



AVREGNINGSUTVALGETS ÅRSRAPPORT 2015

Arbeid med Aktivitetsbasert finansiering 2014

Publikasjonens tittel: Avregningsutvalgets årsrapport 2015

Utgitt: Desember 2015 (korrigert versjon)

Kontakt: Avregningsutvalgets sekretariat
Postadresse: Helsedirektoratet Trondheim, Pb. 6173 Sluppen, 7435
Trondheim

<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsats-styrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/avregningsutvalget>

Forfattere: Lotte Strandjord
Marte Kjelvik
Bjørn Buan

FORORD

Avregningsutvalget kontrollerer hvert år de medisinske registreringene i Norsk pasientregister, som utgjør grunnlaget for de statlige utbetalingene i ordningen med Aktivitetsbasert finansiering (ABF) av spesialisthelsetjenester. Denne rapporten gjør rede for utvalgets arbeid og tilrådninger til Helsedirektoratet for ABF 2014.

Finansieringsordningen bygger på at helseforetakene er i stand til å avlevere en rettvise pasientstatistikk. Dersom feil påvises, foretar Avregningsutvalget en beregning med korleksjon av utbetalingsgrunnlaget og anbefaler en ny refusjon til helseforetaket.

Innen utvalget får saker til behandling er det gjort et forarbeid der endringer i pasientstatistikken har gitt grunnlag for nærmere undersøkelser. Gjennom ytterligere analyser av pasientdata og forespørsler til helseforetakene avklares årsaker til endringene i statistikken. Av og til finner utvalget at tjenestetilbud endres, andre ganger skjer det endringer i organiseringen av tjenestetilbudene, og av og til er kodepraksis endret. Utvalget tar stilling til om endret kodepraksis er i samsvar med gjeldende regelverk, og om det kan være grunnlag for å endre de aktivitetsbaserte utbetalingene til helseforetakene.

For at Avregningsutvalget skal oppnå varige forbedringer i kvaliteten på kodekvalitet og øvrige relevante registreringer, følges utviklingen av kodepraksis over tid i etterkant av påviste feilregistreringer. Med få unntak korrigerer helseforetakene seg etter Avregningsutvalgets anbefalinger.

Over tid endrer medisinsk kunnskap seg, likeså medisinsk praksis. Både kodesystemer og pasientklassifisering (DRG) må holde tritt med denne utviklingen. Utvalget møter av og til denne problemstillingen og prøver å gi råd til myndighetene om mulige forbedringstiltak.

Takk rettes til saksbehandlere i helseforetakene, og til de kodefaglige ekspertene i Helsedirektoratet for deres gode responsvilje på utvalgets henvendelser.

Spørsmål om utvalgets arbeid rettes til utvalgets sekretariat ved Norsk pasientregister.

Trondheim, November 2015

Bjørn Buan (leder)
Kathan Al-Azawy
Marianne Altmann
Halfdan Aass
Folke Sundelin
Tore Haukvik
August Bakke
Suzana Rosic
Erik Rødevand

Eva Wensaas (observatør)
Lotte Strandjord (sekretær)
Marte Kjelvik (sekretær)

INNHold

FORORD	3
INNHold	5
SAMMENDRAG	7
1 OM AVREGNINGSUTVALGET	8
MANDAT	8
AKTIVITETSBASERT FINANSIERING.....	8
ARBEIDSFORM	8
SAMMENSETNING	9
2 HOVEDTREKK FRA ARBEIDET I 2015	10
3 VURDERINGER OG ANBEFALINGER	12
3.1 SAKSOMFANG OG ENDRINGER I AKTIVITETSBASERT FINANSIERING	12
3.2 ANBEFALINGER	13
4 TEKNISKE BEREGNINGER	35
5 VEDLEGG: ANBEFALINGER ABF 2000-2013	55

SAMMENDRAG

Avregningsutvalget har behandlet 15 saker i 2015 der spørsmål om riktig medisinsk koding, og dermed finansiering, ble reist. I 14 av sakene anbefalte utvalget avregning av Aktivitetsbasert finansiering (ABF). Summen av anbefalte avregninger var 106,7 millioner kroner.

Alle sakene som ble behandlet i 2015 var meldt inn til Avregningsutvalget fra Helseledelse og økonomi og analyse (FIOA) og Avdeling finansiering og DRG (FIFI).

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

Tabell 1. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF for 2014 fordelt etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avregning av ABF for 2014
Sør-Øst	-88 617 984
Vest	-14 572 931
Midt-Norge	-1 598 384
Nord	-1 907 377
SUM	-106 696 676

1 OM AVREGNINGSUTVALGET

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

Mandat

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

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

Aktivitetsbasert finansiering

Aktivitetsbasert finansiering (ABF) besto i 2014 av Innsatsstyrt finansiering (ISF) og Kommunal medfinansiering (KMF). KMF påvirker ISF-ordningen både med hensyn til omfang og konkrete beregningsregler. De to finansieringsordningene, ISF og KMF, innrettes slik at summen av ABF blir den samme som ISF-ordningen ville ha utgjort alene dersom KMF ikke ble innført. KMF er avviklet som finansieringsordning fra og med 1. januar 2015.

Arbeidsform

Avregningsutvalget arbeider uavhengig og foretar sine vurderinger på faglig grunnlag. Utvalget møtes som regel fem til seks ganger i året. Alle som ønsker det kan fremme saker til utvalget gjennom sekretariatet som er lagt til Helsedirektoratet ved Norsk pasientregister. Sekretariatet besvarer også henvendelser om utvalgets arbeid. Utvalgets anbefalinger følger en prinsipiell linje som legger føringer for utvalgets og direktoratets behandling av lignende saker. Utvalget søker å oppnå intern konsensus bak sine råd.

Medlemmenes habilitet vurderes for hver enkelt sak. Vurderingen er i overensstemmelse med reglene i offentlig forvaltning. Det framgår av møtereferatene om enkeltmedlemmer er inhabile i saken.

Utvalgets anbefalinger og møtereferat er offentlige og publiseres på nett:

<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/avregningsutvalget>

Sammensetning

I 2015 har følgende medlemmer deltatt i Avregningsutvalget:

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

Arne Seternes hadde permisjon fra utvalget i 2015. Erik Rødevand har fungert som vikar i hans sted.

Eva Wensaas, seniorrådgiver ved Helsedirektoratet Avdeling finansiering og DRG (FIFI), har vært observatør i utvalget.

Sekretariatet har bestått av Lotte Strandjord og Marte Kjelvik, seniorrådgivere ved Helsedirektoratet Avdeling norsk pasientregister (NPR).

I tillegg har Øystein Hebnes og Hanne Osnes-Ringen, seniorrådgivere i Helsedirektoratet, bistått utvalget ved behov for ekspertise i kodeveiledning og retningslinjer for medisinsk koding i enkeltsaker.

2 HOVEDTREKK FRA ARBEIDET I 2015

Avregningsutvalget behandlet i 2015 saker som omfattet flere medisinske fagområder. Utvalget tok stilling til spørsmål om valg av omsorgsnivå, bruk av depresiserende diagnosekoder, samt valg av rekkefølge blant samtidige tilstander. Utvalget fant eksempel på unødig koding av andre tilstander hos pasienten. Det ble også avdekket eksempel på åpenbar feilkoding som kunne vært unngått ved bedre lokal kvalitetssikring. Samlet sett var dette tema som utvalget har arbeidet med tidligere, men presentert gjennom nye varianter.

Utvalget vurderte valg av rekkefølge og antall registrerte diagnosekoder i flere saker, og finner grunn til å minne om at de tilstander som kodes skal være behandlet, undersøkt, vurdert eller hatt betydning for den øvrige behandlingen. I 2015 har utvalget sett nærmere på koding av nyfødte og keisersnitt, og har kommet med noen presiseringer og en anbefaling om mulig endring av DRG-logikken.

Oslo universitetssykehus valgte i 2014 å opprettholde sin avviksposisjon omkring registrering av flere episoder samme dag. Sykehuset pekte på svikt ved datasystemet som forklaring på feilene. Imidlertid viste det seg at nytt system bare delvis korrigerer for disse feilene. Utvalget opprettholder derfor sin anbefaling om avkorting av et stort antall episoder i 2014.

Valg av omsorgsnivå gjenspeiler både faglig utvikling og lokale forhold. Av og til kan det føre til urimelige utbetalinger, for eksempel ved at enkeltstående fagmiljø velger å opprettholde innleggelse der resten av landet har gått over til dagbehandling eller poliklinisk behandling. Andre ganger vil det være gode grunner til å veksle mellom omsorgsnivå for enkelte pasienter. Her har utvalget forsøkt å utvise sitt beste skjønn, i visshet om at uenighet eksisterer. I 2015 ble forholdene ved den private ideelle institusjonen Betanien Hospital i Skien undersøkt. Videre ble spørsmålet om omsorgsnivå for behandling ved søvnapne vurdert ved andre sykehus.

I de senere årene er det etablert ulike tilbud for pasienter med sykkelig overvekt, og spørsmål har vært reist hvorvidt dette er rehabilitering eller behandling. Inntil videre gjelder Helsedirektoratets veiledning som slår fast at hovedtilstanden fortsatt skal være E66 *Fedme*. Spørsmålet ble første gang behandlet av utvalget i 2007. Mye tyder på at utvalget bør holde tak i problemstillingen også i 2016.

Avregningsutvalget har over år fulgt utviklingen i bruken av Z-koder. Utvalget påpekte overdreven bruk av observasjonskoden Z03 *Medisinsk observasjon og vurdering ved mistanke om sykdommer og tilstander* i 2003. I år har utvalget sett på utviklingen innenfor nevrologi og funnet grunn til å påpeke bruken av koden ved Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Telemark HF, Vestre Viken HF, samt Helse Bergen HF. Kun unntaksvis skal observasjonskoder benyttes som hovedtilstand.

Spørsmålet om valg av hovedtilstand kan være vanskelig å avgjøre, også under utvalgets saksbehandling. I år har utvalget vurdert koding av SIRS og sepsis. For å avklare kodepraksis ble

det gjennomført en dokumentkontroll ved hjelp av innleid klassifikasjonseksperter fra Helsedirektoratet. Gjennomgangen påviste feilkoding i ca 70 prosent av det utvalgte materialet. Feilkodingen kan se ut til å være utbredt blant en rekke helseforetak, og utvalget benytter anledningen til å oppfordre sykehusene til å følge gjeldende koderegler. Utvalget benytter samtidig anledningen til å anmode Helsedirektoratet om å gå gjennom koderegler for sepsis i samarbeid med det kliniske fagmiljøet.

Koding av metastaser under behandling kan skape usikkerhet. Kodereglene sier at når primærsvulsten fortsatt er tilstede, også om det forekommer lokalt residiv, skal primærsvulsten alltid kodes før eventuelle metastaser. Det kan se ut til at det er behov for mer informasjon om denne problemstillingen, og Helsedirektoratet oppfordres om å se på refusjonsordningen knyttet til behandling av metastaser.

Utvalget undersøkte bruken av diagnosekoden I10 *Essensiell (primær) hypertensjon* (forhøyet blodtrykk av ukjent årsak) som hoveddiagnose, men uten å komme til konklusjon i 2015. En dokumentkontroll i 2016 vil kunne avklare spørsmålet. Helsedirektoratet oppfordres til å informere sykehusene om korrekt koding av denne tilstanden.

Kronisk lungesyke kan få hjelp til å puste hjemme med spesialtilpassede pustemaskiner (Langtids mekanisk ventilasjon (LTMV)). Prosedyrekode for kontroll av dette utstyret har manglet, og enkelte har kodet dette som «behandling», og det har utløst urettvise refusjoner. Helsedirektoratet har utarbeidet en prosedyrekode som vil kunne løse dette problemet fra 2016.

Avregningsutvalget har i 2015 også drøftet en problemstilling om hofteartroskopisk behandling, som ett av flere eksempler på mulig overbehandling ved sykehus. Det ble bestemt at saken ligger i grenseflaten for utvalgets mandat og ikke skulle behandles. Begrunnelsen er at Avregningsutvalgets hovedoppgaver er knyttet til medisinsk koding og om det er gitt en riktig beskrivelse av den behandling som er gitt. ISF-ordningen skal brukes til å understøtte «sørge for»-ansvaret og ikke finansiere forskning eller eksperimentell behandling. Utvalget forutsetter likevel at de faglige sider av saken blir fulgt opp både i Helsedirektoratet og i helseforetakene.

I vedlegg 5 er det ført opp anbefalinger gitt i tidsrommet 2000-2013. Flere av disse vil bli fulgt opp i arbeidet i 2016 som for eksempel koding av tracheostomier.

Samlet sett viser eksemplene ovenfor at det er betydelig rom for forbedringsarbeid ved sykehusene, med mer kunnskap, bedre kvalitetssikring og ytterligere tilrettelegging for kodestøtte. Behovet for kontroll er fortsatt til stede, og Helsedirektoratet må fortsette å informere om koding og ISF-regler, samt videreføre arbeidet med forbedring av sine kodeverk og DRG-logikk.

3 VURDERINGER OG ANBEFALINGER

3.1 Saksomfang og endringer i Aktivitetsbasert finansiering

Avregningsutvalget har hatt seks arbeidsmøter i 2015. Møtested har vekslet mellom Værnes, Gardermoen og Flesland. I løpet av året har Avregningsutvalget behandlet 15 ordinære saker. I 14 av sakene kom utvalget fram til en anbefaling til Helsedirektoratet om avregning av Aktivitetsbasert finansiering for 2014. I sak 15/2312 Kodepraksis for opphold i DRG 134 *Hypertensjon* har utvalget ikke anbefalt avregning, men anbefaler å følge opp saken med en dokumentkontroll i 2016. Hvert år følger Avregningsutvalget opp saker som tidligere år har resultert i avregning. De fire siste sakene i tabellen nedenfor er saker som tidligere år har vært avregnet og hvor utvalget også anbefaler avregning for ABF 2014.

Tabell 2. Ordinære saker behandlet av Avregningsutvalget i 2015.

Saksnr	Tittel
15/1634	Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk
15/1793	Kodepraksis for nyfødte - andel opphold i DRG 390 "Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem".
15/1804	Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger
15/1821	Kodepraksis ved fødsel - vekst i antall opphold i DRG 376 "Sykdommer etter forløsning og abort u/operasjon"
15/1923	Kodepraksis ved opphold gruppert til DRG 4750 Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling
15/1932	Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 vaginal fødsel - diagnoser med kompliserende egenskap
15/1938	Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år
15/1993	Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet
15/4628	Kodepraksis for opphold i DRG 8620 Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme
15/2312	Kodepraksis for opphold i DRG 134 Hypertensjon
15/6313	Bruk av prosedyrekode AAG50 Stereotaktisk intrakraniell radioterapi
13/4904	Flere registrerte episoder samme dag
14/4275	DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt
14/4293	DRG 323/3230 Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL-behandling
14/4779	Andel opphold i DRG m/bk vs u/bk: E86

Alle de 15 sakene ovenfor ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratets avdelinger FIOA og FIFI.

Avregningsutvalget anbefaler i 2015 avregninger som medfører en reduksjon i utbetalinger i Aktivitetsbasert finansiering for 2014 på nærmere 107 millioner kroner. Anbefalingene får konsekvenser for refusjoner til alle regionale helseforetak, jf. tabell 3. Anbefalingene påvirker både ISF og KMF. I noen av sakene vil anbefalingene øke andelen KMF.

Tabell 3. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF for 2014 etter pasientenes bostedsregion og konsekvenser for ISF og KMF. Kroner.

Bostedsregion	ISF	KMF	SUM ABF
Sør-Øst	-55 795 723	-32 822 260	-88 617 984
Vest	-10 464 059	-4 108 872	-14 572 931
Midt-Norge	-1 532 872	-65 512	-1 598 384
Nord	-1 746 343	-161 034	-1 907 377
Totalt	-69 538 998	-37 157 678	-106 696 676

3.2 Anbefalinger

Nedenfor presenteres Avregningsutvalgets vurderinger og anbefalinger i de 15 sakene som ble behandlet i 2015.

