

Versjon 1

# Innsatsstyrt finansiering 2002

med prisliste



HELSEDEPARTEMENTET

## INNHOLDSFORTEGNELSE

GENERELT OM SYKEHUSREFORMEN .....	3
GENERELT OM BUDSJETT 2002 .....	3
<b>DEL I.....</b>	<b>5</b>
<b>GENERELT OM ISF I 2002 .....</b>	<b>5</b>
FORMÅL MED FINANSIERINGSORDNINGEN .....	5
OMFANGET AV ORDNINGEN .....	5
NYE INSTITUSJONER I ISF FRA 2002 .....	6
PRIVATPRAKTISERENDE AVTALESPELIALISTER .....	6
MOTTAKER AV REFUSJON OG RAPPORTERING .....	7
GJESTEPASIENTOPPGJØR .....	7
DRG-REFUSJON .....	8
OPPFØLGING AV REGELVERK .....	8
PROGNOSER OG ØKONOMI .....	9
INNHEMING AV DATA, SERVICE OG ANALYSER .....	9
FORSKJELLER I ISF GRUNNLAG OG DATA PRESENTERT I SAMDATA SYKEHUS .....	9
UTVIKLINGSARBEID/FORBEDRINGER I ISF .....	10
HVA ER NYTT I ÅR 2002? .....	12
<b>FRA AKTIVITET TIL ØKONOMI.....</b>	<b>15</b>
RAPPORTERING .....	15
FJERNING AV KRYPTAKET .....	16
BEREGNING AV DRG-REFUSJONEN .....	16
UTBETALING AV DRG-REFUSJONER .....	17
<b>SPEIELLE ADMINISTRATIVE FORHOLD I DATAREGISTRERING .....</b>	<b>19</b>
POLIKLINISKE PASIENTER VERSUS INNLAGTE PASIENTER .....	19
PASIENTER BEHANDLET I UTLANDET ETTER DIREKTE HENVISNING FRA DE REGIONALE HELSEFORETAK .....	19
DAGKIRURGI .....	20
PSYKIATRI PASIENTER .....	21
KOMMUNENUMMER .....	21
DØD VED ANKOMST .....	21
DAGOPPHOLD .....	21
DIALYSEPASIENTER .....	21
PASIENTOPPHOLD SOM IKKE FINANSIERES VIA ISF .....	22
ANSVARSMESSIG SKILLE MELLOM PASIENTER INNENFOR OG UTENFOR SYKEHUS .....	22
<b>SPEIELLE OMRÅDER INNENFOR ISF .....</b>	<b>23</b>
IKKE-KIRURGISK KREFTBEHANDLING .....	23
DAGKIRURGI .....	25
NYFØDTE I HDG 15 .....	25
FRISKE NYFØDTE I DRG 391 .....	27
PEDIATRI .....	27
REHABILITERING .....	28
HØYKOSTNADSMEDISIN .....	30
STERILISERING .....	33
<b>UØNSKEDE VRIDNINGSEFFEKTER? .....</b>	<b>34</b>
<b>DEL II .....</b>	<b>35</b>
<b>DRG-SYSTEMET .....</b>	<b>35</b>
GRUPPERINGSPROGRAM .....	35
NORDISK SAMARBEID .....	35
KRAV OM REGISTRERING AV PASIENTDATA .....	36
NYE KOSTNADSVEKTER FOR NORSKDRG .....	36

LOGIKK I DRG-KLASSIFISERINGEN .....	40
SPESIELLE DRG-ER .....	45
<b>KRAV TIL KODEPRAKSIS, GJELDENE KODEVERK OG DEFINISJONER .....</b>	<b>46</b>
VALG AV HOVEDDIAGNOSE .....	47
KODING AV DIAGNOSER .....	47
REGISTRERING AV DIAGNOSE MED FLERE KODER (MULTIPPEL KODING).....	48
SVERD- OG STJERNESYSTEMET (PARKODING).....	48
ANNEN MULTIPPEL KODING .....	48
KODING AV BIDIAGNOSER .....	48
KODING AV PROSEDYRER .....	49
<b>INNRAPPORTERING AV DATA .....</b>	<b>50</b>
NPR-RECORD I ÅR 2002 .....	50
NY NPR-RECORD I 2003 .....	50
REGISTRERING AV MEDISINSKE KODER I FORHOLD TIL INNRAPPORTERING AV DATA.....	50
<b>VEDLEGG A: PRISLISTE DRG 2002 .....</b>	<b>53</b>
<b>VEDLEGG B: DEFINISJON BEGREPER.....</b>	<b>69</b>
<b>VEDLEGG C: INSTITUSJONER SOM INNGÅR I ISF-ORDNINGEN FOR 2002.....</b>	<b>71</b>

## **Dette dokumentet gir viktig informasjon om innsatsstyrt finansiering (ISF) som vil være gjeldende for år 2002**

*Innsatsstyrt finansiering 2002* beskriver retningslinjer for finansieringsordningen. Dokumentet inneholder også en liste over de institusjoner som omfattes av ordningen, samt en prislistedel.

For å lette tilgangen til informasjonen for ulike brukere, er dette dokumentet delt inn i to deler. Den første delen gir en generell beskrivelse av finansieringsordningen, og inneholder videre informasjon om rapportering av data og utbetaling av DRG-refusjonen. Den andre delen gir en beskrivelse av selve DRG-systemet, samt særskilte krav som er satt til koding av administrative- og medisinske data. Disse særskilte kravene til koding av medisinske data kommer i tillegg til retningslinjer som er gitt i medisinske kodeverk som gjelder for landets somatiske sykehus.

Endringer i ordningen som er gjort gjeldende fra 1.1.2002, er beskrevet i del I under punktet ”Hva er nytt i år 2002?”.

### ***Generelt om sykehusreformen***

---

Det vil i 2002 være de regionale helseforetakene som er mottakere av ISF-refusjonen. De regionale helseforetakene er ansvarlige for fordelingen av driftsmidlene videre til helseforetakene og til private aktører dersom de har avtalt at pasienter skal behandles ved disse institusjonene. Dette betyr at de regionale foretakene overtar fylkeskommunale driftsavtaler med private spesialister og driftsavtaler med private sykehus. De regionale helseforetakene kan også inngå nye avtaler med private sykehus. En liste over institusjoner som inngår i ISF-ordningen er presentert i vedlegg C.

### ***Generelt om budsjett 2002***

---

For 2002 er det bevilget 14 575 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Bevilgningen bygger på en ytterligere vekst i aktiviteten fra 2001 på 1,5 prosent. DRG-refusjonen økes til 55 prosent av full DRG-pris for 2002.



## **DEL I**

### **Generelt om ISF i 2002**

#### ***Formål med finansieringsordningen***

---

Stortinget vedtok i 1996 å innføre innsatsstyrt finansiering (ISF) av somatiske sykehus med virkning fra 1. juli 1997. Hovedmålsettingen med finansieringsordningen er å øke aktiviteten ved landets sykehus. Økt behandlingsaktivitet skal bidra til å redusere unødig ventetid for behandling.

#### ***Omfanget av ordningen***

---

Finansieringsordningen omfatter pasienter behandlet ved innleggelse, og pasienter behandlet med dagkirurgi og enkelte dagmedisinske prosedyrer. Behandlingen skal skje på oppdrag fra de regionale helseforetakene ved statlige eller andre offentlig godkjente somatiske sykehus og fødestuer. Vedlegg C gir en oversikt over institusjoner som omfattes av ordningen.

Stortinget har vedtatt at de regionale helseforetakene også skal få ISF-refusjon når de kjøper dagkirurgisk behandling hos privatpraktiserende avtalespesialister utenfor offentlig godkjente sykehus fra og med 1. januar 2002. Både i de tilfellene der behandlingen skjer hos privatpraktiserende avtalespesialister og på ikke-statlige offentlig godkjente sykehus, blir ISF-refusjonen utbetalt til det regionale helseforetaket. Det er kun pasienter som først har vært henvist til et helseforetak/sykehus som gir grunnlag for ISF-refusjon. Det er en forutsetning at avtalespesialisten eller det behandlerende sykehuset på forhånd har inngått en samarbeidsavtale med et regionalt helseforetak. Ordningen med ISF-refusjon til regionale helseforetak som kjøper dagkirurgiske tjenester hos privatpraktiserende avtalespesialister er nærmere beskrevet på side 5.

Fra og med 1999 omfatter ISF-ordningen også pasienter som henvises fra de regionale helseforetakene til behandling i utlandet grunnet kapasitetsproblemer ved egne sykehus eller der det mangler nødvendig kompetanse i Norge. Denne ordningen med direkte henvisning etter avtale mellom det regionale helseforetaket og sykehuset i utlandet gjelder i tillegg til den muligheten de regionale helseforetakene har til å få pasienter behandlet i utlandet via RTV og prosjektet "kjøp av helsetjenester i utlandet". Dersom pasientene henvises via RTV, vil det altså ikke gis DRG-refusjon. For ytterligere opplysninger om prosjektet "kjøp av tjenester i utlandet", vises det til <http://www.pasientbroen.no/pasientbroen.html>.

Poliklinisk behandling hvor RTV-takst finnes, finansieres ikke gjennom ISF. Unntatt fra dette er takster for dagkirurgi og cytostatikabehandling, de såkalte "nullstilte" takstene.

Innlemming av nye pasientgrupper og markerte kapasitetsutvidelser i ordningen, vurderes etter søknad og skal være gjenstand for godkjenning i departementet før eventuell innlemming i ISF. Organisatoriske endringer eller funksjonsfordeling mellom sykehus som fører til at

## **DEL I**

### *Innsatsstyrt finansiering 2002*

---

behandlingsopplegg systematisk blir oppdelt i flere opphold, skal varsles og drøftes med Helsedepartementet (HD).

Finansieringsordningen omfatter ikke pasienter som betaler for behandlingen selv, eller betales for gjennom andre ordninger.

#### ***Nye institusjoner i ISF fra 2002***

---

Tre nye institusjoner har blitt offentlig godkjent siden 1997, og vil fra og med 2002 innlemmes i ISF ordningen:

Buskerud:	Spesialistklinikken Drammen private sykehus
Møre og Romsdal:	Medi 3
Østfold:	Ringvoll Klinikken

#### ***Privatpraktiserende avtalespesialister***

---

Refusjonen for dagkirurgi utført hos privatpraktiserende avtalespesialist utbetales til det regionale helseforetaket, og dekker pasienter som først har vært henvist til et helseforetak/sykehus. Det er en forutsetning at avtalespesialisten og et regionalt helseforetak på forhånd har inngått en samarbeidsavtale. Det er opp til partene å avtale godtgjørelsen fra helseforetaket til avtalespesialisten. Avtalespesialisten mottar egenandeler fra pasientene etter samme takster som for sine øvrige pasienter (egenandel som fremgår av takst 3ad i normaltariffen tilsvarende egenandel 201b for offentlige poliklinikker). Pasienter som henvises til avtalespesialist for behandling som utløser ISF-refusjon til det regionale helseforetaket skal altså betale det samme i egenandel, enten behandlingen foregår i eller utenfor sykehus.

I de tilfellene der de privatpraktiserende avtalespesialistene har kortere ventetider enn helseforetaket/sykehuset har et av formålene med endringen vært å la pasientene få nytte av dette. Det er derfor vesentlig at helseforetaket/sykehuset snarest mulig etter at det er tatt en beslutning om å kjøpe tjenester fra den privatpraktiserende avtalespesialisten opplyser om dette og oversender den nødvendige informasjon om pasienten slik at avtalespesialisten kan innkalle pasienten.

Med denne nye ordningen vil de privatpraktiserende avtalespesialistene foreta noe pasientbehandling som utløser takstrefusjon fra RTV og som utbetales til de privatpraktiserende avtalespesialistene selv, og noe pasientbehandling som gir ISF-refusjon til de(t) regionale helseforetak (RHF) avtalespesialisten på forhånd har inngått samarbeidsavtale med.

For å unngå at dagkirurgiske inngrep utført av privatpraktiserende avtalespesialister skal utløse både takstrefusjon fra RTV og ISF-refusjon via det regionale helseforetaket, vil Norsk pasientregister (NPR) på oppdrag fra Helsedepartementet etablere en kontrollrutine i forbindelse med innrapporteringen av virksomhetsdata fra avtalespesialistene.

## ***DEL I***

### *Innsatsstyrt finansiering 2002*

---

Det er en forutsetning at de privatpraktiserende avtalespesialistene som ønsker å delta i ordningen rapporterer inn pasientadministrative data elektronisk til NPR. Den enkelte privatpraktiserende avtalespesialist sender komplette virksomhetsdata til NPR tertialvis, på lik linje med sykehusene. Første levering, som omfatter data fra 1. tertial vil da være 10. mai 2002.

#### ***Mottaker av refusjon og rapportering***

---

De regionale helseforetakene er mottakere av refusjonene som utbetales via finansieringsordningen. Helsedepartementet fastsetter månedlige a konto utbetalinger basert på forventede refusjoner i driftsåret. En foreløpig avregning vil bli foretatt etter at utbetalingsgrunnlaget for 2. tertial er gjennomgått av departementet. Den endelige avregningen for 2002 vil bli gjort våren 2003.

Utbetalingsgrunnlaget er pasientdata innrapportert fra sykehusene til Sintef Unimed Norsk pasientregister (NPR). NPR kvalitetskontrollerer hvert tertial pasientdataene for å sikre at de er i tråd med gjeldende retningslinjer for ordningen. Sykehusene vil etter hvert tertial få tilbakemelding på datakvaliteten fra NPR.

Sintef Unimed Avdeling for pasientklassifisering og finansiering (PaFi) og departementet gjennomgår hvert tertial aktivitetstallene, og gir tilbakemelding om aktivitet og økonomi til de regionale helseforetakene og sykehusene.

DRG-refusjonen utbetales til det regionale helseforetaket i helseregionen hvor pasienten er hjemmehørende uavhengig av om sykehusoppholdet har funnet sted ved et sykehus innenfor dette regionale foretaket, eller ved et sykehus tilknyttet et annet regionalt foretak.

#### ***Gjestepasientoppgjør***

---

Gjestepasientoppjøret ble lagt om fra 1. mars 2001. Omleggingen innebærer at man gikk bort fra kurdøgnsatser, som avhenger av antall liggedager, og over til et oppgjør der DRG-baserte kostnader legges til grunn.

De regionale helseforetakene oppfordres til å inngå avtaler der det er mulig. Der ikke egne avtaler inngås, gjelder en normert pris på 80 prosent av full DRG-pris. Anbefalingen om å velge 80 prosent DRG-pris er basert på en avveining mellom omfordelingseffekter og nødvendig nivå for å sikre at sykehusene ikke skal tape på pasienter som benytter seg av retten til fritt sykehusvalg. Dette nivået vil være gjenstand for en årlig vurdering. I likhet med i 2001 vil det også i 2002 gjøres unntak for Radiumhospitalet, hvor det fastsettes normerte priser på 85 prosent av full DRG-refusjon. Radiumhospitalets spesielle pasientgrunnlag og lange liggetider er årsak til dette.

Omfanget av oppjøret i 2002 er redusert i forhold til tidligere, da det kun vil være grunnlag for oppgjør mellom de regionale helseforetakene.



For nærmere informasjon vises til Rundskriv I-6/2001 *Omlegging av gjestepasientoppjøret fra 1. mars 2001 (somatiske sykehus)* (<http://www.dep.no/hd/norsk/publ/rundskriv/030071-250015/index-dok000-b-n-a.html>).

### ***DRG-refusjon***

---

ISF-refusjonen som beregnes for hvert regionalt helseforetak har DRG-systemet som utgangspunkt. DRG-systemet klassifiserer *sykehusopphold* i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. For hver DRG er det beregnet en kostnadsvekt som gir uttrykk for relativ ressursbruk for denne gruppen. Kostnadsvektene som anvendes i 2002 er utarbeidet med utgangspunkt i kostnads- og driftsdata fra 2000. Kostnadsvekten for en DRG kan brukes for å beregne aktivitet i DRG-poeng, eller gjennomsnittskostnad for ett opphold i denne gruppen. Total aktivitet i DRG-poeng for hele helseforetaket eller sykehus får man ved å beregne summen av poeng i alle DRG-ene. Den relative kostnadsvekten kombinert med årets enhetspris gir gjennomsnittsprisen i kroner for hver DRG det aktuelle året.

Refusjonssatsen er av Stortinget satt til 55 prosent i 2002, som betyr at refusjonen dekker 55 prosent av gjennomsnittskostnaden. Dekningsgraden gjennom ISF kan dermed variere fra pasient til pasient innen en og samme DRG. For noen pasienter vil dekningsgraden være lavere enn 55 prosent på grunn av lang liggetid eller spesielle behandlingsopplegg. For andre pasienter vil dekningsgraden være høyere enn 55 prosent. For å vurdere dekningsgraden innen en DRG er man derfor nødt til å se alle pasientene i en DRG under ett.

Samme gjennomsnittlig refusjon for alle opphold i en DRG kan også gi ulik dekningsgrad gjennom ISF avhengig av behandlingssted. Samme enhetspris og samme sett av kostnadsvekter i hele landet betyr i praksis at systemet ikke er tilpasset kostnadsstruktur og kostnadsnivå på det enkelte sykehus. Konsekvensen blir at sykehus med lavere kostnadsnivå enn gjennomsnittet får en høyere dekningsgrad gjennom ISF enn sykehus med høyere kostnadsnivå enn gjennomsnittet. På hvilken måte dette kompenseres er en oppgave for de regionale helseforetakene.

### ***Oppfølging av regelverk***

---

ISF ble fra 2000 gjort om til overslagsbevilgning. Overgang til overslagsbevilgning betyr at *regelverket* blir førende for utbetalingene, ikke en øvre budsjetttramme.

Departementet vil varsle de regionale helseforetakene tidligst mulig dersom det avdekkes avvik fra gjeldende regler. Dersom gjeldende retningslinjer ikke følges, eller det avdekkes forhold i strid med intensjonen for ordningen, vil departementet endre utbetalingene i henhold til dette. Det forutsettes at kriterier og avtaler for legefordeling følges lojalt. Departementet vil vurdere å holde tilbake midler dersom åpenbare brudd på ordningen finner sted.

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

Avregningsutvalget, som utvalget benevnes, skal gi Helsedepartementet råd i spørsmål knyttet til utbetalingsgrunnlaget i innsatsstyrt finansiering. Grunnlaget for utbetalingene er DRG-plassering basert på medisinske koder fastsatt av den enkelte kliniker. Utvalget skal gi råd til departementet om utbetalingene i ISF er i tråd med intensjonene bak finansieringsordningen, eller om det er grunnlag for å foreta endringer i utbetalingene. Utvalget skal også gi råd til departementet og de kliniske miljøer slik at kodingen blir medisinsk korrekt i forhold til retningslinjene for diagnose- og prosedyreregistrering, samtidig som behovet for korrekt koding i forhold til ISF blir ivaretatt.

#### ***Prognoser og økonomi***

---

Helsedepartementet vil i sin tertialvise tilbakerapportering til de regionale helseforetakene angi prognoser for utbetalingene på årsbasis. Dette er beregninger gjort på spesifikke forutsetninger. De regionale helseforetakene må selv sjekke hvorvidt disse er oppfylt, og selv ta ansvar for de økonomiske prognosene.

#### ***Innhenting av data, service og analyser***

---

Norsk pasientregister (NPR) ble opprettet som følge av innføringen av ISF. NPR skal samordne datainnsamling i helsevesenet. Sykehusene rapporterer pasientdata til NPR som er ansvarlig for innhenting, anonymisering, oppbevaring, kvalitetskontroll, DRG-gruppering og videre rapportering av data til HD og de regionale helseforetakene. NPR har nær kontakt med landets sykehus i forbindelse med kvalitetssikring av aktivitetsdata som innrapporteres til pasientregisteret.

Avdeling for pasientklassifisering og finansiering (PaFi) i SINTEF Unimed utfører ulike oppgaver på oppdrag fra departementet, både i forhold til tilrettelegging av underlagsmaterialet for ISF, utviklingsarbeid generelt, samt service og analyser av aktivitetsdata for de regionale helseforetak, foretakene og departementet.

#### ***Forskjeller i ISF grunnlag og data presentert i SAMDATA sykehus***

---

Det er i dag flere publiseringskanaler for aktivitetstall ved de somatiske sykehusene. Statistisk Sentralbyrå, SAMDATA sykehus og Norsk pasientregister publiserer alle tall for samlet aktivitet ved sykehusene. I tillegg benytter også PaFi pasientdata som grunnlag for beregning av ISF-refusjoner. Antall sykehusopphold i ISF vil avvike fra aktivitetstall publisert gjennom de nevnte organisasjoner/publikasjoner.

Det er fire faktorer som forklarer forskjellen mellom ISF og SAMDATA:

- Det er en del institusjoner eller enheter ved institusjoner som er inkludert i ISF-ordningen, men som ikke inkluderes i datagrunnlaget for SAMDATA Sykehus.  
F.eks.: Ørland fødestue, Lom helseheim, Valdres fødestogo og Leiranger og Nordfold sykestue.

## **DEL I**

### *Innsatsstyrt finansiering 2002*

---

- Det er en del institusjoner eller enheter ved institusjoner som inkluderes i datagrunnlaget for SAMDATA Sykehus, men ikke i ISF-ordningen.  
F.eks.: Oslo legevakt ved Ullevål sykehus og Geilomo barnesykehus.
- Noen *institusjoner* har blitt håndtert ulikt i SAMDATA Sykehus og ISF-ordningen. For 2000 og 2001 har f.eks.
  - Sykehuset Østfold blitt håndtert som ett sykehus i SAMDATA Sykehus, mens det i ISF-ordningen har blitt behandlet som fire institusjoner utfra lokaliseringen av de fire opprinnelige sykehusene.
  - Sykehusene i Vestfold blitt håndtert i SAMDATA Sykehus som to sykehus i 2000 og ett sykehus i 2001, utfra hvilke sykehus som er organisert sammen og har felles økonomi. Innenfor ISF-ordningen behandles sykehusene i Vestfold som separate institusjoner.
- Noen *opphold* håndteres ulikt i SAMDATA Sykehus og ISF-ordningen.
  - Pasienter som behandles ved sykehus i utlandet er ikke med i SAMDATA Sykehus, men en del av disse pasientene er inkludert i ISF-ordningen.
  - Pasienter som gis annen finansiering enn gjennom ISF-ordningen er ikke inkludert i ISF. Dette gjelder f.eks. sykepengefinansierte opphold. Disse oppholdene er inkludert i SAMDATA Sykehus.
  - Opphold med ugyldig/manglende kommunenummer og evt. utlendinger er ikke med i ISF-ordningen, men er inkludert i datagrunnlaget for SAMDATA Sykehus.

Siden deler av datagrunnlaget tas ut før avdelingsoppholdene aggregeres til sykehusopphold og andre deler tas ut etter aggregering, vil det ikke være mulig på kort sikt å gi en tallmessig beskrivelse av de forskjellene som er presentert ovenfor.

