket. Avregningsutvalget ble av Helsedirektoratet bedt om å vurdere hvilken type aktivitet som inngår i DRG 462A og DRG 462B, og videre vurdere om aktiviteten oppfyller kravene til rehabilitering slik det står formulert i ISF-regelverkets kapittel 6.12.

Analyser og brevkorrespondanse viste at rehabiliteringstilbudet som gis ikke behøver innleggelse og kan heller organiseres poliklinisk.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om å følge opp saken i 2020. Tidligere ble Sunnaas sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF og Nordlandssykehuset HF avregnet. Behandlingstilbudet ble vurdert som en serie av polikliniske konsultasjoner, og det ble anbefalt regruppering til poliklinisk omsorgsnivå. Oppfølgende saksbehandling og analyser på ABF-data 2019 viste at Sykehuset Vestfold HF hadde bedret sin kodepraksis vesentlig. Nordlandssykehuset HF og Sunnaas HF hadde fortsatt rapportert uforholdsmessig mange slike opphold.

Avregningsutvalget gikk siden igjennom endringer og presiseringer i ISF-regelverket for 2019. Utvalget stod fast på at behandlingen i hovedsak er et gruppetilbud. Utvalget gikk igjennom reglene for registrering av rehabilitering og kom fram til at DRG 462C *Rehabilitering, annen* blir riktig gruppering for oppholdene. Utvalget anbefalte at aktuelle opphold for Sunnaas og Nordlandssykehuset avregnes ned til refusjon lik denne DRG-en for ABF-data-2019.

Det vises til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 og 2020 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget følge opp saken i 2021.

Utvalgets vurderinger

Oppfølgende analyser ble gjort på aktuelle opphold for 2020-data. Tallene viste en god utvikling i registreringspraksis for flere helseforetak, deriblant Sunnaas. Nordlandssykehuset viser seg å ha fortsatt mange døgnopphold. Med bakgrunn i ISF-regelverket ble det fastslått at alle helseforetak med over fem opphold med relevante bitilstander samlet i DRG 462A og 462B skal avregnes ned til DRG 462C. Det ble

sendt ut varsel om dette via brev til alle aktuelle helseforetak, og det ble gitt anledning til skriftlig tilbakemelding.

Det kom svar fra Sykehuset Telemark HF, Helse Fonna HF, Sykehuset i Vestfold HF, Diakonhjemmet, Sørlandet Sykehus HF samt en henvendelse til kodehjelp hos Direktoratet for e-helse fra Sunnaas sykehus. Sørlandet Sykehus HF ønsket i tillegg å få utlevert oppholdsliste med oversikt over de aktuelle oppholdenes koding. Dette for å kunne foreta en intern gjennomgang av oppholdene.

Det ble ikke funnet grunnlag i svarene for å endre på avgjørelsen om avregning. Følgende helseforetak avregnes: Sunnaas sykehus, Stiftelsen Betanien Hospital Skien, Diakonhjemmet sykehus, Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Helse Bergen HF, Nordlandssykehuset HF, Sørlandet Sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Revmatismesykehuset, Helse Møre og Romsdal HF og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 462A og 462B med koder for andre tilstander som starter på M6 eller M7 bløtvevssykdommer anbefales avregnet til refusjon lik DRG 462C for alle helseforetak med over fem opphold samlet i DRG-ene.

5.19

15/1804 Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger

Denne saken ble først behandlet i 2015 og handlet om at antall opphold i DRG 520 *Obstruktivt søvnapnesyndrom* og DRG 803R *Diagnostisk intervensjon ved søvnapne* varierte mellom helseforetak i ABF-data for 2014. 44 prosent av oppholdene i DRG 520 var registrert med hovedtilstandskode G47.3 *Søvnapne* eller R06.5 *Munnputing*. Opphold rapportert som innleggelse grupperte til DRG 520, mens opphold rapportert som polikliniske kontakt grupperte til DRG 803R.

Det så ut til å være ulik praksis mellom helseforetak for å registrere utredningene som innleggelser eller polikliniske konsultasjoner. Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Helse Førde HF la inn pasientene, mens øvrige institusjoner behandlet pasientene poliklinisk.

