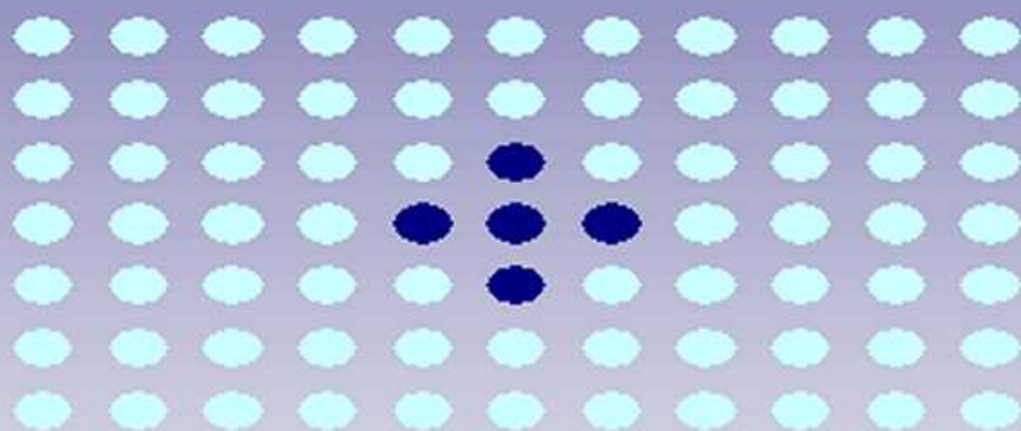


Informasjonshefte om

Innsatsstyrt finansiering 2003

med prisliste



Forord

Dette dokumentet gir viktig informasjon om innsatsstyrt finansiering (ISF) gjeldende for 2003.

Innsatsstyrt finansiering 2003 beskriver retningslinjer for finansieringsordningen. Dokumentet inneholder også en liste over de institusjoner som omfattes av ordningen, samt en prislistedel.

Først i dokumentet gis det en generell orientering om ISF-ordningen (kapittel 1). Her beskrives blant annet formålet med ordningen, hvem som omfattes av ordningen, hva som er nytt i 2003 og hvordan ISF-refusjonene beregnes. Kapittel 2 redegjør for en del rapporterings- og generelle registreringskrav som sykehus og foretak må være kjent med, mens det i kapittel 3 orienteres om særskilte registreringskrav for spesielle pasientgrupper. Det gis en kortfattet redegjørelse om DRG-systemet i kapittel 4, samt en orientering om hva som er gjeldende kodeverk.

Dokumentet inneholder også tre vedlegg. I vedlegg A presenteres prislisten for DRG-ene, en egen tabell for de DRG-er som er klassifisert som dagkirurgiske/spesifikke og en tabell som viser korrigert vekt når dagkirurgiske inngrep grupperes til kompliserte DRG-er. Vedlegg B forklarer de viktigste definisjoner og begreper i DRG-systemet og Innsatsstyrt finansiering, mens vedlegg C gir en oversikt over hvilke institusjoner som hører inn under de ulike regionale helseforetakene (RHF), samt hvilke andre institusjoner som inngår i ISF.

Endringer i ordningen som er gjort gjeldende fra 1.1.2003, er beskrevet i kapittel 1 under punktet "Nytt i 2003".

Oslo, februar 2003

Helsedepartementet

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD.....	1
KAPITTEL 1 – GENERELT OM INNSATSTYRT FINANSIERING (ISF).....	5
FORMÅL MED FINANSIERINGSORDNINGEN.....	5
OMFANGET AV ORDNINGEN	5
NYTT I 2003.....	5
BEREGNING, MOTTAKER OG ANALYSE AV ISF-REFUSJON	7
AVREGNINGSUTVALGET.....	10
FORSKJELLER I ISF GRUNNLAG OG DATA PRESENTERT I SSB/SAMDATA/NPR	10
UTVIKLINGSARBEID/FORBEDRINGER I ISF.....	11
KAPITTEL 2 – RAPPORTERING- OG REGISTRERINGSSKRAV	13
INNRAPPORTERING AV PASIENTDATA.....	13
FRISTER FOR RAPPORTERING AV PASIENTDATA.....	15
NYTT RAPPORTERINGSFORMAT.....	16
ANGIVELSE AV KOMMUNENUMMER.....	16
POLIKLINISKE PASIENTER VERSUS INNLAGTE PASIENTER.....	16
OBSERVASJONSPASIENTER.....	17
DAGOPPHOLD	17
DAGKIRURGI HOS PRIVATPRAKTISERENDE AVTALESPELIALISTER.....	17
PASIENTER BEHANDLET I UTLANDET ETTER DIREKTE HENVISNING FRA DE REGIONALE HELSEFORETAK.....	18
PSYKIATRI PASIENTER.....	18
DØD VED ANKOMST	19
KAPITTEL 3 – SPESIELLE PASIENTGRUPPER.....	20
DAGKIRURGI.....	20
IKKE-KIRURGISK KREFTBEHANDLING.....	21
DIALYSEPASIENTER	23
JUSTERING AV HJERTEKIRURGISKE DRG-ER.....	24
NYFØDTE I HOVEDDIAGNOSEGRUPPE (HDG) 15	24
REHABILITERING.....	25
HØYKOSTNADSMEDISIN	28
PALLIATIV BEHANDLING	30
STERILISERING.....	31
KAPITTEL 4 – DRG-SYSTEMET	32
GRUPPERINGSPROGRAM (NPK 2003).....	32
NORDISK SAMARBEID	32
KRAV OM REGISTRERING AV PASIENTDATA.....	33
KOSTNADSVEKTER FOR NPK.....	33
LOGIKK I DRG-KLASSIFISERINGEN.....	34
SPESIELLE DRG-ER	39
KRAV TIL KODEPRAKSIS OG GJELDENE KODEVERK	39
VEDLEGG A	44
PRISLISTE DRG 2003.....	44
DAGKIRURGISKE/SPESIFIKKE DRG-ER SOM UTLØSER FULL REFUSJON	57
KOMPLISERTE DRG-ER SOM GIR KORRIGERT VEKT LIK UKOMPLISERT VED DAGBEHANDLING	59
VEDLEGG B: DEFINISJON BEGREPER.....	61
VEDLEGG C: INSTITUSJONER SOM INNGÅR I ISF-ORDNINGEN FOR 2003	63