### ***Utviklingsarbeid/forbedringer i ISF***

---

Det har vært en forutsetning for finansieringsordningene innsatsstyrt finansiering og takster for offentlig poliklinikk (med enkelte unntak) at pasientbehandlingen utføres på sykehus. Helsedepartementet ser nå tegn som tyder på at nåværende finansieringsordningers struktur ikke i tilstrekkelig grad passer til dagens reelle tjenestetilbud. Med de endringer som hele tiden skjer i medisinsk teknologi og behandlingsmuligheter, er det et løpende behov for å videreutvikle finansieringsordningene og analysere mulige virkninger ordningene kan gi. I dag mangler det finansieringsordninger som på en god måte ivaretar og styrker samarbeidet mellom tjenestenivåer. Finansieringsordningene må derfor gjennomgås med sikte på å fremme rask og hensiktsmessig behandling av pasienten på riktig nivå.

DRG-systemet må oppdateres årlig i forhold til grupperingsregler. Dette skyldes for eksempel innføring av nye prosedyrekoder i NCSP, feil som har blitt oppdaget underveis eller forslag til bedret grupperingslogikk fra fagmiljøet. Utviklingsarbeid skjer i samarbeid med andre nordiske land, i det såkalte Nord-DRG-miljøet. Her blir innspill fra alle land samlet og vurdert av nordiske eksperter. Norge har i tillegg en egen ekspertgruppe som vurderer aktuelle endringer med hensyn til norske forhold.

## *DEL I*

### *Innsatsstyrt finansiering 2002*

---

Departementet har siden oppstarten av ISF engasjert flere forskningsmiljøer for å evaluere ulike sider ved ordningen. Det er også for 2002 avsatt midler for en videreføring av dette arbeidet.

Fra og med 2002 er det tatt i bruk nye kostnadsvekter basert på data fra driftsåret 2000. Inneværende år er det planlagt gjennomført utviklingsarbeid knyttet til selve modellen som benyttes ved beregning av kostnadsvekter. I første omgang vil det legges opp til en oppdatering av en eller flere fordelingsnøkler.

Liggetid har tradisjonelt vært en viktig indikator for ressursbruk. Kortere liggetid kombinert med mer intensiv behandling og bruk av kostbare prosedyrer, skaper et økende behov for registreringer av prosedyrer utover det som anvendes innen tradisjonell kirurgi. Det er igangsatt et prosjekt som skal avklare behovet og muligheter for etablering av et nasjonalt prosedyrekodeverk for andre enn kirurgiske prosedyrer. Resultat av prosjektet med løsningsalternativer og anbefalinger skal publiseres i en egen rapport som kommer ut i mai 2002.

***Hva er nytt i år 2002?***

---

For 2002 er det gjort flere endringer i ISF ordningen. En kort gjennomgang av de enkelte punktene presenteres nedenfor.

*Økonomi og prisregler:*

- Kryptaket fjernes fra og med driftsåret 2002. Prinsippet for finansieringsordningen er fortsatt at utbetalingene skal øke som følge av mer behandlingssøkende pasienter. Utbetalingene skal ikke øke som følge av at sykehusene registrerer den samme pasientbehandlingen på en annen måte enn tidligere uten at pasientene er blitt mer behandlingssøkende. Før 2002 ble dette håndtert gjennom kryptagene. Fra og med budsjett 2002 er kryptagene fjernet. Kryptagene er i budsjett 2002 erstattet av et opplegg hvor økning i utbetalingsgrunnlaget som kommer av bedre registrering av pasientbehandlingen blir trukket inn ved å underkompensere veksten i enhetsprisen. For en nærmere beskrivelse vises det til side 14.
- Det er lagt til grunn en prisstigning på 3,6 prosent i budsjettforslaget. Fjerning av kryptaket innebærer at 330 mill. kroner eller en prisstigning på 2,6 prosent disponeres til å dekke økningen i utbetalingsgrunnlaget som kommer av bedre registrering. Samlet sett innebærer dette en prisjustering av enhetsprisen med 130 mill. kroner eller 1 prosent. Enhetsprisen for 2002 er 29 428 kroner.
- DRG refusjonen for 2002 vil være 55 prosent av full DRG-pris, dvs 16 185 kroner per DRG poeng.
- ISF-refusjon for såkalte korttidsopphold beregnes etter særskilte regler. For opphold der pasienten er skrevet inn og ut samme dag, og som varer over 5 timer, har det tidligere vært gitt forskjellig refusjon avhengig av om det har vært et elektivt dagopphold eller et øyeblikkelig hjelp opphold. Fra 2002 vil denne type opphold gis en lik vekt på 0,12. En beskrivelse av refusjonsordningen for korttidsopphold er gitt på side 15 i dette dokumentet.
- Det vil fra 1. januar 2002 bli gitt egen ISF-refusjon for friske nyfødte, dvs opphold gruppert til DRG 391. Refusjonen er tilsvarende redusert for den fødende (opphold i HDG 14). Se også side 24.
- Fra 2002 vil HMAS-behandling av Mb. Hodgkin-pasienter inngå som en del av ordningen med særskilt kompensasjon for høykostnadsmedisin innenfor ISF. Innrapportering av HMAS-behandling er beskrevet på side 29.
- Fra 1. januar 2002 vil det bli innført full egenbetaling for sterilisering av menn og egenbetaling tilsvarende DRG-refusjonen for kvinner. Dette innebærer at det ikke lenger vil bli gitt DRG-refusjon for sterilisering (DRG 362, samt enkelte opphold i DRG 361). Nye regler for sterilisering er beskrevet på side 30.

Nye kostnadsvekter:

Nye kostnadsvekter blir tatt i bruk i 2002. Dette vil ha som effekt at ISF-ordningen i større grad vil gjenspeile de faktiske kostnadene og reflektere endringer som skyldes nye behandlingsmetoder og medisiner som er tatt i bruk på sykehusene i perioden 1996-2000. En kort beskrivelse av metode og tilpasninger som er foretatt, samt hvilke sykehus som inngår med kostnads- og pasientdata, er gitt på side 33-36. En detaljert beskrivelse av datagrunnlaget og beregninger av de nye kostnadsvektene vil bli publisert i en egen rapport fra SINTEF Unimed.

Endringer i DRG-systemets grupperingslogikk:

Her beskrives endringer i grupperingsregler som har stor praktisk betydning. I tillegg henvises det til beskrivelse av alle logikkendringer som er oversendt sammen med NorskDRG2002.

- Fra 2002 vil nordisk grupperingslogikk for nyfødte erstatte de 27 eksisterende DRG-er som i dag utgjør nyfødt DRG-ene med 10 delvis omdefinerte DRG-er. En mer utfyllende beskrivelse er gitt på side 22-23.
- For andre barn enn nyfødte er det i 2002 også tatt i bruk en nordisk løsning. Dette innebærer redusert antall DRG-er for pasienter < 18 år som er splittet til komplisert/ukomplisert sammenlignet med dagens situasjon. I 2002 er det kun 4 DRG-er som forblir splittet, mens alle andre slås sammen til en DRG, se side 24.
- Norsk grupperingslogikk for meniskoperasjoner blir harmonisert i forhold til nordisk logikk fra 2002. Meniskoperasjoner flyttes fra DRG 232 (artroskopier) til DRG 222 (kneoperasjoner).
- Demens er hittil ikke blitt oppfattet som kompliserende tilstand i DRG-systemet. Fra og med 2002 vil demens registrert som bidiagnose gi plassering i komplisert DRG.

Andre endringer som påvirker DRG-plassering

- Aggregeringsregler som brukes i sammenslåing av avdelingsopphold til sykehusopphold er endret for HDG 15, multitraume og avdelingsopphold med hjertekateterisering. Nærmere beskrivelse er gitt på side 40-41.

***DEL I***

---

*Innsatsstyrt finansiering 2002*

## **Fra aktivitet til økonomi**

### ***Rapportering***

Sykehusene registrerer data om pasientene i sine pasientadministrative systemer. Pasienter som behandles i utlandet grunnet kapasitetsproblemer ved egne sykehus, må inngå i rapporteringen fra henvisende sykehus. Henvisende sykehus har ansvar for å innhente opplysninger fra det behandelende sykehus i utlandet og registrere alle opplysningene i det pasientadministrative system.

Disse dataene innrapporteres tertialvis til Norsk pasientregister (NPR). Sykehusene skal kvalitetskontrollere pasientdataene før innrapportering, og overholde frister for innsending av data til NPR. NPR foretar innsamling, bearbeiding, kvalitetskontroll og DRG-gruppering av dataene. NPR rapporterer hvert tertial tilbake til sykehusene om særskilte forhold i datagrunnlaget. Helsedepartementet (HD) vil hvert tertial rapportere til de regionale helseforetakene med kopi til sykehusene om aktivitetstall, og om forhold av økonomisk karakter i datagrunnlaget. Anonymiserte pasientdata i elektronisk form kan utleveres til de regionale helseforetakene ved at de henvender seg til Norsk pasientregister. Utlevering av data begrenser seg til aktivitet ved det regionale helseforetakets egne sykehus, og data om pasienter fra egen helseregion som er henvist til behandling ved andre sykehus som innrapporterer pasientdata til NPR. De regionale helseforetakene må selv ta ansvar for at egne sykehus foretar nødvendig kvalitetskontroll av data og overholder frister for innsending av disse.

*Som tilskuddsmottaker er de regionale helseforetakene ansvarlig for at retningslinjer og regelverk for ordningen følges. Dette gjelder også innrapportering av data.*

**Figur 1: Rapporteringsflyt i innsatsstyrt finansiering.**



#### **Frister for rapportering av data fra sykehus til NPR:**

Periode:	Frist:
1. tertial (januar-april)	10. mai 2002
2. tertial (januar-august)	10. september 2002
3. tertial (januar-desember)	10. februar 2003



### ***Fjerning av kryptaket***

---

Det er bestemt at kryptaket fjernes fra og med driftsåret 2002. Bakgrunnen for denne endringen og de økonomiske konsekvensene av dette er beskrevet i St. prp. nr. 1 (2001-2002) "For budsjetterminen 2002" fra SHD.

Tilbakemeldingene fra sektoren tyder på at kompleksiteten i ISF-ordningen i stor grad henger sammen med krypreglene. En fjerning av krypreglene vil derfor bidra til en vesentlig forenkling av hele ISF-ordningen.

Selv om det er tegn til en lavere veksttakt for DRG-indeksen for enkelte sykehus, forventes det likevel en sterkere vekst i DRG-indeksen nasjonalt i 2002 enn i 2001. Anslaget for 2002 er en vekst på 4 prosent og tilsvarer en økning i refusjoner på ca 430 millioner kroner. Det gis kompensasjon for en økning i DRG-indeks på 1 prosent, noe som utgjør ca 100 millioner kroner. Den resterende veksten i indeks finansieres ved en lavere vekst i enhetsprisen. Forventet prisvekst i perioden er på 3,6 prosent, mens enhetsprisen økes med kun 1 prosent. Prognosen for avkorting på grunn av DRG-kryp er i 2001 (basert på 2. tertial) på ca 350 millioner kroner. I 2002 vil et tilsvarende beløp komme i form av økte utbetalinger i ISF, siden kryptaket er fjernet. Dette er finansiert ved en reduksjon i de regionale helseforetakenes basisfinansiering.

Dersom endringen i DRG-indeksen avviker vesentlig fra de forutsetninger som er beskrevet i St. prp. nr. 1 (2001-2002), kan det bli foretatt justeringer i senere budsjettframlegg.

### ***Beregning av DRG-refusjonen***

---

DRG-refusjon for år 2002 beregnes på følgende måte:

<b>Korrigerte DRG-poeng * 0,55 * 29 428</b>
---

Selv om det finnes særskilte refusjonsregler for korttidsopphold vil en ved å ta utgangspunkt i korrigerte DRG-poeng kunne finne samlet refusjon. Korrigerte DRG-poeng er DRG-poeng justert for de prisreglene som er gyldige i 2002. I korrigerte DRG-poeng tas det dessuten hensyn til at det ved rehabilitering påløper dagtillegg i tillegg til den faste vekten for DRG-en.

Den ekstra refusjonen som gis til et utvalg høykostnadsprosedyrer vil derimot ikke fremkomme ved denne beregningen, men håndteres som en sideutbetaling.

Ved beregning av refusjonen er det dessuten viktig å benytte riktig datagrunnlag. Dersom dataene grupperes ved hjelp av NorskDRG vil det i kontrollen tas ut enkelte opphold som ikke gir rett til ISF-refusjon (f.eks. utlendinger som ikke er bosatt i Norge, opphold som er finansiert gjennom sykepengeprosjektet, ledsager til pasient mm.)

## **Refusjonsregler for pasienter som skrives inn og ut samme dag, korttidsopphold**

*Opphold med liggetid under 5 timer.*

- Dersom sykehusoppholdet varer kortere enn 5 timer, og ikke kan plasseres i en spesifikk DRG, samt at pasienten hverken dør eller overføres til annen institusjon, gis ingen DRG-refusjon. Det kan da kreves poliklinisk takst for dette oppholdet.

Unntaket er konsultasjoner hvor poliklinisk takst er nullstilt (f.eks. dagkirurgi) men som ikke grupperes til en spesifikk DRG. Denne type opphold gis en vekt på 0,12. Dette gjelder ikke dersom oppholdet grupperes til en komplisert DRG som ikke er spesifikk, men der den andre DRG-en i paret er en spesifikk dagkirurgisk DRG. Disse oppholdene får en vekt tilsvarende den ukompliserte dagkirurgiske DRG-en (med unntak av opphold gruppert til DRG 228, som er en dagkirurgisk DRG).

*Opphold med liggetid 5 timer eller mer, men under 1 døgn.*

- For opphold som varer minst 5 timer, og blir gruppert utenfor spesifikke DRG-er for dagbehandling, samt at pasienten hverken dør eller overføres til annen institusjon, gis det DRG-refusjon tilsvarende en vekt på 0,12.

Her gjelder samme unntak som over i forhold til kompliserte dagkirurgiske opphold.

*Opphold hvor pasienten dør eller overføres annen institusjon.*

- Her gis full DRG-refusjon uavhengig av liggetid.

*Opphold som grupperes i en spesifikk DRG.*

- Her gis full DRG-refusjon uavhengig av liggetid.

## ***Utbetaling av DRG-refusjoner***

---

Helsedepartementet fastsetter månedlige a-konto utbetalinger til de regionale helseforetakene basert på forventet ISF-refusjoner for driftsåret 2002. De faktiske refusjonene beregnes på grunnlag av behandlingsaktiviteten for pasienter hjemmehørende i egen helseregion, enten de er behandlet ved egne eller ved andre sykehus. Dette gjelder fra 2002 også opphold ved Radiumhospitalet og Rikshospitalet. ISF-refusjonen går altså ikke lenger direkte til disse sykehusene.

For driftsåret 2002 vil det bli foretatt en foreløpig avregning etter at utbetalingsgrunnlaget for 2. tertial er gjennomgått av departementet. Endelig avregning vil bli foretatt våren 2003.

***Det gjøres oppmerksom på at departementet kan holde tilbake midler i avregningen dersom retningslinjene for koding ikke følges.***

***DEL I***

---

*Innsatsstyrt finansiering 2002*

## **Spesielle administrative forhold i dataregistrering**

### ***Polikliniske pasienter versus innlagte pasienter***

---

For vanlige polikliniske konsultasjoner og kortvarig observasjon (under 5 timer) skal oppholdet registreres som poliklinisk, og det skal kun kreves poliklinisk takst for konsultasjonen. Oppholdet skal ikke registreres som innlagt i det pasientadministrative system (se nedenfor for avsnitt om observasjonspasienter).

Dersom pasienten blir innlagt ved sykehuset samme dag som den polikliniske konsultasjonen har funnet sted, skal pasienten registreres i det pasientadministrative systemet for innlagte. Sykehusoppholdet gir da grunnlag for DRG-refusjon og poliklinisk takst skal ikke kreves. Det skal heller ikke kreves egenandel fra pasienten. Dette gjelder uavhengig av om det er sammenheng mellom den polikliniske konsultasjonen og årsaken til innleggelsen.

#### *Observasjonspasienter*

Pasienter som i akutsituasjon legges inn til observasjon uten at spesielle tiltak er iverksatt, skal registreres i datasystem for innlagte pasienter hvis oppholdet på sykehus varer over 5 timer. Kortere opphold defineres som polikliniske og utløser poliklinisk takst. Disse skal ikke registreres i sykehusenes pasientadministrative systemer for innlagte pasienter. Følgende krav stilles til registreringen dersom sykdomsdiagnose ikke er stilt:

- Utskrivningsdato = innskrivningsdato (pasienten inn og ut samme dag)
- Hoveddiagnose = diagnoser i kapittel Z03 eller Z04
- Bidiagnose = symptom

Dersom man i løpet av observasjonen stiller annen diagnose enn symptom (sykdomsdiagnose), kan denne brukes som hoveddiagnose og observasjon (Z-kode) som bidiagnose.

### ***Pasienter behandlet i utlandet etter direkte henvisning fra de regionale helseforetak***

---

ISF-ordningen omfatter også pasienter som henvises fra de regionale helseforetakene til behandling i utlandet grunnet kapasitetsproblemer ved egne sykehus eller der det mangler nødvendig kompetanse i Norge. Denne ordningen med direkte henvisning etter avtale mellom det regionale helseforetaket og sykehuset i utlandet gjelder i tillegg til den muligheten de regionale helseforetakene har til å få pasienter behandlet i utlandet via RTV og prosjektet "kjøp av helsetjenester i utlandet". Dersom pasientene henvises via den sistnevnte ordningen vil det altså ikke gis ISF-refusjon.

## ***DEL I***

### *Innsatsstyrt finansiering 2002*

---

For pasienter som henvises direkte fra de regionale helseforetakene til sykehus i utlandet skal opplysninger om behandlingen i utlandet registreres i datasystemet til det **henvisende** sykehus for at ISF-refusjon skal oppnås. Oppholdet merkes med verdien 04 (sykehus i utlandet) i "utskrivning til" feltet.

Opplysninger for riktig DRG-gruppering er som for andre pasienter:

- Institusjonsnummer (henvisende sykehus)
- Avdelingsnummer (som pasienten ble innskrevet ved før reise til utlandet)
- Pasientens bostedskommune
- Oppholdstype (dag eller heldøgns pasient)
- Innmåte
- Utskriving til = 04 (sykehus i utlandet)
- Innskrivningsdato (inndato til utenlandsk sykehus)
- Utskrivningsdato (utdato fra utenlandsk sykehus)

I tillegg må medisinske opplysninger registreres i henhold til gjeldende kodeverk.

Det henvisende sykehus har ansvar for å innhente opplysninger fra det behandlende sykehus, og registrere alle opplysningene i sitt pasientadministrative system.

### ***Dagkirurgi***

---

Fra 1. januar 1999 utløser dagkirurgi DRG-refusjon, dersom diagnose- og prosedyrekoder er korrekt registrert. Det er gitte takster som brukes når dagkirurgiske opphold blir valgt ut til DRG-gruppering. Dersom kun diagnose og takst er registrert og prosedyrekode mangler ledes oppholdet inn i medisinske DRG-er med redusert refusjon som følge. Dersom hoveddiagnose mangler, grupperes dagkirurgi til DRG 470 uten refusjon. Dagkirurgiske inngrep skal som hovedregel registreres i datasystem for polikliniske pasienter, og det stilles følgende krav til registreringen:

- Hoveddiagnose skal alltid registreres
- Minst én prosedyrekode skal registreres
- Takstkode (tilleggstakst dagkirurgi) skal registreres som før

Dersom diagnose og prosedyre ikke *kan* registreres i poliklinikkssystemet, skal dagkirurgiske inngrep registreres i datasystem for innlagte pasienter som følgende:

- Hoveddiagnose skal alltid registreres
- Minst én prosedyrekode skal registreres
- Oppholdstype = 02 (dagopphold)
- Innmåte = 01 (elektiv)

I noen tilfeller blir dagkirurgiske pasienter ikke skrevet ut samme dag som planlagt, men lagt inn. I slike tilfeller skal sykehusene registrere pasienten som vanlig innleggelse.

## **DEL I**

### *Innsatsstyrt finansiering 2002*

---

#### ***Psykatripasienter***

---

Opphold ved psykiatriske avdelinger eller psykiatriske poliklinikker skal være fjernet fra datagrunnlaget før utlevering av data til NPR. Opphold ved psykiatriske avdelinger danner ikke grunnlag for refusjon.

#### ***Kommunenummer***

---

For beregning av DRG-refusjoner til de regionale helseforetakene, er det en forutsetning at pasienten er registrert med gyldig kommunenummer. *Mangelfull/feil koding av kommunenummer gir ikke grunnlag for refusjon.* Pasienter med bostedsadresse utenfor Norge gir ikke grunnlag for DRG-refusjon.

Pasienter bosatt på Svalbard med hjemstedskommune i Norge, skal registreres med hjemstedskommune i Norge, for å utløse DRG-refusjon.

#### ***Død ved ankomst***

---

Pasient som er død ved ankomst til sykehuset kodes med innmåte = 05. Oppholdet fjernes av kontrollprogrammet og det gis ikke refusjon.

#### ***Dagopphold***

---

Planlagt innleggelse uten overnatting. Enkeltbehandling eller som del av behandlingsserie. Eksempelvis dialyse eller rehabilitering. Dagbehandlinger skal registreres med oppholdstype 02 = dagopphold. Ved en behandlingsserie skal hvert dagopphold registreres som et eget opphold.

#### ***Dialysepasienter***

---

Dialysepasienter som får hemodialyse som dagbehandling skal registreres hver gang behandling gjennomføres. Følgende krav stilles derfor til registreringen:

- Utskrivningsdato = Innskrivningsdato (pasienten skrives inn og ut samme dag)
- Hoveddiagnose = Z49.1 (ekstrakorporal dialyse) eller Z49.2 (annen dialyse)

Dersom sykehus skriver inn pasienten ved første behandling og ut etter siste behandling, må sykehuset sørge for at dataene blir konvertert slik at hver enkelt dagbehandling av pasienten blir registrert som én record før utlevering av data til NPR.

***Pasientopphold som ikke finansieres via ISF***

---

Enkelte pasientopphold finansieres ikke gjennom innsatsstyrt finansiering. Dette gjelder utlendinger som ikke er bosatt i Norge, privatbetalende pasienter og opphold som er finansiert gjennom forskjellige prosjekt, som sykepengeprosjektet og forskningsmidler.

Disse oppholdene skal registreres og leveres til NPR på vanlig måte, og merkes i henhold til verdier spesifisert i recordbeskrivelsen.

***Ansvarsmessig skille mellom pasienter innenfor og utenfor sykehus***

---

Det er nødvendig å sette et klart skille mellom hva som er innenfor og utenfor sykehusets ansvarsområde.