Avregningsutvalget har tidligere anbefalt avregning i flere år for flere helseforetak i denne saken. I 2019 gjaldt dette Sykehuset Innlandet HF og St.Olavs hospital HF. Det var en trend på landsbasis mot mer bruk av poliklinikk og mindre innleggelser for denne pasientgruppen.

Analysen for 2020 viser at den positive trenden vedvarer, og nå er det ikke lenger grunnlag for å anbefale avregning for noen helseforetak i denne saken.

Anbefaling

Det er ikke lenger grunnlag for avregning i denne saken, og saken avsluttes.

5.20

13/4904 Flere registrerte episoder samme dag

Denne saken dreier seg om registreringspraksis knyttet til flere legekontakter samme dag. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratet første gang i 2012 for ABF-data 2011. Avregningsutvalget anbefalte den gang avregning av Oslo universitetssykehus HF (OUS) på bakgrunn av feil registreringspraksis. Feilen var i stor grad knyttet til tekniske forhold ved det pasientadministrative systemet. Avregningsutvalget har senere fulgt opp saken årlig og har hvert år anbefalt avregning av OUS. Helsedirektoratet ønsket i 2018 at Avregningsutvalget skulle gå mer detaljert inn i vurderinger av registreringspraksis knyttet til flere legekontakter samme dag for samme pasient. Analyser tydet på at registreringspraksis varierer mellom HF, private ideelle institusjoner og private sykehus som RHF-ene har kjøpsavtale med.

For 2018 kommuniserte Avregningsutvalget med flere sykehus om denne saken. Avregningsutvalget vurderte hver problemstilling for seg i de ulike hoveddiagnosegruppene, helseforetak for helseforetak, med det utgangspunkt at legekontakter innenfor ulike spesialiteter for samme pasient kan godkjennes som ulike konsultasjoner, men hvis legekontaktene er innenfor samme spesialitet bør det være én og samme konsultasjon, og utvalget anbefalte avregning for disse oppholdene. Avregningsutvalget mente at det som tidligere har vært en helhetlig tjeneste nå ser ut til å stykkes opp, og at de store praksisvariasjonene skyldes uklarheter i regelverket.

I 2019 ble det sett en reduksjon i antall tilfeller av flere episoder for samme pasient samme dag, og det ble kun gjort avregning for OUS, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF i HDG 2 *Øyesykdommer*, for OUS i HDG 5 *Sykdommer i sirkulasjonsorganene*, og Medi3 Ålesund uavhengig av HDG.

Helsedirektoratet ønsker at denne saken skal følges opp også for ABF 2020.

Utvalgets vurderinger

Analyser av data for 2020 viser ytterligere reduksjon i rapportering av flere episoder for samme pasient samme dag sammenlignet med året før. Det er likevel noe høye andeler i HDG 5 *Sykdommer i sirkulasjonsorganene* for OUS og uavhengig av HDG for Medi3 Ålesund. Avregningsutvalget anbefaler avregning av alle kontakter utover en for hver pasient samme dag for Medi3, og ned til et landssnitt uten OUS for flere kontakter samme dag for OUS. I tilfeller der den ene kontakten er med dagkirurgi, godtas to kontakter samme dag.

I ISF-beregningsregler for 2021 gis det kun uttelling for en episode per dag per pasient. Det er noen unntak fra dette, blant annet for dagkirurgi. Dette er beskrevet i ISF-regelverket. På bakgrunn av dette vil denne saken ikke behandles i avregningsutvalget etter 2021 siden ISF-beregningen nå ivaretar problemstillingen.

Anbefaling

For HDG5 *Sykdommer i sirkulasjonsorganene* anbefaler avregningsutvalget avregning av OUS ned til et landsgjennomsnitt hvor episodene til OUS er ekskludert.

Avregningsutvalget anbefaler avregning av alle kontakter utover en for hver pasient samme dag hos Medi3 Ålesund. Det tyngste oppholdet godkjennes.

Tilfeller der det er to kontakter samme dag, og den ene har dagkirurgi, holdes utenfor beregningen.

Tekniske beregninger

I dette kapittelet beskrives metoder for tekniske beregninger i de sakene hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av ABF 2020. De tekniske beregningene er utarbeidet av sekretariatet og godkjent av Avregningsutvalget.