Kapittel 1 – Generelt om Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Formål med finansieringsordningen

Stortinget vedtok i 1996 å innføre innsatsstyrt finansiering (ISF) av somatiske sykehus med virkning fra 1. juli 1997. Hovedmålet med finansieringsordningen er å øke aktiviteten ved landets sykehus på en effektiv måte. 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.

Fra 2002 får de regionale helseforetakene også ISF-refusjon når de kjøper dagkirurgisk behandling hos privatpraktiserende avtalespesialister utenfor offentlig godkjente sykehus. 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.

De regionale helseforetakene får også DRG-refusjon når de kjøper behandling i utlandet.

Enkelte pasientopphold finansieres **ikke** gjennom ISF. 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 beskrivelsen av NPR-data 2003.

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

Nytt i 2003

- Nye institusjoner
 - Fire nye institusjoner har fått offentlig godkjenning som sykehus i 2002, og vil fra og med 2003 innlemmes i ISF ordningen. Dette gjelder Colosseum Klinikken i Oslo, og Spesial-Helsesenteret MosseAkutten, Mjøs-Kirurgene og Klinikk Stokkan Trondheim.

- Nytt rapporteringsformat
 - Det er i 2003 innført nytt format for innrapportering av pasientadministrative data. Det nye formatet har en hierarkisk struktur. Dette medfører at det ikke er begrensninger på antall diagnoser, prosedyrer og takster som kan registreres.

- Økonomi og prisregler:
 - For å oppmuntre til økt bruk av dagmedisin og samtidig ta høyde for at denne behandlingen i gjennomsnitt har blitt mer ressurskrevende, er vekten for dagbehandling i ikke-spesifikke *medisinske* DRG-er økt fra 0,12 til 0,15 i 2003.
 - Det er opprettet en egen tilleggsrefusjon for palliativ (lindrende) behandling. Refusjonssatsen er 500 kroner for dagpasienter og 12 000 kroner for døgnpasienter utover DRG-refusjonen. (Se side 30)
 - Enhetsprisen for 2003 er fastsatt til 29 931 kroner.
 - DRG refusjonen for 2003 er 60 prosent av full DRG-pris, dvs 17 959 kroner per DRG poeng.
 - Helsedepartementet har besluttet å utvide ordningen med tilleggsrefusjon for HMAS-behandling til også å gjelde Myelomatose. Fra før har pasienter med Hodgkins lymfom vært inkludert. (Se side 29).
 - Tilleggsrefusjonen for Remicade ble endret 1. oktober 2002 for pasienter med leddgiktsslidelser. Men det gis fortsatt tilleggsrefusjon for Crohns-pasienter. Refusjonsbeløpet er fastsatt til 10 200 kroner i 2003. (Se side 29).

- Endringer i grupperingslogikk og DRG-systemet
 - DRG 209 blir splittet i DRG 209A (primæroperasjoner) og DRG 209B (reoperasjoner)
 - DRG 55 blir splittet i DRG 55A (omtrent samme operasjoner som DRG 55 i 2002) og DRG 55B (diverse mindre inngrep i narkose)
 - DRG 468/477 er ryddet opp slik at flest mulig tilfeller grupperes i ”riktig” DRG
 - Nordisk konsensusprosjekt rundt kompliserende forhold (CC-prosjekt) er avsluttet og har gitt følgende resultat:
 - Flere sekundæroperasjoner har blitt kompliserende.
 - Lang operasjonstid er ikke lenger kompliserende faktor. Analyser har påvist at det ikke er økonomisk grunnlag for en slik regel, og regelen har ikke vært ”rettferdig” i forhold til operasjonenes varierende ”normalvarighet”.
 - Nordisk konsensusprosjekt rundt kirurgiske prosedyrer (OR-prosjekt) er avsluttet, og har gitt som resultat følgende :
 - En viktig del av dette prosjektet har vært å rydde bort riktige kombinasjoner av hoveddiagnoser og prosedyrer som har blitt gruppert til DRG 477 eller DRG 468. Dette fører til en flytting av opphold fra disse DRG-ene til andre kirurgiske DRG-er.