Sak 15/1634 Korte døgnopphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk

Antall opphold i DRG 242C *Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk* var ujevnt fordelt mellom ulike deler av landet i data for ABF 2014. Pasienter bosatt i Telemark og Vestfold hadde spesielt mange opphold i DRG-en sett i sammenheng med innbyggertallet. De fleste av disse oppholdene var registrert ved den private ideelle institusjonen Betanien Hospital i Skien. En analyse av liggetidsfordeling viser at oppholdene ved Betanien Hospital i hovedsak var korte døgnopphold (1-2 døgn). Samtidig var det registrert permisjoner for en stor del av oppholdene.

Helsedirektoratets avd. FIFI/FIOA har bedt Avregningsutvalget om å vurdere det høye volumet korte opphold gruppert til DRG 242C *Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk* ved Betanien Hospital i Telemark og hvorvidt dette kan være knyttet til registreringspraksis.

Avregningsutvalget fant ingen åpenbar medisinsk årsak til at disse pasientene skulle legges inn. Utvalget ba sekretariatet om å skrive brev til Helse Sør-Øst RHF/Betanien Hospital, eventuelt

også Martina Hansens hospital som et korrektiv, og be dem gjøre rede for behandlingen som er gitt, lengden på oppholdene, hvilke type pasienter det dreier seg om, valg av omsorgsnivå og eventuelt bruk av permisjoner.

Betanien hospital skriver at opphold i DRG 242C er knyttet til tre ulike pasientgrupper: a) pasienter med nyoppdaget inflammatorisk revmatisk sykdom, b) pasienter med oppstart biologiske medikamenter og c) tverrfaglig utredning/gjennomgang for pasienter som har stått på biologisk terapi i en årrekke. De beskriver typiske behandlingsforløp for de tre pasientgruppene og begrunner valg av omsorgsnivå. Innleggelse velges når utredningen blir for kompleks til at den kan gjøres poliklinisk. Fordelen med innleggelse er en forenklet, planlagt logistikk som gjør at man slipper langvarig intern ventetid. Bruk av permisjoner begrunnes med geografi, dvs. kort reisevei mellom sykehuset og hjemmet og at noen pasienter ønsker å overnatte hjemme. Pasientgruppen kunne ha overnattet på pasienthotell, men sykehuset har ikke det tilbudet.

Utvalget diskuterte de beskrevne pasientgruppene og behandlingsforløpene. Det ble stilt spørsmål til om de ulike pasientgruppene burde vurderes ulikt i en eventuell anbefaling. For å komme fram til en anbefaling i saken trengte utvalget mer informasjon fra både det aktuelle sykehuset og andre sykehus som organiserer pasientbehandlingen på en annen måte.

Sekretariatet sendte et oppfølgingsbrev til Betanien Hospital med spørsmål om innholdet i og varigheten av pasientens opphold på sykehuset andre dag. Sekretariatet sendte også brev til andre private ideelle sykehus: Martina Hansens hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus (HSR) for å be om en redegjørelse for behandlingsforløp. Videre sendte sekretariatet brev til Helse Møre og Romsdal HF for å få frem behandlingsforløp for pasienter som behandles poliklinisk.

HSR svarte at dette var pasienter som hovedsakelig hadde diagnosene revmatoid artritt, psoriasisartritt, juvenil RA eller spondylartritt. Pasientene var innlagt for utredning, infusjonsbehandling eller kortvarig vurderings- og instruksjonsopphold. Noen få av pasientene var tilbakeflyttet fra Helse Fonna etter større operative inngrep i lånte operasjonsstuer med egne kirurger. Omsorgsnivå var begrunnet i antatt alvorlighet i sykdom, komorbiditet, lang reiseveg og høy alder. Permisjon blir bare brukt unntaksvis for enkelte pasienter.

Martina Hansens hospital svarte at dette var pasienter med en inflammatorisk ledd- og ryggglidelse som hadde behov for relativ rask oppfølging og behandling. Mange av pasientene kunne vært behandlet på poliklinikken, men på grunn av lang ventetid ble innleggelse vurdert som det beste for pasienten. Ingen av pasientene hadde permisjon.

Revmatismesykehuset Lillehammer svarte at dette hovedsakelig var pasienter med Revmatoid Artritt (sero positiv og negativ). De korteste oppholdene er ofte relatert til vanskeligheter med medisinerer hvor tidligere erfaringer med bivirkninger og komplikasjoner kan kreve at endringer i behandlingen gjøres under observasjon. Omsorgsnivå velges etter en vurdering av pasientens

allmenntilstand, problemets kompleksitet og om det er praktisk gjennomførbart. Permisjon kan gis over helg etter vurdering av pasientens medisinske tilstand og allmenntilstand.

Helse Møre og Romsdal HF svarte at pasienter som hovedregel blir fulgt poliklinisk og bare unntaksvis innlagt. Innleggelsesgrunn er: behov for revmakirurgisk inngrep, alvorlig sykdom med dårlig funksjonsnivå hvor poliklinisk kontroll ikke er tilstrekkelig til å håndtere pasientens problem, o behov for utfyllende/ tidkrevende diagnostikk eller lang reisevei (2-10 timer). 75 prosent av pasientene i DRG 242C som var innlagt ved Revmatologisk avd. i Ålesund i 2014 hadde mer enn 4 timer reisevei til sykehuset.

Avregningsutvalget oppsummerte saken slik: Hoveddelen av revmatologiske pasienter behandles nå poliklinisk, men det ser ut til at noen private ideelle institusjoner ennå ikke har lagt om praksis. Noen av oppholdene ved HSR ble beskrevet som «pasienter tilbakeflyttet fra Helse Fonna etter større operative inngrep». Avregningsutvalget stiller spørsmål til om disse innleggelsene burde vært kodet som rehabilitering. Det samme kan gjelde Revmatismesykehuset Lillehammer. Sekretariatet ble bedt om å følge opp denne problemstillingen.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 242C *Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk* ved Helse Sør-Øst RHF/Betanien Hospital avregnes ned til landsgjennomsnittet uten Betanien Hospital.

Videre oppfølging:

Sekretariatet følger opp innleggelses ved Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus (HSR) og Revmatismesykehuset Lillehammer til neste år.

Sak 15/1793 Kodepraksis for nyfødte - Andel opphold i DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem

Denne saken er en videreføring av sak 14/4230 DRG 390 *Nyfødt, fødselsvekt minst 2500g, med annet signifikant problem* som dreide seg om praksis for registrering av tilstandskoder P92 Problemer med næringsinntak hos nyfødt, ved Helse Bergen HF. Analyser av data for 2014 viser at Helse Bergen HF fortsatt har stor andel opphold i DRG 390 *Nyfødt, fødselsvekt minst 2500g, med annet signifikant problem*, men at andelen reduseres fra 2. tertial. Av øvrige institusjoner er det Vestre Viken HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF som har høyest andel opphold i DRG 390. Ved Vestre Viken HF er det oftest tilstandskode P83.1 *Erythema toxicum neonatorum* som styrer oppholdene i DRG 390, mens ved UNN HF er det tilstandskode P03.4 *Foster og nyfødt påvirket av forløsning ved keisersnitt*.

Helsedirektoratets avd. FIFI/FIOA har bedt Avregningsutvalget om å følge opp kodepraksis for nyfødte og bruk av kodene P83.1 *Erythema toxicum neonatorum* og P03.4 *Foster og nyfødt påvirket av forløsning ved keisersnitt*.

Avregningsutvalget var overrasket over at P83.1 *Erythema toxicum neonatorum* brukes som kode siden 50 prosent av nyfødte har tilstanden «erytem». P03.4 *Foster og nyfødt påvirket av forløsning ved keisersnitt* er også en kode som ikke nødvendigvis trenger å registreres som tilstand. Man bør se på logikken for opphold i DRG 390. Bruk av disse kodene bør ikke gi oppholdene høyere vekt.

Avregningsutvalget diskuterte mulige årsaker til vekst i antall opphold med bruk av disse tilstandskodene ved de aktuelle helseforetakene. For å behandle saken videre ønsket utvalget å kontakte de aktuelle sykehusene og gjøre ytterligere analyser av data og få en avklaring på hvilke retningslinjer som gjelder for bruk av disse kodene.

Sekretariatet tok kontakt med Helsedirektoratets avdeling Statistikk og kodeverk (EISK) og spurte om hva som ligger i benevnelsen *Erythema toxicum neonatorum* og om det finnes kriterier for bruk av kodene P03.4 og P83.1.

EISK svarte at *Erythema toxicum neonatorum* er en svært hyppig forekommende tilstand med et makulopapuløst og pustuløst utslett uten infeksjon hos spedbarn. Årsaken er ukjent. Det kan være til stede ved fødselen, men opptrer oftest fra 24-48 timer etter fødsel og varer oftest ikke lenger enn en uke. Forekomsten angis til 30-70 prosent av nyfødte. Tilstanden er helt harmløs og krever ingen behandling.

Videre svarte EISK at kriteriene for bruk av koden P83.1 simpelthen må være at diagnosen er stilt, fortrinnsvis under det aktuelle oppholdet, siden tilstanden i seg selv ikke vil kreve noen videre helsehjelp. Når det gjelder koden P03.4 tilhører den gruppen P00-P04 *Foster og nyfødt påvirket av faktorer hos mor og av komplikasjoner under svangerskap, fødsel og forløsning*. I 2014 ble følgende merknad tatt inn i kodeveiledningen¹ for denne gruppen: «Når man bruker multipl koding (som vi gjør i sykdomskoding i Norge) skal disse kodene ikke brukes som første kode for en tilstand. De er tilleggskoder som angir tilstander hos mor som er årsak til tilstander hos barnet. Et eksempel som er gitt fra WHO er koding av cefalhematom (kranialt subperiostalt hematome) på grunn av tangforløsning. Dette kodes med P12.0 *Cefalhematom som skyldes fødselsskade* som første kode og P03.2 *Foster og nyfødt påvirket av tangforløsning* som tilleggskode.» P03.4 *Foster og nyfødt påvirket av forløsning ved keisersnitt* sier altså ingen ting om hvilken påvirkning av barnet som foreligger, bare at årsaken til påvirkningen er forløsning ved keisersnitt. Man skal bruke en første kode for tilstanden som spesifiserer hvordan barnet er påvirket.

¹ Kodeveiledning 2014. Samlet kodeveiledning for bruk i spesialisthelsetjenesten ved medisinsk koding. Gjeldende fra 1. januar 2014. Helsedirektoratet.

Sekretariatet sendte brev til Vestre Viken HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og ba dem gjøre rede for kodepraksis.

I svaret fra UNN HF kom det fram at det har vært en kodepraksis ved barselavdelingen der alle barn tatt med keisersnitt er kodet med P03.4. Begrunnelsen var praktiske hensyn for å kunne hente ut statistikk for antall barn født med keisersnitt i en gitt periode. En tilsvarende praksis har vært brukt for vakumforløsning og tangforløsning der man har brukt P03.3 for alle barn født etter vakuumbforløsning og P03.2 for alle barn født etter tangforløsning. Intensjonen med dette har kun vært for interne statistiske formål. Kodepraksisen ved UNN på dette området vil endres umiddelbart.

Vestre Viken HF mener i sitt svar at den medisinske kodingen er korrekt. Erythem toxicum neonatorum (kodet med P83.1) er et vanlig hudfunn hos nyfødte barn. Tilstanden kalles "hormonutslett" og sees ofte hos nyfødte. Ulike studier opererer med ulike tall, utslettet kan sees fra 16,7 prosent og opptil 30,3 prosent av friske nyfødte. Funnet er såpass vanlig at man tidligere i stor grad har utelatt å kode for tilstanden, eller for enkelthetsskyld kodet med P96.9 *Uspesifisert tilstand som oppstår i perinatalperioden*. De mener at barnelegene i Vestre Viken HF har kodet medisinsk korrekt, men uten viten om at dette øker DRG-inntekter. Et godartet og selvbegrensende utslett som erythema toxicum neonatorum bør uten tvil ikke medføre økte DRG-inntekter og bør heller ikke medføre at oppholdet grupperes til DRG 390 *Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem*.

Oppsummert: Kodene P03.4 Foster og nyfødt påvirket av forløsning ved keisersnitt og P83.1 *Erythema toxicum neonatorum* er vanlige tilstander som normalt ikke krever ekstra ressurser. I følge Helsedirektoratets *Kodeveiledning 2014* skal ikke tilstand registreres dersom den ikke krever særskilt behandling, undersøkelse, vurdering, eller har hatt betydning for øvrig behandling. Avregningsutvalget mener at det store flertall av sykehus i landet utøver en god kodepraksis for disse tilstandene.

Anbefaling:

Utvalget anbefaler at opphold registrert med kodene P03.4 Foster og nyfødt påvirket av forløsning ved keisersnitt og P83.1 *Erythema toxicum neonatorum* avregnes.

Avregningsutvalget anbefaler Helsedirektoratet å vurdere en endring av grupperingslogikken for kodene P03.4 *Foster og nyfødt påvirket av forløsning ved keisersnitt* og P83.1 *Erythema toxicum neonatorum* slik at de ikke havner i en DRG med kompliserende egenskaper.

Sak 15/1804 Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger

Antall opphold i DRG 520 *Obstruktivt søvnapnesyndrom* og DRG 803R *Diagnostisk intervensjon ved søvnapne* varierte mellom helseforetak i data for ABF 2014. 44 prosent av oppholdene i DRG 520 var registrert med hovedtilstandskode G47.3 *Søvnapne* eller R06.5 *Munnpusting*. Opphold registrert som innleggelser grupperes til DRG 520, mens opphold registrert som polikliniske kontakter grupperes til DRG 803R. Det ser ut til å være ulik praksis mellom helseforetak for å registrere utredningene som innleggelser eller polikliniske konsultasjoner. Videre ser det ut til at Akershus universitetssykehus, Sykehuset Innlandet HF og Helse Førde HF legger inn pasientene, mens øvrige institusjoner behandler pasientene poliklinisk.

Helsedirektoratets avd. FIFI/FIOA har bedt Avregningsutvalget om å vurdere grunnlaget for ulik registrering av omsorgsnivå (innleggelse vs. poliklinikk) ved polygrafisk monitorering av respiratoriske parametere.

Avregningsutvalget diskuterte saken og kom fram til at registrering av søvnapne kan gjøres poliklinisk, men at valg av omsorgsnivå ikke nødvendigvis er enkelt. Avregningsutvalget ønsket seg en kartlegging av og begrunnelse for hvorfor registreringspraksis for omsorgsnivå er ulikt.

Sekretariatet sendte brev til Helse Sør-Øst RHF/Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset i Vestfold HF, Helse Vest RHF/ Helse Førde HF og Helse Midt-Norge RHF/ Helse Møre og Romsdal HF. Sykehusene ble bedt om å gjøre rede for opphold registrert med prosedyrekode AAFX 00 *Polygrafi* og hovedtilstandskode G47.3 *Søvnapné* eller R06.5 *Munnpusting*. Følgende spørsmål ble stilt: Hva er innholdet i tjenestetilbudet? Hva er varigheten på oppholdene/konsultasjonene? Hva er begrunnelsen for valg av omsorgsnivå? Sekretariatet sendte også e-post til kontaktpersoner ved alle RHF og ba om en oversikt over hvilke private enheter de hadde avtale med på dette området i 2014.

Ut fra svarene fra helseforetakene så det ut til at organiseringen av tjenestetilbudet var ulikt uten at tilbudet til pasienten ble dårligere. Det var gode argumenter for å gjøre dette poliklinisk, mens lang reisevei var argumenter for å velge innleggelse. Argumentene som ble brukt for valg av omsorgsnivå var knyttet til bruk av sykehotell, kvalitet på registrering, fragilt utstyr og reisevei til sykehuset. Avregningsutvalget landet på at søvnregistreringer i hovedsak kan gjøres poliklinisk, men at det må være greit å gjøre unntak for enkelte pasienter med særskilt behov.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler avregning av innleggelser registrert med prosedyrekode AAFX 00 *Polygrafi* og hovedtilstandskode G47.3 *Søvnapné* eller R06.5 *Munnpusting* gruppert til DRG 520 *Obstruktivt søvnapnesyndrom* ved to helseforetak i Helse Sør-Øst RHF: Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF og ett sykehus i Helse Vest RHF: Helse Førde HF. Oppholdene avregnes ut fra et nasjonalt gjennomsnitt for de øvrige institusjonene.