6.1

Aktivitetsbasert finansiering (ABF)

Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en aktivitetsbasert finansieringsordning som gir bevilgninger til de regionale helseforetak gjennom statsbudsjettet. ISF utgjør sammen med basisbevilgning til regionale helseforetak hovedgrunnlaget for finansiering av spesialisthelsetjeneste innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helsehjelp som gis gjennom ordningen «fritt behandlingsvalg» vil inngå i ISF-beregningsgrunnlaget for somatisk spesialisthelsetjeneste, gitt at øvrige krav er oppfylt.

Alle saker der avregningsutvalget har anbefalt avregning for 2020 er innen somatisk spesialisthelsetjeneste.

Utrekningene i dette kapittelet er basert på informasjon fra regelverket [Innsatsstyrt finansiering 2020](#).

ISF-refusjon for somatisk spesialisthelsetjeneste 2020 beregnes etter følgende formel:

Korrigerte DRG-poeng x enhetspris (45 808 kr) x refusjonssats (50 prosent)

Enhetsprisen som benyttes ved endelig avregning av ISF-ordningen kan avvike fra den som er brukt i tekniske beregninger her.

6.2

21/4753 Bruk av Z03-koder

Avregningsutvalget anbefaler at Oslo universitetssykehus og Sykehuset i Vestfold avregnes ned til gjennomsnittlig rate for landet.

Avregner opphold med hovedtilstand Z03.8 - Observasjon ved mistanke om annen spesifisert sykdom og tilstand.

Andel Z03.8 av alle landets forbruk på Z03.8 - polikliniske opphold.

Godkjente opphold er sortert etter høyeste refusjon (godkjente poeng)

Gjennomsnittsvekt på godkjente opphold: 0,017

--	--	--	--	--	--	--	--

Helseforetak	Antall opphold Z038	Sum opprinnelige DRG-poeng	Godkjente opphold ut fra gjennomsnittsrate	Opphold som avregnes	Godkjente poeng	Differanse	Anbefalt avregning kr
Oslo universitetssykehus HF	8367	145,867	2674	5693	45,461	-100,406	- kr 2 2707,38
Sykehuset i Vestfold HF	3792	65,760	567	3225	9,635	-56,125	- kr 1 2496,41
Landet	12159	211,627	3241	8918	55,095	-156,532	- kr 3 5203,79

Pasientens bostedsregion	Antall opphold	Opprinnelige poeng	Andel av opprinnelige poeng	Anbefalt avregning
Helse Vest	86	1,516	0,72 %	- kr 25 682,78
Helse Midt-Norge	61	1,037	0,49 %	- kr 17 567,97
Helse Nord	57	1,026	0,48 %	- kr 17 381,62
Helse Sør-Øst	11955	208,048	98,31 %	- kr 3 524 571,43
Totalt	12159	211,627	100,00 %	- kr 3 585 203,79

6.3

20/3958 DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk

Avregningsutvalget anbefaler avregning av opphold i DRG 442 ved Vestre Viken HF. Oppholdene er gruppert på nytt etter revisjon ut fra de koder som revisorene finner dokumentert i journal

Etter regrupping med nye hovedtilstandskoder kom 8 opphold fortsatt i DRG 442, de andre fordelte seg på 27 andre DRG-er.

Helseforetak		Opprinnelig gruppering	Ny gruppering		Sum nye beregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
	DRG	442	442	Andre DRG			
	Kostnadsvekt	5,719	5,719				
Vestre Viken HF	Antall opphold	51	8	43			
	SUM DRG-poeng	291,669	45,752	90,807	136,559	-155,11	-kr 3 552 639,44

		Opprinnelig gruppering	Ny gruppering				

Pasientens bostedsregion	DRG	442	442	Andre DRG	Sum nye beregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
	Kostnadsvekt	5,719	5,719				
Helse Sør-Øst	Antall opphold	51	8	43			
	SUM DRG-poeng	291,669	45,752	90,807	136,559	-155,11	-kr 3 552 639,44

6.4

20/3956DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade

Avregningsutvalget anbefaler avregning av alle opphold i DRG 27 ved alle helseforetak der hovedtilstandskode er satt til S06.01. Hovedtilstandskoden skal erstattes med S06.0.