DRG-refusjon gis bare for behandling ved innleggelse, samt en del dagbehandling utført ved poliklinikkene (se liste med spesifikke DRG-er som er angitt i prislisen (vedlegg A)). For å regnes som innlagt må følgende gjelde:

- helsepersonell må være tilstede
- pasienten er underlagt sykehusets medisinsk faglige ansvar
- oppholdet skal journalføres
- pasienten har rettigheter som er regulert i lov om spesialisthelsetjenesten
- helsepersonell har rettigheter som er regulert i lov om helsepersonell

I visse tilfeller er det aktuelt å benytte sykehotell i forbindelse med poliklinisk behandling. I disse tilfeller utløses poliklinisk takst for behandlingen. For enkelte polikliniske pasientgrupper vil imidlertid DRG-refusjon gjelde (eks. dagkirurgi og kjemoterapi).

De oppholdsutgifter (kost og losji) som påløper ved opphold på sykehotell dekkes ikke ved direkte refusjon fra staten/folketrygden.

## **Spesielle områder innenfor ISF**

### ***Ikke-kirurgisk kreftbehandling***

---

Løsningen for ikke-kirurgisk kreftbehandling som ble innført i 1999 innebar en prisdifferensiering der tung kreftbehandling gav høyere utbetaling enn dagbehandling med cellegift. Denne løsningen var lite prisdifferensiert i forhold til ulike typer cytostatika-behandling, og det var av fagmiljøene ytre ønske om ytterligere prisdifferensiering. Departementet vedtok derfor en løsning som på kort sikt skulle styrke finansieringen av kostbar medikamentell kreftbehandling. Dette framgår i brev fra Sosial og helsedepartementet (SHD) til landets sykehus og fylkeskommuner av 07.07.00. DRG 410 er splittet i tre undergrupper, DRG 410A, DRG 410B og DRG 410C, for å gi en bedre prisdifferensiering mellom ulike typer medikamentell kreftbehandling. En mer langsiktig løsning for prisdifferensiering krever mer komplett informasjon av hva slags behandling pasienten har fått. Prosedyrer for kreftpasienter vil også bli inkludert som potensielt område i forprosjekt om nasjonalt medisinsk prosedyrekodeverk (jfr. side 10).

Nedenfor framgår en beskrivelse av hvilke kurer som ble omfattet av endringen og hvilke krav til koding av data dette innebærer. Det er foretatt en oppdatering av listen for cytostatikakurer i 2001, jmf brev av 09.10.2001 fra SHD.

Cytostatikabehandling uten overnatting skal fortrinnsvis registreres som i dag i poliklinikkssystemet. Dersom sykehus ikke har poliklinikkssystem, skal pasienten registreres som medisinsk dagbehandling i det pasientadministrative systemet for inneliggende pasienter. Hvis registrering skjer i poliklinikkssystemet, kreves det i 2002 at også takstkode registreres (H05a, H05b eller A62a).

Nedenfor beskrives hvilke hoveddiagnoser, bidiagnoser, takster og prosedyrekoder som skal benyttes hvis fremmøtet til sykehuset i hovedsak gjelder cytostatikabehandling (kortvarige innleggelser og poliklinisk behandling). Kortvarige innleggelser er sykehusopphold fra 0-2 liggedager. **Det er viktig å understreke at det er fremmøtet til sykehuset som skal registreres. Dersom en kur gis over flere dager uten at pasienten overnatter på sykehuset, skal hvert fremmøte registreres med aktuell hoveddiagnose, bidiagnose, takst og prosedyrekoder.**

#### ***Krav til koderegistrering:***

Hoveddiagnose	Z51.1	Fremmøte til kjemoterapi for svulst (DRG 410A)
	Z51.10	Fremmøte til kjemoterapi for svulst, uspesifisert Gruppe 0 (DRG 410A)
	Z51.11	Fremmøte til kjemoterapi for svulst, Gruppe I (DRG 410B)
	Z51.12	Fremmøte til kjemoterapi for svulst, Gruppe II (DRG 410C)
Bidiagnose	Benytt den aktuelle kreftdiagnose som pasienten behandles for	
Takst	Benytt den aktuelle taksten(e) for cytostatikabehandling ved registrering i poliklinikkssystemet	
Prosedyrekode	Benytt kodene for cytostatika i gruppe I og II (fem siffer, se etterfølgende tabeller)	



## DEL I

### Innsatsstyrt finansiering 2002

For kurer (uspesifisert Gruppe 0) som ikke finnes i listene under Gruppe I og Gruppe II, kodes behandlingen med Z51.10 som hoveddiagnose, aktuell kreftdiagnose som bidiagnose og oppholdet grupperes til DRG 410A.

#### A) Kjemoterapeutika Gruppe I

Dersom behandlingen omfatter en av de nedenstående cytostatikakurer skal behandlingen kodes med Z51.11 som hoveddiagnose og aktuell kreftdiagnose som bidiagnose. Registrering av kode for cytostatikakur er frivillig.

D0012	D-GI cancer: CTP-11
D0017	D-GI cancer: FolFox-kronomodul'rt
D0037	D-Lunge, Småcellet: Taxoter*
D0111	D-Mamma: Taxol*
D0112	D-Mamma: Taxotere-SBG94.04*
D0133	D-Urologi, Renis: Interferon-Prednison
D0168	D-Urologi, Vesica: DaunoXome
D0419	D-Lunge: Karboplatin – Etoposid
D0463	D-Urologi, Prostata: Caelyx
D0493	D-Mamma: Taxotere-Capecitabine
D0503	D-GI cancer: FLOX, Oxaliplatin-FLV hv 2 uke
D0505	D-Mamma: Herceptin, start
D0548	D-Lunge: Taxotere 2.linje, 75 mg/m <sup>2</sup> *
G0203	G-Ovarial: Taxol*
G0205	G-Ovarial: Taxol-Doxorubicin
G0432	G-Gyn. cancer: DaunoXome
G0544	G-Ovarial: Cisplatin/Paclitaxel 24 timer
G0546	G-Ovarial: Paclitaxel 24 timer

\*) Ukedose taxol eller taxotere tilhører cytostatika Gruppe 0.

#### B) Kjemoterapeutika Gruppe II

Dersom behandlingen omfatter en av de nedenstående kurer skal behandlingen kodes med Z51.12 som hoveddiagnose og aktuell kreftdiagnose som bidiagnose. Registrering av kode for cytostatikakur er frivillig.

D0016	D-GI cancer: FolFox
D0369	D-Lunge, Småcellet: TEC
D0388	D-Lunge: PP (Taxol-Carboplatin)
D0464	D-Lymfom: Rituximab
D0485	D-Urologi, Vesica: Taxol/Carboplatin
D0504	D-GI cancer: Oxaliplatin
D0530	D-Lunge: Epi – Taxol
G0204	G-Ovarial: Taxol-Cisplatin
G0206	G-Ovarial: Taxol-Karboplatin
G0207	G-Ovarial: TEC
G0457	G-Ovarial: Cisplatin-Epirubicin-Taxol
G0531	G-Ovarial: Karboplatin – Paclitaxel (TC) AUC=5
G0540	G-Corpus: TEC – endometrie

Løsningen bygger på forutsetningen om at kodepraksis i dette avsnittet følges. Dersom kodepraksis ikke følger forutsetningene, forbeholder HD seg muligheten til å endre refusjonene i tråd med forutsetningene for løsningen.

### ***Dagkirurgi***

---

Dagkirurgi i ISF defineres ut fra en liste med takstkoder og DRG-er (se vedlegg A). Deler av dette er kirurgiske inngrep som tidligere har blitt refundert via takstsystemet til RTV.

Riktig DRG-plassering forutsetter at hoveddiagnose (ev bidiagnoser) og prosedyrekode(r) er registrert. I tillegg vil det være nødvendig å registrere poliklinisk takstkode i tillegg til medisinsk informasjon når dagkirurgi registreres i poliklinikkssystemet. Dette gjelder selv om takstkoden er nullstilt (jfr. taksthefte for poliklinikk for 2002). Takstkoden brukes som seleksjonskriterium fra poliklinikkdataene.

Opphold som grupperes til såkalte dagkirurgiske DRG-er vil ikke bli berørt av prisreglene for korttidsopphold, men vil uavhengig av liggetid bli gitt full DRG-refusjon på lik linje med innlagte pasienter.

En liten del av dagkirurgiske opphold blir plassert til kompliserte DRG-er på grunn av registrerte bidiagnoser. Slike opphold håndteres refusjonsmessig likt med de tilsvarende ukompliserte tilfellene (med unntak av opphold gruppert til DRG 228, som er en dagkirurgisk DRG).

Bruken av takstkode som utplukkskriterie for dagkirurgi gjør at noen mindre polikliniske prosedyrer blir inkludert i datagrunnlag for dagkirurgi. Denne type opphold grupperes til medisinske DRG-er, og blir gitt en vekt lik 0,12.

### ***Nyfødte i HDG 15***

---

Fra 1. januar 2002 vil ny grupperingslogikk for nyfødte bli tatt i bruk. Denne nye nordiske løsningen baserer seg på den norske løsningen som har vært i bruk fra og med 1999 og til i dag. Antallet DRG-er er imidlertid redusert fra 27 i dagens norske løsning til 10 DRG-er i den nye, for å ivareta muligheter til en mer hensiktsmessig kostnadsberegning. Fødselsvekt og intensivprosedyrer er sentrale grupperingskriterier for opphold i HDG 15. I 2002 benyttes det en grovere inndeling av fødselsvekt sammenlignet med tidligere, og intensivprosedyrer har erstattet avdelingskode som grupperingskriterie. For en nærmere beskrivelse omkring bakgrunnen for den nye nordiske løsningen henvises til dokumentet *Case 2000-MDC15-02*, som finnes på nettstedet <http://norddrg.kuntaliitto.fi/forum/>.

Følgende DRG-er utgjør nå hoveddiagnosegruppe 15:

- 385 A Nyfødt, døde 0-2 d. gml eller overf. til annen inst. 0-5 d. etter fødsel
- 385 B Oppfølging av neonatalproblemer eller forsinket neonatalproblem
- 386 N Nyfødt, fødselsvekt under 1000 g
- 387 N Nyfødt, fødselsvekt 1000-1499 g
- 388 A Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499 g, med multiple problemer
- 388 B Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499 g, uten multiple problemer
- 389 A Nyfødt, fødselsvekt minst 1500 g, med større operasjon
- 389 B Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med multiple problemer
- 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem
- 391 Frisk nyfødt

I den nye løsningen benyttes ulike prosedyrekoder som indikator for intensivbehandling, i motsetning til tidligere da avdelingskode ble benyttet. Disse kodene er, i tillegg til kodene som angir fødselsvekt, essensielle for å oppnå riktig DRG-plassering. Følgende prosedyrekoder er aktuelle:

- GAA10 Intercostal innlegging av pleuradren
- TG122 Innlegging eller bytte av tracheostomitube
- TG128 Manuell luftveisventilasjon
- TG601 Respiratorbehandling
- TG610 Beh med kontinuerlig pos luftveistrykk CPAP
- TG620 Beh med bifasisk pos luftveistrykk BiPAP
- TJ532 Akutt peritoneal dialyse
- TP247 Hemodialyse
- TP249 Utskiftingstransfusjon
- TP992 Innlegging av arteriekanyler
- TPH15 Innl sentralvenøst kateter via v.jugularis externa/interna
- TPH20 Innl sentralvenøst kateter via v.subclavia/brachiocephalica

For å sikre riktig DRG-plassering for nyfødte med flere avdelingsopphold, er det fra 2002 gjort endringer i aggregeringsreglene for opphold som grupperes til HDG 15. I hovedtrekk går endringen ut på at man alltid tar hensyn til prosedyrekoder i aggregeringen, og at viktigste diagnoser eller prosedyrer velges først. En nærmere beskrivelse av aggregeringsrutinene finnes i dette dokumentets del II. En liste over prioriterte diagnoser og prosedyrekoder vil følge med den nye versjonen av NorskDRG når denne distribueres til sykehusene primo februar 2002.

***Friske nyfødte i DRG 391***

---

Alle nyfødte skal registreres og innrapporteres til Norsk pasientregister. DRG 391 "Frisk nyfødt" vil fra 2002 utløse egen ISF-refusjon.

Følgende minimumskrav stilles til registreringen:

- Hoveddiagnose: Z38.0 – Z38.8
- Prosedyrekode skal registreres når dette er aktuelt, som ved rituell omskjæring
- Innmåte: 03 (født i sykehus eller fødestue)

For registrering av den nyfødte i forbindelse med barselomsorg der fødsel har skjedd på annet sykehus benyttes følgende koder:

- Hoveddiagnose Z38.0 - Z38.8
- Innmåte kan være 01 "Vanlig/elektiv" eller 02 "Øyeblikkelig hjelp"
- Ankomst fra: 03 Annen institusjon
- Institusjonsnummeret til det sykehuset barnet kom fra angis i felt 16.
- Mor kodes med Z39.x "Pleie og kontroll av mor etter fødsel".

***Pediatri***

---

I nordiske analyser basert på store datavolum var det bare 4 DRG-par (komplisert/ukomplisert) for pasienter < 18 år som oppfylte kriterier i forhold til forklaring av kostnadsvariasjon. Derfor ble nordisk løsning for denne pasientgruppen annerledes i forhold til den norske løsningen fra 1999, hvor 29 DRG-par var splittet. Antall DRG-par for pasienter < 18 år er redusert fra og med 2002 på linje med nordisk løsning. Følgende 4 DRG-par er fortsatt fordelt til komplisert/ukomplisert:

- 70A Otitis media & øvre luftveisinfeksjon < 18 år m/bk
- 70B Otitis media & øvre luftveisinfeksjon < 18 år u/bk
- 91A Lungebetennelse & pleuritt < 18 år m/bk
- 91B Lungebetennelse & pleuritt < 18 år u/bk
- 98A Bronkitt og astma < 18 år m/bk
- 98B Bronkitt og astma < 18 år u/bk
- 184A Øsofagitt, gastroenteritt & diverse < 18 år m/bk
- 184B Øsofagitt, gastroenteritt & diverse < 18 år u/bk

Alle andre DRG-par for pasienter < 18 år, som var splittet i komplisert/ukomplisert i 2001, er slått sammen i 2002.

## ***Rehabilitering***

Beregning av DRG-refusjon for rehabiliteringspasienter ble endret fra 1. januar 1999, slik at refusjon er avhengig av liggetid. Det skilles også mellom primær og sekundær rehabilitering. Når pasienten i løpet av avdelingsoppholdet hovedsakelig får rehabiliterende behandling, oppfattes dette som primær rehabilitering. Sekundær rehabilitering derimot karakteriseres ved at rehabiliteringsdiagnose er satt som bidiagnose for opphold som omfatter både akuttbehandling og rehabilitering.

Modellen som benyttes for finansiering av rehabilitering tar hensyn til liggetid og bruk av personellressurser ved beregning av DRG-refusjon. Beregningen baseres på registrerte diagnoser og liggetid. Følgende krav stilles til koding av rehabilitering:

- Rehabilitering skal registreres med kun to diagnosekoder, Z50.80 (kompleks rehabilitering) og Z50.89 (vanlig rehabilitering). For primær rehabilitering skal Z50.80 el. Z50.89 registreres som hoveddiagnose, og for sekundær rehabilitering som bidiagnose.
- Opphold med Z50.80 eller Z50.89 som hoveddiagnose (primær rehabilitering) grupperes til hhv. DRG 462A/B. Denne regelen gjelder selv om det er registrert prosedyrekoder i tillegg til disse hoveddiagnosene. Sekundær rehabilitering som forlengelse av et akuttopphold styrer ikke DRG-grupperingen, men utløser derimot rehabiliteringstillegg i utvalgte DRG-er.

### **Krav for bruk av diagnosekoder Z50.80 og Z50.89 i registrering av rehabilitering:**

	Z50.89	Z50.80
	<u>vanlig</u>	<u>kompleks</u>
• min. antall spesialiserte helsefaggrupper <sup>x)</sup> i tverrfaglige team	4	6
• målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan	ja	ja
• kontinuerlig samarbeid m. relevante etater utenfor institusjonen	ja	ja

<sup>x)</sup> f.eks. lege, psykolog, ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, spesialpedagog, sykepleier

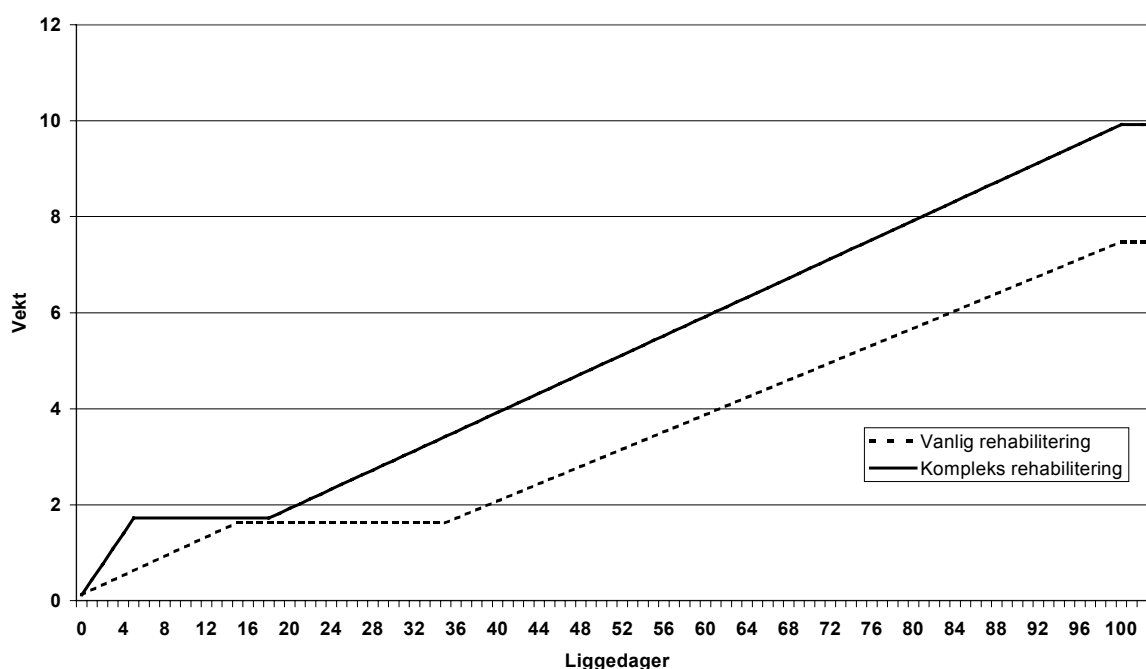
For kompleks rehabilitering (Z50.80) gjelder i tillegg:

1. Arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet fram til utskrivning eller minimum fem virkedager
2. Pasienten har minimum en overnatting
3. Pasienten har i tillegg funksjonstrening, trening i kompenserende teknikker og tilpassing av hjelpemidler/miljø
4. Det foretas en vurdering av tiltak i forhold til mestring : personlig mestring, i hjem, skole, arbeid og fritid
5. Habiliterings-/rehabiliteringsarbeidet ledes av lege som har spesialutdannelse i fysikalsk medisin og rehabilitering. Innen fagområdene reumatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri kan habiliterings-/rehabiliteringsarbeidet ledes av spesialist innen nevnte områder.

### DRG-vekt for primær rehabilitering

Ved definering av DRG-vekt i DRG 462 A/B beregnes vekt for hver hoveddiagnose i henhold til faktisk liggetid for oppholdet etter følgende modell (se figur og tabell nedenfor):

*Figur 1: Forholdet mellom DRG-vekt og liggetid for primær rehabilitering*



### DRG-vekt for kompleks rehabilitering (DRG 462A):

	Fra dag	Til dag	Vanlig
Dagvekt (basis)	0	0	0,12
+			
Dagtillegg	1	5	+ 0,32
Dagtillegg	6	18	+ 0,00
Dagtillegg	19	max	+ 0,10
Dagtillegg	max + 1		+ 0,00

### DRG-vekt for vanlig rehabilitering (DRG 462B):

	Fra dag	Til dag	Vanlig
Dagvekt (basis)	0	0	0,12
+			
Dagtillegg	1	15	+ 0,10
Dagtillegg	16	35	+ 0,00
Dagtillegg	36	max	+ 0,09
Dagtillegg	max + 1		+ 0,00

Max = maksimalt antall dager som utløser dagtillegg (100 dager i 2002).

## DEL I

### Innsatsstyrt finansiering 2002

---

#### DRG-vekt for sekundær rehabilitering

Også for sekundær rehabilitering er DRG-refusjon avhengig av liggetid og her er forholdet lineært. Dette gjelder følgende DRG-er:

DRG	Tekst	Trim-punkt	Vekt	Dagtillegg
14	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl. TIA	21	1,27	0,11
113	Amputasjoner pga sirk.svikt, ekskl. overek. & tå	30	2,72	0,11
210	Hofte-/ lårbensopr. ekskl. større ledd, > 17 år m/bk	19	2,36	0,11
235	Lårbensbrudd	14	0,98	0,11
236	Brudd på hofte & bekken	14	0,94	0,11
240	Sykdommer i bindevev, m/bk	21	1,52	0,11
241	Sykdommer i bindevev, u/bk	21	0,80	0,11
485	Påsetting av lemmer/ hofte/ lårb.opr. ved sig. multitraume	30	5,32	0,11
486	Andre operasjoner ved signifikant multitraume	30	5,32	0,11
487	Annen signifikant multitraume	30	2,95	0,11

For opphold hvor pasienten rehabiliteres som forlengelse av akuttopphold, beregnes tilleggsvekt for sekundær rehabilitering som følger: Dagtillegg multipliseres med antall rehabiliteringsliggedager (= liggedager over trimpunkt for aktuell DRG) og resultat legges til vekten for aktuell DRG. Rehabiliteringstillegget for sekundær rehabilitering beregnes, som for primær rehabilitering, inntil maksimalt antall rehabiliteringsliggedager (100 dager) over trimpunkt.

Det presiseres ytterligere at kode for kompleks rehabilitering (Z50.80) **ikke** skal brukes hvis rehabilitering er ledet av andre enn spesialister innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering, reumatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri.

Departementet innførte rehabiliteringsløsningen basert på anbefalinger fra fagmiljøene. Dette innebar forutsetninger om en andel på 70 prosent vanlig rehabilitering og 30 prosent kompleks rehabilitering. Det gjøres et trekk i utbetalingen for de regionale helseforetakene hvor andelen kompleks rehabilitering overstiger 45 prosent.

#### **Høykostnadsmedisin**

---

Utvalg av prosedyrer som utløser tilleggsrefusjon per behandling er noe utvidet i 2002 i forhold til 2001 og 2000, jmf brev av 09.2001 og St. prp. nr. 1 (2001-2002) fra SHD. Nedenfor gis det en beskrivelse av hvilke implantater og behandlinger som inngår og hvordan disse skal registreres for å utløse tilleggsrefusjon. Refusjonssatsene er justert i forhold til forhøyet refusjonsandel for ISF generelt (dvs økt fra 50 prosent til 55 prosent).