- Enhetlig klassifisering av hjertekateteriseringer
 - Alle koder for hjertekateteriseringer håndteres likt i 2003. TFJ00, XF902, XF903, XF911, XF912, XF913 grupperes nå alene til DRG 106 på samme måte som TFC00 og TFC10. Aktuelle opphold flytter seg fra DRG 107 til DRG 106 eller fra DRG 105 til DRG 104. Også opphold som tidligere ble gruppert til ulike medisinske hjerte-DRG-er, med ovennevnte prosedyrer flyttes til hhv DRG 124 og 125.
- Kostnadsvekter:
 - Kostnadsvektene for de fire hjerte-DRG-ene 105-107 og 112 ble i 2002 besluttet oppjustert til "gammelt" nivå, dvs vektene for 2001 ble benyttet også i 2002. Fra 2003 benyttes derimot de nye kostnadsvektene beregnet med utgangspunkt i data fra 2000.
 - På grunn av endringer i DRG-systemet er kostnadsvektene for følgende DRG-er justert med virkning f.o.m 2003: 55A, 55B, 73, 110, 125, 127, 135, 144, 146, 148, 191, 209A, 209B, 210, 214, 216, 218, 219, 226, 227, 228, 229, 249, 256, 260, 266, 304, 311, 315, 360, 364, 372, 442, 443, 468, 478 og 479. Justeringene er gjennomført slik at de på nasjonalt nivå er budsjettneutrale.

Beregning, mottaker og analyse av ISF-refusjon

ISF-refusjonen består av DRG-refusjon pluss en eventuell tilleggsrefusjon. For beregning av tilleggsrefusjonene, se sidene 28 til 30.

ISF-refusjonen som beregnes for hvert regionalt helseforetak har DRG-klassifisert aktivitet som utgangspunkt. I denne klassifiseringen plasseres sykehusopphold i grupper (DRG-er) som er medisinsk og ressursmessige tilnærmet homogene. For hver DRG er det beregnet en kostnadsvekt som gir uttrykk for relativ ressursbruk for denne gruppen. Kostnadsvektene som anvendes i 2003 er utarbeidet med utgangspunkt i kostnads- og driftsdata fra 2000. Kostnadsvekten for én DRG = antall DRG-poeng **ett** sykehusopphold i denne DRG-en opptjener. Kostnadsvekt * enhetspris for aktuelt år gir gjennomsnittsprisen for samme opphold. Summen av poeng i alle DRG-ene (=total aktivitet) utgjør refusjonsgrunnlag for hele det regionale helseforetaket.

Refusjonssatsen er på 60 pst av full DRG-pris i 2003. Dette betyr at DRG-refusjoner skal dekke 60 prosent av gjennomsnittskostnadene, mens 40 prosent skal dekkes av basisbevilgningen. DRG-refusjonen for enkelt DRG-er dekker derfor ikke alle kostnadene for sykehusoppholdet. Dekningsgraden varierer innen én og samme DRG fra pasient til pasient, og lar seg ikke bedømme basert på faktiske kostnader av enkelttilfeller. For å vurdere dekningsgraden for en pasientgruppe (innen en DRG) er man derfor nødt til å se alle opphold i en DRG under ett.

DRG-refusjonen er beregnet basert på gjennomsnitt av aktivitet og kostnader i hele landet. Derfor er dekningsgrad også avhengig av kostnadsforhold ved det aktuelle behandlingssted. Nasjonal enhetspris og nasjonalt vektsett betyr at systemet ikke er tilpasset kostnadsstruktur

og/eller kostnadsnivå ved 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.

ISF-refusjonen for år 2003 beregnes på følgende måte:

Korrigerte DRG-poeng * 0,60 * 29 931

Korrigerte DRG-poeng er DRG-poeng justert for de prisreglene som er gyldige i 2003. 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 og palliativ behandling 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 NPK vil det i kontrollen tas ut opphold som har ugyldige administrative koder, og ikke gir rett til ISF-refusjon (f.eks. utlendinger som ikke er bosatt i Norge, opphold som er finansiert gjennom trygden, ledsager til pasient mm.)

Det er følgende 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 og hvor oppholdet ikke grupperes til en spesifikk DRG. Oppholdet vil da få en vekt lik 0,12 eller 0,15 avhengig av om oppholdet grupperes til kirurgisk eller medisinsk DRG. 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. (Se vedlegg A.)

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 0,15 for opphold gruppert til medisinsk DRG. For opphold gruppert til øvrige ikke-spesifikke DRG-er gis 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.

Figur 1 gir en skjematisk oversikt over refusjonsreglene.

Figur 1 Refusjonsregler i Innsatsstyrt finansiering 2003

Døgnbehandling	Dagbehandling	
FULL refusjon	Medisinsk DRG Vekt = 0,15	< 5 timer Vekt = 0
	Kirurgisk DRG Vekt = 0,12	
	Overført = full refusjon	
	Død = full refusjon	
	Dagkirurgi og spesifikke medisinske DRG-er = Full refusjon	

□ = full refusjon □ = avkortet refusjon □ = ingen refusjon

Helsedepartementet fastsetter månedlige a-konto utbetalinger til de regionale helseforetakene basert på forventet ISF-refusjoner for driftsåret 2003. Det vises til nærmere omtale i kapittel 1 (ressursgrunnlaget) og kapittel 3 (det helsepolitiske styringsbudskapet) i styringsdokumentet til de regionale helseforetakene. Dokumentet finnes i elektronisk versjon på Odins hjemmesider:

<http://www.dep.no/shd/sykehusreformen/brev/042031-990020/index-dok000-b-n-a.html>.