Pasientens bostedsregion	Opprinnelig gruppering		Etter regrupping					
	DRG 27		DRG 31		DRG 32		DRG 33	
	Antall opphold	ISF-poeng	Antall opphold	ISF-poeng	Antall opphold	ISF-poeng	Antall opphold	ISF-poeng
Helse Vest	155	191,115	71	41,038	54	26,406	30	10,950
Helse Midt-Norge	37	45,621	13	7,514	24	11,736	0	0,000
Helse Nord	24	29,592	10	5,780	11	5,379	3	1,095
Helse Sør-Øst	102	125,766	30	17,340	63	30,807	9	3,285
Totalt	318	392,094	124	71,672	152	74,328	42	15,330

Helseforetak	Opprinnelig gruppering		Etter regrupping					
	DRG 27		DRG 31		DRG 32		DRG 33	
	Antall opphold	ISF-poeng	Antall opphold	ISF-poeng	Antall opphold	ISF-poeng	Antall opphold	ISF-
Helse Fonna	30	36,990	12	6,936	15	7,335	3	1,09
Helse Bergen	115	141,795	59	34,102	33	16,137	23	8,39
Helse Førde	13	16,029	2	1,156	7	3,423	4	1,46

St. Olavs Hospital	12	14,796	3	1,734	9	4,401	0	0,00
Helse Nord-Trøndelag	8	9,864	3	1,734	5	2,445	0	0,00
H. Møre og Romsdal	15	18,495	6	3,468	9	4,401	0	0,00
Finnmarkssykehuset	1	1,233	1	0,578	0	0,000	0	0,00
UNN	13	16,029	4	2,312	6	2,934	3	1,09
Nordlandssykehuset	12	14,796	6	3,468	6	2,934	0	0,00
Vestre Viken	1	1,233	1	0,578	0	0,000	0	0,00
Diakonhjemmet	5	6,165	4	2,312	1	0,489	0	0,00
Akershus univ.s.h.	24	29,592	4	2,312	20	9,780	0	0,00
Sykehuset Innlandet	25	30,825	12	6,936	9	4,401	4	1,46
Sykehuset Østfold	1	1,233	0	0,000	1	0,489	0	0,00
Sørlandet sykehus	3	3,699	0	0,000	3	1,467	0	0,00
Sykehuset i Vestfold	20	24,660	4	2,312	14	6,846	2	0,73
Sykehuset Telemark	1	1,233	1	0,578	0	0,000	0	0,00
OUS	19	23,427	2	1,156	14	6,846	3	1,09
Totalt	318	392,094	124	71,672	152	74,328	42	15,3

6.5

19/2881 Utredning av hjertesykdom i DRG 125 og DRG 1250

Avregningsutvalgets anbefaling er at Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) HF avregnes. For gruppen med liggetid=1 skal disse regrupperes fra DRG125 til 1250 til et nasjonalt snitt uten UNN. Nasjonalt snitt uten UNN for opphold i DRG125 med liggetid=1 er 15%. Vi godkjenner at 17% av oppholdene i gruppen 125/1250 kan ha liggetid=1.

		Opphold 125						
--	--	------------------------	--	--	--	--	--	--

Helseforetak	Opphold i 125 med liggetid=1	m/liggetid=1 ELLER i 125O	Opprinnelige poeng DRG 125 liggetid = 1	Godkjente opphold i DRG 125 liggetid=1	Godkjente poeng i DRG 125	Opphold som skal i 125O	Godkj. poeng 125O	C
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	225	535	179,1	91	72,396	134	47,186	

Pasientens bostedsregion	Opphold 125 med liggetid=1	Andel i utvalget som vurderes avregnet (DRG 125 liggetid=1)	Anbefalt avregning
Helse Midt-Norge	2	0,9 %	Kr 12 117,38
Helse Nord	223	99,1 %	Kr 1 351 087,48
Totalt	225	100 %	Kr 1 363 204, 85

6.6

19/27629 Behandling av pasienter med fedme i DRG 297

Avregningsutvalgets anbefaling er at opphold med E66 i DRG297 og kort liggetid=1 skal avregnes hos Nordlandssykehuset HF. Disse gis refusjon lik to polikliniske kontakter i DRG 910C Poliklinisk konsultasjon vedr fedme og overvekt.