Denne tilleggsrefusjonen utbetales direkte til det regionale helseforetak hvor det behandlende foretak/sykehus er organisert.

## **DEL I**

### *Innsatsstyrt finansiering 2002*

#### **Implantater**

For 2002 gis det tilleggsrefusjon for følgende implantater/behandlinger når de aktuelle prosedyrekodene benyttes.

<b>Prosedyre/behandling</b>	<b>Aktuelle prosedyrekoder<sup>1)</sup></b>	<b>Tilleggsrefusjon</b>
Parkinson-stimulator i hjernen	AAW01, <b>AEA00</b>	55.000 kroner
Emboliseringsutstyr/coil i hjernen	AAL00, AAL20, AAL30, AAL40	55.000 kroner
Implantat i barnehjerte	FDF05, FDJ42, FFC22, FFC32, FDE32, FHB42	55.000 kroner
Intraspinal pumpe/ryggmargstimulator	ABD30, ABD40, <b>AEA30</b>	82.500 kroner
Karstent aorta/intratorakale kar	FAC25, FBE35, FCA45, FCB35, FCC45, FCD35, FFH25	110.000 kroner
Ventrikkeldefibrillator (ICD hjertestarter)	FPG10, FPG30, FPG33, <b>FPG40</b> , FPG96	165.000 kroner
Cochleaimplantat	DFE00	165.000 kroner
Venstre ventrikkelpumpe	FXL00	165.000 kroner

1) Nye prosedyrekoder er uthevet.

For hvert implantat/behandling må minst en av prosedyrekodene være registrert for å utløse tilleggsrefusjon. Beregningen av tilleggsrefusjon for implantater er basert på antall registrerte prosedyrekoder, og ikke antall sykehusopphold med en eller flere av de aktuelle prosedyrekodene.

#### **Behandling av pasienter med intravenøs TNF-inhibitor (Remicade)**

For 2002 gis det tilleggsrefusjon for intravenøs behandling med TNF-inhibitor av følgende pasientgrupper:

- Pasienter med leddgikt
- Pasienter med Crohns sykdom

For å kunne identifisere disse pasientgruppene vil følgende krav til registrering gjelde:

#### Intravenøs behandling av leddgikt

- Pasient overnatter (døgnpasient)
  - Hoveddiagnose: Diagnose i kategori M05, M06 eller M08
  - Bidiagnose: Z51.2 "Fremmøte til annen kjemoterapi"
- Pasient overnatter ikke (dagpasient)
  - Hoveddiagnose: Z51.2 (Fremmøte til annen kjemoterapi)
  - Bidiagnose: diagnose i kategori M05, M06 eller M08.
- Poliklinisk pasient
  - Hoveddiagnose: Z51.2 (Fremmøte til annen kjemoterapi)
  - Bidiagnose: diagnose i kategori M05, M06 eller M08.
  - Takstkode: H05a



Intravenøs behandling av Crohns sykdom

- Pasient overnatter (døgnpasient)
  - Hoveddiagnose: Diagnose i kategori K50 eller M07.4
  - Bidiagnose: Z51.2 (Fremmøte til annen kjemoterapi)
- Pasient overnatter ikke (dagpasient)
  - Hoveddiagnose: Z51.2 (Fremmøte til annen kjemoterapi)
  - Bidiagnose: Diagnose i kategori K50 eller M07.4
- Poliklinisk pasient
  - Hoveddiagnose: Z51.2 (Fremmøte til annen kjemoterapi)
  - Bidiagnose: Diagnose i kategori K50 eller M07.4.
  - Takstkode: H05a

Tilleggsrefusjon for intravenøs behandling av leddgikt og Crohns sykdom som beskrevet over er 9.200 kroner.

**HMAS-behandling av pasienter med Hodgkins sykdom**

Helsedepartementet har besluttet å gi en tilleggsrefusjon for HMAS-behandling av pasienter med Hodgkins sykdom (jmf St. prp. nr. 1 (2001-2002)) innenfor ordningen med høykostnadsmedisin. Fordi det bare er ca. 20 slike behandlinger på årsbasis i hele landet, skal disse rapporteres inn manuelt for utbetaling av tilleggsrefusjon. Ved tertial- og årsrapporteringen skal de aktuelle sykehusene innrapportere følgende data for hver pasient med Hodgkins lymfom som har gjennomgått HMAS-behandlingen:

- Pasientnummer/ PID (ikke fødselsnummer)
- Innleggesdato
- Utskrivningsdato
- Hvilken cytostatikakur som er brukt

Det er kun oppholdet hvor selve HMAS-behandlingen er gjennomført som skal innrapporteres særskilt. Opphold hvor stamceller blir høstet eller andre forberedende opphold skal ikke innrapporteres, heller ikke opphold knyttet til oppfølging av disse pasientene.

Tilleggsrefusjonen for HMAS av Hodgkins lymfom er fastsatt til 155 000 kroner . Denne størrelsen er fremkommet som 55 prosent av en kalkulert kostnad på 290 000 kroner (etter fratrukk av 100 prosent gjennomsnittlig DRG-refusjon for de to aktuelle DRG-ene) for oppholdet hvor pasienten gjennomgår selve HMAS-behandlingen. Kostnadsberegningen er basert på data fra Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Regionsykehuset i Tromsø. Ved beregning av tilleggsrefusjonen er gjennomsnittet av ISF-refusjonene for DRG 403 "Lymfom og ikke-akutt leukemi m/bk" og DRG 404 "Lymfom og ikke-akutt leukemi u/bk" trukket fra. Dette er de to DRG-ene pasienter med Hodgkins sykdom grupperes til.

***Sterilisering***

---

Fra 1. januar 2002 er det innført full egenbetaling for sterilisering av menn og 50 prosent egenbetaling for sterilisering av kvinner. Sykehusene kan maksimalt kreve 1 268 kroner for menn og 6 079 kroner for kvinner. Det kan ikke kreves noen form for egenbetaling dersom pasienten innlegges på sykehuset. Bakgrunnen for vedtaket er beskrevet i statsbudsjettet for 2001, St. prp. nr. 1 (2001-2002) fra SHD.

For sterilisering av kvinner gjelder følgende prisregler i 2002: Den korrigerte vekten for opphold gruppert til DRG 362 "Sterilisering via laparoskopi" er satt til null. I tillegg vil opphold gruppert til DRG 361 "Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi" hvor hoveddiagnose er Z30.2 "Sterilisering" også ha korrigert vekt lik null.

Den korrigerte vekten for DRG 351 "Sterilisering av menn" har også foregående år vært satt til null, siden dette er et poliklinisk inngrep.

Ved utført sterilisering der pasienten primært er innlagt av andre grunner enn sterilisering, skal ikke sterilisering kodes som hoveddiagnose, men som bidiagnose. Oppholdet vil da gi grunnlag for refusjon utfra den DRG det blir gruppert til.

## **Uønskede vridningseffekter?**

I tillegg til den forskningsbaserte evalueringen, vil departementet kontinuerlig følge opp eventuelle uønskede effekter som kan oppdages gjennom analyser av datagrunnlaget. Forhold som vil bli fulgt opp videre i år 2002 er:

### ***Senkning av terskel for innleggelse***

- Pasienter som tidligere ble behandlet poliklinisk kan i større grad bli innlagt på sykehuset.

### ***Unngåelse av 5-timersgrensen***

- Pasientoppholdets varighet overstiger 5 timer for å utløse DRG-refusjon for oppholdet.

### ***Unødvendig liggetid***

- Pasienter overnatter i stedet for å bli skrevet ut samme dag.

### ***Unødvendig oppdeling av pasientoppholdet***

- Pasienten skrives unødvendig ut og inn for å utløse høyere DRG-refusjon. Eksempelvis skal pasienten ved helgepermisjoner ikke utskrives. I tillegg vil departementet følge opp omfanget av reinnleggelser.

### ***Økte overføringer av pasienter mellom institusjoner***

- Overføring av pasienter mellom institusjoner kan delvis skyldes funksjonsfordeling, men kan også være økonomisk motivert.

### ***Fra vanlig til kompleks rehabilitering***

- Mange sykehus registrerer ikke i henhold til retningslinjer for rehabiliteringsløsningen. Omfanget av kompleks rehabilitering vil derfor fortsatt følges opp gjennom særskilte analyser.

### ***Nye pasientgrupper***

- Institusjoner og/eller innleggelse av pasientgrupper som ikke er inkludert i ordningen blir fulgt opp.

### ***”Fløteskumming”***

- Selektivt behandling av pasienter som er lite ressurskrevende og gir høy refusjon.

## **DEL II**

### **DRG-systemet**

DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper) klassifiserer sykehusopphold i somatiske institusjoner i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. Basert på medisinske og administrative opplysninger om pasienten, blir hvert enkelt sykehusopphold plassert i én og bare én DRG.

#### ***Grupperingsprogram***

---

Det er essensielt at gyldig versjon av DRG-programmet ("DRG-gruppereren") brukes til enhver tid uansett hvilken programleverandør som velges. Helsedepartementet (HD) har avtale med Control Bridge (CB) om å stille programvare (NorskDRG) til rådighet for sykehus og de regionale helseforetakene. Dersom annen leverandør velges, må denne også bruke gyldig versjon av DRG-gruppereren.

DRG-gruppereren består av to komponenter med individuelt versjonsnummer: definisjonstabeller som inneholder beskrivelse av grupperingslogikk og selve gruppereren. Følgende produkter er autorisert av HD og gjelder for år 2002:

- **NorskDRG versjon 1.8** (produsert av CB), som inkluderer DRG-grupperer versjon 2002 (produsert av Datawell) med definisjonstabeller 2002-NO-B2.
- Testgrupperer **VisualDRG versjon 3.0.7** (produsert av Datawell), med definisjonstabeller 2002-NO-B2.

#### ***Nordisk samarbeid***

---

DRG systemet ble utviklet i USA for mer enn 20 år siden. I dag er DRG-systemet grunnlag for finansiering av sykehus i mange land. Det er utviklet forskjellige versjoner av DRG-systemet, som skiller seg bl.a. i forhold til antall grupper. DRG-systemet i Norge er utviklet basert på et nordisk system kalt NordDRG, og kalles for NorskDRG. Norge deltar aktivt i utviklingsarbeid rundt NordDRG, og forbedringer i NordDRG blir som regel også innført i Norge.

#### ***Krav om registrering av pasientdata***

---

For at en pasient skal kunne plasseres i en DRG, må følgende opplysninger om pasienten registreres i sykehusets pasientadministrative datasystem:

- Hoveddiagnose
- Bidiagnose(r)
- Prosedyre(r)
- Kjønn
- Alder
- Utskrivningsstatus

For å kunne beregne samlede refusjoner til de enkelte regionale helseforetakene, må i tillegg følgende opplysninger registreres:

- Institusjonsnummer
- Avdelingsnummer
- Pasientnummer
- Kommunenummer
- Oppholdstype
- Innmåte
- Utskrivning til
- Innskrivningsdato
- Utskrivningsdato

DRG-gruppering av utskrevne pasienter er basert på opplysninger som hentes ut fra sykehusenes pasientadministrative databaser. For å få riktig grupperingsresultat er det følgelig helt nødvendig at pasientdata er korrekt kodet. Opplysningene i det pasientadministrative system må derfor følge vedtatt standard for koding både av diagnoser, prosedyrer og administrative opplysninger.

Feilaktig dataregistrering kan føre til at sykehusopphold blir klassifisert i feil DRG, eller at sykehusoppholdet ikke lar seg klassifisere.

#### ***Nye kostnadsvekter for NorskDRG***

---

SINTEF Unimed har på oppdrag fra Helsedepartementet beregnet nye kostnadsvekter for NorskDRG. Beregningen er basert på kostnads- og pasientdata fra driftsåret 2000. Data er innhentet fra 17 norske sykehus. De nye vektene tas i bruk som grunnlag for ISF-refusjonene fra og med 2002.

#### **Samarbeidssykehus**

Tilrettelegging av kostnadsdata til bruk for beregning av kostnadsvektene har vært et samarbeid mellom SINTEF Unimed og 21 norske sykehus. Av disse var det 17 sykehus som

leverte kostnadsdata som grunnlag for beregningene. Disse er<sup>1</sup>: Regionsykehuset i Tromsø, Regionsykehuset i Trondheim, Rikshospitalet, Ullevål sykehus, Aust-Agder sentralsykehus, Buskerud sentralsykehus, Nordland sentralsykehus, Sentralsykehuset i Akershus, Sentralsykehuset i Hedmark, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane, Sentralsykehuset i Vestfold, Telemark sentralsykehus, Vest-Agder sentralsykehus, Innherred sykehus, Fylkessjukehuset på Nordfjordeid, Ringerike sykehus og Sandnessjøen sykehus. Dette betyr at kostnadsdata fra fire regionsykehus, ni sentralsykehus og fire lokalsykehus er benyttet som basis for kostnadsvektene for NorskDRG.

#### **Metode**

Kostnadsvektene er basert på top-down metoden for beregning av kostnader per sykehusopphold for hver enkelt DRG. Sykehusoppholdene som inngår er alle innlagte pasienter og dagbehandling som DRG-grupperes i forbindelse med ISF. En alternativ metode kunne vært den såkalte bottom-up metoden som benyttes blant annet i Sverige og Finland. Denne metoden er imidlertid basert på rutinemessig registrering av ressursdata per pasient, noe som ikke er vanlig ved norske sykehus per i dag.

#### **Kostnadsgrunnlaget**

I top-down metoden tas det utgangspunkt i sykehusenes avdelingsvise driftsregnskaper justert for ekstern aktivitet, psykisk helsevern, universitetsfunksjoner og eventuelle kapitalutgifter som er ført i driftsregnskapet. De justerte driftskostnadene inndeles i felleskostnadssteder og endelige kostnadssteder. Felleskostnadssteder (for eksempel administrasjon) er kostnadssteder som yter service til andre kostnadssteder mens endelige kostnadssteder (som for eksempel sengeavdelinger eller operasjonsavdeling) er kostnadssteder som yter tjenester direkte til pasientene. Felleskostnadsstedene overveltes til de endelige kostnadsstedene etter egne fordelingsnøkler (som for eksempel ansatte og arealer). For hvert sykehus beregnes på denne måten kostnader inklusive felleskostnader på de endelige kostnadsstedene.

#### **Kostnadsgrupper**

I neste trinn beregnes kostnadsgrupper for hvert sykehus. Noen kostnadsgrupper vil være et endelig kostnadssted, mens andre vil være summen av flere kostnadssteder. Disse kostnadsgruppene skal fordeles til sykehusoppholdene per DRG. Hensikten med denne inndelingen er å isolere kostnader som det ikke er fornuftig å fordele til sykehusoppholdene etter pasientenes liggetider, men heller fordele til pasientene etter egne fordelingsnøkler som beskriver ressursbruken bedre enn liggetiden. Antallet og typen kostnadsgrupper er avhengig av om det er mulig å beregne kostnadsgruppen ut fra sykehusregnskapene og om det finnes fordelingsnøkler til å fordele kostnadene til sykehusoppholdene i hver DRG. I beregningen av kostnadsvektene ble følgende 11 kostnadsgrupper beregnet:

- Grunnkostnader
- Direkte pleiekostnader
- Operasjonskostnader inkludert anestesi
- Intensiv- og oppvåkningskostnader
- Røntgenkostnader
- Laboratoriekostnader
- Medikamentkostnader

---

<sup>1</sup> Sykehusnavnene fra år 2000 er benyttet her. Mange av disse institusjonene har fått nye navn fra 2002.

- Dialysekostnader (DRG 317)
- Cytostatikamedikamenter (DRG 410A, 410B, 410C og 492)
- Pacemakerkostnad (DRG 115 og 116)
- Kostnader til poliklinikk (eksklusive dagmedisin og dagkirurgi)

Med unntak av grunnkostnadene og polikliniske kostnader er alle kostnadsgruppene fordelt til sykehusoppholdene etter egne fordelingsnøkler som beskriver den relative ressursbruken for aktiviteten. Dette gir en mer korrekt fordeling av kostnadene til sykehusoppholdene enn om alle kostnadene hadde blitt fordelt etter liggetider. Grunnkostnadene er imidlertid fordelt etter pasientenes liggetid. Dette er i hovedsak de kostnadene som er igjen på sengeavdeling når alle de andre kostnadsgruppene er trekt ut. Disse kostnadene er i stor grad liggetidsavhengige og kan derfor fordeles til sykehusoppholdene etter liggetid. Kostnader til poliklinikk er beregnet og ikke fordelt til sykehusoppholdene.

### **DRG-er som mangler opphold**

Selv om fire regionsykehus leverte data, var det flere DRG-er som manglet opphold eller hadde for få eller for avvikende opphold til at det ga gode nok kostnadsdata. En generell regel for at data fra hvert av de 17 sykehusene har blitt benyttet er at det minst må være fem sykehusopphold i DRG-en fra sykehuset og at kostnad per opphold har vært innenfor pluss/minus 50 prosent av gjennomsnittlig kostnad per opphold ved de øvrige sykehusene for DRG-en. Med disse kravene ble det nødvendig å benytte utenlandske data eller gamle norske kostnadsvekter for 33 DRG-er.

### **Tilpasning av empiriske vekter til ny grupperingslogikk**

Kostnadsvektene er beregnet med basis i data fra 2000. Dette betyr at den grupperingslogikken som var gjeldende i 2000 er grunnlaget for empirien. Vektene skal tas i bruk i 2002 og må derfor tilpasses den grupperingslogikken som gjelder for 2002. Det har blitt foretatt til dels store endringer i logikk i forhold til løsningen som ble benyttet i 2000. Noen av disse endringene gjelder enkelte DRG-er eller enkelte hoveddiagnosegrupper og har stor betydning for de berørte DRG-ene. Andre endringer er mer marginale i volum, men berører mange DRG-er. For flesteparten av disse logikkendringene er det estimert effekter på aktiviteten ved hjelp av data fra 2000 og utenlandske data. Det har derfor vært mulig å tilpasse de empiriske vektene til de nye løsningene. Hovedregelen er at der det har vært mulig å anslå hvor mange opphold som flytter mellom DRG-ene er nye kostnadsvekter beregnet slik at de berørte DRG-ene gir like mange DRG-poeng nasjonalt etter flyttingen som før flyttingen. De viktigste endringene er som følger:

- Skillet mellom kompliserte og ukompliserte opphold oppheves i flesteparten av pediatri-DRG-ene (pasienter under 18 år). Ny kostnadsvekt beregnes som et veid gjennomsnitt av hvert enkelt DRG-par slik at det totalt sett blir like mange DRG-poeng som før.
- DRG 476 "Prostata op. uten sammenheng med hoveddiagnosen" avvikles og oppholdene her inngår i DRG 477. Ny kostnadsvekt for DRG 477 er et veid gjennomsnitt av 476 og 477. Det er dermed like mange DRG-poeng i 477 som det i 2000 var til sammen for DRG 476 og 477.

## DEL II

### Innsatsstyrt finansiering 2002

- Meniskoperasjoner flyttes fra DRG 232 til DRG 222. Det beregnes en ny vekt for DRG 222 som blir et veid gjennomsnitt av sykehusoppholdene som flyttes fra DRG 232 og de som før var i DRG 222. Det blir derfor samme antall DRG-poeng før og etter flyttingen her også når de to DRG-ene betraktes under ett.
- Aggregering av sykehusopphold har ført til tap av prosedyrekoder for noen av oppholdene som har hjertekateterisering sammen med hjerteoperasjon. Dette har ført til at noen opphold feilaktig har blitt gruppert til DRG-er uten hjertekateterisering (DRG 105 og 107) mens de egentlig skulle vært i hjerteoperasjoner med kateterisering (DRG 104 og 106). Dette er rettet opp i 2002-versjonen slik at pasientene havner i korrekt DRG nå. Kostnadsvektene er her også tilpasset dette slik at DRG-poengene totalt sett er de samme som før endringen.
- Sykehusopphold gruppert til HDG 15, nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden, er endret vesentlig. Fra å gruppere denne pasientgruppen i 27 DRG-er benyttes bare 10 DRG-er i 2002-versjonen. Gjennom kostnadsberegningen ble det beregnet kostnadsvekter for de 27 DRG-ene i 2000-versjonen. For den nye løsningen er det benyttet svenske kostnadsvekter, men vektene er satt i nivå slik at de gir samme antall DRG-poeng som den gamle løsningen. I denne beregningen er den nye løsningen anvendt på 2000-data.