Sak 15/1821 Kodepraksis ved fødsel - Vekst i antall opphold i DRG 376 Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon

Analyser av ABF-data for 2014 viste vekst i antall opphold i DRG 376 *Sykdommer etter forløsning og abort u/operasjon* og samtidig en reduksjon i antall opphold i DRG 372/373 *Vaginal fødsel* sammenlignet med samme periode året før. Opphold i DRG 376 og DRG 372/373 er i hovedsak registrert med hovedtilstandskode Z37.0 *Enkeltfødsel, levendefødt*. Årsaken til vridningen fra DRG 372/373 til DRG 376, som har en høyere vekt, kan være mangelfull registrering av prosedyrekode TMA20 *Manuell fødselshjelp* ved normal fødsel i 2014.

Helsedirektoratets avd. FIFI/FIOA har bedt Avregningsutvalget vurdere kodepraksis for opphold i DRG 376 *Sykdommer etter forløsning* med hovedtilstandskode Z37.0 *Enkeltfødsel, levendefødt* ved Helse Møre HF og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag HF.

Avregningsutvalget vurderte at TMA20 var for lite registrert ved enkelte sykehus, men hadde behov for å vite mer om oppholdene for å behandle saken videre.

Sekretariatet sendte brev til Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF og ba om en forklaring på hvorfor disse oppholdene er registrert uten prosedyrekode TMA20. Ev. om vridningen fra DRG 372/373 til DRG 376 kan skyldes andre forhold som for eksempel endring i pasientsammensetning eller -tilbudet.

Helse Møre og Romsdal HF svarte at kodepraksisen ved Kristiansund sykehus er feil og at TMA20 skal brukes. Helse Nord-Trøndelag HF skriver at feilkoding er oppstått på grunn av systemsvikt i sykehusets rutiner av koding av fødsler. Helse Nord-Trøndelag HF henstiller også om å ta i bruk ICD-10 kodene for forløsning O80 – O84 i Norge. Dette kan gi et bedre bilde av hvordan fødsel har foregått og bli synlig i den internasjonale statistikken.

Avregningsutvalget vurderte at saken var godt nok belyst gjennom analyser og svar fra helseforetakene og kom frem til en anbefaling.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 376 *Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon* ved Helse Midt-Norge RHF (Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF) avregnes.

Sekretariatet presenterte et forslag for avregning: Opphold ved Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF med hovedtilstand Z37.0 *enkeltfødsel, levendefødt* som mangler prosedyrekoden TMA20 *Manuell fødselshjelp ved normal fødsel* gis refusjon lik opphold i DRG 373 *Vaginal fødsel u/bk*, med vekt 0,416. Øvrige opphold med tilstander, for det meste O-koder, som ville havnet i DRG 372 *Vaginal fødsel m/bk*, gis vekt 0,651. Avregningsforslaget godkjente forslaget.

Sak 15/1923 Kodepraksis for opphold i DRG 4750 Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling

Det var store variasjoner i antall opphold i DRG 4750 *Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling* fordelt mellom pasientenes bostedsfylker i data for aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2014. Pasienter bosatt i Vestfold og Telemark hadde flere opphold per 1 000 innbygger i DRG-en enn pasienter bosatt i andre fylker. De fleste av disse oppholdene var registrert med prosedyrekode GXAV20 *Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk*. Hyppigst registrerte hovedtilstandskoder var J44.9 *Uspesifisert KOLS* og R06.3 *Søvnapne*. For mange av oppholdene var G47.3 *Søvnapne* registrert som annen tilstand. Det store antallet opphold i DRG 4750 for pasienter bosatt i Vestfold og Telemark var rapportert fra Sykehuset i Vestfold HF. I tillegg var det mange opphold ved Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Helse Bergen HF og Sørlandet sykehus HF.

Helsedirektoratets avd. FIFI/FIOA ba Avregningsutvalget om å vurdere kodepraksis knyttet til prosedyrekoden GXAV20 *Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk*. Spesielt ble det bedt om en vurdering av om det faktisk er utført behandling med bifasisk positivt luftveistrykk. Direktoratet ba utvalget vurdere registreringer ved de helseforetak med flest opphold og størst vekst i DRG 4750 *Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling*.

Avregningsutvalget vurderte pasientgruppen som heterogen. Et mindretall pasienter vil oppfylle kriteriene til dagbehandling, mens de fleste pasientene vil kunne behandles poliklinisk eller ambulant. Langtids mekanisk ventilasjon (LTMV) er et behandlingstilbud gitt utenfor sykehus (ambulant behandling) for pasienter med pustesvikt.

Sekretariatet sendte brev til aktuelle institusjoner med følgende spørsmål:

1. Hva slags pasienter hadde opphold i DRG 4750 og hvilke tilstander hadde de?
2. Hvilken type helsehjelp ble gitt og hva er typiske behandlingsforløp for disse pasientene?
3. Hva er ev. årsaken til at antall opphold i DRG 4750 økte fra 2013 til 2014?

Overlege Toril Pedersen ved lungeavdelingen, Akershus universitetssykehus, deltok i møte med Avregningsutvalget for å bidra med sin kompetanse om kode- og behandlingspraksis i saken. Det registreres en del BiPAP sammen med LTMV, enkel respirator. Hjemmerespirator for vanskelige søvnapnesykdommer. KOLS-pasienter får BiPAP. Pedersen mente det ikke finnes en egen kode for oppfølging for hjemmerespirator. GXAV20 er en kode som fører oppholdet over i en dagmedisinsk DRG uansett lengde på oppholdet. Det ble diskutert om koden GXAV20 registrert på polikliniske konsultasjoner er forbeholdt behandling eller om den også kan brukes ved kontroll/oppfølging.

Sekretariatet sendte en henvendelse til Helsedirektoratets avdeling statistikk og kodeverk (EISK) og spurte om når er det indikasjon for å bruke koden GXAV20. I svaret fra EISK viste de til avsnitt 22.1.3 i årets kodingsregelverk: «GXAV20 *Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk* brukes ved ikke-invasiv maskebehandling med særskilt BiPAP-apparat.» Det betyr at koden skal brukes ved behandling og ikke ved kontroll. Kontroll av pasienten må kodes med den aktuelle diagnosekoden for pasientens lidelse. Det finnes per i dag ingen egen prosedyrekode for kontroll av CPAP/BiPAP-apparat. Fra og med 1.1.2016 innføres imidlertid to nye koder: GXAV36 *Oppstart av CPAP eller BiPAP for hjemmebruk* og GXAV37 *Kontroll og justering av CPAP eller BiPAP for*

hjemmebruk. Disse skal kodes ved opphold der CPAP eller BiPAP ikke brukes som et ordinært behandlingstiltak. Ved oppstart og/eller opplæring av pasienten i bruk av slike apparater kan koden OBBN00 *Opplæring/egenmestring i bruk av medisinsk teknisk utstyr* brukes. Videre svarte EISK at noen av helseforetakene som ble tilskrevet i denne saken har svart at GXAV20 ble brukt blant annet der pasienten lå med apparatet tilkoblet i lengre tid (i flere timer eller over natten) for å få tilpasset det riktig, kanskje også for kontroll av effekten. I slike tilfeller mener de at det ikke er urimelig å bruke koden GXAV20 inntil GXAV36 og GXAV37 tas i bruk.

Analyser av ABF-data for 2013 og 2014 viste at de aller fleste pasientene hadde fått registrert kode GXAV20 på alle konsultasjonene. Noen få av pasientene hadde fått registrert koden på minst en av konsultasjonene. Det var ikke noe mønster om koden var registrert på første eller siste konsultasjon. I 2014 var 1 001 konsultasjoner med GXAV20 registrert som kontroller, mens 222 konsultasjoner var registrert som behandling og 14 konsultasjoner som utredning.

Avregningsutvalget diskuterte saken i lys av statistikken og svar fra helseforetakene og EISK. Det ble enighet om å se bort fra innleggelsene, basert på svaret fra EISK. Videre ble det enighet om å avregne konsultasjoner registrert som kontroller, samt å undersøke om konsultasjoner registrert som behandlinger faktisk var behandling.

Sekretariatet sendte brev til Helse Vest RHF (Helse Bergen HF) og Helse Sør-Øst RHF (Sykehuset Telemark HF og Vestre Viken HF) og spurte om det faktisk var utført behandling ved konsultasjoner kodet som behandling. Utvalget ønsket å vite hva som ble gjort med pasientene og hvilken type behandling de fikk. Sykehuset i Telemark svarte at dette i hovedsak var tilpasning og oppstart av behandling med mekanisk ventilasjonsstøtte, men at flere av konsultasjonene skulle vært registrert som kontroller. Vestre Viken svarte at dette var pasienter som dels startet opp behandling med BiPAP, dels var det oppfølging under slik behandling. Under opplæring/oppfølging var det dokumentert for en del at de hadde brukt masken for måling, innstilling og så videre, dokumentert opp til 45 minutter, men ikke over lengre tid. Helse Bergen svarte at dette hovedsakelig var tilpasning av maske og/eller BiPAP-maskin, mens noen få konsultasjoner var ordinære kontroller eller manglet journalnotat.

Sekretariatet presenterte to avregningsforslag for utvalget. Det ene forslaget var basert på at alle konsultasjoner registrert som kontroller avregnes, mens det andre forslaget baserte seg på at både konsultasjoner registrert som behandling og konsultasjoner registrert som kontroller avregnes. Avregningsutvalget ble enige om å gå for det siste forslaget.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler avregning av polikliniske konsultasjoner (behandlinger og kontroller) registrert med prosedyrekode GXAV20 *Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk* gruppert til DRG 4750 *Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling* ved Helse Bergen HF, Sykehuset i Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset i Østfold HF, Vestre Viken HF og Sørlandet Sykehus HF. Konsultasjonene som avregnes gis refusjon lik konsultasjoner uten prosedyrekode GXAV20.

Sak 15/1932 Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap

Fra 2013 til 2014 ble det gjort relativt store endringer i DRG-logikken knyttet til DRG 372/373. Basert på analyser av konsekvenser av logikkendringen fremkom at enkelte diagnosekoder brukes i svært varierende grad mellom helseforetak.

Helsedirektoratets avd. FIFl/FIOA ba Avregningsutvalget om å vurdere kodepraksis for to av disse kodene, *O72.0 Blødning i tredje stadium* og *O71.4 Obstetrisk høy vaginalrift*.

Ved Oslo Universitetssykehus HF økte forekomsten av kode *O72.0 Blødning i tredje stadium* fra 56 i 2013 til 855 i 2014, andelen opphold med kode for *O72.0* i DRG 372/373 var i 2014 på 11,24 prosent. I tillegg hadde Akershus Universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF høy forekomst av denne koden, henholdsvis 8,49 og 8,13 prosent av alle opphold i DRG 372/372. Forekomsten av denne koden for landet som helhet når en ekskluderer de tre nevnte HF var 1,7 prosent.

Koden *O71.4 Obstetrisk høy vaginalrift* var i 2014 registrert ved 23,98 prosent av alle vaginale fødsler ved Helse Stavanger HF, forekomsten var også høy ved Sykehuset Innlandet HF hvor 10,04 prosent av opphold i DRG 372/373 hadde koden *O71.4*. Forekomsten for denne koden for landet som helhet uten Helse Stavanger HF og Innlandet sykehus HF var i 2014 3,8 prosent.

Avregningsutvalget bestemte at OUS HF, Akershus universitetssykehus HF og Innlandet sykehus HF skulle følges opp om bruken av kode *O72.0*. Helse Stavanger HF, Sykehuset Innlandet HF og Helse Bergen HF skulle følges opp om bruk av kode *O71.4*. Sekretariatet skrev brev til de aktuelle HF og ba om en redegjørelse for kodepraksis.

Oslo universitetssykehus HF svarte at innføringen av et nytt dataprogram for fødselshjelp, Partus, forklarer deres endring i koding. Partus genererer forslag til koder som velges og deretter overføres til DIPS. Programmet foreslår *O72.0* som en kode knyttet til atoni blødning når man registrerer blødning over 499 ml i forbindelse med vaginal fødsel. Over 499 ml i blødning regnes som kompliserende blødning. Tidligere, før Partus ble innført, brukte OUS *O72.1* (også en kompliserende kode) på denne tilstanden. Forslag om *O72.1* kommer også opp, men ikke konsekvent og i noen sammenhenger blir begge valgt. Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF begrunnet også veksten i bruk av de aktuelle tilstandskodene med innføringen av Partus.

Helse Bergen HF svarte at praksis for å registrere tilstandskode *O71.4* ved Kvinneklinikken har ikke har vært i henhold til regelverket og at kodepraksis nå vil endres. Helse Stavanger HF svarte at de ved Kvinneklinikken har kodet *O70.0* ved perinealrift og *O71.4* ved vaginal rift, og de har ikke skilt mellom «lave» og «høye» vaginale rifter.

På bakgrunn av analyser av data og svarene fra helseforetakene anbefalte Avregningsutvalget en avregning.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at andelen opphold ved Helse Stavanger HF, Sykehuset Innlandet HF og Helse Bergen HF over landsgjennomsnittet for øvrige sykehus med tilstandskode *O71.4* i DRG 372 *Vaginal fødsel m/bk* gis refusjon lik opphold i DRG 373 *Vaginal fødsel u/bk*.

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med tilstandskode O72.0 i DRG 372 *Vaginal fødsel m/bk* ved Sykehuset Innlandet HF, Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF hvor prosedyrekode REGG 00 *Transfusjon av allogene erythrocytter* ikke er kodet gis refusjon lik opphold i DRG 373 *Vaginal fødsel u/bk*.

Sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år

Denne saken er en videreføring av sak 14/4331 *Bruk av SIRS/SEPSIS-koder etter kodeendring i 2010*. Det er store variasjoner i bruken av aktuelle koder for SEPSIS. Analyser av ABF-data for årsdata 2014 viser at antall opphold i DRG 416N *Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år* for pasienter bosatt i Vestfold er langt høyere enn for pasienter bosatt i resten av landet. Pasienter fra Vestfold er i all hovedsak behandlet ved Sykehuset i Vestfold HF. Med unntak av Vestre Viken har ingen andre helseforetak så stor andel i denne DRG-en. Pasientene behandlet ved Vestre Viken er i hovedsak bosatt i Buskerud og Akershus.

Helsedirektoratets avd. FIFI/FIOA har bedt Avregningsutvalget vurdere kodepraksis knyttet til SEPSIS ved Sykehuset i Vestfold HF og eventuelt Vestre Viken HF.

Etter at Avregningsutvalget diskuterte saken innledningsvis ønsket de mer informasjon om kodepraksis og behandlingsform ved de aktuelle sykehusene. Sekretariatet skrev brev til Sykehuset i Vestfold og ba om en begrunnelse for valg av kodepraksis og behandlingsform og spørsmål om eventuelt kodepraksis og/eller behandlingsform er endret fra tidligere. Vestre Viken HF ble også fulgt opp med spørsmål om valg av kodepraksis og behandlingsform. Avregningsutvalget vurderte ut fra analyser av data og svarene fra de to sykehusene at dette er en vanskelig sak å håndtere uten å gjennomføre en journalgjennomgang.

Sekretariatet startet dermed prosessen med å gjennomføre dokumentkontroll ved Sykehuset i Vestfold HF og Vestre Viken HF. Helsedirektoratet Avdeling statistikk og kodeverk, ble bedt om å gjennomføre selve kontrollen ved de to sykehusene.