Pasientens bostedsregion	Totalt antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Poeng polikliniske kontakter	Differanse poeng	Anbefalt avregning
Helse Nord RHF	27	18,630	1,89	-16,740	-Kr 383 412,96

6.7

18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35

Avregningsutvalget anbefaler at Sørlandet sykehus HF avregnes.

Gjelder antall opphold i DRG 268O hvor prosedyrekode innenfor QXE30 og QXE35 er registrert.

Godkjenner opphold ut ifra gjennomsnittsrate på aktuelle opphold ut i fra befolkningsstørrelse (Sørlandet og St. Olavs ekskl. fordi de er uteliggere).

Ny DRG-sum = vekt DRG 809J x antall overkodede opphold, overkodede opphold er antall over godkjente opphold.

Helseforetak	Antall opphold i DRG 268O med prosedyrekode	Sum opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sørlandet sykehus HF	257	68,362	11,73	-56,64	- Kr 1 297 190,94

Pasientens bostedsregion	Antall opphold i DRG 268O med prosedyrekode	Sum opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Andel av beregnede poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Nord	1	0,266	0,082	0,39 %	- Kr 5 047,44
Helse Sør-Øst	256	68,096	20,992	99,61 %	- Kr 1 292 143,51
Totalt	257	68,362	21,074	100,00 %	- Kr 1 297 190,94

6.8

17/5573 Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted

Avregningsutvalget anbefaler at opphold med J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted i DRG 87 og DRG 475A avregnes.

Det blir avregning for alle sykehus der over 5 prosent av opphold er kodet med hovedtilstand J96. 5 prosent av oppholdene godkjennes.

Opphold med opprinnelig rapportering av andre tilstander (ikke hovedtilstand) i M-, G- og Q-kapittelet er ekskludert. Under presenteres teknisk avregning per DRG.

DRG 87 regruppet etter at første av andre tilstander blir hovedtilstand og J96 blir annen tilstand.

Pasientens bostedsregion	Antall opphold	Opprinnelige poeng	Bregnede poeng for alle med J96	Andel av beregnede poeng	Anbefalt avregning
Helse Vest RHF	41	40,102	37,86	9,6 %	- kr 7 397,59
Helse Midt-Norge RHF	42	40,404	37,971	9,7 %	-kr 7 419,28
Helse Nord RHF	40	39,14	38,699	9,8 %	- kr 7 561,52
Helse Sør-Øst RHF	285	276,81	278,749	70,9 %	- kr 54 465,68
Totalt	408	396,456	393,279	100 %	-kr 76 844,07

		Antall godkjente	Antall opphold			Bregnede poeng for	Bregnede poeng for
--	--	------------------	----------------	--	--	--------------------	--------------------

Helseforetak	Antall opphold	opphold med J96	som skal avregnes	Oppr. poeng	Godkjente poeng med J96	regruppering av alle med J96	de som skal avregnes	Be po tot
St. Olavs	6	0	6	5,772	0	4,39	4,390	4,
Vestre Viken HF	39	2	37	38,838	1,8759	45,461	43,188	4,
Lovisenberg	22	1	21	21,164	1,0582	24,253	23,040	2,
Diakonhjemmet	14	1	13	13,468	0,6734	12,458	11,835	1,
Akershus universitetssykehus HF	13	1	12	12,506	0,6253	11,436	10,864	1,
Sykehuset Innlandet HF	17	1	16	16,354	0,8177	8,49	8,066	8,
Sykehuset Østfold HF	24	1	23	23,748	1,1544	23,747	22,560	2,
Helse Stavanger HF	4	0	4	3,848	0	0,744	0,744	0,
Helse Fonna HF	15	1	14	14,43	0,7215	13,69	13,006	1,
Helse Bergen HF	4	0	4	4,508	0	4,955	4,955	4,
Helse Førde HF	3	0	3	2,886	0	4,083	4,083	4,
Helse Nord-Trøndelag HF	4	0	4	3,848	0	4,499	4,499	4,
Finnmarkssykehuset HF	9	0	9	8,658	0	8,393	8,393	8,
Universitetssykehuset i Nord-Norge	5	0	5	4,81	0	5,045	5,045	5,
Nordlandssykehuset HF	17	1	16	17,014	0,8177	16,797	15,957	1,
Helgelandssykehuset HF	8	0	8	7,696	0	7,713	7,713	7,
Sørlandet sykehus HF	30	2	29	28,86	1,443	22,449	21,327	2,
Sykehuset i Vestfold HF	42	2	40	40,404	2,0202	43,174	41,015	4,
Sykehuset Telemark HF	8	0	8	8,356	0	7,085	7,085	7,
Haraldsplass diakonale sykehus AS	5	0	5	4,81	0	4,187	4,187	4,
Oslo universitetssykehus HF	101	5	96	97,162	4,8581	104,169	98,961	1,
Helse Møre og Romsdal HF	18	1	17	17,316	0,8658	16,061	15,258	1,