Refusjonene beregnes på grunnlag av behandlingsaktiviteten for pasienter hjemmehørende i egen helseregion, enten de er behandlet ved egne eller ved andre sykehus.

For driftsåret 2003 vil det bli foretatt en foreløpig avregning etter at utbetalingsgrunnlaget for 2. tertial er gjennomgått av departementet. Endelig avregning vil bli foretatt våren 2004.

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

SINTEF Unimed PaFi 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.

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.

Avregningsutvalget

ISF ble fra 2000 gjort om til overslagsbevilgning.

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.

Forskjeller i ISF grunnlag og data presentert i SSB/SAMDATA/NPR

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 SSB/SAMDATA/NPR:

- Det er en del institusjoner eller enheter ved institusjoner som er inkludert i ISF-ordningen, men som ikke inkluderes i datagrunnlaget for SSB/SAMDATA/NPR.
- Det er en del institusjoner eller enheter ved institusjoner som inkluderes i datagrunnlaget for SSB/SAMDATA/NPR, men ikke i ISF-ordningen.

- Noen *institusjoner* har blitt håndtert ulikt i SSB/SAMDATA/NPR og ISF-ordningen. For eksempel:
 - Sykehuset Østfold har blitt håndtert som ett sykehus i SSB/SAMDATA/NPR, mens det i ISF-ordningen har blitt behandlet som fire institusjoner utfra lokaliseringen av de fire opprinnelige sykehusene.
- Noen *opphold* håndteres ulikt i SSB/SAMDATA/NPR og ISF-ordningen. For eksempel:
 - 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. trygdefinansierte opphold. Disse oppholdene er inkludert i SSB/SAMDATA/NPR.
 - Opphold med ugyldig/manglende kommunenummer og evt. utlendinger er ikke med i ISF-ordningen, men er inkludert i datagrunnlaget for SAMDATA Sykehus.

Dette er forhold det er viktig å være klar over ved sammenstilling av aktivitetstall fra ISF og de andre nevnte publiseringskanaler.

Utviklingsarbeid/forbedringer i ISF

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 NordDRG-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.

På nordisk nivå ble det i 2002 avsluttet to store prosjekter som har hatt til hensikt å gjennomgå egenskapene til diagnose- og prosedyrekoder. For det første har det vært en systematisk gjennomgang av logikk for alle operative inngrep (Nordisk OR-prosjekt), og for det andre har det vært en systematisk gjennomgang og kostnadsberegninger av kompliserende forhold (Nordisk CC-prosjekt).

Grovt oppsummert har disse prosjektene ført til følgende resultater:

- OR-prosjektet
En viktig del av dette prosjektet har vært å rydde bort riktige kombinasjoner av hoveddiagnoser og prosedyrer som har blitt gruppert til DRG 477 eller DRG 468. Dette fører til en flytting av opphold fra disse DRG-ene til andre kirurgiske DRG-er.
- CC-prosjektet
Flere sekundæroperasjoner har blitt kompliserende. Lang operasjonstid er ikke lenger kompliserende faktor. Analyser har påvist at det ikke er økonomisk grunnlag for en slik regel, og regelen har ikke vært ”rettferdig” i forhold til operasjonenes varierende ”normalvarighet”.

Departementet har siden oppstarten av ISF engasjert flere forskningsmiljøer for å evaluere og videreutvikle ulike sider ved ordningen. Det er også for 2003 avsatt midler for å kunne fortsette dette arbeidet.

Det er også et pågående arbeid med revisjon av kostnadsvektene i DRG-systemet. Dette arbeidet er forankret i SINTEF Unimed PaFi, og slutføres i løpet av 2003.

Kapittel 2 – Rapportering- og registreringskrav

Innrapportering av pasientdata

Sykehusene registrerer data om pasientene i sine pasientadministrative systemer. Et uttrekk av disse dataene innrapporteres tertialvis til Norsk pasientregister (NPR). Det er i den sammenheng viktig å skille klart mellom hva som er innenfor og utenfor sykehusets ansvarsområde.

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 regulert i lov om helsepersonell

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

Pasienter som behandles i utlandet, må inngå i rapporteringen fra henvisende sykehus, dersom de ikke finansieres via RTV. Henvisende sykehus har ansvar for å innhente opplysninger fra det behandelende sykehus i utlandet og registrere alle opplysningene i det pasientadministrative system.

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. Kvalitetskontrollen skal sørge for å finne mangler som gjør at oppholdene ikke kan DRG-grupperes og at mottaker av ISF-refusjonene kan identifiseres. Mulige feil som avdekkes kan være:

- Ugyldige koder i administrative kodeverk
- Logiske feil i kodingen
- Urimeligheter i medisinske koder

For en fullstendig oversikt over disse kontrollene henvises til NPRs hjemmesider:
<http://www.npr.no>

NPR rapporterer hvert tertial tilbake til sykehusene om særskilte forhold i datagrunnlaget. I denne kvalitetskontrollen tas det ikke stilling til om diagnosekodene er korrekt i forhold til å gi riktig DRG-gruppering. Dette er sykehusenes ansvar, men det gjøres analyser av kode- og registreringspraksis ved sykehusene av SINTEF Unimed PaFi, i forbindelse med beregning av ISF-oppgjøret.