Grunnlag for dokumentkontrollen var 100 pasienter fra 2014, samt en buffer på 30 ekstra pasienter per sykehus. Populasjonen var kontakter rapportert fra Sykehuset i Vestfold HF og Vestre Viken HF gruppert til DRG 416N *SEPSIS ved sykdommer i HDG18 > 17 år*. I utgangspunktet ønsket utvalget å vite hvilke koder (hovedtilstand og andre tilstander) som kan erstatte A-koden. Dette for å se om det var et mønster i hvordan det var kodet/feilkodet. Det blir for mange opphold til at hvert enkelt opphold kan regruppes i etterkant. Men utvalget ønsket å ha tilstrekkelig informasjon til å kunne gjøre en avregning hvis det ble konklusjonen på saksbehandlingen.

Dokumentkontrollen ble gjennomført i juni og i møtet 21. august redegjorde Øystein Hebnes og Hanne Osnes-Ringen, seniorrådgivere i Helsedirektoratet, for kontrollen og resultatene fra den. Oppdraget til revisorene var å kontrollere følgende:

- Er det overensstemmelse mellom hoveddiagnose rapportert til NPR og hva som er dokumentert i journal?
- Er det medisinsk faglig grunnlag for å bruke denne hoveddiagnosen?

- Samsvarer annen koding under oppholdet med journaldokumentasjonen og er denne faglig riktig?

Det var svært god dokumentasjon av de aller fleste pasientoppholdene, både ved inntakjournal, epikrise, journalnotater og kurveark. I løpet av den tiden som var satt av gikk revisorene gjennom 62 journaler ved Sykehuset i Vestfold HF og 59 journaler ved Vestre Viken HF.

Alle reviderte opphold var registrert med en hovedtilstandskode fra A40 *Streptokokksepsis* eller A41 *Annen sepsis*. Dette er koder for sepsis av ukjent årsak. Da må SIRS-kriteriene være oppfylt og en må ha en infeksjon med ukjent fokus/utgangspunkt. Kodeveiledningen for 2014 gir eksempler på riktig koding. Ved de fleste feilkodede oppholdene var SIRS-kriterier oppfylt, men infeksjonens fokus var kjent. Disse oppholdene skulle vært registrert med koden for selve infeksjonen som hovedtilstand. Et eksempel er N39.0 *Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon* med evt. tillegg av koden R65.0 *Systemisk inflammatorisk resonssyndrom av infeksjøs årsak uten organsvikt*. Ved noen av oppholdene var ikke kriteriene for SIRS oppfylt. Andre opphold var riktig journalført i det infeksjonen med kjent fokus var brukt som hovedtilstand samt at SIRS-kriterier var oppfylt. Men oppholdene hadde imidlertid blitt rapportert til NPR som infeksjon med ukjent fokus med en A-kode som hovedtilstand, uten noen slags dokumentasjon i journal av denne endringen.

Resultatet av dokumentkontrollen viste at 73 prosent av oppholdene ved Sykehuset i Vestfold HF og 76 prosent ved Vestre Viken HF var feilkodet.

Avregningsutvalget kom med innspill til Helsedirektoratet angående nåværende koderegler: Sepsis burde ikke vært brukt som hovedtilstand uansett om fokus er kjent eller ikke. Ved ukjent fokus burde det heller brukes bakterieinfeksjon uten kjent utgangspunkt som hoveddiagnose. Helsedirektoratet tar med seg innspillet fra Avregningsutvalget og vil svare på det senere. Videre diskuterte Avregningsutvalget om resultatet fra dokumentkontrollen ga grunnlag for en avregning og eventuelt hvilken metode for man skulle velge. Rapporten fra dokumentkontrollen viste at en stor andel av de kontrollerte oppholdene var feilkodet ved de to kontrollerte helseforetakene. Selv om bare to helseforetak ble kontrollert denne gangen, er det er trolig feilkoding hos flere helseforetak. En avregning ned til landsgjennomsnittet vil derfor være en delvis avregning hvis man antar at landsgjennomsnittet har en feilmargin.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 416N *Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år* ved Sykehuset i Vestfold HF og Vestre Viken HF avregnes ned til gjennomsnittet for landet uten disse to helseforetakene. Avregningsutvalget ser imidlertid at flere helseforetak ikke koder opphold med SIRS/SEPSIS riktig og oppfordrer alle helseforetak om å følge gjeldende koderegler.

Avregningsutvalget anmoder Helsedirektoratet om å gå gjennom koderegler for SEPSIS i samarbeid med det kliniske fagmiljøet.

Sak 15/1993 Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet

Analyser av data for aktivitetsbasert finansiering (ABF) 2014 viste stor vekst i antall opphold i DRG 35 *Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk* sammenlignet med året før. Spesielt Sykehuset Østfold hadde stor vekst, men også Helse Bergen HF, Sykehuset Telemark HF og Vestre Viken økte. Oppholdene var i hovedsak registrert med hovedtilstandskode Z03.3 *Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet*. Det var også vekst i antall opphold i DRG 34 *Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk* fra 2013 til 2014.

Helsedirektoratets avd. FIFI/FIOA ba Avregningsutvalget om å vurdere praksis for bruk av Z03.3 *Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet* som hovedtilstandskode. Utvalget ble anbefalt å ta utgangspunkt i helseforetak med mange opphold i DRG 34 og 35 og med stor andel av opphold med Z-koder som hovedtilstand.

Avregningsutvalget diskuterte mulige årsaker til vekst i antall opphold registrert med uspesifikke hovedtilstandskoder ved de aktuelle helseforetakene. For å behandle saken videre var det behov for å kontakte de aktuelle sykehusene, samt gjøre ytterligere analyser av data.

Sekretariatet sendte brev til aktuelle helseforetak og stilte følgende spørsmål:

1. Hva slags pasienter hadde opphold i DRG 34 og 35 og hvilke tilstander hadde de?
2. Hvilken type helsehjelp ble gitt og hva er typiske behandlingsforløp for disse pasientene?
3. Hva er årsaken til vekst i antall opphold registrert med hovedtilstandskode Z03.3 *Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet*?

En kapasitetsanalyse i Helse Sør-Øst RHF viste vekst i opphold med hovedtilstander fra ICD-10 kapittel XVIII *Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted (R00-R99)* og kapittel XXI *Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)*. Avregningsutvalget mente at det kan enten tyde på et press på spesialisthelsetjenesten eller at man ikke får avklart en større andel av pasientene. Dette kan også slå inn i andre diagnosegrupper enn nervesystemet. Avregningsutvalget ba sekretariatet finne en ekstern nevrolog til å gjøre rede for utviklingen innenfor faget og bruken av Z-koder.

Avregningsutvalget mener at Z-koder kun skal brukes unntaksvis som hovedtilstandskode. Hvis det foreligger symptomer kan man bruke symptomkoder fra ICD-10 kapittel XVIII *Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted (R00-R99)*. Bruken av R- og Z-koder er økende i nevrologien, som er det området som har flest slike koder. I ICD-10² står følgende inklusjon for koder i kategoriblokk Z03: «observasjon og vurdering av person som fremviser symptomer eller tegn på en unormal tilstand som krever nærmere utredning, men som etter undersøkelse og observasjon ikke har behov for ytterligere behandling».

Espen Dietrichs, avdelingsleder/avdelingsoverlege, professor dr. med ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus deltok på telefonkonferanse med Avregningsutvalget som ekstern ekspertise i nevrologi. I følge Dietrichs brukes ikke Z03.3 ved hans avdeling og de har heller ingen ambisjon om å bruke koden. På spørsmål om det er noe i fagområdet som tilsier at bruken av

² ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon. Norsk utgave 2011. Helsedirektoratet.

koden skal øke, svarte Dietrichs at det i nevrologien dreier seg om en nevrologisk tilstand eller ikke. Det er ikke vanlig å bruke Z-koder ved en spesialistavdeling. Man bruker R-koder istedenfor.

Avregningsutvalget anbefalte at opphold registrert med hovedtilstandskode Z03.3 Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet avregnes ned til gjennomsnittet for landet uten «outliers».

Sekretariatet et mulig forslag til teknisk beregning av anbefalt avregning og ønsket innspill til hvilken alternativ refusjon som kunne gis for «underkjente» opphold. Avregningsutvalget ba sekretariatet se på fordelingen av koder for andre tilstander i R-kapittelet, for eksempel R51 *Hodepine*, R55 *Synkope og kollaps* og R29.8 *Andre og uspesifiserte symptomer og tegn med tilknytning til nervesystemet og muskel-skjelettsystemet* og beregne ny refusjon ut fra det.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med hovedtilstandskode Z03.3 Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet avregnes ned til gjennomsnittet for landet for øvrig ved Helse Bergen HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF, Akershus universitetssykehus HF.

Sak 15/2312 Kodepraksis for opphold i DRG 134 Hypertensjon

Fordelingen av antall opphold i DRG 134 *Hypertensjon* var ujevnt fordelt mellom pasientenes bostedsfylke i data for aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2014. Fylker med flest opphold per 1 000 innbyggere var Vestfold, Sogn og Fjordane, Finnmark og Møre og Romsdal. Helseforetak med flest opphold var Sykehuset i Vestfold HF, Helse Førde HF, Finnmarkssykehuset HF, Helse Møre og Romsdal HF og Vestre Viken HF. Hovedtilstandskode registrert for disse oppholdene var I10 *Essensiell (primær) hypertensjon*. For noen av oppholdene var det registrert kode for annen tilstand. Hyppigste kode for annen tilstand var R07.4 *Brystsmerter*.

Helsedirektoratets avd. FIFI/FIOA ba Avregningsutvalget om å vurdere praksis for bruk av kode I10 *Hypertensjon* som hovedtilstand.

Avregningsutvalget diskuterte saken og mente at pasienter i hovedsak ikke bør være innlagt med bare I10 *Essensiell (primær) hypertensjon* som tilstandskode. I slike tilfeller bør antall opphold være jevnt fordelt på landsbasis.

Følgende spørsmål ble sendt til Helse Sør-Øst RHF (Sykehuset i Vestfold HF og Vestre Viken HF), Helse Vest RHF (Helse Førde HF), Helse Midt-Norge RHF (Helse Møre og Romsdal HF) og Helse Nord RHF (Finnmarkssykehuset HF):

1. Hva slags pasienter hadde opphold registrert med hovedtilstandskode I10 *Essensiell (primær) hypertensjon* gruppert til DRG 134?
2. Hva er begrunnelsen for at I10 *Essensiell (primær) hypertensjon* ble valgt som kode for hovedtilstand fremfor andre tilstandskoder (for eksempel R07.4)?

Avregningsutvalget diskuterte svarene fra tilskrevne helseforetak. En del innrømmer å ha kodet feil, mens noen mener at de har kodet riktig. Utvalget mener at avregning er riktig, siden det er sjelden at hypertensjonen alene er utskrivningsdiagnose fra sykehus.

Avregningsutvalget anbefalte at opphold registrert med hovedtilstandskode I10 *Essensiell (primær) hypertensjon* og R07.4 *Brystsmerter* som annen tilstand avregnes ned til gjennomsnittet på landsbasis. Sekretariatet ble bedt om å gjøre ytterligere analyser av liggetid for tilskrevne sykehus, hvilke sykehus som mangler annen tilstand og innleggelsesmåte (hastegrad) for disse. Videre ble sekretariatet bedt om å utarbeide to forslag til teknisk beregning til neste møte. Det ene forslaget skal gi refusjon beregnet på grunnlag av kode for annen tilstand for de som har det og det andre forslaget skal avregne kun de opphold som har en annen tilstand i R00-R99.

Sekretariatet presenterte en tabell som viste liggetid for opphold i DRG 134 med hovedtilstand I10 ved tilskrevne HF. Gjennomsnittlig liggetid varierte fra 1-3 dager, mens median liggetid var på 1-2 dager. Minste liggetid var 1 dag, mens lengste liggetid varierte fra 3 til 14 dager. En annen tabell viste for de samme oppholdene andel opphold som manglet annen tilstand per helseforetak. En tredje tabell viste at opphold som manglet annen tilstand i hovedsak var registrert som akutt.

Videre presenterte sekretariatet to forslag til teknisk beregning av anbefalt avregning. Avregningsutvalget diskuterte saken og forslagene til teknisk beregning. Dette er en viktig sak, men den er svært komplisert å avregne på en god måte uten en dokumentkontroll. Hovedpoenget i denne saken er å sende et signal til helseforetakene om at kodepraksis må endres. Avregningsutvalget ønsker å videreføre saken til neste år ved at det gjennomføres en dokumentkontroll av opphold i DRG 134 *Hypertensjon* med hovedtilstand I 10 *Essensiell (primær) hypertensjon*.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke en avregning av opphold i DRG 134 *Hypertensjon* med hovedtilstand I 10 *Essensiell (primær) hypertensjon*.

Videre anbefales det at saken følges opp tidlig neste år med en dokumentkontroll. Helsedirektoratet bes om å informere helseforetakene bedre om riktig koding av hypertensjon.

Sak 15/4628 Kodepraksis for opphold i DRG 8620 Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme

Analyser av data for aktivitetsbasert finansiering viser vekst i antall opphold i DRG 8620 *Poliklinisk rehabilitering* (tidl. DRG 4620) fra 2013 til 2014. Veksten er i hovedsak knyttet til opphold registrert med tilstandskode E66 *Fedme* som annen tilstand. Tidligere tilbud knyttet til fedme har blitt vurdert til ikke å tilfredsstille kravene til bruk av kode Z50.9 *Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak*.

Helsedirektoratets avd. FIFI/FIOA har bedt Avregningsutvalget om å vurdere kodepraksis for opphold i DRG 8620 *Poliklinisk rehabilitering* hvor E66 *Fedme* er registrert som annen tilstand. Er den observerte veksten knyttet til nye tilbud? Eller til samme tilbud som tidligere ble anbefalt avkortet?

I 2008 kom en henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF til Helsedirektoratet med spørsmål om koding av aktivitet ved behandling av pasienter med sykkelig overvekt. Direktoratet svarte i brev 18.4.2008 at den beskrevne aktiviteten skulle kodes med hovedtilstand E66 *Fedme*.

I 2012 behandlet Avregningsutvalget sak 12/3884 Fedme og hovedtilstandskode Z50.9. Den gang anbefalte utvalget følgende avregning av konsultasjoner med hovedtilstandskode Z50.9 *Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak* og annen tilstand E66 *Fedme*: Det gis ISF-refusjon per pasient per program tilsvarende en konsultasjon hos lege med E66 som hovedtilstandskode. Øvrige konsultasjoner gis refusjon som gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. I ISF-data for 2011 ble følgende enheter avregnet: Spesialsykehuset for rehabilitering, Stavern (tidl. Kysthospitalet), Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet sykehus HF.

I ABF-data for 2014 hadde fire institusjoner i Helse Sør-Øst RHF opphold i DRG 862O med E66 som annen tilstand: Sykehuset i Vestfold HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Akershus universitetssykehus HF. Sekretariatet sendte brev til de fire helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF med spørsmål om behandlingstilbud og hvilken helsehjelp som er gitt til pasienter med opphold i DRG 862O registrert med E66 *Fedme* som annen tilstand.

Avregningsutvalget diskuterte svarene fra helseforetakene og om det er grunnlag for en eventuell avregning. Hovedspørsmålet er om den beskrevne aktiviteten kan klassifiseres som behandling eller rehabilitering. Helsedirektoratets definisjoner av hva som er behandling og rehabilitering ligger til grunn og definisjonene har ikke endret seg. Avregningsutvalget vurderer at de beskrevne tilbudene er flotte behandlingstilbud, men at de ikke kan defineres som rehabilitering. At noen pasienter får dette tilbudet før eventuell kirurgi taler for at det skal klassifiseres som behandling. Kodingen av disse oppholdene og dermed finansieringen av dem vurderes derfor som feil.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 862O *Poliklinisk rehabilitering* hvor E66 *Fedme* er registrert som annen tilstand avregnes ved Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Sørlandet sykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF etter samme metode som tidligere år.