Landet	408	20	388	396,456	16,9312	393,279	376,170	39
---------------	-----	----	-----	---------	---------	---------	---------	----

DRG 475A

Avregning 17/5573 Bruk av hovedtilstandskode J96 respirasjonssvikt

Utvalgets anbefaling er avregning for sykehus der over 5% av opphold er kodet med hovedtilstand J96 i DRG 87

Opphold i DRG475a Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte registrert med J96 Respirasjonssvikt avregnes.

Oppholdene avregnes ved å ta gjennomsnittlig vekt av alle opphold med prosedyrekode GXAV01 Respiratorbehandling INA hvor alder >1 år, liggetid >0 og følgende DRGer er ekskludert; DRG 483, 482, 475A og 475B

Opphold med opprinnelig bitilstand i M- og G-kapittelet er ekskludert. Dette gjelder også Q-tilstander.

Gjennomsnittlig vekt = 4,24

Pasientens bostedsregion	Antall opphold	Opprinnelige poeng	Beregnete poeng for alle med J96	Andel av beregnede poeng	Anbefalt avregning
Helse Vest	7	59,29	29,7	5 %	- Kr 650 413,73
Helse Midt	13	109,11	55,1	9 %	-Kr 1 207 911,21
Helse Nord	14	117,68	59,4	10 %	-Kr 1 300 827,46
Helse Sør-Øst	105	883,16	445,2	76 %	-Kr 9 756 205,92
Totalt	139	1169,24	589,4	100 %	-Kr 12 915 358,32

Helseforetak	Ant. opph.	Ant. godkj. opph. med J96	Ant. opph. som avregnes	Oppr. poeng	Godkjente poeng med J96	Beregnete poeng	Beregnete poeng for de som avregnes	Beregnete poeng totalt
St. Olavs	5	0	5	41,97	0	21,2	21,2	21,2
Vestre Viken	49	2	47	411,26	20,56285	207,8	197,4	217,9
Lovisenberg	3	0	3	25,45	0	12,7	12,7	12,7
Diakonhjemmet	5	0	5	43,59	0	21,2	21,2	21,2
Innlandet	5	0	5	41,97	0	21,2	21,2	21,2
Østfold	13	1	12	109,11	5,45545	55,1	52,4	57,8

Fonna	1	0	1	8,39	0	4,2	4,2	4,2
Førde	4	0	4	34,11	0	17,0	17,0	17,0
Nord-Trøndelag	4	0	4	33,57	0	17,0	17,0	17,0
Finnmarkssykehuset	7	0	7	58,75	0	29,7	29,7	29,7
Nordlandssykehuset	4	0	4	33,75	0	17,0	17,0	17,0
Helgelandssykehuset	1	0	1	8,39	0	4,2	4,2	4,2
Sørlandet sykehus	9	0	9	75,54	0	38,2	38,2	38,2
Sykehuset Vestfold	15	1	14	125,90	6,29475	63,6	60,4	66,7
Sykehuset Telemark	5	0	5	41,97	0	21,2	21,2	21,2
OUS	6	0	6	50,36	0	25,4	25,4	25,4
Møre og Romsdal	3	0	3	25,18	0	12,7	12,7	12,7
SUM	139	4	135	1169,24	32,31305	589,4	573,0	605,3

6.9

17/28390 Vurdering av kodepraksis ved døgnoophold med permisjoner

Avregningsutvalget anbefaler avregning av alle opphold der innleggelser er på 1, 2 eller 3 døgn og det er rapportert like lang permisjonstid som liggetid. For opphold med liggetid=1:

Opphold med dagkirurgi avregnes som gjennomsnittsvekt for dagkirurgi pluss poliklinikk. Opphold uten dagkirurgi avregnes som to dagopphold med gjennomsnittsvekt dagmedisin. Opphold der vektene for innlagte og dagkirurgi er like, samt opphold i rehabilitering (DRG 462A og DRG 462B), tas ut av beregningen.