#### Kalibrering av kostnadsvektene og kalibreringsgrunnlag

De nye kostnadsvektene er kalibrert slik at de på landsmaterialet for ISF gir samme antall DRG-poeng for 2000 som det de gamle vektene gjorde for 2000. På grunn av prisreglene har det vært nødvendig å foreta kalibreringen på et utvalg av ISF-materialet. Utvalget er imidlertid foretatt slik at dersom prisreglene for 2000 opprettholdes vil de kalibrerte vektene likevel gi samme utbetaling i ISF-refusjoner på landsbasis som de gamle vektene. Tabellen nedenfor viser omfanget av kalibreringsgrunnlaget:

Datagrunnlag	Antall sykehusopphold
ISF – materialet 2000	983 640
-Dagopphold med null refusjon	4 537
-Dagopphold med avkorting	51 032
-Opphold i primær rehabilitering (DRG 462A, B og C)	36 984
-Opphold med sekundær rehabilitering med tilleggsrefusjon	1 362
+Opphold i DRG 391, Friske nyfødte	45 880
Kalibreringsgrunnlaget 2000	935 605



***Logikk i DRG-klassifiseringen***

---

Endelig DRG-plassering av et opphold, er et resultat av to trinn:

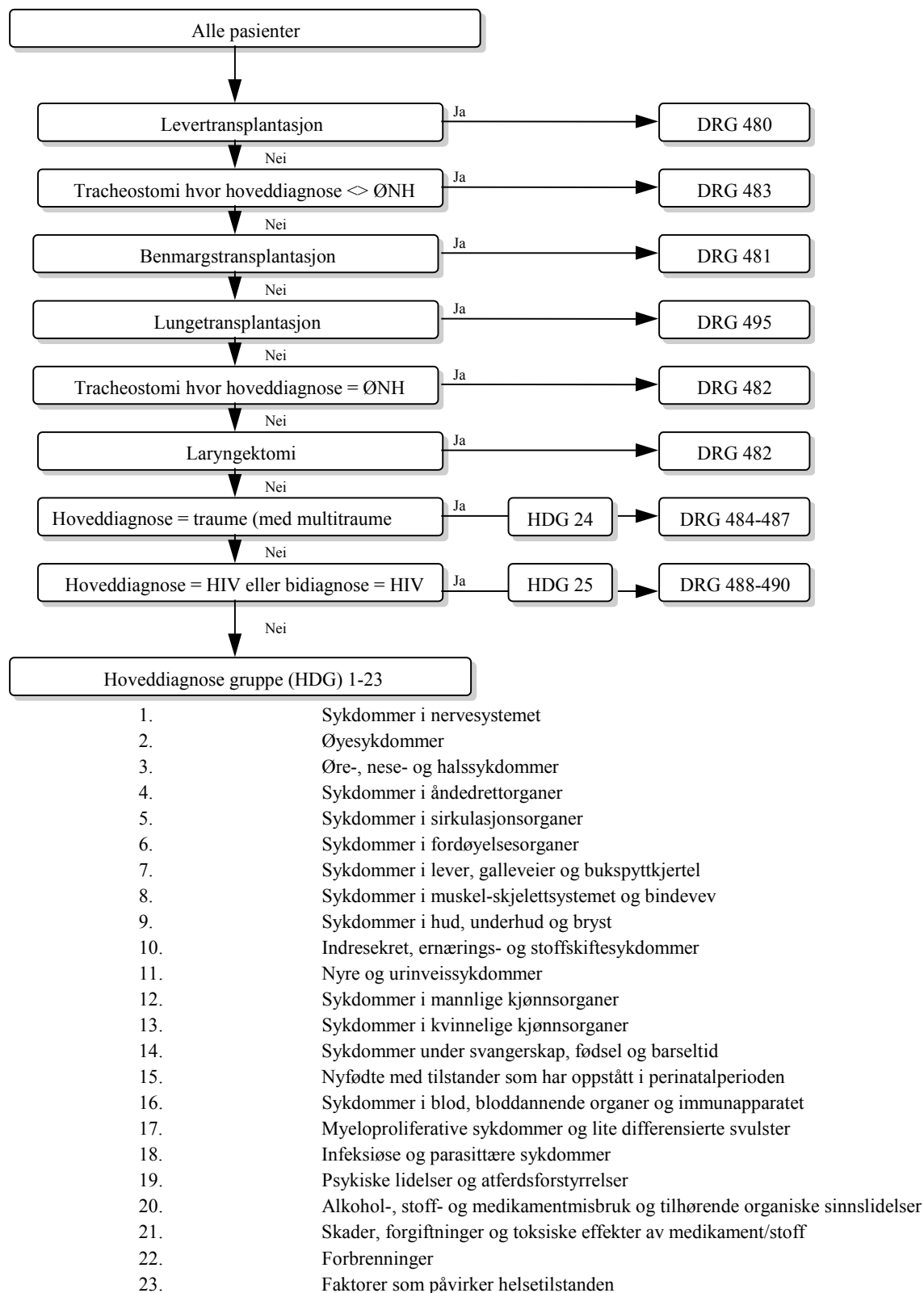
- DRG-gruppering av avdelingsopphold
- Aggregering fra avdelingsopphold til sykehusopphold og ny DRG-gruppering

***1. DRG-gruppering av avdelingsopphold***

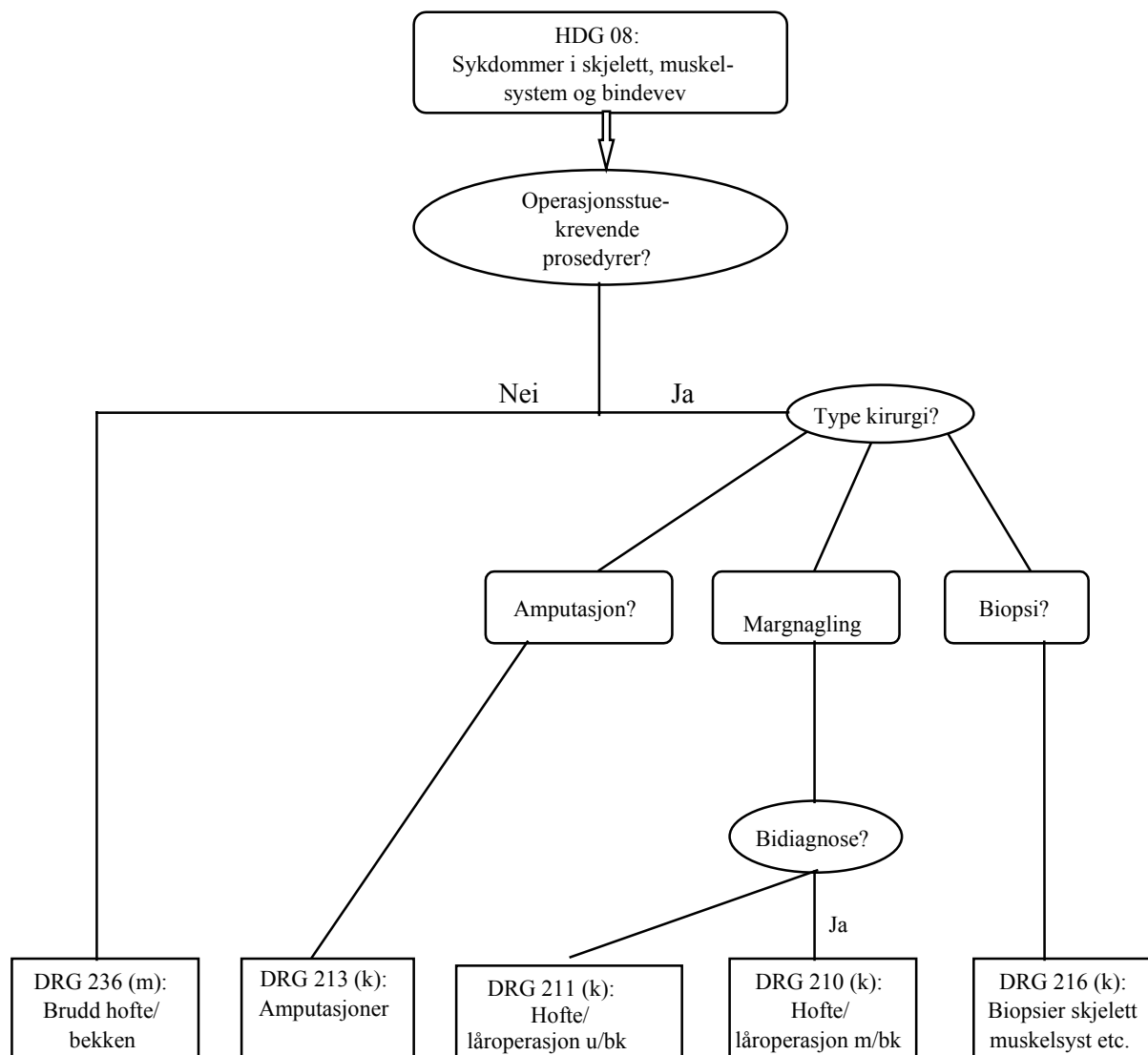
I aller fleste tilfeller blir oppholdet først plassert i en av hoveddiagnosegruppene (HDG) etter den registrerte hoveddiagnose (jfr. figur 3, side 38). Unntak er noen ekstremt ressurskrevende prosedyrer (eks. transplantasjoner) hvor hoveddiagnose ikke påvirker DRG-plasseringen, eller pasienter med multitraume eller HIV hvor alle diagnoser teller i valg av HDG.

Innenfor HDG-ene baseres videre gruppering på prosedyrekoder, bidiagnoser, alder og utskrivningsstatus. Prinsipper i DRG-klassifiseringen er illustrert i figur 3 og 4, side 38 og 39

Figur 3: Logikk i DRG-gruppering



Figur 4: Eksempel på beslutningstre innen HDG



(m) medisinsk DRG

(k) kirurgisk DRG

u/bk uten bidiagnoser/komplikasjoner

m/bk med bidiagnoser/komplikasjoner

Manualen for NorskDRG, som viser grupperingslogikken i detalj, finnes på nettsiden til PaFi (<http://www.sintef.no/units/unimed/pafi/index.htm>).

## **2. Aggregering fra avdelingsopphold til sykehusopphold og ny DRG-gruppering**

Enheten i DRG-finansieringen i Norge er sykehusopphold. Det er med andre ord sykehusopphold og ikke avdelingsopphold som er grunnlag for rapportering og DRG-refusjon fra Helsedepartementet. Kostnadsvektene er også basert på sykehusopphold.

Etter at avdelingsoppholdene er DRG-gruppert, skjer det en videre aggregering av avdelingsopphold til sykehusopphold. Dersom pasienten har oppholdt seg ved kun én avdeling i løpet av sykehusoppholdet, blir avdelingsoppholdet lik sykehusoppholdet. Hvis derimot pasienten har blitt overført til andre avdelinger i løpet av et og samme sykehusopphold, vil avdelingsoppholdene bli slått sammen til ett sykehusopphold.

Regler for valg av data fra tilhørende avdelingsopphold, og aggregeringsregler er følgende:

- Liggetiden for sykehusoppholdet blir summen av liggetiden for avdelings- og postoppholdene, og beregnes som differansen mellom utskrivningsdato fra sykehuset og dato for når pasienten ble skrevet inn på sykehuset.
- Administrative data om innleggelsen tas fra første avdelingsopphold, mens data om utskrivningen tas fra siste avdelingsopphold.
- Avdelingsoppholdet med høyest vekt velges som sykehusopphold.
- Dersom to avdelingsopphold har samme DRG-vekt, velges det avdelingsoppholdet som har lengst liggetid som sykehusopphold.
- Dersom pasienten både har et medisinsk og et kirurgisk avdelingsopphold, og det medisinske har høyere DRG-vekt, overføres ikke prosedyrekodene i aggregeringen. Dette gjøres for å unngå plassering av aggregert sykehusopphold i DRG 468/477. Hoveddiagnosen fra avdelingsoppholdet med høyest DRG-vekt, settes som hoveddiagnose i sykehusoppholdet. For aggregering innenfor hoveddiagnosegruppene nyfødte og multitraume, samt opphold der hjertekateterisering er gitt, gjelder egne aggregeringsregler. Disse er beskrevet i egne kulepunkt.
- Dersom man ved første avdelingsopphold har registrert en hoveddiagnose og en bidiagnose, og ved andre avdelingsopphold har registrert en annen hoveddiagnose og en annen bidiagnose, velges den hoveddiagnosen som fører pasienten til den tyngste DRG-en som sykehusoppholdets hoveddiagnose. De andre registrerte diagnosene fremgår som bidiagnoser, så lenge det er plass i recorden.
- For rehabilitering gjelder følgende: ved sammenslåing av avdelingsopphold til sykehusopphold, blir rehabiliteringsdiagnoser prioritert. Hvis noen av avdelingsoppholdene har rehabilitering som hoved- eller bidiagnose, tas denne *alltid med som bidiagnose* i det sammenslåtte sykehusoppholdet.

- For hoveddiagnosegruppe 15 (nyfødte) er en rekke dataelementer essensielle i forhold til riktig DRG-plassering. Dette gjelder diagnoser som beskriver fødselsvekt, NICU-prosedyrer og operasjoner. Aggregeringsreglene for HDG15 vil derfor skille seg noe ut fra det som er vanlig i NorskDRG. Som hoveddiagnose velges hoveddiagnose fra bærende opphold (dvs. den hoveddiagnosen som fører til den tyngste DRG-en). Dette er likt med hvordan også andre opphold behandles. Bidiagnoser velges først fra bidiagnoser i bærende opphold, og deretter fra diagnoser i andre opphold. Hvis alle diagnoser ikke har plass som bidiagnoser i sammenslått opphold, brukes følgende prioritering:
  - bidiagnoser som beskriver fødselsvekt overføres alltid
  - deretter fyller man på med andre diagnoser

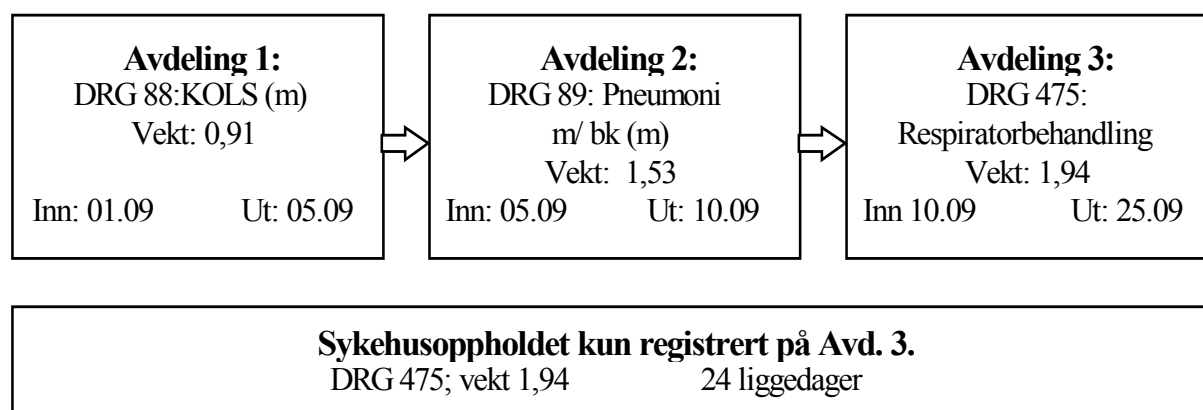
Samme diagnose overføres bare én gang.

Som hovedregel vil alle prosedyrer som er registrert overføres ved aggregeringen. Dersom alle prosedyrer ikke har plass, vil prosedyrekoder fra bærende opphold tas først, deretter prosedyrekoder i andre opphold etter følgende prioritering: NICU-prosedyrer, større kirurgiske prosedyrer, mindre prosedyrer, og deretter fylles det på med evt. andre prosedyrer. Samme prosedyre overføres bare én gang.

- For hoveddiagnosegruppe 24 (multitraume) gjelder følgende fra 2002: alle prosedyrer som er registrert overføres til sykehusoppholdet ved aggregeringen, så lenge det er plass.
- Hjertekateterisering som er utført i løpet av samme sykehusopphold som etterfølgende hjerteoperasjon, skal ivaretas ved aggregeringen. Aggregeringsreglene for DRG 104/105 og DRG 106/107 endres i forhold til hjertekateterisering slik at prosedyrekode for hjertekateterisering alltid overføres ved aggregering.

Etter at fleravdelingsoppholdene er blitt aggregert til sykehusopphold, skjer det en ny DRG-gruppering av disse oppholdene. Dette gjøres slik at eventuelle bidiagnoser skal kunne gi uttelling i form av DRG-er med bidiagnoser/komplikasjoner.

Overlappende avdelingsopphold, dvs der utskrivningsdato fra avdeling A er senere enn innskrivningsdato ved avdeling B, tolkes som det samme sykehusoppholdet. Liggetiden for sykehusoppholdet blir lik differansen mellom utskrivningsdato fra sykehuset og dato for når pasienten ble skrevet inn på sykehuset.

**Figur 5: Illustrerer dannelsen av sykehusopphold (aggregering):****Spesielle DRG-er**

Flere DRG-er kan brukes som indikator på lav datakvalitet. Disse er:

- DRG 470 Ikke grupperbar på grunn av manglende opplysninger
- DRG 469 Hoveddiagnose ubrukt som utskrivningsdiagnose
- DRG 468 Større operasjoner uten sammenheng med hoveddiagnosen
- DRG 477 Mindre operasjoner uten sammenheng med hoveddiagnosen

**DRG 470**

Det gjøres spesielt oppmerksom på at det ikke gis refusjon for opphold i DRG 470. Avdelingsopphold blir plassert i DRG 470 dersom hoveddiagnose ikke er registrert, eller koder ikke finnes i gjeldende kodeverk, og dersom det er benyttet kjønnsesifikke diagnosekoder på pasienter med "feil" kjønn.

**DRG 469**

Avdelingsopphold blir plassert i DRG 469 når hoveddiagnosen er for upresis for DRG-klassifisering. Koden kan være gyldig, men ikke tilstrekkelig spesifikk for plassering i riktig DRG.

**DRG 468 og 477**

DRG 468 og 477 er "sekke"-DRG-er for tilfeller hvor hoveddiagnosen og operasjoner ikke henger sammen logisk. Dette kan skyldes feil i registreringen, men også medisinske særtilfeller som DRG-systemet ikke takler. Et typisk eksempel på dette er når en pasient innlagt for en bestemt diagnose, får en komplikasjon som medfører en prosedyre som ikke er relatert til pasientens hoveddiagnose, men til komplikasjonen.

## **Krav til kodepraksis, gjeldende kodeverk og definisjoner**

Følgende kodeverk er gyldige:

### **Diagnoser**

*“Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer”*.  
Norsk utgave av ICD-10, revidert 2001.

### **Prosedyrer**

*“Klassifikasjon av kirurgiske inngrep 2001 med oppdateringer for 2002”*.

Denne foreligger bare elektronisk (PDF-fil), og planlegges ikke utgitt i trykket bokform i 2002. Siste utgave som foreligger i bokform ble utgitt i 2001.

Dette er en norsk utgave av *“The NOMESCO Classification of Surgical Procedures”* med tillegg av foreløpige koder for ikke-kirurgiske prosedyrer. NOMESKO, KITH og Statens helsetilsyn 2001.

Koderegisterfiler, endringsdokumentasjon og elektronisk søkeverktøy for begge kodeverkene i oppdatert utgave kan lastes ned fra KITH sine web-sider. For NCSP kan hele boken lastes ned som PDF-fil (<http://www.kith.no>).

For utvalgte definisjoner vises til eget vedlegg. For å forstå kodeveiledningen og konsekvenser for DRG-gruppering er det viktig å merke seg gjeldende definisjoner for ulike diagnosetermer.

### **Administrative opplysninger**

*“Administrativ definisjonskatalog for somatiske sykehus”*.  
KITH, 3. utgave, 1999.

*Rundskriv IK-44/89* av Statens Helsetilsyn (avdelingskoder).

### **Valg av hoveddiagnose**

---

Korrekt valg av hoveddiagnose er viktig både av hensyn til statistikk og DRG-gruppering. Hoveddiagnose skal settes etter retningslinjene beskrevet i Opplæringsheftet for ICD-10, hvor WHO definerer hoveddiagnose som:

*“Hovedtilstanden er den tilstanden som er hovedårsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse. Hvis det ikke stilles noen diagnose, skal hovedsymptomet, det viktigste anomalitets-funnet eller problemet anses som hovedtilstand”*

*“Hvis det dreier seg om mer enn én tilstand, skal den mest ressurskrevende velges som hovedtilstand”*

En klinisk diagnose kan etter ICD-10 ofte beskrives med mer enn én kode (parkoding, multipl koding). Både en hoveddiagnose og en bidiagnose kan således være uttrykt med mer enn én kode, se side 45.

### **Koding av diagnoser**

---

Diagnoser skal alltid kodes med minst 4 tegn når 4 tegn er tilgjengelig. Følgende krav settes til registreringen av hoveddiagnose:

- Hoveddiagnose må alltid registreres.
- Hoveddiagnosen må nedtegnes som første diagnose ved utskrivning.
- For sykehuspasienter skal diagnoser i kapitlene XVIII og XXI bare unntaksvis brukes som hoveddiagnose (se nedenfor).

*Z-koder* skal benyttes i registreringen av hoveddiagnose i kontakter med helsetjenesten der tilstanden verken er sykdom eller skade. Dette gjelder følgende tilstander:

- Observasjonspasienter; pasienter som legges inn til observasjon uten at spesielle tiltak er iverksatt skal kodes med diagnoser i kategori Z03 eller Z04.
- Dialysebehandlinger skal kodes med "Z49.1 Ekstrakorporal dialyse" eller "Z49.2 Annen dialyse", og ikke med diagnoser i kategori N17-N19.
- Fremmøte til cytostatikabehandling skal kodes med Z51.10/Z51.11/Z51.12, og ikke med den bakenforliggende diagnosen.
- Fremmøte til poliklinisk strålebehandling skal kodes med Z51.0, og ikke med den bakenforliggende diagnosen.
- Pasienter som blir innlagt for rehabilitering (eller behandles som dagpasienter) skal kodes med Z50.80 (kompleks rehabilitering) og Z50.89 (vanlig rehabilitering).
- Friske nyfødte skal registreres med koder i kategori Z38.



### ***Registrering av diagnose med flere koder (multippel koding)***

---

I noen tilfeller kreves multippel koding for å gi en fullstendig beskrivelse av en tilstand. En diagnose kodes her med flere koder. I hovedsak dekker begrepet multippel koding sverd- og stjernesystemet (etiologi hhv. manifestasjon), samt koding av infeksjoner, svulster, skader og forgiftninger.

### ***Sverd- og stjernesystemet (parkoding)***

---

For diagnostiske uttrykk som inneholder opplysninger om både underliggende sykdom og klinisk manifestasjon, er det gitt to koder (sverd- og stjernekode). Begge koder skal føres inn i pasientjournalen og registreres i det pasientadministrative system. Kodeparet beskriver én diagnostisk tilstand, som kan være en hoved- eller bidiagnose. Sverdkoden (etiologisk beskrivelse av sykdom) *kan* etter ICD-10's regler oppføres alene uten stjernekode (beskrivelse av sykdommens manifestasjon), men av hensyn til DRG-klassifiseringen er det nødvendig å ta med stjernekode når det i boken henvises til en stjernekode. En stjernekode kan derimot ikke oppføres alene, men skal oppføres *etter* den tilhørende sverdkode. Det er ikke slik å forstå at sverdkoden er hoveddiagnose og stjernekode bidiagnose eller omvendt. Alle stjernekode er forhåndsdefinert og merket med stjerne (\*) i ICD-10-boken. ICD-10 tillater at de fleste koder i kapitlene I-XVII benyttes som sverdkoder, og bare i de tilfeller hvor det er mest aktuelt å søke fra en sverdkode til en stjernekode er sverdkoden merket med sverd (†).

### ***Annen multippel koding***

---

Multippel koding skal også brukes i følgende sammenhenger:

- For å angi infeksjonsfremkallende organisme ved lokale infeksjoner.
- For å angi funksjonstype ved svulster med funksjonell aktivitet.
- For å angi morfologikode i SNOMED for svulster.
- For å angi underliggende årsak for tilstander i blokken F00-F09.
- For å angi det aktuelle stoffet ved legemiddelindusert tilstand.
- For å angi fullstendig beskrivelse av skade eller forgiftning.

### ***Koding av bidiagnoser***

---

I tillegg til hovedtilstanden skal tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden, eller som utvikler seg i løpet av behandlingsperioden, og som får konsekvenser for behandlingen av pasienten, registreres som bidiagnoser. Tilstander som relaterer seg til tidligere innleggelses, og som ikke har innvirkning på den aktuelle behandlingen, skal ikke tas med.

---

***Koding av prosedyrer***

---

Følgende krav stilles til registreringen av prosedyrekoder:

- Alle utførte prosedyrer skal registreres
- 5 tegn skal alltid brukes

Tilleggskodene i kapittel Z kan aldri stå alene og skal alltid knyttes til en grunnkode. Disse kodene brukes som tilleggsinformasjon om eksempelvis operasjonsteknikk, varighet av operasjon eller lateralitet.