Eksempler på dette kan være:

- Unødig oppstyking av opphold
- Endringer i kodepraksis som gir økte utbetalinger
- Overføringer mellom institusjoner
- Nye pasientgrupper og/eller institusjoner som ikke er inkludert i ordningen
- Unødvendig liggetid ved at pasienter overnatter i stedet for å bli skrevet ut samme dag
- Omfang av poliklinisk behandling som ikke er spesifikk dagkirurgi

Ved mistanke om registrering/koder som ikke er i tråd med intensjonene i ISF, vil PaFi sende saken videre til Avregningsutvalget for vurdering (se side 10).

Helsedepartementet (HD) vil hvert tertial gi tilbakemelding til de regionale helseforetakene om forhold av økonomisk karakter i datagrunnlaget. Anonymiserte pasientdata i elektronisk form kan utleveres til de regionale helseforetakene ved at de henvender seg til NPR. 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. Dersom foretakene kjøper tjenester hos private aktører, er de også ansvarlige for at disse aktørene innrapporterer data til NPR for denne virksomheten.

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

Figur 2 Rapporteringsflyt i innsatsstyrt finansiering.



Følgende gjelder i forhold til registrering av medisinske koder ved innrapportering av data:

DRG-klassifiseringen baseres på registrerte diagnosekoder, hvorav koder som beskriver den første tilstand blir oppfattet som hoveddiagnose. Koder innrapportert som tilstand nummer to og oppover, oppfattes som bidiagnoser. Alle diagnosekoder får plass i XML-meldingen, men dersom man fortsatt leverer data på NPR-format, skal de syv viktigste bidiagnosene innrapporteres. Rekkefølgen av bidiagnoser 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 bidiagnosene som tas med.

Siden det ikke er plass for mer enn én kode per tilstand i "den gamle" NPR-recorden, kan den bare forholde seg til enkeltkodene i en multipelkodet tilstand. Det er som regel

Kapittel 2 – Rapportering- og registreringskrav

Innsatsstyrt finansiering 2003

manifestasjonen som har kostnadmessig betydning, og dette er stjernekode. Dette medfører at sverdkoden strykes for hovedtilstand registrert med sverd/stjernekodekombinasjon ved overføring til NPR-recorden, for dem som leverer på gammelt format. I XML-meldingen, for NPR-data 2003 får alle diagnosekoder plass, og man slipper at sverdkoden for ICD-10 hovedtilstand går tapt.

Sykehusopphold grupperes i kirurgiske DRG-er etter registrerte prosedyrekoder. Grupperingen styres imidlertid av en hierarkisk fordeling av disse prosedyrene, hvor det kun er operasjonsstuekrevende prosedyrer som i denne sammenheng regnes som kirurgiske prosedyrer. Alle prosedyrer får plass i XML-meldingen, men dersom man fortsatt leverer data på NPR-format, skal kodene for de 10 viktigste prosedyrene innrapporteres. Rekkefølgen er uten betydning, da grupperingsprogrammet søker frem den mest ressurskrevende.

Frister for rapportering av pasientdata

Det vil fra mars 2003 bli månedlige innrapporteringer av pasientdata til NPR. Hovedregelen er at aktivitetsdata skal rapporteres den andre virkedagen i måneden. Nedenfor vises tabell over frister for innrapportering av data i 2003. Det skal rapporteres inn data fra 1.1.2003 til og med gitte periode.

Frister for rapportering av data fra sykehus til NPR for aktivitetsåret 2003:

<u>Periode:</u>	<u>Frist:</u>
Februar	4. mars
Mars	2. april
April (1. tertial)	5. mai
Mai	3. juni
Juni	2. juli
Juli	4. august
August (2. tertial)	2. september
September	2. oktober
Oktober	3. november
November	2. desember
Desember	5. januar 2004
ÅRSDATA 2003	10. februar 2004

Ettersom årsdata skal benyttes i årsavregningen for ISF 2003, er det behov for en ekstra kvalitetskontroll av data. Fristen for sykehusene vil derfor bli som tidligere år.

Nytt rapporteringsformat

Det er i 2003 innført nytt format for innrapportering av pasientadministrative data. Mens de gamle NPR-data var basert på flate Ascii-filer, er de nye NPR-data basert på XML-meldinger. I tillegg til at dette bedrer datasikkerheten, gir denne rapporteringsformen en langt større fleksibilitet i forhold til antall koder som kan registreres.

Det er forutsatt at alle aktørene i Innsatsstyrt finansiering leverer data på det nye formatet, men det kan gis unntak for enkelte mindre institusjoner i ordningen, som må *avtale* med Norsk pasientregister om å levere data på gammelt format.

For mer utfyllende opplysninger om NPR-data 2003 henviser vi til NPRs hjemmesider: <http://www.npr.no/>.

Angivelse av kommunenummer

For beregning av DRG-refusjoner til de regionale helseforetakene, er det en forutsetning at pasienten er registrert med gyldig kommunenummer. *Mangelfull eller feil koding av kommunenummer medfører at oppholdet ikke gir 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.