Gjennomsnittsvekt dagkirurgi	0,420
Gjennomsnittsvekt dagmedisin	0,215
Gjennomsnittsvekt poliklinisk konsultasjon	0,048

Liggetidpermisjonstid =1 døgn	Liggetidpermisjonstid =2 døgn	Liggetidpermisjonstid =3 døgn
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Pasientens bostedsregion	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Di DI
Helse Vest RHF	521,761	253,766	93,803	67,725	60,389	50,712	-3
Helse Midt-Norge RHF	126,223	53,106	27,351	15,738	14,545	10,588	-8
Helse Nord RHF	490,053	206,404	113,441	69,015	134,946	92,924	-3
Helse Sør-Øst RHF	1251,306	559,16	330,161	196,983	191,526	153,392	-8
Totalt	2389,343	1072,436	564,756	349,461	401,406	307,616	-1

Helseforetak/institusjon	Liggetidpermisjonstid=1 døgn		Liggetidpermisjonstid=2 døgn		Liggetidpermisjonstid=3 døgn	
	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng
Sunnaas Sykehus HF	1,82	2,58	0,32	0,645	1,11	0,86
St.Olavs hospital HF	61,617	26,18	18,843	11,739	13,328	9,164
Vestre Viken HF	168,061	72,014	51,559	25,929	17,404	12,872
Lovisenberg	30,953	16,808	11,458	9,03	6,573	6,02
Haraldsplass	43,977	20,324	8,423	7,611	1,268	0,86
Helse Møre og Romsdal HF	48,117	18,756	7,972	20,511	2,485	4,3
Helse Nord-Trøndelag HF	7,662	4,3				
Betanien hospital	0,503	0,43			0,904	19,188
Diakonhjemmet sykehus	26,62	11,256	13,133	29,412	5,587	20,344
Akershus Univ.sh. HF	146,224	70,356	30,486	12,771	21,319	4,3
Sykehuset Innlandet HF	188,497	91,11	45,101	20,382	23,499	13,464
Sykehuset Østfold HF	43,495	19,148	22,491	26,961	3,606	27,224

Helse Stavanger HF	163,681	77,186	31,252	9,546	16,714	6,584
Helse Fonna HF	200,67	104,276	39,792	2,58	32,942	2,58
Helse Bergen HF	81,199	34,312	10,912	7,095	8,04	2,58
Helse Førde HF	31,161	17,238	2,37	42,828	1,425	78,304
Finnmarkssykehuset HF	27,147	14,266	9,673	16,512	2,585	7,74
UNN HF	339,282	132,304	76,199	2,58	116,513	4,3
Nordlandssykehuset HF	89,609	43,026	24,649	10,836	7,34	5,16
Helgelandssykehuset HF	32,907	16,77	2,92	22,704	8,37	1,72
Sørlandet sykehus HF	61,002	28,406	17,432	6,966	7,515	11,716
Sykehuset i Vestfold HF	9,85	4,376			1,465	0,86
Sykehuset i Telemark HF	137,029	65,462	42,104	1,29	16,247	65,192
Revmatismesykehuset AS	2,724	1,29	1,412	2,58		
Martina Hansens Hospital HF			2,865	53,664		
Oslo Universitetssykehus HF	445,536	180,262	91,3	3,354	85,167	2,284
Haugesund sanit.rev.sh			2,09	1,935		
Totalt	2389,343	1072,436	564,756	349,461	401,406	307,611

6.10

17/11400 Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering

Avregningsutvalget anbefaler avregning til DRG 462C for alle sykehus med over 5 opphold sammenlagt for DRG 462A og 462B. Dette er Sunnas sykehus, Betanien Hospital Skien, Diakonhjemmet, Ahus, Sykehuset Innlandet, Helse Bergen, Nordlandssykehuset, Sørlandet sykehus, Sykehuset i Vestfold,

Revmatismesykehuset, Helse Møre og Romsdal og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus. Inneliggende opphold i DRG 462A og 462B med andre tilstander 'M6' eller 'M7' muskelsmerte avregnes, tilsvarende 208 opphold til refusjon lik DRG 462C.