## **Innrapportering av data**

### ***NPR-record i år 2002***

---

Recordbeskrivelse for felles innrapportering av pasientadministrative data for poliklinikk og innlagte pasienter som ble innført januar 1998, gjelder også i 2002. Det er foretatt justeringer i verdiene for enkelte variable siden 1998, og en oppdatert recordbeskrivelse finnes på [http://www.npr.no/info/NPR\\_recordbeskrivelse\\_www.html](http://www.npr.no/info/NPR_recordbeskrivelse_www.html).

### ***Ny NPR-record i 2003***

---

Norsk Pasientregister (NPR) er for tiden i slutfasen i arbeidet med ny NPR-record. Forslag til ny NPR record skal framlegges til godkjenning for Helsedepartementet i mars 2002. De enkelte leverandører av pasientadministrative system ønsker en periode på 9 måneder med programmering fra en spesifikasjon av en betydelig endring foreligger til denne endringen er i drift hos brukerne. Dette betyr at siste frist er 1. april 2002.

Den nye NPR-recorden vil endre innrapporteringsformen fra flate Ascii-filer innlevert på disketter, til XML-meldinger over helsenettet, og gir således en betydelig økning av datasikkerheten. Det gjelder pasientdata både fra somatikk og psykisk helsevern, herunder både BUP og psykisk helsevern for voksne. Fra 2003 vil det også legges opp til månedlig innlevering av pasientdata. Forutsetningen for omleggingen til ny NPR-record er at departementet samtykker til forslaget som skal fremlegges.

### ***Registrering av medisinske koder i forhold til innrapportering av data***

---

DRG-klassifiseringen baserer seg også i 2002 på åtte registrerte diagnosekoder, hvorav den første blir oppfattet som hoveddiagnose. Diagnosene innrapportert som nummer to og oppover, oppfattes som bidiagnoser. Dersom man i sykehusets pasientadministrative datasystem har registrert flere enn syv bidiagnoser, skal de syv viktigste bidiagnosene innrapporteres. Rekkefølgen er uten betydning. Sykehusene må være spesielt oppmerksom på at fødselsvekt for pasienter (nyfødte) under 2500 gram er **viktig** for riktig DRG-gruppering, og må være blant de 7 bidiagnosene som tas med. Det samme gjelder også intensivkoder for nyfødte. Disse er beskrevet på side 23.

Siden det foreløpig ikke er plass for mer enn én kode per diagnose i NPR-recorden, kan ikke multiple diagnosekoder innrapporteres. Det er som regel manifestasjonen som har kostnadmessig betydning, og det er stjernekode som brukes i finansieringen. Dette medfører at bare stjernekode skal flyttes over til NPR-recorden også i 2002.

Sykehusopphold grupperes i kirurgiske DRG-er etter registrerte prosedyrekoder. Grupperingen styres imidlertid av en hierarkisk fordeling av disse prosedyrene, hvor det kun er operasjonsstuekrevene prosedyrer som i denne sammenheng regnes som kirurgiske prosedyrer. I NPR-recorden er det plass for 10 prosedyrekoder. Dersom man registrerer flere

## ***DEL II***

---

### *Innsatsstyrt finansiering 2002*

enn 10 prosedyrekoder, skal kodene for de 10 viktigste prosedyrene innrapporteres. Rekkefølgen er uten betydning, da grupperingsprogrammet søker frem den mest ressurskrevende.



## Vedlegg A: Prislister DRG 2002

### PRISLISTE DRG 2002

DRG-pris for ett DRG poeng = 29 428 kroner i 2002

DRG refusjon i 2002 er 55% av full DRG-pris, dvs 16 185 kroner per DRG poeng

Type: K = kirurgisk DRG, M = medisinsk DRG

m/bk hhv. u/bk = med hhv. uten bidiagnoser eller kompliserende sykdom

AMI = akutt myokardinfarkt (hjerteinfarkt)

ITAD = ikke tildelt annen DRG (ikke tildelt DRG tidligere i grupperingsalgoritmen)

### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 1: SYKDOMMER I NERVESYSTEMET

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
1	1	Kraniotomi > 17 år u/traume	3,20	28	K	51 793
2	1	Kraniotomi > 17 år m/traume	2,38	18	K	38 521
3	1	Kraniotomi < 18 år	3,12	25	K	50 498
4	1	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	2,54	28	K	41 111
5	1	Operasjoner på ekstrakranielle kar	2,57	17	K	41 596
6	1	Op ved karpaltunnelsyndrom	0,32	5	K	5 179
7	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop m/bk	2,48	47	K	40 140
8	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop u/bk	0,81	10	K	13 110
9	1	Sykdommer i og skader på ryggmargen	1,04	25	M	16 833
10	1	Svulster i nervesystemet m/bk	1,77	41	M	28 648
11	1	Svulster i nervesystemet u/bk	0,99	20	M	16 024
12	1	Degenerative sykdommer i nervesystemet	1,01	25	M	16 347
13	1	Multippel sklerose & cerebellar ataksi	0,85	19	M	13 758
14	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA	1,27	21	M	20 555
15	1	TIA og okklusjon av precerebrale arterier	0,58	13	M	9 388
16	1	Uspesifikke karsykdommer i hjernen m/bk	1,06	26	M	17 157
17	1	Uspesifikke karsykdommer i hjernen u/bk	0,71	18	M	11 492
18	1	Sykdommer i hjernenerver & perifere nerver m/bk	1,17	24	M	18 937
19	1	Sykdommer i hjernenerver & perifere nerver u/bk	0,71	18	M	11 492
20	1	Infeksjon i nervesystemet ekskl viral meningitt	2,04	34	M	33 018
21	1	Viral meningitt	0,72	16	M	11 653
22	1	Hypertensiv encefalopati	1,38	80	M	22 336
23	1	Ikke-traumatisk koma & stupor	0,64	9	M	10 359
24	1	Kramper & hodepine > 17 år m/bk	0,80	14	M	12 948
25	1	Kramper & hodepine > 17 år u/bk	0,46	9	M	7 445
26	1	Kramper & hodepine < 18 år	0,47	7	M	7 607
27	1	Alvorlig traumatisk hjerneskade	1,20	0	M	19 422
28	1	Traumatisk hjerneskade > 17år m/bk	1,59	36	M	25 735
29	1	Traumatisk hjerneskade > 17år u/bk	0,74	22	M	11 977
30	1	Traumatisk hjerneskade < 18 år	0,78	12	M	12 625
31	1	Hjernerystelse > 17 år m/bk	0,44	9	M	7 122
32	1	Hjernerystelse > 17 år u/bk	0,27	4	M	4 370
33	1	Hjernerystelse < 18 år	0,25	2	M	4 046
34	1	Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	1,19	25	M	19 261
35	1	Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk	0,70	12	M	11 330

**VEDLEGG A***Innsatsstyrt finansiering 2002***HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 2: ØYESYKDOMMER**

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
36	2	Op på corpus vitreum, choroidea, retina	0,71	18	K	11 492
37	2	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye	1,01	19	K	16 347
38	2	Intraokulære op hovedsaklig på regnbuehinne ITAD	0,49	15	K	7 931
39	2	Operasjoner på linsen	0,42	5	K	6 798
40	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer > 17 år	0,43	8	K	6 960
41	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer < 18 år	0,56	4	K	9 064
42	2	Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD	0,86	18	K	13 919
43	2	Hyphema, kontusjonsskader i øyeregionen	0,51	12	M	8 255
44	2	Alvorlige akutte øyeinfeksjoner	0,87	24	M	14 081
45	2	Nevrologiske øyesykdommer	0,84	15	M	13 596
46	2	Øyesykdommer ITAD > 17 år m/bk	0,85	17	M	13 758
47	2	Øyesykdommer ITAD > 17 år u/bk	0,38	9	M	6 150
48	2	Øyesykdommer ITAD < 18 år	0,30	4	M	4 856

**HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 3: ØRE-, NESE- OG HALSSYKDOMMER**

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
49	3	Større op på indre øre/strupe/tunge/gane/kjever ITAD	2,50	51	K	40 464
50	3	Fjerning av spyttkjertel	1,05	9	K	16 995
51	3	Op på spyttkjertler ekskl fjerning av spyttkjertler	0,66	11	K	10 682
52	3	Operasjoner for leppe- og ganespalte	1,70	9	K	27 515
53	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus >17år	0,55	8	K	8 902
54	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus <18 år	0,70	10	K	11 330
55	3	Diverse operasjoner på øre/nese/hals	0,58	8	K	9 388
56	3	Plastiske operasjoner på nesen	0,61	8	K	9 873
57	3	Tons./adenoid op ekskl –ektomi > 17år	0,47	8	K	7 607
58	3	Tons./adenoid op ekskl –ektomi < 18 år	0,40	8	K	6 474
59	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17år	0,48	5	K	7 769
60	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi, <18 år	0,43	5	K	6 960
61	3	Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret >17år	0,17	12	K	2 752
62	3	Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret <18 år	0,27	7	K	4 370
63	3	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	0,99	13	K	16 024
64	3	Ondartede sykdommer i øre, nese, hals	1,33	28	M	21 527
65	3	Svimmelhet	0,51	13	M	8 255
66	3	Neseblødning	0,43	9	M	6 960
67	3	Epiglottitt	0,94	10	M	15 214
68	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon > 17 år m/bk	0,67	14	M	10 844
69	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon > 17 år u/bk	0,40	9	M	6 474
70 A	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon < 18 år m/bk	0,49	4	M	7 931
70 B	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon < 18 år u/bk	0,29	4	M	4 694
71	3	Laryngotrakeitt	0,27	4	M	4 370
72	3	Neseskade & medfødt nesedeformitet	0,25	4	M	4 046
73	3	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år	0,41	9	M	6 636
74	3	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD < 18 år	0,35	7	M	5 665
168	3	Prosedyrer i munnhulen m/bk	1,32	20	K	21 365
169	3	Prosedyrer i munnhulen u/bk	0,67	15	K	10 844
185	3	Tann/munnhulesyk, ekskl tannuttrekking > 17år	0,50	9	M	8 093
186	3	Tann/munnhulesyk, ekskl tannuttrekking < 18 år	0,33	9	M	5 341
187	3	Tannuttrekking & restaurering	0,36	4	M	5 827

# VEDLEGG A

## Innsatsstyrt finansiering 2002

### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 4: SYKDOMMER I ÅNDEDRETTSORGANENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
75	4	Større thoraxop, visse op på perikard/trachea/diafragma m.m.	4,25	36	K	68 788
76	4	Op på åndedrettssystemet ITAD m/bk	2,99	71	K	48 394
77	4	Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk	1,14	31	K	18 451
78	4	Lungeemboli, luftemboli og fettembolisyndrom	1,52	22	M	24 602
79	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst >17år m/bk	1,95	28	M	31 562
80	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst >17 år u/bk	1,27	21	M	20 555
81	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst < 18 år	0,98	13	M	15 862
82	4	Svulster i åndedrettssystemet	1,35	33	M	21 850
83	4	Større thoraxskader m/bk	1,19	17	M	19 261
84	4	Større thoraxskader u/bk	0,60	12	M	9 711
85	4	Pleuritis exudativa m/bk	1,40	29	M	22 660
86	4	Pleuritis exudativa u/bk	1,04	23	M	16 833
87	4	Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt	1,55	29	M	25 087
88	4	Kroniske obstruktive lungesykdommer	0,91	19	M	14 729
89	4	Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk	1,53	26	M	24 764
90	4	Lungebetennelse & pleuritt > 17 år u/bk	0,91	19	M	14 729
91 A	4	Lungebetennelse & pleuritt < 18 år m/bk	1,26	12	M	20 394
91 B	4	Lungebetennelse & pleuritt < 18 år u/bk	0,63	12	M	10 197
92	4	Interstitielle lungesykdommer m/bk	1,76	29	M	28 486
93	4	Interstitielle lungesykdommer u/bk	0,94	20	M	15 214
94	4	Pneumothorax m/bk	1,44	33	M	23 307
95	4	Pneumothorax u/bk	0,77	14	M	12 463
96	4	Bronkitt og astma > 17 år m/bk	1,11	19	M	17 966
97	4	Bronkitt og astma > 17 år u/bk	0,73	13	M	11 815
98 A	4	Bronkitt og astma < 18 år m/bk	1,00	9	M	16 185
98 B	4	Bronkitt og astma < 18 år u/bk	0,60	9	M	9 711
99	4	Funn og symptomer fra åndedretsorganer m/bk	0,72	15	M	11 653
100	4	Funn og symptomer fra åndedretsorganer u/bk	0,33	9	M	5 341
101	4	Sykdommer i åndedretsorganer ITAD m/bk	0,99	20	M	16 024
102	4	Sykdommer i åndedretsorganer ITAD u/bk	0,56	9	M	9 064
475	4	Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte	1,94	20	M	31 400

### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 5: SYKDOMMER I SIRKULASJONSORGANENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
103	5	Hjertetransplantasjon	17,55	108	K	284 054
104	5	Op på hjerteklaffer m/hjertekateterisering	9,87	16	K	159 750
105	5	Op på hjerteklaffer u/hjertekateterisering	5,38	26	K	87 077
106	5	Koronar by-pass op m/hjertekateterisering	4,94	42	K	79 956
107	5	Koronar by-pass op u/hjertekateterisering	3,77	21	K	61 019
108	5	Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD	4,28	20	K	69 274
109		IKKE GYLDIG				
110	5	Større kardiovaskulære op m/bk	4,35	36	K	70 406
111	5	Større kardiovaskulære op u/bk	3,59	28	K	58 106
112	5	Terapeutiske perkutane kardiovask prosedyrer	1,36	13	K	22 012
113	5	Amputasjon av underekstr ekskl tå v/ sirk.svikt	2,72	30	K	44 024
114	5	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt	2,14	32	K	34 637
115	5	Perm pacemaker m/AMI, hjertesvikt eller sjokk	3,67	30	K	59 400
116	5	Perm pacemaker u/AMI, hjertesvikt eller sjokk	2,61	19	K	42 244



**VEDLEGG A***Innsatsstyrt finansiering 2002*

117	5	Pacemakerrevisjon ekskl bytte pulsgenerator	2,23	7	K	36 093
118	5	Bytte av pulsgenerator, ev. med ledning	1,62	15	K	26 220
119	5	Inngrep for åreknuter	0,67	5	K	10 844
120	5	Operasjoner på sirkulasjonsorganene ITAD	2,69	62	K	43 539
121	5	Sirk.sykdom m/ AMI & kardiov komplik i live etter 4 dagers behandling	1,80	25	M	29 134
122	5	Sirk.sykdom m/ AMI u/kardiov komplik i live etter 4 dagers behandling	1,10	16	M	17 804
123	5	Akutt myokardinfarkt (AMI), liggetid < 4 dager, utskrevet død	0,34	14	M	5 503
124	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre m/bk ekskl v/ AMI	0,84	20	M	13 596
125	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre u/bk ekskl v/ AMI	0,35	7	M	5 665
126	5	Akutt & subakutt endokarditt	4,49	92	M	72 672
127	5	Hjertesvikt & ikke-traumatisk sjokk	1,11	22	M	17 966
128	5	Årebetennelse i de dype vener	0,90	15	M	14 567
129	5	Hjertestans uten kjent årsak	0,38	2	M	6 150
130	5	Sykdommer i de perifere kar m/bk	1,07	20	M	17 318
131	5	Sykdommer i de perifere kar u/bk	0,64	14	M	10 359
132	5	Antatt ateroskler hjertesykdom m/bk ekskl AMI/angina	0,68	18	M	11 006
133	5	Antatt ateroskler hjertesykdom u/bk ekskl AMI/angina	0,43	10	M	6 960
134	5	Hypertensjon	0,81	15	M	13 110
135	5	Hjerteveil og komplik til kunstig hjerteklaff > 17år m/bk	1,09	24	M	17 642
136	5	Hjerteveil og komplik til kunstig hjerteklaff > 17år u/bk	0,56	15	M	9 064
137	5	Hjerteveil og komplik til kunstig hjerteklaff < 18 år	0,87	17	M	14 081
138	5	Hjertearytmier & ledningsforstyrrelser m/bk	0,70	15	M	11 330
139	5	Hjertearytmier & ledningsforstyrrelser u/bk	0,31	9	M	5 017
140	5	Angina pectoris	0,57	10	M	9 226
141	5	Synkope og kollaps m/bk	0,52	13	M	8 416
142	5	Synkope og kollaps u/bk	0,37	9	M	5 989
143	5	Brystsmerter	0,31	7	M	5 017
144	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk	1,17	24	M	18 937
145	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD u/bk	0,72	15	M	11 653
478	5	Karkirurgisk operasjon ITAD m/bk	3,02	35	K	48 880
479	5	Karkirurgisk operasjon ITAD u/bk	2,54	22	K	41 111

**HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 6: SYKDOMMER I FORDØYELSESORGANENE**

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
146	6	Reseksjonsinngrep på rectum m/bk	3,88	51	K	62 799
147	6	Reseksjonsinngrep på rectum u/bk	3,08	31	K	49 851
148	6	Større operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	4,17	52	K	67 493
149	6	Større operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	2,54	31	K	41 111
150	6	Operasjon for tarmadheranser m/bk	3,58	31	K	57 944
151	6	Operasjon for tarmadheranser u/bk	1,74	22	K	28 163
152	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	2,00	27	K	32 371
153	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	1,34	17	K	21 688
154	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf, > 17år m/bk	5,26	52	K	85 135
155	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf, > 17år u/bk	2,20	28	K	35 608
156	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf, < 18 år	2,28	34	K	36 903
157	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm m/bk	1,18	20	K	19 099
158	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	0,58	8	K	9 388
159	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år m/bk	1,57	19	K	25 411
160	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år u/bk	0,75	13	K	12 139
161	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år m/bk	0,87	13	K	14 081
162	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	0,70	8	K	11 330
163	6	Lyskebrokkoperasjon < 18 år	0,50	4	K	8 093

**VEDLEGG A***Innsatsstyrt finansiering 2002*

164	6	Appendektomi v/ perforasjon eller tumor m/bk	2,22	25	K	35 932
165	6	Appendektomi v/ perforasjon eller tumor u/bk	1,04	10	K	16 833
166	6	Appendektomi ekskl ved perforasjon/tumor m/bk	1,22	11	K	19 746
167	6	Appendektomi ekskl ved perforasjon/tumor u/bk	0,75	8	K	12 139
168		Se HDG 3				
169		Se HDG 3				
170	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD m/bk	2,85	38	K	46 128
171	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD u/bk	1,38	28	K	22 336
172	6	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene m/bk	1,24	29	M	20 070
173	6	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene u/bk	0,90	23	M	14 567
174	6	Gastrointest blødning m/bk ekskl v/ karanomalier	1,04	21	M	16 833
175	6	Gastrointest blødning u/bk ekskl v/ karanomalier	0,62	13	M	10 035
176	6	Ulcus m/ perf/blødn/stenose eller i spiserør/Meckel	0,84	23	M	13 596
177	6	Ulcus i magesekk/tolvf u/ perf/blødn/stenose m/bk	1,17	19	M	18 937
178	6	Ulcus i magesekk/tolvf u/ perf/blødn/stenose u/bk	0,52	13	M	8 416
179	6	Inflammatoriske tarmsykdommer	0,86	20	M	13 919
180	6	Gastrointestinal passasjehindring m/bk	0,80	18	M	12 948
181	6	Gastrointestinal passasjehindring u/bk	0,38	9	M	6 150
182	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år m/bk	0,67	15	M	10 844
183	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år u/bk	0,40	9	M	6 474
184 A	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse < 18 år m/bk	0,47	4	M	7 607
184 B	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse < 18 år u/bk	0,36	4	M	5 827
185		Se HDG 3				
186		Se HDG 3				
187		Se HDG 3				
188	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD > 17år m/bk	0,81	20	M	13 110
189	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD > 17år u/bk	0,41	9	M	6 636
190	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD < 18 år	0,44	7	M	7 122

**HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 7: SYKDOMMER I LEVER, GALLEVEIER OG BUKSPYTTKJERTEL**

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
191	7	Op på bukspyttkj/lever & portosyst shuntop m/bk	5,93	71	K	95 979
192	7	Op på bukspyttkj/lever & portosyst shuntop u/bk	3,51	46	K	56 811
193	7	Op på galleveier uten samtidig kolecystektomi m/bk	2,71	54	K	43 862
194	7	Op på galleveier uten samtidig kolecystektomi u/bk	1,72	38	K	27 839
195	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang m/bk	3,04	51	K	49 204
196	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang u/bk	2,02	34	K	32 695
197	7	Åpen kolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang m/bk	2,46	29	K	39 816
198	7	Åpen kolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang u/bk	1,97	17	K	31 885
493	7	Laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang m/bk	2,19	16	K	35 446
494	7	Laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	1,71	9	K	27 677
199	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj m/ ondartet svulst	2,76	45	K	44 672
200	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj u/ ondartet svulst	1,20	35	K	19 422
201	7	Op på lever, galleveier & bukspyttkjertel ITAD	2,44	56	K	39 492
202	7	Cirrhose & alkoholisk leversykdom	1,85	29	M	29 943
203	7	Ondartede svulster i lever/galleveier & bukspyttkjertel	1,24	29	M	20 070
204	7	Sykdommer i bukspyttkjertel ekskl ondartede svulster	1,29	21	M	20 879
205	7	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholutløste m/bk	1,64	24	M	26 544
206	7	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholutløste u/bk	0,74	15	M	11 977
207	7	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede m/bk	1,04	21	M	16 833
208	7	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede u/bk	0,55	15	M	8 902

**VEDLEGG A***Innsatsstyrt finansiering 2002***HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 8: SYKDOMMER I MUSKEL-SKJELETTSYSTEMET OG BINDEVEV**