Flyktninger og asylsøkere er i forhold til spesialisthelsetjenesteloven å anse som bosatt i riket. (Jmf rundskriv I-58/2000) og skal derfor registreres med det kommunenummeret hvor de er bosatt i Norge. De skal derfor ikke registreres med kommunenummer for utlendinger.

For utlendinger gjelder følgende kommunenummer

9000	Utenlandske statsborgere uten konvensjonsavtale
9900	Utenlandske statsborgere med konvensjonsavtale (EU og EØS-land, samt Ungarn)
9999	Ukjent kommunenummer

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 en akuttsituasjon 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.

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.

Dagkirurgi hos privatpraktiserende avtalespesialister

Fra 2002 får de regionale helseforetakene ISF-refusjon når de kjøper dagkirurgisk behandling hos privatpraktiserende avtalespesialister utenfor offentlig godkjente sykehus.

Pasienter som henvises til privatpraktiserende avtalespesialist for behandling som utløser ISF-refusjon til det regionale helseforetaket skal betale det samme i egenandel, enten behandlingen foregår i eller utenfor sykehus.

Med denne 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 kunne identifisere hvilke dagkirurgiske opphold hos privatpraktiserende avtalespesialister som skal DRG-grupperes og gi grunnlag for ISF-refusjon gjelder følgende særskilte krav til registrering (for rapportering på gammelt format):

- Felt 15 Henvist fra (poliklinikk) skal registreres med verdi 50 (Sykehus til avtalespesialist)
- Ved koding av diagnosekoder skal ICD-10 benyttes.
- Ved koding av prosedyrekoder skal NCSP benyttes.

Se også: http://www.npr.no/privspes/Viktige_punkter_ved_registrering_av_pasientdata.doc for utfyllende informasjon om krav til koding.

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.

Det er en forutsetning at de privatpraktiserende avtalespesialistene som deltar 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 være 2. virkedag i mai (5. mai 2003).

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.

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 5 (utlandet) i ”Til sted”-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)
- Inntilstand (Innmåte hastegrad)
- Til sted = 5 (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.

Psykiatripasienter

Opphold ved psykiatriske avdelinger danner ikke grunnlag for ISF-refusjon.

Død ved ankomst

Pasient som er død ved ankomst til sykehuset kodes med inntilstand = 2. Oppholdet fjernes av kontrollprogrammet og det gis ikke refusjon.

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

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.

Dagkirurgiske inngrep skal som hovedregel registreres i datasystem for polikliniske pasienter, og det stilles følgende krav til registreringen for at inngrepet skal grupperes i riktig DRG:

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

Takstkoden brukes som seleksjonskriterium fra poliklinikkdataene. 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.

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

- Hoveddiagnose skal alltid registreres
- Minst én prosedyrekode skal registreres
- Omsorgsnivå = 2 (dagbehandling)
- Innmåte hastegrad = 4 (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, dvs omsorgsnivå = 1 (heldøgnsopphold).

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 døgnpasienter.

En liten del av dagkirurgiske opphold blir gruppert til kompliserte DRG-er på grunn av registrerte bidiagnoser, eventuelt kompliserende prosedyrer. Slike opphold håndteres refusjonsmessig likt med de tilsvarende ukompliserte tilfellene (Se vedlegg A).

Bruken av takstkode som utplukkskriterie for dagkirurgi gjør at noen mindre polikliniske prosedyrer, som ikke fører oppholdet inn i en dagkirurgisk DRG, blir inkludert i datagrunnlag for dagkirurgi. Denne type opphold grupperes til medisinske DRG-er eller kirurgiske DRG-er som ikke er definert som dagkirurgiske, og blir gitt en vekt lik hhv. 0,15 eller 0,12.

Ikke-kirurgisk kreftbehandling

Løsningen for ikke-kirurgisk kreftbehandling hvor 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, videreføres i 2003. En mer langsiktig løsning for prisdifferensiering krever mer komplett informasjon av hva slags behandling pasienten har fått.

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 2003, utfra opplysninger fra cytostatikaregisteret ved DNR pr 16.12.2002. Pga. noe usikkerhet omkring annen praksis ved andre sykehus er noen "gamle kurer" beholdt (merket *) inntil cytostatikaregisteret har utført en fullstendig kvalitetssikring av listen over kurer.

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 også i 2003 at 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)	

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.

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2003

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 gitt cytostatikakur er fortsatt frivillig, men det er ønskelig at cytostatikakoden (“OD/OG/OP-kodene”) registeres for å få bedre data om kreftbehandling.