	Opprinnelige DRG-poeng						
Helseforetak	Antall opphold i DRG 462A	DRG-poeng i DRG 462A	Antall opphold i DRG 462B	DRG-poeng i DRG 462B	Totalt antall opphold i DRG 462A/B	Sum oppr. DRG-poeng DRG 462A/B	Antall opphold som avregnes
Sunnaas HF	20	26,040	1	0,520	21	26,560	21
Betanien Hospital Skien	0	0	7	8,540	7	8,540	7
Diakonhjemmet	20	29,560	0	0	20	29,560	20
Akershus univ.sykehus HF	0	0	12	14,940	12	14,940	12
Sykehuset Innlandet HF	3	5,350	5	2,700	8	8,050	8
Helse Bergen HF	8	13,900	3	2,760	11	16,660	11
Nordlandssykehuset HF	69	54,510	1	0,320	70	54,830	70
Sørlandet sykehus HF	4	3,480	2	1,340	6	4,820	6
Sykehuset i Vestfold HF	25	40,870	1	0,520	26	41,390	26
Revmatismesykehuset	0	0	11	12,920	11	12,920	11
Helse Møre og Romsdal HF	3	5,550	3	4,560	6	10,110	6
Haugesund san.for revmatismesykehus	9	15,750	1	0,520	10	16,270	10
Totalt	161	195,010	47	49,640	208	244,650	208

	Opprinnelige DRG-poeng							
Pasientens bostedsregion	Antall opphold i DRG 462A	DRG-poeng i DRG 462A	Antall opphold i DRG 462B	DRG-poeng i DRG 462B	Totalt antall opphold i DRG 462A/B	Sum oppr. DRG-poeng DRG 462A/B	Antall opphold som avregnes	Nye DRG
Helse Sør-Øst RHF	64	92,580	38	41,160	102	133,740	102	42,8

Helse Vest RHF	18	31,400	4	3,280	22	34,680	22	9,24
Helse Midt-Norge RHF	7	12,230	4	4,880	11	17,110	11	4,62
Helse Nord RHF	72	58,800	1	0,320	73	59,120	73	30,6
Totalt	161	195,010	47	49,640	208	244,650	208	87,3

6.11

13/4904Flere registrerte episoder samme dag

Avregningsutvalget anbefaler at ABF-refusjon for legekonsultasjoner registrert på samme dag for samme pasient ved Oslo universitetssykehus HF i hoveddiagnosegruppe 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene avregnes ned til et landsgjennomsnitt uten OUS (0,9 %) for andel kontakter på samme dag. Det oppholdet med høyest DRG-poeng godkjennes, mens øvrige avregnes lik 0.

Medi3 Ålesund har høy andel kontakter på samme dag innen flere HDG-er. For denne institusjonen godkjennes det oppholdet med høyest vekt, mens andre avregnes lik 0.

Helseforetak	Godkjente DRG-poeng	Opprinnelige DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
Oslo Universitetssykehus HF	219,1	144,67	-74,43	-kr 1 704 744,72
Medi3 Ålesund	47,459	34,071	-13,388	-kr 306 638,75
Totalt	266,559	178,741	-87,818	-kr 2 011 383,47

Pasientens bostedsregion	Godkjente DRG-poeng	Opprinnelige DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
Helse Sør-Øst RHF	195,176	129,054	-66,122	-kr 1 514 458,29
Helse Vest RHF	10,087	6,521	-3,566	-kr 81 675,66
Helse Midt RHF	55,117	39,008	-16,109	-kr 368 960,54
Helse Nord RHF	6,189	4,168	-2,021	-kr 46 288,98
Totalt	266,559	178,741	-87,818	-kr 2 011 383,47

Vedlegg

[Vedlegg 1 - Oversikt over saker hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering tidligere år, fordelt på år og kapittel i kodeverkene ICD-10 og NCSP/NCMP](#)

[Vedlegg 2 Revisjonsrapport i sak 2073958 DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk](#)