Sak 15/6313 Bruk av prosedyrekode AAG50 Stereotaktisk intrakraniell radioterapi

Denne saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets avdeling FIFI. Saken handler om valg av omsorgsnivå og ulik registreringspraksis for opphold registrert med prosedyrekode AAG50 *Stereotaktisk intrakraniell radioterapi*. Intrakraniell stereotaktisk stråleterapi (ISS) er en teknikk som utføres på pasienter med intrakranielle lesjoner av ulik art som meningeomer, primære cancere og metastaser, i tillegg til vaskulære malformasjoner, trigeminus nevrergi med mer. Prosedyren utføres ved henholdsvis Haukeland universitetssykehus ved bruk av såkalt gammakniv og ved Oslo universitetssykehus (OUS) ved bruk av lineær aksellerator. Disse to apparatene har langt på vei samme indikasjonsområder, behandlingstid, krav til ressursbruk ved gjennomføring av prosedyren og det samme komplikasjonspanorama og -risiko. Slik regelverket er i dag, vil opphold registrert som poliklinikk grupperes til DRG 3P *Stereotaktisk intrakraniell strålebehandling* mens opphold registrert som innleggelser grupperes til 1E *Annen kraniotomi unntatt ved traume*.

Noen opphold registrert med AAG50 grupperes til DRG 468/468O *Større operasjoner uten sammenheng med hoveddiagnosen*. Dette skyldes retningslinjene for koding som sier at når primærsvulsten fortsatt er tilstede, også om det forekommer lokalresidiv, skal den alltid kodes

før eventuelle metastaser. I disse tilfellene er det metastasen som er behandlet og denne er da korrekt kodet som annen tilstand (jf. *Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2015*, kapittel 7, 5. avsnitt). Det er uklart om disse pasientene i praksis er behandlet stereotaktisk mot lungetumores eller om de har fått stereotaktisk behandling mot intrakraniell metastase med primær tumor i lunge. Det fremkommer også av analysene at Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) bruker prosedyrekode AAG50. UNN har en relativt nyanskaffet lineær akselerator, men denne benyttes foreløpig kun til stereotaktisk bestråling mot lungetumores (siden august 2014).

Analyser av pasientdata viser at Haukeland universitetssykehus registrerer behandlingen som døgnopphold som grupperer til DRG 1E og gir høy refusjon. DRG 1E har egenskap OR=1, mens prosedyrekode AAG50 ikke krever slike operasjonsfasiliteter. 80 prosent av oppholdene ved Haukeland hadde varighet 2-3 døgn, mens det i DRG 1E er lagt tyngdepunkt på 5,5 døgn. Oslo universitetssykehus hadde 37 opphold i DRG 3P og 11 opphold i DRG 1E. UNN hadde 23 opphold i DRG 3P og 2 opphold i DRG 1E. Sykehuset Innlandet hadde 1 opphold i DRG 1E.

Saken er også tatt opp i Nord-DRG og der ble de enige om å endre kodeverket slik at kode AAG50 ikke grupperer til DRG 1E.

Avregningsutvalget ble bedt om å vurdere kodepraksis ved Helse Bergen HF og OUS HF med spørsmål om pasientgruppen reelt sett har behov for innleggelse for gjennomføringen av prosedyren som oppfattes være av poliklinisk karakter. Det ble også stilt spørsmålstegn ved oppholdene i DRG 468 ved Helse Bergen HF. I tillegg ble utvalget bedt om å vurdere kodepraksis ved UNN som ikke reelt sett utfører stereotaksi intrakranielt men som likevel koder for dette.

Avregningsutvalget diskuterte saken og mente at behandlingene ved Helse Bergen HF og OUS er forskjellige og ikke kan sammenlignes. Gammaknivkirurgi kan ikke regnes som poliklinisk behandling. Saken dreier seg trolig om feilkoding ved UNN og eventuelt Sykehuset Innlandet. Utvalget ber Helsedirektoratet følge opp de øvrige problemstillingene selv.

Sekretariatet sendte en henvendelse til UNN HF med spørsmål om praksis for bruk av prosedyrekode AAG50. UNN svarte at dette dreide seg om feil bruk av kode AAG50.

I møtet 21. august presenterte sekretariatet et forslag til avregning av oppholdene ved UNN HF. Helsedirektoratet ved avd. Norsk pasientregister ble anmodet om å lage en test for bruken av denne og lignende koder i kvalitetssikringen av mottatte data.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at feilkodede opphold med prosedyrekode AAG50 *Stereotaktisk intrakraniell radioterapi* ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF avregnes.

Sak 13/4904 Flere registrerte episoder samme dag

Dette er en oppfølgings sak som først ble behandlet i 2012 som sak 12/5893 *Flere registrerte episoder samme dag* som behandlet ISF-data 2011. I alle påfølgende år har Avregningsutvalget anbefalt avregning i saken, men da under saksnummer 13/4904.

For aktivitetsbasert finansiering (ABF) 2014 ga Avregningsutvalget følgende anbefaling: «Avregningsutvalget anbefaler at ISF-refusjon for konsultasjoner registrert på samme dag for samme pasient ved Oslo universitetssykehus avregnes ned til gjennomsnittet for de øvrige av landets universitetssykehus.»

Tidligere saksbehandling har vist at problemstillingen ved Oslo universitetssykehus HF skilte seg fra andre helseforetak. Både Avregningsutvalget og Helsedirektoratet har vært i kontakt med Oslo universitetssykehus om denne saken og svaret har vært at problemet med flere registrerte episoder samme dag skulle løse seg ved overgang til nytt pasientadministrativt system (DIPS) i løpet av 2014.

Analyser av data for aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2014 viser at problemet ennå ikke er løst, selv etter overgangen til DIPS. I 2014 var 4,5 prosent av alle episoder på samme dag som en annen ved Oslo universitetssykehus HF. Gjennomsnittet for alle universitetssykehus var 2,4 prosent, mens gjennomsnittet for universitetssykehus uten Oslo universitetssykehus var 1,5 prosent.

Avregningsutvalget anbefaler derfor at aktivitetsbasert finansiering for 2014 ved Helse Sør-Øst RHF/Oslo universitetssykehus avregnes på samme måte som tidligere år.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at ABF-refusjon for konsultasjoner registrert på samme dag for samme pasient ved Oslo universitetssykehus avregnes ned til gjennomsnittet for de øvrige av landets universitetssykehus.

Sak 14/4275 DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt

Denne saken ble behandlet i 2014 og Avregningsutvalget kom da fram til følgende anbefaling: «Avregningsutvalget anbefaler å avregne episoder i DRG 87 med hovedtilstand J96 ved Sykehuset i Vestfold. AU anbefaler å regruppere oppholdene der J96 som hovedtilstand settes til første bitilstand og første bitilstand settes som hovedtilstand.»

Analyser av ABF-grunnlaget for 2013 viste at pasienter bosatt i Vestfold hadde en høy andel episoder i DRG 87 sammenlignet med landet for øvrig. Vekten for DRG 87 var 1,420 i 2013. I Vestfold fylke var det 1,2 opphold per 1 000 innbyggere i DRG 87 i 2013, mens det for landet som helhet var 0,3 opphold per 1 000 innbyggere. Oppholdene var i all hovedsak registrert ved Sykehuset i Vestfold. 97 prosent av opphold i DRG 87 ved Sykehuset i Vestfold var registrert med hovedtilstandskode J96 *Respirasjonssvikt*. Registreringene ved Sykehuset i Vestfold utgjorde nær 20 prosent av alle opphold i DRG 87 registrert med J96 som hovedtilstand.

Sekretariatet sendte den gang brev til Helse Sør-Øst RHF med kopi til Sykehuset i Vestfold og ba om en redegjørelse for hvordan behandlingen av respirasjonssvikt er organisert og bakgrunnen for valg av tilstandskode J96. Sykehuset i Vestfold forklarte at de hadde overforbruk av J96 i perioden 2009-2011 og at kodepraksisen da ble innskjerpet. Bruken av koden har deretter økt litt igjen til 1. tertial 2013.

Sekretariatet ba Helsedirektoratets avdeling EISK redegjøre for retningslinjer for koding av respirasjonssvikt. Avdeling EISK i Helsedirektoratet skrev at J96 er en vanlig kode som kan være både hovedtilstand og annen tilstand. Men J96 skal vanligvis ikke brukes som hovedtilstand hvis man kjenner årsaken til respirasjonssvikten.

Avregningsutvalgets begrunnelse for avregning i saken var basert på at pasientsammensetningen ved Sykehuset i Vestfold ikke er spesielt annerledes enn i resten av landet og at dette handler om overkoding av respirasjonssvikt som hovedtilstand. Pasientene har enten KOLS, pneumoni, lungekreft eller andre sykdommer som skulle ha vært brukt som hovedtilstand.

Analyser av ABF-data fra 2014 viser at kodepraksis ikke er endret ved Sykehuset i Vestfold. Antall opphold i DRG 87 har imidlertid økt fra 2013 til 2014.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler å avregne episoder i DRG 87 med hovedtilstand J96 ved Sykehuset i Vestfold. AU anbefaler å regruppere oppholdene der J96 som hovedtilstand settes til første bitilstand og første bitilstand settes som hovedtilstand.

Sak 14/4293 DRG 323/3230 Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL-behandling

Denne saken ble behandlet i 2014 og dreier seg om opphold gruppert til DRG 323 *Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling* og DRG 3230 *Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling, dagmedisinsk behandling*. Anbefalingen fra Avregningsutvalget for ABF-data 2013 var som følger: «Avregningsutvalget anbefaler avregning av episoder ved Haukeland universitetssykehus gruppert til DRG 323 med prosedyrekodene KAT 00 og KBT 00 og hvor liggetid er lik 1 korrigert for gjennomsnittlig antall episoder ved øvrige sykehus i landet.»

Analyser av ISF-data for 2013 viste at pasienter bosatt i Hordaland hadde en høyere andel opphold i DRG 323 enn landet for øvrig. Pasienter bosatt i Hordaland hadde 1,41 opphold per 1 000 innbyggere i DRG 323, mens tilsvarende for landet som helhet var 0,34 opphold. Samtidig viste analysene at det høye volumet i DRG 323 motsvares av et lavt volum i DRG 3230. Det var ulik praksis mellom institusjoner for registrering av opphold med og uten overnatting ved ESWL-behandling. DRG 3230 inneholder kun behandling med ESWL, mens DRG 323 omfatter flere typer behandling av stein i urinveiene med innleggelse (minst én overnatting).

Sekretariatet gjorde analyser der opphold som ikke dreier seg om ESWL-behandling ble ekskludert; dvs. sett på episoder som kun har med prosedyrekodene KAT 00 Ekstrakorporal sjokkbølgelitetripsi i nyrebekken eller KBT 00 Ekstrakorpral sjokkbølgelitetripsi i ureter. Analysene viste at et høyt antall episoder ved Haukeland universitetssykehus var registrert med overnatting og at det for flere av innleggelsene ved var registrert permisjoner.

Sekretariatet ba Helse Vest RHF / Helse Bergen HF redegjøre for hvorfor andelen opphold i DRG 323 med overnatting er mye høyere ved Haukeland universitetssykehus sammenlignet med institusjoner for øvrig, samt hvordan virksomheten er organisert. Haukeland universitetssykehus begrunnet sitt valg av omsorgsnivå med at epidemiologiske data viser en ganske stor urinsteinfrekvens i Hordaland. De mener derfor det er i tråd med høy behandlingsrate i fylket. Haukeland behandler flest urinveissteiner pga. høy insidens og høy prevalens i befolkningen og pga. høy ekspertise. Direkte bakgrunn for at pasienter som gjennomgår denne behandlingen legges inn er to alvorlige tilfeller av urosepsis etter EWSL-behandling. Ut fra pasientsikkerhets ståsted ble det besluttet at disse pasientene skulle være innlagt på sykehuset. Et fåtall av pasientene ligger nå i sengeavdelingene, majoriteten ligger i sykehotell. De som har bopel i nærheten og kan komme til sykehuset på mindre enn 30 minutter får om de føler seg i stand til det være i hjemmet på permisjon natten over. Samtlige pasienter på permisjon har fritt leie inn til sykehuset dersom de får store smerter og/eller feber. Haukeland universitetssykehus forsvaret derfor sitt valg av behandling og oppfølging av disse pasientene med at det er bygget på beste medisinske skjønn og hvordan det kan gjøres på best mulig måte for pasientene.

Avregningsutvalget anbefalte for 2013-data en avregning for opphold i DRG 323 med KAT00 og KBT00 hvor liggetid er 1. Haukeland avregnes mot et gjennomsnitt av de øvrige foretakenes bruk av innleggelse med ett døgn. Dette for å ta høyde for at pasienter med liggetid lengre enn en dag kan ha medisinske årsaker til det, samt at enkelte pasienter har behov for innleggelse på ett døgn.

Analyser av ABF-data for 2014 viser at det var 168 opphold i DRG 323 med prosedyrekode KAT 00/KBT 00 og hvor liggetid er lik 1 ved Helse Bergen HF. Det var en vekst fra året før.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler avregning av episoder ved Helse Bergen HF gruppert til DRG 323 med prosedyrekodene KAT 00 og KBT 00 og hvor liggetid er lik 1 korrigert for gjennomsnittlig antall episoder ved øvrige sykehus i landet.

Sak 14/4779 Andel opphold i par-DRG E86

Denne saken ble behandlet i 2014 og Avregningsutvalget anbefalte da å avregne alle opphold med E86 som eneste annen tilstand og gi refusjon tilsvarende DRG u/bk.

I medisinske DRG er E86 *Væsketap* en av tilstandskodene med kompliserende egenskap som forekommer hyppigst. For landet samlet i ABF-data for 2013 var E86 kodet som annen tilstand ved 4,4 prosent av alle episoder gruppert til medisinske par-DRG.

Sekretariatet stilte den gang følgende spørsmål til de tre institusjonene med høyest og lavest andel episoder kodet med E86 i medisinske par-DRG:

1. Hvilke kriterier ligger til grunn for koding av tilstandskode E86?
2. Hvorfor er andelen medisinske DRG kodet med E86 ved «din institusjon» betydelig høyere enn gjennomsnittet i Norge? (Kun til institusjonene med høyest andel E86).

Institusjonene som hadde høyest andel episoder kodet med E86 som annen tilstand svarte som følger:

- Helgelandssykehuset HF Mo i Rana og Mosjøen: Kriteriene for koding av E86 er at pasienten har fått intravenøs væske og at dette er dokumentert i journal og kurve. I tillegg har det vært fokus på dehydrering og underernæring hos helseforetaket.
- Sykehuset i Vestfold: Forutsetningen for å bruke E86 som annen tilstand er at det er dokumentert i epikrisen at pasienten var dehydrert ved innleggelse og fikk intravenøs væske. Ved infeksjonsavdelingen blir E86 kodet når det er dokumentert i journal og/eller kurve at pasienten har fått mer enn 1000 ml væske parenteralt.

Institusjonene som hadde lavest andel episoder kodet med E86 som annen tilstand svarte som følger:

- Finnmarkssykehuset HF Klinikk Hammerfest: Mangelfull koding av pasienter som får væskebehandling.
- Aker universitetssykehus: Det finnes ikke kriterier for å kode dette spesifikt. Generelt vil E86 kun benyttes hvis væsketapet har vært spesielt vurdert, først til utsatt behandling eller ført til forlenget liggetid.
- Oslo kommunale legevakt: Lav bruk av E86 ved legevakten skyldes at observasjonsposten er en allmenmedisinsk post med stor andel meget korte opphold, med alle sykdommer, både somatisk og psykiatri. Det gjøres relativt lite avansert diagnostikk, og andre tilstander vil ofte ikke bli kartlagt.

Sekretariatet så på hvilke hovedtilstander som var vanligst når E86 var kodet som annen tilstand. For landet samlet var J15.9 *Uspesifisert bakteriell pneumoni* og N39.0 *Urinveisinfeksjon med uspesifikk lokalisasjon* de vanligste hovedtilstandene når E86 var kodet som annen tilstand.