OD0012	D-GI cancer: Irinotecan
OD0017	D-GI cancer: FolFox-kronomodul'rt
OD0037	D-Lunge: Taxotere
OD0111	D-Mamma: Taxol 175mg/m2
OD0112	D-Mamma: Taxotere 100mg/m2
OD0168	D-Urologi, Vesica: DaunoXome
OD0419	D-Lunge: Karboplatin - Etoposid
OD0493	D-Mamma: Taxotere-Capecitabine
OD0503	D-GI-cancer: FLOX Oxiplatin FLV hver 2. Uke
OD0505	D-Mamma: Herceptin, start
OD0548	D-Lunge: Taxotere 2. Linje, 75 mg/m2
OD0594	D-Mamma: Navelbine/ Herceptin, 1. Kur
OD0595	D-Mamma: Navelbine/ Herceptin, senere kurer
OD0600	D-Mamma: Taxol 200mg/m2
OD0618	D-Urologi, Testis: Paclitaxel-Gemcitabin
OD0640	D-Endokrin: Streptozotocin-Caelyx vedlikehold
OG0203	G-Ovarial: Taxol
OG0205	G-Ovarial: Taxol-Doxorubicin
OG0432	G-Gyn. cancer: DaunoXome
OG0544	G-Ovarial: Cisplatin/Paclitaxel 24 timer
OG0546	G-Ovarial: Paclitaxel 24 timer
OG0576	G-Ovarial: Caelyx 40 mg
OG0654	G-Ovarial: Taxol 24 t - karboplatin AUC5
OP0291	P-CNS: UKCCSG < 3år; Kur 2 (Vincristin-Metotrexat)
OP0309	P-Lymfom, Hodgkin: GPOH-95; IEP
OP0337*	P-Mal.Mes.Tumor: MMT-CEV-952/953/954/Standard/High risk/Meta
OP0341*	P-Mal.Mes.Tumor: MMT-IVE-952/953/954/Standard/High risk/Meta

*Standard utgått

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2003

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 gitt cytostatikakur er fortsatt frivillig, men det er ønskelig at cytostatikakoden (“OD/OG/OP-kodene”) registeres for å få bedre data om kreftbehandling.

OD0016	D-GI cancer: FolFox
OD0369	D-Lunge, Småcellet: TEC
OD0388	D-Lunge: PP (Taxol-Carboplatin)
OD0464	D-Lymfom: Rituximab
OD0485	D-Urologi, Vesica: Taxol/Carboplatin
OD0504	D-GI cancer: Oxaliplatin
OD0530	D-Lunge: Epi - Taxol
OD0574	D-Melanom: TNF-Melfalan ILP, upper limb
OD0575	D-Melanom: TNF-Melfalan ILP, lower limb
OD0592	D-Mamma: Taxol/ Herceptin 1. Kur
OD0593	D-Mamma: Taxol/ herceptin, senere kurer
OD0630	D-Herceptin hver 3. Uke
OD0632	D-Lymfom, NHL: CHOP - MabThera
OG0204	G-Ovarial: Taxol-Cisplatin
OG0206	G-Ovarial: Taxol-Karboplatin
OG0207	G-Ovarial: TEC
OG0457	G-Ovarial: Cisplatin-Epirubicin-Taxol
OG0531	G-Ovarial: Karboplatin - Paclitaxel (TC) AUC=5
OG0540	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.

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 i samarbeid med dataleverandørene sørge for at dataene blir konvertert slik at hver enkelt dagbehandling av pasienten blir registrert som én record (en kontakt) før utlevering av data til NPR.

Justering av hjertekirurgiske DRG-er

I 2002 ble kostnadsvektene for de fire hjertekirurgiske DRG-ene; DRG 105, 106, 107 og 112, videreført med gamle vekter basert på kostnadsberegninger av data fra 1996. Bakgrunnen for dette var at disse ble kraftig nedjustert i det nye kostnadsarbeidet som ble foretatt på data fra 2000. I 2003 er det besluttet å innføre vekter som er basert på de nyeste kostnadsanalysene, slik at vektene for disse DRG-ene justeres ned. Dette vil føre til reduserte utbetalinger gjennom ISF for hjertekirurgi, hovedsakelig ved regionsykehusene, Hjertesenteret i Oslo og Feiringklinikken. Midlene som denne reduksjonen gir, er i 2003 overført til de regionale helseforetakene gjennom basisfinansieringen. Departementet vil i sin styring av de regionale helseforetakene følge opp Stortingets vedtak og forutsetningene fra behandlingen av St.prp.nr. 59 (2001-2002) om drift av Feiringklinikken. Hjertesenteret er fra 2003 blitt en del av Rikshospitalet HF.

Nyfødte i hoveddiagnosegruppe (HDG) 15

Grupperingslogikk for nyfødte er uendret i 2003. Enkelte opphold kan imidlertid flyttes på grunn av feil i håndtering av alder i NorskDRG 2002, som først ble oppdaget på slutten av året. Denne feilen er rettet opp i NPK 2003, med svært små konsekvenser.

Alle nyfødte skal registreres og inngå i pasientdata som innrapporteres til Norsk pasientregister.

Følgende minimumskrav stilles til registreringen:

- Hoveddiagnose: Z38.0 – Z38.8
- Prosedyrekode skal registreres når dette er aktuelt, som ved rituell omskjæring
- Innmåte hastegrad = 4 (planlagt)

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 hastegrad = 4 (planlagt)
- Fra sted = 3 (annen institusjon)
- Institusjonsnummeret til det sykehuset barnet kom fra
- Mor kodes med Z39.x "Pleie og kontroll av mor etter fødsel"

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2003

I løsningen for nyfødte i HDG 15 benyttes ulike prosedyrekoder som indikator for intensivbehandling. Følgende prosedyrekoder er aktuelle:

GAA10	Intercostal innlegging av pleuradren
TF280	Lukket hjertekompresjon
TG122	Innlegging eller bytte av tracheostomitube
TG601	Respiratorbehandling
TG610	Beh med kontinuerlig pos luftveistrykk CPAP
TG620	Beh med bifasisk pos luftveistrykk BiPAP
TJ531	Kronisk peritoneal dialyse
TJ532	Akutt peritoneal dialyse
TP247	Hemodialyse
TP561	Utskiftingstransfusjon
TP992	Innlegging av arteriekanyle
TP993	Inlegning av navlearteriekateter
TPH15	Innl sentralvenøst kateter via v.jugularis externa/interna
TPH20	Innl sentralvenøst kateter via v.subclavia/brachiocephalica
ZXG05	Peroperativ lukket hjertekompresjon

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 rehabilitering er kodet som bidiagnose for opphold som omfatter både akuttbehandling og rehabilitering.