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
209	8	Proteseop i hofte/kne/ankel og replant i u.eks ekskl av tå	3,62	28	K	58 591
491	8	Proteseop & replantasjon i skulder/albue/håndledd	3,40	41	K	55 030
210	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år m/bk	2,36	19	K	38 198
211	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år u/bk	1,55	25	K	25 087
212	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop <18 år	2,29	22	K	37 065
213	8	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet	3,32	54	K	53 736
214	8	Operasjoner på kolumna m/bk	3,41	41	K	55 192
215	8	Operasjoner på kolumna u/bk	1,86	22	K	30 105
216	8	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet & bindevevet	1,92	34	K	31 076
217	8	Sårrev & hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykdom i HDG 8	3,14	46	K	50 822
218	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år m/bk	2,30	32	K	37 226
219	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	1,06	15	K	17 157
220	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop < 18 år	0,87	9	K	14 081
221	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop m/bk	1,95	34	K	31 562
222	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	0,70	25	K	11 330
223	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese m/bk	1,27	13	K	20 555
224	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk	0,83	9	K	13 434
225	8	Operasjoner på ankel & fot	0,63	15	K	10 197
226	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD m/bk	1,50	26	K	24 278
227	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	0,70	10	K	11 330
228	8	Op på håndledd/hånd/tommel & leddprotese håndledd/hånd m/bk	0,82	23	K	13 272
229	8	Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl proteseop u/bk	0,61	9	K	9 873
230	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur	0,68	13	K	11 006
231	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	0,59	10	K	9 549
232	8	Artroskopi	0,61	5	K	9 873
233	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD m/bk	2,87	42	K	46 452
234	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	1,17	15	K	18 937
235	8	Lårbeinsbrudd	0,98	14	M	15 862
236	8	Brudd på hofte & bekken	0,94	14	M	15 214
237	8	Forstuvning & luksasjon av hofte, bekken & lår	0,51	15	M	8 255
238	8	Osteomyelitt	2,12	50	M	34 313
239	8	Patologiske brudd & ondartede svulster i HDG 8	1,11	20	M	17 966
240	8	Sykdommer i bindevev m/bk	1,52	21	M	24 602
241	8	Sykdommer i bindevev u/bk	0,80	21	M	12 948
242	8	Infeksiøs artritt og bursitt	1,66	29	M	26 868
243	8	Rygglidelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen	0,68	17	M	11 006
244	8	Beinsykdommer & spesifikke artropatier m/bk	0,89	31	M	14 405
245	8	Beinsykdommer & spesifikke artropatier u/bk	0,55	23	M	8 902
246	8	Artropatier ITAD	0,68	18	M	11 006
247	8	Uspesifikke tilst & sympt fra muskel-skjelettsyst/bindevev ITAD	0,48	12	M	7 769
248	8	Tilstander i muskler, sener, seneskjeder, fascie & bursa ITAD	0,44	12	M	7 122
249	8	Komplik/følgetilst/etterbehandling av tilstander i HDG 8	0,59	14	M	9 549
250	8	Brudd/forstuvning/luksasjon av u.arm, hånd, fot > 17år m/bk	0,67	24	M	10 844
251	8	Brudd/forstuvning/luksasjon av u.arm, hånd, fot > 17år u/bk	0,27	7	M	4 370
252	8	Brudd/forstuvning/luksasjon av u.arm, hånd, fot <18 år	0,24	2	M	3 884
253	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot >17 m/bk	0,86	33	M	13 919
254	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot > 17,u/bk	0,39	12	M	6 312
255	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot < 18 år	0,30	7	M	4 856
256	8	Sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev ITAD	0,41	9	M	6 636
471	8	Bilaterale eller flere store leddproteseop i underekstremitet	5,83	36	K	94 361

**VEDLEGG A***Innsatsstyrt finansiering 2002***HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 9: SYKDOMMER I HUD, UNDERHUD OG BRYST**

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
257	9	Total mastektomi ved ondartet svulst m/bk	1,29	17	K	20 879
258	9	Total mastektomi ved ondartet svulst u/bk	1,14	13	K	18 451
259	9	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst m/bk	1,05	25	K	16 995
260	9	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk	0,86	13	K	13 919
261	9	Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon	0,99	9	K	16 024
262	9	Mammabiopsi & lokal eksisjon ved godartede sykdommer	0,53	5	K	8 578
263	9	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt m/bk	3,37	107	K	54 545
264	9	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt u/bk	1,45	49	K	23 469
265	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt m/bk	2,23	41	K	36 093
266	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt u/bk	0,64	25	K	10 359
267	9	Perianale inngrep & operasjoner for sakralcyste	0,33	8	K	5 341
268	9	Plastisk op på hud, underhud & bryst	0,67	13	K	10 844
269	9	Op på hud, underhud & bryst ITAD m/bk	1,75	30	K	28 324
270	9	Op på hud, underhud & bryst ITAD u/bk	0,71	10	K	11 492
271	9	Kroniske sår i huden	1,30	45	M	21 041
272	9	Alvorlig hudsykdom m/bk	1,47	51	M	23 793
273	9	Alvorlig hudsykdom u/bk	1,01	39	M	16 347
274	9	Ondartet sykdom i bryst m/bk	1,39	33	M	22 498
275	9	Ondartet sykdom i bryst u/bk	0,67	20	M	10 844
276	9	Godartet sykdom i bryst	0,49	9	M	7 931
277	9	Infeksjoner i hud og underhud > 17år m/bk	1,11	22	M	17 966
278	9	Infeksjoner i hud og underhud > 17år u/bk	0,74	15	M	11 977
279	9	Infeksjoner i hud og underhud < 18 år	0,89	12	M	14 405
280	9	Skade av hud, underhud & bryst > 17 år m/bk	0,57	17	M	9 226
281	9	Skade av hud, underhud & bryst > 17 år u/bk	0,30	7	M	4 856
282	9	Skade av hud, underhud & bryst < 18 år	0,27	2	M	4 370
283	9	Lettere hudsykdom m/bk	1,01	26	M	16 347
284	9	Lettere hudsykdom u/bk	0,60	19	M	9 711

**HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 10: INDRESEKRETORISKE-, ERNÆRINGS- OG STOFFSKIFTESYKDOMMER**

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
285	10	Amputasjoner av underekstr pga sykdom i HDG 10	1,71	65	K	27 677
286	10	Operasjoner på binyrer & hypofyse	2,22	23	K	35 932
287	10	Hudtransplantasjoner/sårrevisjoner ved sykdom i HDG 10	1,24	83	K	20 070
288	10	Operasjoner for adipositas	1,17	12	K	18 937
289	10	Operasjoner på biskjoldbruskkjertelen	1,38	12	K	22 336
290	10	Operasjoner på skjoldbruskkjertelen	1,24	10	K	20 070
291	10	Eksisjon av median halsfistel eller cyste	0,93	8	K	15 052
292	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD m/bk	3,03	58	K	49 042
293	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD u/bk	1,36	24	K	22 012
294	10	Diabetes > 35 år	0,89	19	M	14 405
295	10	Diabetes < 36 år	1,15	18	M	18 613
296	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17år m/bk	1,02	21	M	16 509
297	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17år u/bk	0,73	18	M	11 815
298	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD < 18 år	0,61	9	M	9 873
299	10	Medfødte stoffskiftesykdommer	0,65	14	M	10 521
300	10	Indresekretoriske sykdommer m/bk	1,09	20	M	17 642
301	10	Indresekretoriske sykdommer u/bk	0,61	13	M	9 873

**VEDLEGG A***Innsatsstyrt finansiering 2002***HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 11: NYRE- OG URINVEISSYKDOMMER**

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
302	11	Nyretransplantasjon	7,84	51	K	126 894
303	11	Nyre/ureterop & større blæreop pga ondartet svulst	3,38	38	K	54 707
304	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst m/bk	2,56	31	K	41 435
305	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst u/bk	1,94	23	K	31 400
306	11	Prostatektomi m/bk	1,25	16	K	20 232
307	11	Prostatektomi u/bk	0,97	11	K	15 700
308	11	Operasjoner på urinblæren ITAD m/bk	1,33	37	K	21 527
309	11	Operasjoner på urinblæren ITAD u/bk	1,07	18	K	17 318
310	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata m/bk	1,06	16	K	17 157
311	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk	0,75	10	K	12 139
312	11	Operasjoner på urinrør > 17 år m/bk	0,68	15	K	11 006
313	11	Operasjoner på urinrør > 17 år u/bk	0,52	10	K	8 416
314	11	Operasjoner på urinrør < 18 år	1,13	18	K	18 290
315	11	Operasjoner på nyrer & urinveier ITAD	1,76	40	K	28 486
316	11	Nyresvikt	1,51	30	M	24 440
317	11	Dialysebehandling	0,12	12	M	1 942
318	11	Svulster i nyrer & urinveier m/bk	1,51	34	M	24 440
319	11	Svulster i nyrer & urinveier u/bk	0,75	23	M	12 139
320	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier > 17 år m/bk	1,02	20	M	16 509
321	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier > 17 år u/bk	0,67	15	M	10 844
322	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier < 18 år	0,71	12	M	11 492
323	11	Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling	0,74	12	M	11 977
324	11	Stein i urinveiene u/bk	0,42	9	M	6 798
325	11	Symptomer fra nyrer & urinveier > 17 år m/bk	0,67	15	M	10 844
326	11	Symptomer fra nyrer & urinveier > 17 år u/bk	0,42	12	M	6 798
327	11	Symptomer fra nyrer & urinveier < 18 år	0,49	7	M	7 931
328	11	Urethrastriktur > 17 år m/bk	0,34	13	M	5 503
329	11	Urethrastriktur > 17 år u/bk	0,31	7	M	5 017
330	11	Urethrastriktur < 18 år	0,43	9	M	6 960
331	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD > 17 år m/bk	1,20	20	M	19 422
332	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD > 17 år u/bk	0,53	13	M	8 578
333	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD < 18 år	0,63	9	M	10 197

**HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 12: SYKDOMMER I MANNLIGE KJØNNSORGANER**

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
334	12	Større operasjoner i det mannlige bekken m/bk	2,19	51	K	35 446
335	12	Større operasjoner i det mannlige bekken u/bk	1,80	20	K	29 134
336	12	Transurethral prostatectomi m/bk	1,30	15	K	21 041
337	12	Transurethral prostatectomi u/bk	1,02	11	K	16 509
338	12	Op på skrotalinnhold ved ondartede sykdommer	0,98	18	K	15 862
339	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykdommer > 17 år	0,55	8	K	8 902
340	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykdommer < 18 år	0,46	4	K	7 445
341	12	Operasjoner på penis	0,64	18	K	10 359
342	12	Omskjæring > 17 år	0,32	9	K	5 179
343	12	Omskjæring < 18 år	0,35	4	K	5 665
344	12	Op på mannlige kjønnsorg ved ondartet svulst ITAD	1,47	19	K	23 793
345	12	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD	0,66	13	K	10 682

## VEDLEGG A

### Innsatsstyrt finansiering 2002

346	12	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk	1,04	26	M	16 833
347	12	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk	0,62	23	M	10 035
348	12	Godartet hypertrofi av prostata m/bk	0,58	15	M	9 388
349	12	Godartet hypertrofi av prostata u/bk	0,40	12	M	6 474
350	12	Inflammasjon i mannlige kjønnsorganer	0,44	9	M	7 122
351	12	Sterilisering av menn	0,00			
352	12	Sykdommer i mannlige kjønnsorganer ITAD	0,28	4	M	4 532

#### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 13: SYKDOMMER I KVINNELIGE KJØNNSORGANER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
353	13	Eksentrasjon av bekkenet, radikal hysterectomi & vulvektomi	2,45	25	K	39 654
354	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd m/bk	3,28	29	K	53 088
355	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd u/bk	2,00	17	K	32 371
356	13	Rekonstruktive gynekologiske inngrep	1,48	13	K	23 954
357	13	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom	2,52	28	K	40 787
358	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd m/bk	2,19	24	K	35 446
359	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd u/bk	1,43	12	K	23 145
360	13	Operasjoner på vagina, cervix & vulva ekskl vulvektomi	0,64	12	K	10 359
361	13	Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi (note1)	0,68	9	K	11 006
362	13	Sterilisering via laparoskopi (note 1)	0,00	4	K	0
363	13	Utskraping & konisering ved ondartet sykdom	0,46	7	K	7 445
364	13	Utskraping & konisering ekskl ondartet sykdom	0,37	4	K	5 989
365	13	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD	1,34	40	K	21 688
366	13	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer m/bk	1,39	38	M	22 498
367	13	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer u/bk	0,77	14	M	12 463
368	13	Infeksjoner i kvinnelige kjønnsorganer	0,57	10	M	9 226
369	13	Tilstander i kvinnelige kjønnsorganer ITAD	0,28	7	M	4 532

note 1: Det er innført 50% egenbetaling for sterilisering av kvinner. Prisvekten for DRG 362 og DRG 361 hvor hoveddiagnose er Z30.2 er derfor nullstilt.

#### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 14: SYKDOMMER UNDER SVANGERSKAP, FØDSEL OG BARSELTID

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
370	14	Keisersnitt m/bk	1,84	23	K	29 781
371	14	Keisersnitt u/bk	1,14	12	K	18 451
372	14	Vaginal fødsel m/bk	0,61	11	M	9 873
373	14	Vaginal fødsel u/bk	0,45	9	M	7 283
374	14	Vaginal fødsel m/sterilisering og/eller evakuering	0,69	13	K	11 168
375	14	Vaginal fødsel m/ op ekskl sterilisering & evakuering	0,90	10	K	14 567
376	14	Sykdommer etter forløsning & abort u/ operasjon	0,49	10	M	7 931
377	14	Sykdommer etter forløsning & abort m/ operasjon	0,36	7	K	5 827
378	14	Ekstrauterin graviditet	0,85	8	M	13 758
379	14	Truende abort	0,27	7	M	4 370
380	14	Abort uten kirurgisk inngrep & tilst etter abort	0,15	2	M	2 428
381	14	Spontan el medik utløst abort inkl med kir revisjon	0,20	2	K	3 237
382	14	Falske rier	0,12	9	M	1 942
383	14	Sykdommer i svangerskapet ITAD m/bk	0,52	14	M	8 416
384	14	Sykdommer i svangerskapet ITAD u/bk	0,32	9	M	5 179

# VEDLEGG A

## Innsatsstyrt finansiering 2002

### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 15: NYFØDTE MED TILSTANDER SOM HAR OPPSTÅTT I PERINATALPERIODEN

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt (note 2)	Type	55% DRG refusjon
385 A	15	Nyfødt, døde 0-2 d. gml eller overf. til annen inst. 0-5 d. etter fødsel	0,25			4 046
385 B	15	Oppfølging av neonatalproblemer eller forsinket neonatalproblem	0,63			10 197
386 N	15	Nyfødt, fødselsvekt under 1000 g	10,76			174 155
387 N	15	Nyfødt, fødselsvekt 1000-1499 g	10,13			163 958
388 A	15	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499 g, med multiple problemer	10,62			171 889
388 B	15	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499 g, uten multiple problemer	3,04			49 204
389 A	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 1500 g, med større operasjon	2,79			45 157
389 B	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med multiple problemer	1,90			30 752
390	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem	0,78			12 625
391	15	Frisk nyfødt	0,37			5 989

note 2: Det er ikke beregnet trimpunkt for DRG-ene i HDG15. Vektene for denne HDG-en er basert på svenske vekter.

### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 16: SYKDOMMER I BLOD, BLODDANNENDE ORGANER OG IMMUNAPPARATET

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
392	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 > 17 år	1,60	21	K	25 897
393	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 < 18 år	1,72	17	K	27 839
394	16	Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD	0,92	10	K	14 891
395	16	Sykdommer i røde blodlegemer > 17 år	0,74	18	M	11 977
396	16	Sykdommer i røde blodlegemer < 18 år	0,69	9	M	11 168
397	16	Koagulasjonsforstyrrelser	0,72	17	M	11 653
398	16	Retikuloendoteliale & immunologiske sykd ITAD m/bk	1,52	20	M	24 602
399	16	Retikuloendoteliale & immunologiske sykd ITAD u/bk	0,72	14	M	11 653

### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 17: MYELOPROLIFERATIVE SYKDOMMER OG LITE DIFFERENSIERTE SVULSTER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
400	17	Større operasjoner ved lymfom & leukemi	3,07	45	K	49 689
401	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD m/bk	2,81	39	K	45 481
402	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD u/bk	1,19	28	K	19 261
403	17	Lymfom & ikke-akutt leukemi m/bk	1,83	33	M	29 619
404	17	Lymfom & ikke-akutt leukemi u/bk	0,86	19	M	13 919
473	17	Akutt leukemi > 17 år	1,78	50	M	28 810
405	17	Akutt leukemi < 18 år	1,12	12	M	18 128
406	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi m/bk	2,26	49	K	36 579
407	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi u/bk	2,15	39	K	34 799
408	17	Andre op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi	1,15	14	K	18 613
409	17	Strålebehandling	0,00			0
410 A	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, uspesifisert	0,18	2	M	2 913
410 B	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 1	0,32	2	M	5 179
410 C	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 2	0,58	2	M	9 388
492	17	Kjemoterapi m/akutt leukemi som bidiagnose	0,65	11	M	10 521
411	17	Diagnostikk ved tidligere ondartede sykdommer uten endoskopi	0,70	17	M	11 330
412	17	Diagnostikk ved tidligere, ondartede sykdommer med endoskopi	0,82	31	M	13 272
413	17	Sykdommer i HDG 17 ITAD m/bk	1,70	46	M	27 515
414	17	Sykdommer i HDG 17 ITAD u/bk	1,15	33	M	18 613

# VEDLEGG A

## Innsatsstyrt finansiering 2002

### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 18: INFEKSIØSE OG PARASITTÆRE SYKDOMMER

DRG	HDG Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
415	18 Op ved sykdommer i HDG 18	2,88	40	K	46 614
416	18 Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år	1,81	28	M	29 296
417	18 Sepsis ved sykdommer i HDG 18 < 18 år	1,65	16	M	26 706
418	18 Postop & posttraumatiske infeksjoner tilhørende HDG 18	0,83	16	M	13 434
419	18 Feber av ukjent årsak > 17 år m/bk	1,09	19	M	17 642
420	18 Feber av ukjent årsak > 17 år u/bk	0,80	18	M	12 948
421	18 Virussykd. og chlamydiainfeksjoner > 17 år	0,63	13	M	10 197
422	18 Virussykd., chlamydiainfeksjoner & feber av ukjent årsak < 18 år	0,47	7	M	7 607
423	18 Sykdommer i HDG 18 ITAD	1,11	23	M	17 966

### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 19: PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

DRG	HDG Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
424	19 Op på pasienter med sykdom i HDG19	1,13	10	K	18 290
425	19 Akutte tilpasningsproblemer & psykosos, forstyrrelser	0,55	17	M	8 902
426	19 Depressive nevrososer	0,54	20	M	8 740
427	19 Ikke-depressive nevrososer	0,50	9	M	8 093
428	19 Personlighetsforstyrrelser og adferdsproblemer	1,35	35	M	21 850
429	19 Organisk betingede sinnslidelser & mental retardasjon	1,00	35	M	16 185
430	19 Psykoser	0,61	19	M	9 873
431	19 Psykiske lidelser hos barn	0,79	9	M	12 786
432	19 Psykiske forstyrrelser ITAD	0,49	7	M	7 931
433	19 Alkohol/stoffmisbruk m. psyk. kompl., reist mot faglig råd	0,20	0		3 237

### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 20: ALKOHOL-, STOFF- OG MEDIKAMENTMISBRUK OG ORGANISKE SINNSLIDELSER FREMKALT AV DISSE

DRG	HDG Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
434	20 Alkohol/stoffmisbruk/avhengighet, avrusing etc m/bk	0,63	15		10 197
435	20 Alkohol/stoffmisbruk/avhengighet, avrusing etc u/bk	0,30	7		4 856
436	20 Alkohol/stoffmisbruk/avhengighet med rehabilitering	0,60	7		9 711
437	20 Alkohol/stoffmisbruk/avhengighet med både avrusing og rehab	0,54	7		8 740



# VEDLEGG A

## Innsatsstyrt finansiering 2002

### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 21: SKADE, FORGIFTNINGER OG TOKSISKE EFFEKTER AV MEDIKAMENTER- /ANDRE STOFFER, MEDIKAMENTMISBRUK OG ORGANISKE SINNSLIDELSER FREMKALT AV DISSE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
438		IKKE GYLDIG	0,00			0
439	21	Hudtransplantasjon etter skade	1,99	52	K	32 209
440	21	Sårrevisjon etter skade	0,86	30	K	13 919
441	21	Håndkirurgiske inngrep etter skade	0,73	9	K	11 815
442	21	Operasjoner etter skade ITAD m/bk	2,81	45	K	45 481
443	21	Operasjoner etter skade ITAD u/bk	1,25	23	K	20 232
444	21	Traume > 17 år m/bk	0,73	30	M	11 815
445	21	Traume > 17 år u/bk	0,38	9	M	6 150
446	21	Traume <18 år	0,29	4	M	4 694
447	21	Allergiske reaksjoner > 17 år	0,30	4	M	4 856
448	21	Allergiske reaksjoner < 18 år	0,25	2	M	4 046
449	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel >17 m/bk	0,64	14	M	10 359
450	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel >17 u/bk	0,25	4	M	4 046
451	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel < 18 år	0,26	2	M	4 208
452	21	Komplikasjoner ved behandling m/bk	0,93	21	M	15 052
453	21	Komplikasjoner ved behandling u/bk	0,43	12	M	6 960
454	21	Sykdommer i HDG 21 ITAD m/bk	1,25	19	M	20 232
455	21	Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk	0,29	4	M	4 694

### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 22: FORBRENNINGER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
456	22	Forbrenninger, overført til annen akuttenhet, liggetid < 6 dager	0,31	27		5 017
472	22	Forbrenning > 49% med operativ behandling	4,25	108	K	68 788
457	22	Forbrenning > 49% uten operativ behandling	3,05	7	M	49 365
458	22	Forbrenning < 50% med hudtransplantasjon	3,39	57	K	54 869
459	22	Forbrenning < 50% med revisjon/annen op	1,73	32	K	28 001
460	22	Forbrenning < 50% forbrenning uten operativ behandling	0,92	22	M	14 891

### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 23: FAKTORER SOM PÅVIRKER HELSETILSTANDEN - ANDRE KONTAKTER MED HELSETJENESTEN

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
461	23	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23	1,21	18	K	19 584
462 A	23	Rehabilitering, kompleks	0,12	1	M	1 942
462 B	23	Rehabilitering, vanlig	0,12	1	M	1 942
462 C	23	Rehabilitering, annen	0,71	1	M	11 492
463	23	Symptomer og funn m/bk	1,06	23	M	17 157
464	23	Symptomer og funn u/bk	0,66	14	M	10 682
465	23	Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	0,18	3	M	2 913
466	23	Etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose	0,40	9	M	6 474
467	23	Påvirkninger på helsetilstanden ITAD	0,36	7	M	5 827
468		Se "kategorier utenom hoveddiagnosegruppene"				
469		Se "kategorier utenom hoveddiagnosegruppene"				
470		Se "kategorier utenom hoveddiagnosegruppene"				

# VEDLEGG A

## Innsatsstyrt finansiering 2002

471	Se HDG 8
472	Se HDG 22
473	Se HDG 17
474	IKKE GYLDIG
475	Se HDG 4
476	IKKE GYLDIG
477	Se "kategorier utenom hoveddiagnosegruppene"
478	Se HDG 5
479	Se HDG 5
480- 483	Se "kategorier utenom hoveddiagnosegruppene"

### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 24: SIGNIFIKANT MULTITRAUME

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
484	24	Kraniotomi ved signifikant multitraume	6,49	15	K	105 043
485	24	Større op hoftelårbensop & replantasjoner ved HDG 24	5,32	30	K	86 106
486	24	Operasjoner ved signifikant multitraume ITAD	5,32	30	K	86 106
487	24	Signifikant multitraume ITAD	2,95	30	K	47 747

### HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 25: HIV INFEKSJON

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
488	25	HIV m/ større operasjon	3,49	38	K	56 487
489	25	HIV m/ betydelig HIV relatert sykdom	2,14	52	M	34 637
490	25	HIV med eller uten bidiagnose	0,80	21	M	12 948
491		Se HDG 9				
492		Se HDG 17				
493		Se HDG 7				
494		Se HDG 7				

### KATEGORIER UTENOM HOVEDDIAGNOSEGRUPPENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
480		Levertransplantasjon	25,92	126	K	419 526
481		Beinmargstransplantasjon	25,84	59	K	418 231
495		Lungetransplantasjon	16,70	84	K	270 296
482		Tracheostomi ved sykdommer i ansikt, munnhule eller hals	5,47	71	K	88 534
483		Tracheostomi ekskl for syk i ansikt, munnhule eller hals	18,92	105	K	306 228
468		Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen	2,35	26	K	38 036
469		Hoveddiagnosen ubrukbar som utskrivingsdiagnose	0,46	7		7 445
470		Ikke grupperbar pga manglende opplysninger	0,00			0
477		Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen	1,10	18	K	17 804

## Dagkirurgi/Spesifikke DRGer som utløser full refusjon,

### Dagkirurgi

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
4	1	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	2,54	25	K	41 111
6	1	Op ved karpaltunnelsyndrom	0,32	17	K	5 179
8	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop u/bk	0,81	47	K	13 110
36	2	Op på corpus vitreum, choroidea, retina	0,71	18	K	11 492
37	2	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye	1,01	19	K	16 347
38	2	Intraokulære op hovedsaklig på regnbuehinne ITAD	0,49	15	K	7 931
39	2	Operasjoner på linsen	0,42	5	K	6 798
40	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer > 17 år	0,43	8	K	6 960
41	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer < 18 år	0,56	4	K	9 064
42	2	Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD	0,86	18	K	13 919
50	3	Fjerning av spyttkjertel	1,05	9	K	16 995
51	3	Op på spyttkjertler ekskl fjerning av spyttkjertler	0,66	11	K	10 682
52	3	Operasjoner for leppe- og ganespalte	1,70	9	K	27 515
53	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus >17år	0,55	8	K	8 902
54	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus <18 år	0,70	10	K	11 330
55	3	Diverse operasjoner på øre/nese/hals	0,58	8	K	9 388
56	3	Plastiske operasjoner på nesen	0,61	8	K	9 873
57	3	Tons./adenoid op ekskl –ektomi > 17år	0,47	8	K	7 607
58	3	Tons./adenoid op ekskl –ektomi < 18 år	0,40	8	K	6 474
59	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17år	0,48	5	K	7 769
60	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi, <18 år	0,43	5	K	6 960
61	3	Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret >17år	0,17	12	K	2 752
62	3	Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret <18 år	0,27	7	K	4 370
63	3	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	0,99	13	K	16 024
77	4	Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk	1,14	31	K	18 451
112	5	Terapeutiske perkutane kardiovask prosedyrer	1,36	13	K	22 012
114	5	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt	2,14	32	K	34 637
116	5	Perm pacemaker u/AMI, hjertesvikt eller sjokk	2,61	19	K	42 244
117	5	Pacemakerrevisjon ekskl bytte pulsgenerator	2,23	7	K	36 093
118	5	Bytte av pulsgenerator, ev. med ledning	1,62	15	K	26 220
119	5	Inngrep for åreknuter	0,67	5	K	10 844
153	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	1,34	17	K	21 688
155	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år u/bk	2,20	28	K	35 608
156	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf. < 18 år	2,28	34	K	36 903
158	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	0,58	8	K	9 388
160	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år u/bk	0,75	13	K	12 139
162	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	0,70	8	K	11 330
163	6	Lyskebrokkoperasjon < 18 år	0,50	4	K	8 093
167	6	Appendektomi ekskl ved perforasjon/tumor u/bk	0,75	8	K	12 139
169	3	Prosedyrer i munnhulen u/bk	0,67	15	K	10 844
171	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD u/bk	1,38	28	K	22 336
194	7	Op på galleveier uten samtidigolecystektomi u/bk	1,72	38	K	27 839
196	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang u/bk	2,02	34	K	32 695
211	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år u/bk	1,55	25	K	25 087
212	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop <18 år	2,29	22	K	37 065
213	8	Amputasjoner pga traume eller sykd i bevegelsesapparatet	3,32	54	K	53 736
215	8	Operasjoner på kolumna u/bk	1,86	22	K	30 105
216	8	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet & bindevevet	1,92	34	K	31 076
217	8	Sårrev & hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykd i HDG 8	3,14	46	K	50 822
219	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	1,06	15	K	17 157
220	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop < 18 år	0,87	9	K	14 081
222	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	0,70	25	K	11 330
224	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk	0,83	9	K	13 434
225	8	Operasjoner på ankel & fot	0,63	15	K	10 197

## VEDLEGG A

### Innsatsstyrt finansiering 2002

227	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	0,70	10	K	11 330
228	8	Op på håndledd/hånd/tommel & leddprotese håndledd/hånd m/bk	0,82	23	K	13 272
229	8	Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl proteseop u/bk	0,61	9	K	9 873
230	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur	0,68	13	K	11 006
231	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	0,59	10	K	9 549
232	8	Artroskopi	0,61	5	K	9 873
234	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	1,17	15	K	18 937
258	9	Total mastektomi ved ondartet svulst u/bk	1,14	13	K	18 451
260	9	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk	0,86	13	K	13 919
261	9	Mammaop ved godartede sykkl ekskl biopsi/lokal eksisjon	0,99	9	K	16 024
262	9	Mammabiopsi & lokal eksisjon ved godartede sykdommer	0,53	5	K	8 578
266	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt u/bk	0,64	25	K	10 359
267	9	Perianale inngrep & operasjoner for sakralcyste	0,33	8	K	5 341
268	9	Plastisk op på hud, underhud & bryst	0,67	13	K	10 844
270	9	Op på hud, underhud & bryst ITAD u/bk	0,71	10	K	11 492
286	10	Operasjoner på binyrer & hypofyse	2,22	23	K	35 932
288	10	Operasjoner for adipositas	1,17	12	K	18 937
291	10	Eksisjon av median halsfistel eller cyste	0,93	8	K	15 052
293	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD u/bk	1,36	24	K	22 012
303	11	Nyre/ureterop & større blæreop pga ondartet svulst	3,38	38	K	54 707
305	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst u/bk	1,94	23	K	31 400
307	11	Prostatektomi u/bk	0,97	11	K	15 700
309	11	Operasjoner på urinblæren ITAD u/bk	1,07	18	K	17 318
311	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk	0,75	10	K	12 139
313	11	Operasjoner på urinrør > 17 år u/bk	0,52	10	K	8 416
314	11	Operasjoner på urinrør < 18 år	1,13	18	K	18 290
315	11	Operasjoner på nyrer & urinveier ITAD	1,76	40	K	28 486
337	12	Transurethral prostatektomi u/bk	1,02	11	K	16 509
338	12	Op på skrotalinnhold ved ondartede sykdommer	0,98	18	K	15 862
339	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykkl > 17 år	0,55	8	K	8 902
340	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykkl < 18 år	0,46	4	K	7 445
341	12	Operasjoner på penis	0,64	18	K	10 359
342	12	Omskjæring > 17 år	0,32	9	K	5 179
343	12	Omskjæring < 18 år	0,35	4	K	5 665
345	12	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD	0,66	13	K	10 682
355	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykkl u/bk	2,00	17	K	32 371
356	13	Rekonstruktive gynekologiske inngrep	1,48	13	K	23 954
357	13	Op på uterus/adn ved ovar/adn sykdom	2,52	28	K	40 787
359	13	Op på uterus/adn ved godartede sykkl u/bk	1,43	12	K	23 145
360	13	Operasjoner på vagina, cervix & vulva ekskl vulvektomi	0,64	12	K	10 359
361	13	Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi	0,68	9	K	11 006
363	13	Utskraping & konisering ved ondartet sykdom	0,46	7	K	7 445
364	13	Utskraping & konisering ekskl ondartet sykdom	0,37	4	K	5 989
365	13	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD	1,34	40	K	21 688
377	14	Sykdommer etter forløsning & abort m/ operasjon	0,36	7	K	5 827
381	14	Spontan el medik utløst abort inkl med kir revisjon	0,20	2	K	3 237
392	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 > 17 år	1,60	21	K	25 897
394	16	Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD	0,92	10	K	14 891
402	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD u/bk	1,19	28	K	19 261
408	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi u/bk	1,15	14	K	18 613
415	18	Op ved sykdommer i HDG 18	2,88	40	K	46 614
424	19	Op på pasienter med sykdom i HDG19	1,13	10	K	18 290
439	21	Hudtransplantasjon etter skade	1,99	52	K	32 209
441	21	Håndkirurgiske inngrep etter skade	0,73	9	K	11 815
443	21	Operasjoner etter skade ITAD u/bk	1,25	23	K	20 232
458	22	Forbrenning < 50% med hudtransplantasjon	3,39	57	K	54 869
459	22	Forbrenning < 50% med revisjon/annen op	1,73	32	K	28 001
461	23	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23	1,21	18	K	19 584
494	7	Laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	1,71	9	K	27 677

# VEDLEGG A

## Innsatsstyrt finansiering 2002

### Ikke-kirurgisk dagbehandling

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	55% DRG refusjon
124	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre m/bk ekskl v/ AMI	0,84	20	M	13 596
125	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre u/bk ekskl v/ AMI	0,35	7	M	5 665
317	11	Dialysebehandling	0,12	12	M	1 942
380	14	Abort uten kirurgisk inngrep & tilst etter abort	0,15	2	M	2 428
410 A	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, uspesifisert	0,18	2	M	2 913
410 B	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 1	0,32	2	M	5 179
410 C	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 2	0,58	2	M	9 388
462 A	23	Rehabilitering, kompleks	0,12	1	M	1 942
462 B	23	Rehabilitering, vanlig	0,12	1	M	1 942
465	23	Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	0,18	3	M	2 913
492	17	Kjemoterapi m/akutt leukemi som bidiagnose	0,65	11	M	10 521

## VEDLEGG B

Innsatsstyrt finansiering 2002

### Vedlegg B: Definisjon begreper

Normative begreper fra Definisjonskatalog for somatiske sykehus (tredje utgave):

(for fullstendig tekst med anmerkninger og kryssreferanser se KITH Rapport 4/99 eller <http://www.kith.no>)

Begrep	Definisjon/Anmerkning																				
<b>Diagnose</b>	En navngitt bestemmelse av en sykdom, skade, annen tilstand eller helseproblem hos en pasient.																				
<b>Kode</b>	En bokstav- og/eller tallkombinasjon, eventuelt med skilletegn i form av f. eks. punktum eller mellomrom, som utvetydig representerer en kategori i et medisinsk kodeverk.																				
<b>Hovedtilstand (ICD-10)</b>	Den diagnose uttrykt med en eller flere diagnosekoder som er hovedårsaken til en omsorgsepisode.																				
<b>Annen tilstand (ICD-10)</b>	Annen tilstand eller helseproblem som eksisterer samtidig med hovedtilstanden eller som utvikler seg i løpet av behandlingsperioden, og som blir gjenstand for undersøkelse og behandling, som det må tas hensyn til, eller som får konsekvenser for behandlingen av pasienten.																				
<b>Andre begreper/definisjoner</b>																					
<b>Avdelingsopphold</b>	Sammenhengende periode med heldøgnsopphold ved samme avdeling for en pasient, fra innskrivningsdato til utskrivningsdato (midlertidig fravær, f.eks. permisjoner, medfører ikke avslutning av avdelingsoppholdet).																				
<b>Sykehusopphold</b>	Sykehusopphold, og ikke avdelingsopphold, er enheten som benyttes ved rapportering og i finansieringssammenheng. Det enkelte sykehus innrapporterer post- eller avdelingsopphold til NPR (Norsk pasientregister), og NPR forestår aggregering av post- og avdelingsopphold til sykehusopphold. Dersom pasienten kun har hatt et avdelingsopphold i løpet av et opphold ved sykehuset, blir avdelingsopphold lik sykehusopphold. Hvis derimot pasienten har blitt overført til andre avdelinger i løpet av et og samme sykehusopphold, vil avdelingsoppholdene bli slått sammen til ett sykehusopphold.																				
<b>Omsorgsepisode</b>	En sammenhengende periode hvor pasienten får omsorg ved en helseinstitusjon for en sykdomstilstand.																				
<b>Liggetid</b>	Liggetiden for sykehusoppholdet blir summen av liggetiden for avdelings- og postoppholdene, og blir beregnet ved å ta dato for utskrivning <i>fra sykehus</i> fratrukket dato for innskrivning <i>til sykehuset</i> .																				
<b>DRG-vekt, kostnadsvekt</b>	DRG-vekten, også kalt kostnadsvekten, for en diagnoserelatert gruppe uttrykker det relative ressursforbruket denne pasientgruppen har i forhold til gjennomsnittspasienten.																				
<b>DRG-poeng = Indeksopphold</b>	Aktivitetsmål hvor sykehusopphold er justert for pasientsammensetning. Se nedenstående illustrasjon: <table border="1" data-bbox="459 1630 1369 1814"><thead><tr><th></th><th>Antall sykehusopphold</th><th>DRG-vekt</th><th>DRG-poeng</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>10</td><td>1.0</td><td>10</td></tr><tr><td></td><td>15</td><td>1.5</td><td>22,5</td></tr><tr><td></td><td>20</td><td>2.0</td><td>40</td></tr><tr><td>Totalt</td><td>30</td><td></td><td>72,5</td></tr></tbody></table>		Antall sykehusopphold	DRG-vekt	DRG-poeng		10	1.0	10		15	1.5	22,5		20	2.0	40	Totalt	30		72,5
	Antall sykehusopphold	DRG-vekt	DRG-poeng																		
	10	1.0	10																		
	15	1.5	22,5																		
	20	2.0	40																		
Totalt	30		72,5																		

**VEDLEGG B***Innsatsstyrt finansiering 2002*

<b>Korrigerede DRG-poeng</b>	Med korrigerede DRG-poeng menes en justering av totale DRG-poeng tilsvarende de refusjonsregler som til enhver tid er gyldige. Refusjonsreglene for 2002 er beskrevet i dette dokumentet. DRG refusjon utbetales på grunnlag av korrigerede DRG-poeng.
<b>DRG-indeks</b>	Mål på pasienttyngde. Total antall DRG-poeng (ukorrigerede) dividert med antall sykehusopphold. Eksemplet over har en DRG-indeks på 2,41 (72,5/30).
<b>Trimpunkt</b>	<p>I Norge er trimpunktene beregnet etter en statistisk formel som inkluderer bruk av kvartiler. Dette er den samme formel som er mest brukt internasjonalt. For hver DRG har man beregnet verdier for første og tredje kvartil (Q1 og Q3). 25 prosent av sykehusoppholdene har kortere liggetid enn angitt av Q1 og 25 prosent har lengre liggetid enn angitt ved Q3. Formelen er</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"><math display="block">Q3 + 1.5 (Q3 - Q1)</math></div> <p>Ved å benytte denne formelen for trimming, skiller man ut pasienter med ekstrem atypisk lang liggetid fra den enkelte DRG. På landsbasis utgjør dette ca 5,5 prosent av alle sykehusopphold. Kvartiler benyttes fordi de er lite følsomme for ekstreme verdier..</p>
<b>Dagopphold</b>	Planlagt innleggelse uten overnatting. Enkeltbehandling eller som del av behandlingsserie. Eksempelvis dialyse eller rehabilitering.
<b>Dagbehandling</b>	Behandling av pasient enten poliklinisk eller ved dagopphold. Behandlingen er mer omfattende enn vanlig poliklinisk kontakt og forutsetter tilgang til seng, men ikke overnatting.
<b>Dagkirurgi</b>	Som dagkirurgi defineres et utvalg av kirurgiske inngrep uten innleggelse og som tidligere har utløst polikliniske takster, men som fra 1999 utløste DRG-refusjon
<b>DRG</b>	Diagnose Relaterte Grupper. Betegnelse for sekundær pasientklassifisering basert på eksisterende medisinsk og administrativ pasientdata.
<b>HDG</b>	HovedDiagnoseGruppe. Betegnelse på inndeling av DRG-er etter hoveddiagnose som hovedsakelig følger organsystem (25 grupper).
<b>Dagkirurgi DRG/ Spesifikk DRG</b>	Utvalg av DRG-er hvor refusjon er uavkortet selv om pasienter skrives inn og ut samme dag.

## Vedlegg C: Institusjoner som inngår i ISF-ordningen for 2002

Blant annet i forbindelse med opprettelsen av helseforetakene, har en del sykehus foretatt navneendring. De endringer som er gjennomført innen utløpet av januar 2002 er forsøkt fanget opp i denne listen.

Sykehus etter region	Organisert i /avtale med helseforetak
<b>Helse Øst RHF</b>	
Sykehuset Østfold avd. Askim	Sykehuset Østfold HF
Sykehuset Østfold avd. Moss	Sykehuset Østfold HF
Sykehuset Østfold avd. Fredrikstad	Sykehuset Østfold HF
Sykehuset Østfold avd. Halden	Sykehuset Østfold HF
Bærum sykehus	Bærum sykehus HF
Martina Hansens hosp.	Avtale som forvaltes av Øst RFH i 2002
Akershus universitetssykehus	Akershus universitetssykehus HF
Ski sykehus	Ski sykehus HF
Stensby sykehus	Akershus universitetssykehus HF
Aker universitetssykehus	Aker universitetssykehus HF
Diakonhjemmets sykehus	Avtale som forvaltes av Øst RFH i 2002
Lovisenberg diak. sh.	Avtale som forvaltes av Øst RFH i 2002
Sunnaas sykehus	Sunnaas sykehus HF
Ullevål universitetssykehus	Ullevål universitetssykehus HF
Kongsvinger sjukehus	Kongsvinger sjukehus HF
Sentralsjukehuset i Hedmark	Sentralsjukehuset i Hedmark HF
Tynset sjukehus	Tynset Sjukehus HF
Oppland sentralsykehus	Oppland Sentralsykehus HF
Lillehammer san.for.revm.sh.	Avtale med Oppland Sentralsykehus HF
<b>Helse Sør RHF</b>	
Rikshospitalet	Rikshospitalet HF
Det Norske Radiumhospital	Det norske radiumhospital HF
Sykehuset Buskerud	Sykehuset Buskerud HF
Hallingdal sjukestugu	Ringerike sykehus HF
Kongsberg sykehus	Helse Blefjell HF
Ringerike sykehus	Ringerike sykehus HF
Sykehuset Vestfold avd. Horten	Sykehuset i Vestfold HF
Kysthosp. ved Stavern	Spesialsykehuset for rehabilitering HF
Sykehuset Vestfold avd. Larvik	Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuset Vestfold avd. Sandefjord	Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuset Vestfold avd. Tønsberg	Sykehuset i Vestfold HF
Betanien hospital	Avtale med Helse Sør RHF
Kragerø komb. helseinst.	Sykehuset Telemark HF
Notodden sykehus	Helse Blefjell HF
Rjukan sykehus	Helse Blefjell HF
Sykehuset Telemark	Sykehuset Telemark HF
Aust-Agder sentralsjukehus	Aust-Agder sykehus HF
Lister sykehus	Lister sykehus HF
Kongsgård sykehus	Spesialsykehuset for rehabilitering HF
Mandal sykehus	Vest-Agder sykehus HF
Vest-Agder sykehus	Vest-Agder sykehus HF



**VEDLEGG C***Innsatsstyrt finansiering 2002*

<b>Helse Vest RHF</b>	
Fylkessykehuset i Haugesund	Helse Fonna HF
Haugesund san.for. revm.sykehus	Avtale med Helse Vest RHF
Lassa Rehabiliteringssenter	Helse Stavanger HF
Sentralsykehuset i Rogaland	Helse Stavanger HF
Bergen legevakt	Helse Bergen HF (avtale på enkelte funksjoner)
Betanien hospital (Hordaland)	Avtale med Helse Vest RHF
Diakonissehjems sykehus	Avtale med Helse Vest RHF
Sjukehuset i Odda	Helse Fonna HF
Sjukehuset på Stord	Helse Fonna HF
Sjukehuset på Voss	Helse Bergen HF
Haukeland sykehus	Helse Bergen HF
Kysthospitalet i Hagevik	Helse Bergen HF
Lærdal sykehus	Helse Førde HF
Nordfjord sykehus	Helse Førde HF
SSH i Sogn og Fjordane	Helse Førde HF
<b>Helse Midt-Norge RHF</b>	
Nevro hjemmet Rehab. senter	Helse Sunnmøre HF
Mork Rehab. senter	Helse Sunnmøre HF
Kristiansund sykehus	Helse Nordmøre og Romsdal HF
Molde sykehus	Helse Nordmøre og Romsdal HF
Volda sykehus	Helse Sunnmøre HF
Ålesund sykehus	Helse Sunnmøre HF
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus	Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF
St Olavs Hospital	St Olavs Hospital HF
Sykehuset Levanger	Helse Nord Trøndelag HF
Sykehuset Namsos	Helse Nord Trøndelag HF
<b>Helse Nord RHF</b>	
Lofoten sykehus	Helse NSS HF
Narvik sykehus	Helse NorTro HF
Nordland sentralsykehus	Helse NSS HF
Rana sykehus	Helse Helgeland HF
Sandnessjøen sykehus	Helse Helgeland HF
Stokmarknes sykehus	Helse NorTro HF
Vefsn sykehus	Helse Helgeland HF
Harstad sykehus	Helse NorTro HF
Universitetssykehuset Nord-Norge	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Hammerfest sykehus	Helse Finnmark HF
Kirkenes sykehus	Helse Finnmark HF
<b>Andre private sykehus</b>	
Axess sykehus og spes.klinikk	
Spesialistklinikken Drammen private sh.	
Røde Kors Klinik	
Volvat medisinske senter	
Ringvoll Klinikken (Hobøl i Østfold)	
Medi 3 (i Ålesund)	
Feiringklinikken	
Hjertesenteret i Oslo	

## VEDLEGG C

### Innsatsstyrt finansiering 2002

Institusjoner hvor kun føde- virksomheter er inkludert i ISF	Organisert i /avtale med helseforetak
Lom helseheim	Oppland Sentralsykehus HF
Valdres fødestogo	Oppland Sentralsykehus HF
Tinn fødestue	Avtale med Helse Sør RHF
Ørland fødestue	St Olavs Hospital HF
Andøy fødestue	Helse NorTro HF
Brønnøy fødestue	Helse Helgeland HF
Leiranger og Nordfold sykestue	Helse NSS HF
Fødestua i Midt-Troms	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Helsesenteret Sonjatun	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Alta helsesenter	Helse Finnmark HF
Nordkapp helsesenter	Helse Nord RHF