Helsedirektoratet ved Avdeling EISK uttalte at vanlige regler gjelder for koding av hovedtilstand og annen tilstand. For koding av hovedtilstand skal journaldokumentasjonen vise at tilstanden er behandlet, undersøkt, vurdert eller har hatt betydning for den øvrige behandlingen. Annen tilstand eksisterer samtidig med hovedtilstanden eller utvikler seg i løpet av behandlingsperioden. Annen tilstand må være gjenstand for undersøkelse og behandling som må tas hensyn til eller får konsekvenser for behandlingen av pasienten.

Avregningsutvalget anbefalte avregning basert på at det skal lite til for å få væske når en pasient blir innlagt på helseinstitusjon, og det er ulikt fra institusjon til institusjon når væsketilførsel kodes som E86.

Sekretariatet presenterte to forslag til teknisk beregning:

1. En avregning basert på gjennomsnittet for landet korrigert for «uteliggere». Uteliggere ble definert som de tre institusjonene med høyeste andel E86 som annen tilstand, samt alle institusjoner med mindre enn 1 prosent E86 som annen tilstand.
2. En avregning hvor alle opphold med E86 som eneste annen tilstand gis refusjon lik DRG u/bk.

Avregningsutvalget anbefalte i 2014 en avregning som presentert i alternativ 2 ovenfor. Anbefalingen avspeilte diskusjonen i utvalget og skulle gi en tilbakemelding til sektoren om et overforbruk i koding av E86.

Analyser av ABF-data for 2014 viser at kodepraksis ikke har blitt korrigert fullstendig ved avregnede institusjonene Sykehuset i Vestfold og Helgelandssykehuset Mo i Rana og Mosjøen.

Samtidig hadde Sykehuset Telemark høy andel opphold med E86 som annen tilstand. Det taler for at saken med fordel kan følges opp i 2016.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold gruppert til medisinske par-DRG med E86 *Væsketap* som eneste annen tilstand avregnes ved Sykehuset i Vestfold HF og Helgelandssykehuset Mo i Rana og Mosjøen.

4 TEKNISKE BEREGNINGER

I dette kapitlet beskrives de tekniske beregninger i saker hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering for 2014. ABF er summen av ISF og KMF. Det vil si at ABF i 2014 vil tilsvare det ISF ville vært hvis KMF ikke ble innført. Utrekningene i dette kapitlet er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2014*.

Aktivitetsbasert finansiering beregnes på følgende måte:

$$\text{ISF} + \text{KMF} = \sum \text{Korrigerte DRG-poeng} \times \text{enhetspris} \times \text{refusjonssats (50 \%)}$$

ISF-refusjon for 2014 beregnes etter følgende formel:

$$\sum \text{Korrigerte DRG-poeng} \times \text{enhetspris (40 772 kr)} \times \text{refusjonssats (50 \%)} - \text{KMF}$$

Andel KMF beregnes slik:

$$\sum \text{Poeng}^3 \times \text{enhetspris}^4 \times \text{refusjonssats (20 \%)}$$

³ \sum Poeng er summen av korrigerte DRG-poeng per innleggelse eller poliklinisk konsultasjon i beregningsgrunnlaget for ordningen, oppad begrenset til 4 per opphold.

⁴ For KMF reguleres enhetsprisen i forskrift om Kommunal medfinansiering.

Sak 15/1634 Korte døgnopphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ABF-refusjon for 2014 i sak 15/1634 *Korte døgnopphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk* på bakgrunn av utvalgets anbefaling fra 11. juni 2015.

Avregningsutvalget anbefalte at opphold i DRG 242C ved Betanien Hospital avregnes ned til landsgjennomsnittet uten Betanien Hospital. Beregningen er utført ved å ta utgangspunkt i andel opphold i henholdsvis DRG 242C og 908C *Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk leddsykdom* av summen av de to DRG-ene. For landet uten Betanien Hospital var det gjennomsnittlig 4,3 prosent innleggelser i DRG 242C og 95,7 prosent konsultasjoner i DRG 908C. Opprinnelig andel innleggelser i DRG 242C ved Betanien Hospital var henholdsvis 14,3 prosent. 4,3 prosent av innleggelsene i DRG 242C ved Betanien Hospital «godkjennes». Øvrige innleggelser i DRG-en «underkjennes» og hver innleggelse gis refusjon lik to konsultasjoner i DRG 908C. Ny refusjon er beregnet ved å gi 155 innleggelser vekt for DRG 242C (0,829) og 722 kontakter vekt for DRG 908C (0,029). Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent/beregnet refusjon. Hele avregningsbeløpet går til Helse Sør-Øst RHF.

Sekretariatet presenterte to modeller for teknisk beregning for Avregningsutvalget. Den første modellen avregnet alle «underkjente» innleggelser i DRG 242C tilsvarende to konsultasjoner i DRG 908C *Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk leddsykdom* uavhengig av registrering av kode WBG00 *Intravenøs injeksjon/infusjon av legemiddel*. Den andre modellen tok ut alle opphold der biologisk legemiddel var gitt før beregning av andel «godkjente» opphold. Den siste modellen ga et litt lavere avregningsbeløp. Utvalget mente at man burde ta ut opphold der legemiddel var gitt og valgte den siste modellen.

Tabell 4. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/1634 *Korte døgnopphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk*. Betanien Hospital. ABF 2014.

Institusjon	Opprinnelig DRG 242C		Godkjent DRG 242C		Beregnet DRG 908C*		Anbefalt avregning			
	n	korrvekt	n	korrvekt	n	korrvekt	korrvekt	ISF,kr	KMF,kr	ABF, kr
Betanien Hospital	516	427,764	155	128,667	722	20,926	-278,171	-3 402 480	-2 268 320	-5 670 801
SUM	516	427,764	155	128,667	722	20,926	-278,171	-3 402 480	-2 268 320	-5 670 801

* Modellen tar høyde for at én innleggelse skal erstattes av to polikliniske konsultasjoner.

Sak 15/1793 Kodepraksis for nyfødte - Andel opphold i DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ISF-refusjon for 2014 i sak 15/1793 Kodepraksis for nyfødte - Andel opphold i DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 11. juni 2015.

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med kodene P03.4 Foster og nyfødt påvirket av forløsning ved keisersnitt og P83.1 Erythema toxicum neonatorum avregnes. Beregningen er utført ved å ta utgangspunkt i at alle opphold ved Vestre Viken HF og UNN HF gruppert i DRG 390, med kodene P03.4 Foster og nyfødt påvirket av forløsning ved keisersnitt og P83.1 Erythema toxicum neonatorum som hovedtilstand eller andre tilstander, gis refusjon lik opphold gruppert til DRG 376. Ny refusjon er beregnet ved å gi 188 opphold vekt for DRG 376 (0,657). Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent/beregnet refusjon.

Tabell 5. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/1793 Kodepraksis for nyfødte - Andel opphold i DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem. Per helseforetak. ABF 2014.

Helseforetak	Opprinnelig		Beregnet/godkjent		Anbefalt avregning			
	n	korrvekt	n	korrvekt	korrvekt	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Vestre Viken	188	154,912	188	123,516	-31,396	-640 039	0	-640 039
UNN	273	224,952	273	179,361	-45,591	-929 418	0	-929 418
SUM	461	379,864	461	302,877	-76,987	-1 569 457	0	-1 569 457

Tabell 6. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/1793 Kodepraksis for nyfødte - Andel opphold i DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem. Per RHF. ABF 2014.

Bostedsregion	Opprinnelig		Beregnet/godkjent		Anbefalt avregning			
	n	korrvekt	n	korrvekt	korrvekt	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Helse Sør-Øst	188	154,912	188	123,516	-31,396	-640 039	0	-640 039
Helse Vest	0	0	0	0	0	0	0	0
Helse Midt-Norge	0	0	0	0	0	0	0	0
Helse Nord	273	224,952	273	179,361	-45,591	-929 418	0	-929 418
SUM	461	379,864	461	302,877	-76,987	-1 569 457	0	-1 569 457

Sak 15/1804 Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ABF-refusjon for 2014 i sak 15/1804 *Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 11. juni 2015.

Avregningsutvalget anbefalte at innleggelser registrert med prosedyrekode AAFX00 *Polygrafi* og hovedtilstandskode G47.3 *Søvnapné* eller R06.5 *Munnpusting* gruppert til DRG 520 *Obstruktivt søvnapnesyndrom* ved Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Helse Førde HF avregnes ut fra et nasjonalt gjennomsnitt for øvrige institusjoner. Beregningen er utført ved å ta utgangspunkt i andel opphold i henholdsvis DRG 520 og 803R *Diagnostisk intervensjon ved søvnapné* av summen av de to DRG-ene. For landet uten de tre aktuelle HF var det gjennomsnittlig 2,5 prosent innleggelser i DRG 520 og 97,5 prosent konsultasjoner i DRG 803R. Opprinnelig andel innleggelser i DRG 520 ved Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Helse Førde HF var henholdsvis 99,0 prosent, 98,1 prosent og 99,4 prosent. 2,5 prosent av innleggelsene i DRG 520 ved de tre helseforetakene «godkjennes». Øvrige innleggelser i DRG-en «underkjennes» og gis refusjon lik to konsultasjoner i DRG 803R. Ny refusjon er beregnet ved å gi godkjente innleggelser vekt for DRG 520 (0,256) og underkjente innleggelser vekt for DRG 803R (0,024). Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent/beregnet refusjon.

Tabell 7. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/1804 *Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger*. Per institusjon. ABF 2014.

Helseforetak	Opprinnelig DRG 520		Opprinnelig DRG 803R		Godkjent DRG 520		Beregnet DRG 803R		Anbefalt avregning			
	n	vekt	n	vekt	n	vekt	n	vekt	korrvekt	KMF, kr	ISF, kr	ABF, kr
Akershus univ.sh.	1 040	266,24	11	0,264	26	6,767	2 038	48,915	-210,822	-1 719 123	-2 578 685	-4 297 808
Sykehuset Innlandet	683	174,848	13	0,312	18	4,481	1 344	32,256	-138,423	-1 128 755	-1 693 132	-2 821 887
Helse Førde	320	81,92	2	0,048	8	2,073	626	15,019	-64,875	-529 020	-793 530	-1 322 550
SUM	2 043	523,008	26	0,624	52	13,322	4 008	96,190	-414,120	-3 376 898	-5 065 347	-8 442 245

Tabell 8. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/1804 *Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger*. Per bostedsregion, vasket. ABF 2014.

Bostedsregion	n	Andel	Anbefalt avregning		
			ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Helse Sør-Øst	1 718	0,841	-4 259 553	-2 839 702	-7 099 255
Helse Vest	323	0,158	-800 836	-533 890	-1 334 726
Helse Midt-Norge	0	0,000	0	0	0
Helse Nord	2	0,001	-4 959	-3 306	-8 265
SUM	2 043	1,000	-5 065 347	-3 376 898	-8 442 245

Sak 15/1821 Kodepraksis ved fødsel - Vekst i antall opphold i DRG 376 Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ABF-refusjon for 2014 i sak 15/1821 *Kodepraksis ved fødsel - Vekst i antall opphold i DRG 376 Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 8. mai 2015.

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 376 ved Helse Midt-Norge RHF (Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF) avregnes. Beregningen er utført ved at oppholdene ved Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF registrert med hovedtilstand Z37.0 *enkeltfødsel, levendefødt* som ikke er registrert med prosedyrekode TMA20 *Manuell fødselshjelp ved normal fødsel* gis refusjon lik DRG 373 *Vaginal fødsel u/bk* (vekt 0,416). Øvrige opphold avregnes ikke fordi de har tilstander, for det meste O-koder, som ville havnet i DRG 372 *Vaginal fødsel m/bk* (vekt 0,651).

Tabell 9. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/1821 *Kodepraksis ved fødsel - Vekst i antall opphold i DRG 376 Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon*. Per RHF. ABF 2014.

Bostedsregion	Opprinnelig		Beregnet/godkjent		Anbefalt avregning			
	n	korrvekt	n	korrvekt	korrvekt	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Helse Sør-Øst	2	1,314	2	,832	-0,482	-9 826	0	-9 826
Helse Vest	0	0	0	0	0	0	0	0
Helse Midt-Norge	292	191,844	292	121,472	-70,372	-1 434 604	0	-1 434 604
Helse Nord	1	,657	1	,416	-0,241	-4 913	0	-4 913
SUM	295	193,815	295	122,720	-71,095	-1 449 343	0	-1 449 343

Sak 15/1923 Kodepraksis for opphold i DRG 4750 Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ABF-refusjon for 2014 i sak 15/1923 *Kodepraksis for opphold i DRG 4750 Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 21. august 2015.

Avregningsutvalget anbefalte avregning av konsultasjoner registrert som kontroller og behandlinger med prosedyrekode GXAV20 *Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk* gruppert til DRG 4750 *Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling* ved Helse Bergen HF, Sykehuset i Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset i Østfold HF, Vestre Viken HF og Sørlandet Sykehus HF. Ny DRG og vekt ble beregnet manuelt i NICE basert på hovedtilstandskode registrert på de ulike konsultasjonene, men uten prosedyre GXAV20. Totalt ble 1 118 konsultasjoner regruppet: 900 konsultasjoner fikk DRG 904O *Poliklinisk konsultasjon vedr infeksjon i nedre luftveier/lunge* (vekt 0,050), 203 konsultasjoner havnet i DRG 904B *Poliklinisk konsultasjon vedr KOLS* (vekt 0,059), 14 konsultasjoner fikk DRG 904A *Poliklinisk konsultasjon vedr astma og bronkitt* (vekt 0,049) og 1 konsultasjon fikk DRG 904D *Poliklinisk konsultasjon vedr infeksjon i nedre luftveier* (vekt 0,045). Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent/beregnet refusjon.

Tabell 10. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/1923 *Kodepraksis for opphold i DRG 4750 Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling*. Per helseforetak. ABF 2014.

Helseforetak	Opprinnelig		Beregnet		Anbefalt avregning			
	n	korrvekt	n	korrvekt	korrvekt	KMF, kr	ISF, kr	ABF, kr
Haukeland universitetssykehus	167	23,547	167	8,444	-15,103	-123 156	-184 734	-307 890
Sykehuset Telemark	215	30,315	215	10,912	-19,403	-158 220	-237 330	-395 550
Sykehuset i Vestfold	312	43,992	312	16,074	-27,918	-227 655	-341 482	-569 136
Sykehuset Østfold	91	12,831	91	4,847	-7,984	-65 105	-97 657	-162 762
Vestre Viken	214	30,174	214	11,419	-18,755	-152 936	-229 404	-382 339
Sørlandet sykehus	119	16,779	119	6,012	-10,767	-87 798	-131 698	-219 496
SUM	1 118	157,638	1 118	57,708	-99,93	-814 869	-1 222 304	-2 037 173

Tabell 11. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/1923 Kodepraksis for opphold i DRG 4750 Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling. Per RHF. ABF 2014.

Bostedsregion	Opprinnelig		Beregnet/godkjent		Anbefalt avregning			
	n	korrvekt	n	korrvekt	korrvekt	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Helse Sør-Øst	951	134,091	951	49,264	-84,827	-1 037 570	-691 713	-1 729 283
Helse Vest	167	23,547	167	8,444	-15,103	-184 734	-123 156	-307 890
Helse Midt-Norge	0	0	0	0	0	0	0	0
Helse Nord	0	0	0	0	0	0	0	0
SUM	1 118	157,638	1 118	57,708	-99,93	-1 222 304	-814 869	-2 037 173

Sak 15/1932 Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ISF-refusjon for 2014 i sak 15/1932 *Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 21. august 2015.

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med tilstandskode O72.0 *Blødning i tredje stadium* i DRG 372 *Vaginal fødsel m/bk* ved Sykehuset Innlandet HF, Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF hvor prosedyrekode REGG00 *Transfusjon av allogene erytrocytter* ikke er kodet gis refusjon lik opphold i DRG 373 *Vaginal fødsel u/bk*, vekt 0,458.

Tabell 12. Teknisk beregning av anbefalt avregning for sak 15/1932 *Vekst i antall opphold i DRG 376 Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon – tilstandskode O72.0 Blødning i tredje stadium*. Per helseforetak. ABF 2014.

Helseforetak	Opprinnelig			Beregnet/godkjent			Anbefalt avregning	
	n	korrvekt	Sum korrvekt	n	korrvekt	Sum korrvekt	Korrvekt	ABF, kr
Akershus	331	0,643	212,833	331	0,458	151,598	-61,235	-1 248 337
Sykehuset Innlandet	195	0,643	125,385	195	0,458	89,310	-36,075	-735 425
OUS	809	0,643	520,187	809	0,458	370,522	-149,665	-3 051 071
SUM	1 335	0,643	858,405	1 335	0,458	611,430	-246,975	-5 034 832

Tabell 13. Teknisk beregning av anbefalt avregning for sak 15/1932 *Vekst i antall opphold i DRG 376 Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon – tilstandskode O72.0 Blødning i tredje stadium*. Per bostedsregion. ABF 2014.

Bostedsregion	Opprinnelig			Beregnet/godkjent			Anbefalt avregning			
	n	korrvekt	Sum korrvekt	n	korrvekt	Sum korrvekt	korrvekt	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Helse Sør-Øst	1 335	0,643	858,405	1 335	0,458	611,430	-246,975	-5 034 832	0	-5 034 832
Helse Vest	0			0			0,000	0	0	0
Helse Midt-Norge	0			0			0,000	0	0	0
Helse Nord	0			0			0,000	0	0	0
SUM	1 335	0,643	858,405	1 335	0,458	611,430	-246,975	-5 034 832	0	-5 034 832

Avregningsutvalget anbefaler også at andelen opphold ved Helse Stavanger HF, Sykehuset Innlandet HF og Helse Bergen HF over landsgjennomsnittet for øvrige sykehus med tilstandskode O71.4 *Obstetrisk høy vaginalrift* i DRG 372 *Vaginal fødsel m/bk* gis refusjon lik opphold i DRG 373 *Vaginal fødsel u/bk*, vekt 0,458.

Tabell 14. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/1932 *Vekst i antall opphold i DRG 376 Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon* - tilstandskode O71.4 *Obstetrisk høy vaginalrift*. Per helseforetak. ABF 2014.

Helseforetak	Opprinnelig			Godkjent DRG 372		Beregnet DRG 373				Anbefalt avregning	
	n	korrvekt	Sum korrvekt	n	Sum korrvekt	n	korrvekt	ny korrvekt	Sum korrvekt	korrvekt	ABF, kr
Helse Stavanger	982	0,643	631,426	106	68,447	876	0,458	562,979	401,002	-161,977	-3 302 063
Sykehuset Innlandet	252	0,643	162,036	27	17,565	225	0,458	144,471	102,905	-41,566	-847 372
Helse Bergen	307	0,643	197,401	33	21,398	274	0,458	176,003	125,364	-50,638	-1 032 315
SUM	1 541	0,643	990,863	167	107,410	1 374	0,458	883,453	629,272	-254,182	-5 181 750

Tabell 15. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/1932 *Vekst i antall opphold i DRG 376 Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon* - tilstandskode O71.4 *Obstetrisk høy vaginalrift*. Per bostedsregion. ABF 2014.

Bostedsregion	n	Andel opphold	Anbefalt avregning		
			ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Helse Sør-Øst	261	0,17	-877 636	0	-877 636
Helse Vest	1279	0,83	-4 300 752	0	-4 300 752
Helse Midt-Norge	0	-	0	0	0
Helse Nord	1	0,00	-3 363	0	-3 363
SUM	1 541		-5 181 750	0	-5 181 750

Tabell 16. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/1932 *Vekst i antall opphold i DRG 376 Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon* – samlet beregning for O72.0 og O71.4. Per bostedsregion. ABF 2014.

Bostedsregion	n	Anbefalt avregning		
		ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Helse Sør-Øst	1596	-5 912 468	0	-5 912 468
Helse Vest	1279	-4 300 752	0	-4 300 752
Helse Midt-Norge	0	0	0	0
Helse Nord	1	-3 363	0	-3 363
SUM	2876	-10 216 583		-10 216 583

Sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ISF-refusjon for 2014 i sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 21. august 2015.

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år med ved Sykehuset i Vestfold HF og Vestre Viken HF avregnes.

I journalgjennomgangen ved Sykehuset i Vestfold HF ble 62 opphold revidert. Av disse vurderes 45 opphold (73 prosent) som feilkodet. Beregningen er utført ved å regruppere de reviderte oppholdene ved Sykehuset i Vestfold HF i DRG 416N manuelt i NICE. Oppholdene grupperes til så mange ulike DRG'er slik at det ble valgt å beregne en gjennomsnittlig vekt, lik 1,104. Andelen opphold som var vurdert feilkodet anbefales refusjon lik gjennomsnittlig vekt.

I journalgjennomgangen ved Vestre Viken HF ble 59 opphold revidert. Av disse vurderes 45 opphold (76 prosent) som feilkodet. Beregningen er utført ved å regruppere de reviderte oppholdene ved Vestre Viken HF i DRG 416N manuelt i NICE. Oppholdene grupperes til så mange ulike DRG'er slik at det ble valgt å beregne en gjennomsnittlig vekt, lik 1,008. Andelen opphold som var vurdert feilkodet anbefales refusjon lik gjennomsnittlig vekt.

Tabell 17. Teknisk beregning av anbefalt avregning for sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år. Per bostedsregion. ABF 2014.

Bostedsregion	Opprinnelig korrvekt	Beregnet/godkjent korrvekt	Anbefalt avregning			
			korrvekt	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Helse Sør-Øst	1 897,9	1 200,4	-697,5	-8 531 274	-5 687 516	-14 218 791
Helse Vest	3,9	2,5	-1,4	-17 017	-11 345	-28 362
Helse Midt-Norge	3,9	2,5	-1,4	-17 017	-11 345	-28 362
Helse Nord	0,0	0,0	0,0	0	0	0
SUM	1 905,6	1 205,4	-700,3	-8 565 309	-5 710 206	-14 275 515

Sak 15/1993 Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ABF-refusjon for 2014 i sak 15/1993 Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 *Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 8. mai 2015.

Avregningsutvalget anbefalte at innleggelser registrert med hovedtilstandskode Z03.3 *Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet* ved Helse Bergen HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF, Akershus universitetssykehus HF avregnes ut fra et nasjonalt gjennomsnitt for øvrige institusjoner.

I møtet 24. september presenterte sekretariatet tre forslag til teknisk beregning av anbefalt avregning. Det første forslaget var basert på at refusjon for underkjente opphold ble beregnet ut fra hyppigste kode for annen tilstand, R51 *Hodepine*. Alle avregnede opphold gis lik refusjon ved samtlige HF. Det andre forslaget var basert på at refusjon for underkjente opphold ble beregnet ut fra hyppigste kode for annen tilstand ved det enkelte HF. Dette forslaget tok høyde for at pasientens fødselsår kan gi ulik gruppering i DRG. Det tredje forslaget tok høyde for at noen opphold i utgangspunktet var gruppert til en kompliserende DRG. Avregningsutvalget diskuterte fordeler og ulemper med de ulike forslagene og landet på å avregne etter det andre forslaget.

Den tekniske beregningen er utført ved å ta utgangspunkt i andel opphold med hovedtilstandskode Z03.3 i henholdsvis DRG 34 og 35. For landet uten de aktuelle HF var i gjennomsnitt 8,2 prosent av oppholdene registrert med Z03.3 som hovedtilstand i DRG 34. Andelen for DRG 35 var 17,0 prosent. 8,2 prosent av opphold i DRG 34 og 17,0 prosent av opphold i DRG 35 ved de fem helseforetakene «godkjennes». Øvrige innleggelser i de to DRG-ene «underkjennes» og gis refusjon lik gjennomsnittlig vekt for opphold basert på R-koder registrert som annen tilstand ved eget HF. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent/beregnet refusjon.

Tabell 18. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/1993 *Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet*. Per helseforetak. ABF 2014.

Helseforetak	Opprinnelig ABF				Beregnet ABF for "godkjente" opphold				gj.snitt vekt	Beregnet ABF for "underkjente" opphold		SUM beregnet ABF		Anbefalt avregning			
	DRG 34		DRG 35		DRG 34		DRG 35			n	vekt	n	vekt	vekt	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
	n	vekt	n	vekt	n	vekt	n	vekt									
Helse Bergen	190	276,5	617	599,1	16	22,6	105	102,0	0,682	686	468,1	807	592,8	-282,8	-3 459 135	-2 306 090	-5 765 224
Sh Telemark	20	29,1	143	138,9	2	2,4	24	23,6	0,587	137	80,4	163	106,5	-61,5	-752 252	-501 501	-1 253 753
Sh Østfold	321	468,4	698	677,8	26	38,2	119	115,4	0,581	874	507,7	1 019	661,3	-484,8	-5 929 719	-3 953 146	-9 882 865
Vestre Viken	47	68,4	69	67,0	4	5,6	12	11,4	0,744	100	74,7	116	91,7	-43,7	-534 266	-356 177	-890 443
Akershus univsh	123	179,0	237	230,1	10	14,6	40	39,2	0,580	310	179,6	360	233,4	-175,7	-2 149 184	-1 432 789	-3 581 973
SUM	701	1 021,3	1 764	1 712,8	57	83,4	300	291,7		2 107	1 310,5	2 465	1 685,6	-1 048,5	-12 824 555	-8 549 703	-21 374 258

Tabell 19. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/1993 *Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet*. Per RHF. ABF 2014.

Bostedsregion	Opprinnelig		Anbefalt avregning		
	Kontakter	Andel	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Helse Sør-Øst	1 660	0,7	-8 636 414	-5 757 609	-14 394 024
Helse Vest	783	0,3	-4 073 682	-2 715 788	-6 789 470
Helse Midt-Norge	13	0,0	-67 635	-45 090	-112 724
Helse Nord	9	0,0	-46 824	-31 216	-78 040
SUM	2 465	1,0	-12 824 555	-8 549 703	-21 374 258

Sak 15/4628 Kodepraksis for opphold i DRG 8620 Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ABF-refusjon for 2014 i sak 15/4628 *Kodepraksis for opphold i DRG 8620 Poliklinisk rehabilitering med E66 Fedme som annen tilstand* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 21. august 2015. Sekretariatet har for hver pasient og program beregnet refusjon for én legekonsultasjon med hovedtilstandskode i kategori E66 Fedme og én konsultasjon registrert som gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. Det er forutsatt at en pasient har ett program hver. Legekonsultasjonen grupperes til DRG 910C *Poliklinisk konsultasjon vedrørende fedme og overvekt* og gir 0,043 DRG-poeng. Konsultasjoner registrert som gruppebasert opplæring av pasienter grupperes til DRG 998O *Grupperettet pasientopplæring* og gir 0,023 DRG-poeng. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent/beregnet refusjon.

Tabell 20. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/4628 *Kodepraksis for opphold i DRG 8620 Poliklinisk rehabilitering med E66 Fedme som annen tilstand*. Per HF. ABF 2014.

Helseforetak	Opprinnelig DRG 8620		Beregnet DRG 910C		Beregnet DRG 998O		Anbefalt avregning			
	n	korrvekt	n	korrvekt	n	korrvekt	korrvekt	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Akershus universitetssykehus	620	14,88	90	3,870	90	2,07	-8,940	-109 351	-72 900	-182 251
Sykehuset Innlandet	882	21,168	279	11,997	279	6,417	-2,754	-33 686	-22 457	-56 143
Sørlandet sykehus	4 494	107,856	759	32,637	759	17,457	-57,762	-706 522	-471 014	-1 177 536
Sykehuset i Vestfold	4 726	113,424	518	22,274	518	11,914	-79,236	-969 183	-646 122	-1 615 305
SUM	10 722	257,328	1 646	70,778	1 646	37,858	-148,692	-1 818 741	-1 212 494	-3 031 235

Tabell 21. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/4628 *Kodepraksis for opphold i DRG 8620 Poliklinisk rehabilitering med E66 Fedme som annen tilstand*. Per bostedsregion. ABF 2014.

Bostedsregion	Opprinnelig		Anbefalt avregning		
	n	Andel	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Helse Sør-Øst	10 692	0,997	-1 813 652	-1 209 102	-3 022 754
Helse Vest	21	0,002	-3 562	-2 375	-5 937
Helse Midt-Norge	6	0,001	-1 018	-679	-1 696
Helse Nord	3	0,000	-509	-339	-848
SUM	10 722	1,000	-1 818 741	-1 212 494	-3 031 235

Sak 15/6313 Bruk av prosedyrekode AAG50 Stereotaktisk intrakraniell radioterapi

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ABF-refusjon for 2014 i sak 15/6313 *Bruk av prosedyrekode AAG50 Stereotaktisk intrakraniell radioterapi* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 21. august 2015.

Avregningsutvalget anbefaler at opphold med prosedyrekode AAG50 *Stereotaktisk intrakraniell radioterapi* ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF avregnes.

Beregningen er utført ved å ta utgangspunkt i at oppholdene ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF med prosedyrekode AAG50 regrupperes manuelt i programmet NICE. Oppholdene gis refusjon lik gruppering uten prosedyrekode AAG50. 23 opphold med opprinnelig DRG 3P grupperes til DRG 856X med vekt 0,1900, 1 opphold med opprinnelig DRG 1E grupperes til DRG 11 med vekt 1,027 og 1 opphold med opprinnelig DRG 1E grupperes til DRG 10 med vekt 1,496.

Tabell 22. Teknisk beregning av anbefalt avregning for sak 15/6313 *Bruk av prosedyrekode AAG50 Stereotaktisk intrakraniell radioterapi*. Per bostedsregion. ABF 2014.

Bostedsregion	Opprinnelig ABF		Beregnet ABF		Anbefalt avregning			
	n	korrvekt	n	korrvekt	korrvekt	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Helse Sør-Øst	0	0	0	0	0	0	0	0
Helse Vest	0	0	0	0	0	0	0	0
Helse Midt	0	0	0	0	0	0	0	0
Helse Nord	25	27,818	25	6,893	-20,925	-482 785	56 208	-426 577
SUM	25	27,818	25	6,893	-20,925	-482 785	56 208	-426 577

Sak 13/4904 Flere registrerte episoder samme dag

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ABF-refusjon for 2014 i sak 13/4904 *Flere registrerte episoder samme dag* på samme måte som tidligere år.

Tabell 23. Beregner vektet gjennomsnitt for universitetssykehus uten OUS basert på antall opphold totalt, unike og samme dag. ABF 2014.

Institusjon	Samme dag	Unike	Total	Andel samme dag
Oslo universitetssykehus	35 308	746 845	782 153	4,5
St. Olavs hospital	9 665	395 239	404 904	2,4
Haukeland universitetssykehus	7 345	460 741	468 086	1,6
Akershus universitetssykehus	4 912	332 645	337 557	1,5
Universitetssykehuset i Nord-Norge	2 948	250 817	253 765	1,2
Stavanger universitetssykehus	2 443	329 908	332 351	0,7
SUM	62 621	2 516 195	2 578 816	2,4
SUM uten OUS	27 313	1 769 350	1 796 663	1,5

Tabell 24. Beregner gj.snittlig DRG-poeng per kontakt basert på antall konsultasjoner og summen av DRG-poeng for disse. ABF 2014.

Institusjon	Antall konsultasjoner	Sum korrvekt	Gj.snitt DRG-poeng
Oslo universitetssykehus	641 670	36 466,562	0,06

Tabell 25. Beregner antall korrigerede DRG-poeng som anbefales avregnet. Helse Sør-Øst RHF/Oslo universitetssykehus HF. ABF 2014.

	Samme dag	Andel samme dag	korrvekt	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
DRG-poeng "godkjent" jf. vektet gj.snitt	11 890	1,5	675,7	8 265 342	5 510 228	13 775 571
DRG-poeng utbetalt	35 308	4,5	2143,1	26 213 848	17 475 899	43 689 746
Anbefalt avregning			-1 467,4	-17 948 505	-11 965 670	-29 914 176

Sak 14/4275 DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ABF-refusjon for 2014 i sak 14/4275 DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt etter samme metode som tidligere år.

Ny korrigert vekt (DRG-poeng) er beregnet manuelt ut fra programvaren NICE basert på at første kode blant andre tilstander er satt som hovedtilstandskode, mens J96 er satt som annen tilstand.

Tabell 26. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 14/4275 DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt. Per RHF. ABF 2014.

Bostedsregion	Opprinnelig DRG 87		Beregnet	Anbefalt avregning			
	n	korrvekt	korrvekt	korrvekt	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Helse Sør-Øst	586	834,022	600,359	-233,663	-2 858 070	-1 905 380	- 4 763 450
Helse Vest	2	2,846	2,153	-0,693	-8 476	-5 651	-14 127
Helse Midt-Norge	0	0	0	0	0	0	0
Helse Nord	0	0	0	0	0	0	0
SUM	588	836,868	602,5	-234,356	-2 866 546	-1 911 031	-4 777 577

Sak 14/4293 DRG 323/3230 Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL-behandling

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ABF-refusjon for 2014 i sak 14/4293 DRG 323/3230 Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling basert på samme metode som tidligere år.

Ny korrigert vekt (DRG-poeng) er beregnet for innleggelser ved Haukeland universitetssykehus gruppert til DRG 323, med prosedyrekodene KAT 00 og KTB 00 og hvor liggetid er lik 1 korrigert for gjennomsnittlig antall opphold ved øvrige sykehus i landet. En andel på 8 % av oppholdene i DRG 323 ved Haukeland universitetssykehus godkjennes likt landsgjennomsnittet for øvrige sykehus, de beholder DRG 323 med vekt 0,709. 92 % av oppholdene anbefales en refusjon lik DRG 3230 med vekt 0,147.

Tabell 27. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 14/4293 DRG 323/3230 Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling. Per RHF. ABF 2014.

Bostedsregion	Opprinnelig DRG 323/3230		Beregnet/ny korrvekt	Anbefalt avregning			
	n	korrvekt		korrvekt	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Helse Sør-Øst	0	0	0	0	0		0
Helse Vest	168	119,1	32,5	-86,6	-1 058 940	- 705 960	-1 764 900
Helse Midt-Norge	0	0	0	0	0		0
Helse Nord	0	0	0	0	0		0
SUM	168	119,1	32,5	-86,6	-1 058 940	- 705 960	-1 764 900

Sak 14/4779 Andel opphold i par-DRG E86

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ABF-refusjon for 2014 i sak 14/4779 *Andel opphold i par-DRG E86* basert på samme metode som tidligere år.

Ny korrigert vekt (DRG-poeng) er beregnet i NICE basert på at alle episoder med E86 som eneste annen tilstand gis refusjon lik DRG u/bk.

Tabell 28. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 14/4779 *Andel opphold i par-DRG E86*. Per institusjon. ABF 2014.

Institusjon	Opprinnelig		Beregnet korrvekt	Anbefalt avregning			
	n	korrvekt		korrvekt	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Sykehuset i Vestfold	213	190,649	127,779	-62,9	-769 001	-512 667	-1 281 668
Helgelandssykehuset Mosjøen	22	18,221	12,661	-5,6	-68 008	-45 338	-113 346
Helgelandssykehuset Mo i Rana	56	49,606	32,348	-17,3	-211 093	-140 729	-351 822
SUM	291	258,476	172,788	-85,7	-1 048 101	-698 734	-1 746 836

Tabell 29. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 14/4779 *Andel opphold i par-DRG E86*. Per RHF. ABF 2014.

Bostedsregion	Opprinnelig		Beregnet korrvekt	Anbefalt avregning			
	n	korrvekt		korrvekt	ISF, kr	KMF, kr	ABF, kr
Helse Sør-Øst	208	185,38	124,401	-61,0	-745 871	-497 247	-1 243 118
Helse Vest	4	3,686	2,373	-1,3	-16 060	-10 707	-26 767
Helse Midt-Norge	3	2,981	1,951	-1,0	-12 599	-8 399	-20 998
Helse Nord	76	66,429	44,063	-22,4	-273 572	-182 381	-455 953
SUM	291	258,476	172,788	-85,7	-1 048 101	-698 734	-1 746 836

5 VEDLEGG: ANBEFALINGER ABF 2000-2013

Tabell 30. Oversikt over Avregningsutvalgets anbefalinger om avregning av Aktivitetsbasert finansiering, 2000-2013, fordelt på kapitler i kodeverkene ICD-10 og NCSP/NCMP

År	Saksnummer- og tittel	Beskrivelse	ICD-10/NCSP/NCMP
2000	Sak 05/01 - Oppsplitting av sykehusopphold ved overflytting til ny rehabiliteringspost	Utskrivnings- og registreringspraksis etter opprettelse av ny rehabiliteringsavdeling ved Telemark Sentralsjukehus. Pasientene, i hovedsak eldre, skrives inn og ut innen et kort tidsrom.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
2002	Sak 03/03 - ISF-avregning for Helse Sør i forhold til behandling av pasienter med søvnapné ved Sørlandet sykehus HF Arendal	Pasienter som fikk utført inngrepene tonsillektomi/adenotomi (NCSP-koder EMB10-EMB30) ble i vesentlig høyere grad enn ved tilsvarende sykehus registrert med hoveddiagnose G47.3 Søvnapné.	Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)
	Sak 5/03 - DRG 4 Påfylling baklofenpumper	Feil bruk av prosedyrekoden ABD99 som kun skal brukes ved operative inngrep som implantering av baclofenpumpe. Koden ble feilaktig registrert ved hver påfylling av baclofen, noe som er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	Sak 5/03 - DRG 8 Botoks-injeksjoner	Feil bruk av de uspesifikke prosedyrekodene ACB19 og ACW99 ved injeksjoner som ikke er operasjoner. Injeksjonene er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	Sak 7/03 - Z03.x og Z04.x Depresiserende kodingspraksis	Observasjonskoder innen kap. XII (Z00-Z99) i ICD-10 settes ofte foran mer presise bidiagnosekoder	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	Sak 7/03 - Z08.x	Bruk av hoveddiagnose Z08.x er korrekt for de aktuelle pasientene, men feilaktig nullstilt takst (B43d) uten sammenheng med konsultasjonen for øvrig er benyttet. B43d er en dagkirurgisk takst. Mange opphold registrert med prosedyrekode HADxx	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
2003	Sak 9/04 - Bruk av J22 Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier	Diagnosen J22 bør ikke benyttes for pasienter som har lungebetennelse (pneumoni J13-J18) som hovedtilstand.	Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)

2004	Sak 02/05 - Økning i DRG 380 Abort uten kirurgiske inngrep og tilstander etter abort	Relativt mange pasienter med to eller flere opphold gruppert til DRG 380, de fleste av dem med nullstilt takst B21a. Praksisen ved institusjonen skyldtes feilregistrering.	Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)
	Sak 03/05 - Søvnobservasjon ved Omniasykehuset	Bruk av nærliggende hotell ved søvnutredninger. Hotellet var ikke godkjent i ISF-ordningen. Saken gjelder opphold gruppert til DRG 35 med hoveddiagnose G47.3 Søvnapné.	Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)
2005	Sak 08/06 - Sammenheng mellom prosedyre- og takstkoder (laserkirurgi)	Gjelder konsultasjoner kodet med takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi (QAA40). Den aktuelle taksten var utarbeidet for tradisjonell kirurgi.	Hud (Kapittel Q)
	Sak 11/06 - DRG 346 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk	Stor vekst i antall opphold ved institusjon i Helse Vest. Seriebehandling – i snitt ti kurer over to dager. Dette er ikke i overensstemmelse med utbredt klinisk praksis.	Svulster (C00-D48) Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	Sak 13/06 - Fordeling av opphold i DRG 467 Påvirkninger i helsetilstanden ITAD	Gjelder følgende hoveddiagnosekoder: <ul style="list-style-type: none"> - Z00.6 Undersøkelse av kontrollperson i klinisk forskningsprogram: forskningsfinansierte opphold ble ikke merket i institusjonens pasientadministrative system - Z51.3 Blodoverføring: det er feil kodepraksis å bruke denne koden for å registrere pasienter som mottar blodoverføring. - Z51.8 Annet spesifisert behandlingstiltak: bruk av koden er ikke i samsvar med veiledning i ICD-10. Oppholdene er gruppeundervisning og skal registreres som poliklinikk med takst A99. 	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
2006	Sak 07/2438 - DRG 297 Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk	Hoveddiagnose E66.8 Annen spesifisert fedme, ingen bidiagnoser. Behandlingen var et gruppetilbud som ikke skal finansieres gjennom ISF.	Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)

	Sak 07/2440 - DRG 172 Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene	Stor vekst og volum i institusjon i Helse Vest. Seriebehandling. Sammenheng med sak 11/06.	Svulster (C00-D48)
	Sak 07/2819 - Journalgjennomgang DRG 462B Rehabilitering, vanlig	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
2007	Sak 08/2946 - Oppfølging av dagrehabilitering i DRG 462B	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	Sak 08/4416 - DRG 243 Ryggglidelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen	Stor vekst i dagopphold i DRG 243. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Andre ryggglidelser (M50-M54)
	Sak 08/4418 - DRG 271 Kroniske sår i huden	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Andre lidelser i hud og underhud (L80-L99)
	Sak 08/4419 - DRG 179 Inflammatoriske tarmsykdommer	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Ikke-infeksiøs enteritt og kolitt (K50-K52)
	Sak 08/6252 - Registrering og koding av laserbehandling	Oppfølging av sak 07/4920 Registrering og koding av laserbehandling behandlet i 2007 og sak 08/06 Sammenheng mellom takst og prosedyrekoder behandlet i 2006. Gjelder konsultasjoner kodet med takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi (QAA40). Den aktuelle taksten var utarbeidet for tradisjonell kirurgi.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
2008	Sak 09/3129 - DRG 13 Multippel sklerose & cerebellar ataksi	Stor vekst i dagopphold i DRG 13. Med unntak av første dag i en behandlingsserie burde oppholdene vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)

	Sak 09/3130 – DRG 73 Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år	Stor vekst og volum i DRG 73. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Andre lidelser i øre (H90-H95); Godartede svulster (D10-D36)
	Sak 09/3759 – DRG 347 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk	Vekst i antall dagopphold i DRG 347. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Ondartede svulster i mannlige kjønnsorganer (C60-C63)
	Sak 09/3931 – DRG 465 Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose	Stort volum i DRG 465.	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54)
2009	Sak 10/4474 - DRG 475 Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte	Koding av KOLS.	Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99) <i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, etc (Kapittel G)</i>
2010	11/776 - HDG 24 Signifikant multitraume	Koding av opphold i HDG 24 Signifikant multitraume og regler for bruk av tilstandskoder i kategoriblokkene T00-T07.	Skader som omfatter flere kroppsregioner (T00-T07)
	11/2628 - Bruk av LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus	Bruk av NCSP-koden LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus. Denne koden representerer instrumentell fjerning av spiral, en prosedyre som bare utføres hvis vanlig fjerning ikke lykkes.	<i>Kvinnelige genitalia (Kapittel L)</i>
	11/2700 - DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen	Preoperative undersøkelser av begge øynene som ble kodet med NCSP-kode ZXA 10 Bilateral som indikerer tosidig prosedyre, selv om selve operasjonen var ensidig.	<i>Tilleggs-koder til alle øvrige kapitler (Kapittel Z)</i>
	11/2832 - DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>

	11/3420 - DRG 814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse	Feil bruk av NCMP-koden MAGM00 Medikamentell svangerskapsavbrytelse. Koden var brukt flere ganger per abort.	<i>Fødselshjelp og prosedyrer under svangerskap (Kapittel M)</i>
	11/3421 - DRG 477O Uvanlige kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekoder	Feil bruk av prosedyrekoden ACW99 Annen operasjon på perifer nerve.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
2011	12/3157 - Bruk av hovedtilstandskode Z76.8	Feil koding av ledsager og bruka v Z76.8 som samlekode i stedet for mer presise koder, gruppeomvisning og oppretting av journalnotat	Kontakt med helsetjenesten under andre omstendigheter (Z70-Z76)
	12/3204 - DRG 266O Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi	Feil bruk av ZZR 00 Hudlapp	<i>Tilleggs-koder (Kapittel Z)</i>
	12/3641 - Klinisk nevrofysiologi og bruk av takst 702a-g	Nevrofysiologiske laboratorieundersøkelser skal ikke inngå i ISF-ordningen	Takstkoder
	12/3884 - Fedme og hovedtilstandskode Z50.9	Feil hoved- og bitilstandskode ved behandling av pasienter med syklig overvekt	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54) Fedme og annen overernæring eller hyperalimentasjon (E65-E68)
	12/4791 - Dagopphold i DRG 462B – Rehabilitering, vanlig	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 Vanlig rehabilitering ved dagopphold	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54)

	12/5616 - Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54)
	12/5893 Flere registrerte episoder samme dag	Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner	
	12/1515 Feilregistreringer ved Vestre Viken HF, Drammen sykehus	Feilkoding av omsorgsnivå	
2012	13/3827 Tannkirurgi og bruk av prosedyrekode ECW99	Feil bruk av ECW99 Annen operasjon på gingiva eller processus alveolaris	Tenner, kjever, munn og pharynx (Kapittel E)
	13/3833 Opphold i DRG DD02 og koding av øyekirurgi som innleggelser	Feil koding av omsorgsnivå for øyekirurgi	Sykdommer i årehinne (choroidea) og netthinne (retina) (H30-H36) / Øyet og øyeregionen (Kapittel C)
	13/3902 DRG 459O Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av QCD 10 Revisjon av brannskade på overekstremitet	Hud (Kapittel Q)
	13/3904 DRG 461O Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling		
	13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi	Gjentagende bruk av GBB00 Tracheostomi og GBB03 Perkutan tracheostomi for samme pasient	Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunger og mediastinum (Kapittel G)
	13/4163 DRG 462O Poliklinisk rehabilitering	Uheldig bruk av koden Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstilak	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)

	13/4395 – Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 <i>Vanlig rehabilitering</i> ved dagopphold	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54)
	13/4901 - DRG 266O Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av ZZR 00 <i>Hudlapp</i>	<i>Tilleggskoder (Kapittel Z)</i>
	13/4904 - Flere registrerte episoder samme dag	Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner	
	13/4906 – Oppfølging av sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8	Feil koding av ledsager og bruk av Z76.8 som samlekode i stedet for mer presise koder, gruppeomvisning og oppretting av journalnotat	Kontakt med helsetjenesten under andre omstendigheter (Z70-Z76)
	13/5150 - DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
	13/8909 - Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54)
	13/999 – Vekst i bruk av kode Z75.1	Sykehusopphold som inkluderer avdelingsopphold med Z75.1 <i>Person som venter på omsorg/passende tilbud annet sted</i> som hovedtilstandskode.	Kontakt med helsetjenesten under andre omstendigheter (Z70-Z76)
	13/6805 – Valg av omsorgsnivå for dagopphold - ulik praksis mellom HF	Ulik koding av omsorgsnivå for dagopphold med samme tilstandskode	Z50.1, G35, H90.5, M50.1, M45
2013	14/4230 – DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem	Feil bruk av tilstandskoder i kategori P92 <i>Problemer med næringsinntak hos nyfødt</i>	Kategoriblokk P92 Problemer med næringsinntak hos nyfødt
	14/4275 - DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt	Feil bruk av tilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt</i>	<i>J96 Respirasjonssvikt</i>

14/4293 - DRG 323/323O Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL-behandling	Feil valg av omsorgsnivå for opphold i DRG 323 registrert med prosedyrene KAT00 og KBT00	KAT00 <i>Ekstrakorporal sjokkbølgelitotripsi</i> og KBT00 <i>Ekstrakorporal sjokkbølgelitotripsi i ureter</i>
14/4779 - Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 Væsketap er kodet som annen tilstand	Feil bruk av tilstandskode E86 <i>Væsketap</i>	E86 <i>Væsketap</i>

AVREGNINGSUTVALGET 2015

<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/avregningsutvalget>