Modellen som benyttes ved beregning av DRG-refusjon for rehabilitering tar hensyn til liggetid og bruk av personellressurser. 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 eller 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 akutttopphold 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 er som følger:

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

^{x)} f.eks. lege, psykolog, ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, spesialpedagog, sykepleier

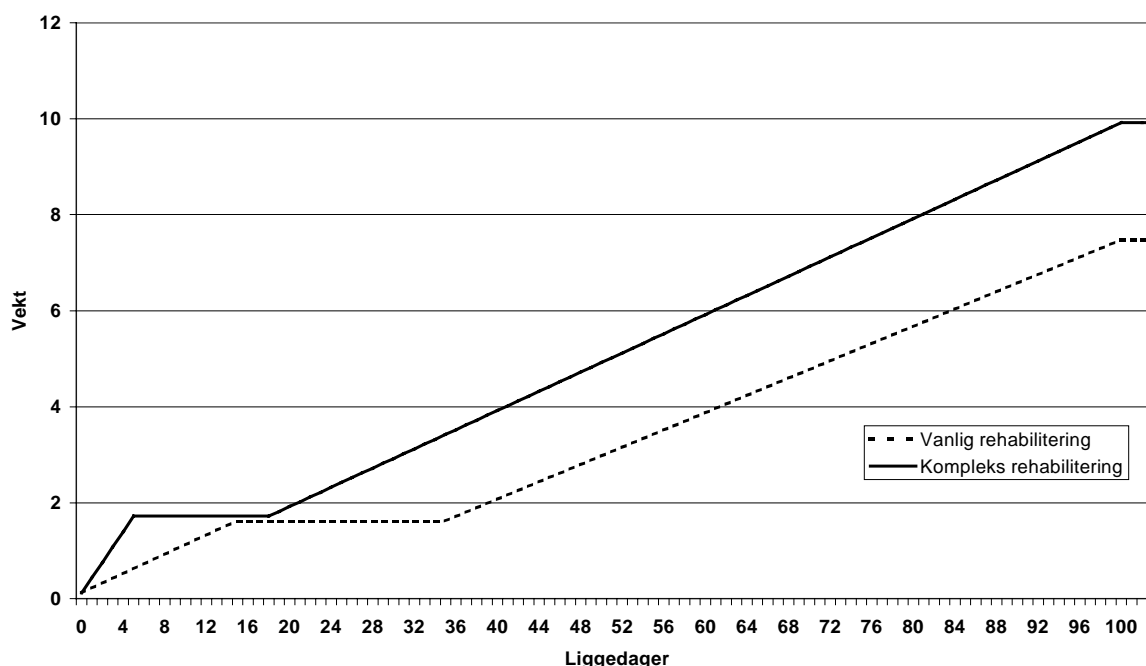
For kompleks rehabilitering (Z50.80) gjelder i tillegg:

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 3 Forholdet mellom DRG-vekt og liggetid for primær rehabilitering



Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2003

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

*)Max = maksimalt antall dager som utløser dagtillegg (100 dager i 2003).

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 2003).

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.

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	2,37	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

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2003

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 resultatet 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.

Høykostnadsmedisin

Nedenfor gis det en beskrivelse av hvilke implantater og behandlinger som inngår og hvordan disse skal registreres for å utløse tilleggsrefusjon.

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

Implantater

For 2003 gis det tilleggsrefusjon for følgende implantater/behandlinger når de aktuelle prosedyrekodene benyttes:

Prosedyre/behandling	Aktuelle prosedyrekoder	Tilleggsrefusjon
Parkinson-stimulator i hjernen	AAW01, AEA00	75 000 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, AEA30	82 500 kroner
Karstent aorta/intratorakale kar	FAC25, FBE35, FCA45, FCB35, FCC45, FCD35, FFH25	110 000 kroner
Ventrikkeldefibrillator (ICD hjertestarter)	FPG10, FPG30, FPG33, FPG40, FPG96	165 000 kroner
Cochleaimplantat	DFE00	165 000 kroner
Venstre ventrikkelpumpe	FXL00	165 000 kroner

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 opphold med en eller flere av de aktuelle prosedyrekodene. Datagrunnlaget for beregning av tilleggsrefusjonene for implantater/prosedyrer er avdelingsoppholdene ved institusjonene som inngår i ISF-ordningen.

Behandling av pasienter med intravenøs TNF-inhibitor (Remicade)

For 2003 gis det tilleggsrefusjon for intravenøs behandling med TNF-inhibitor av pasienter med Crohns sykdom.

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

Intravenøs behandling av Crohns sykdom:

- Pasient overnatter (døgnpasient)
 - Hoveddiagnose: Diagnosekode 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 Crohns sykdom som beskrevet over er 10 200 kroner.

HMAS-behandling

Helsedepartementet har besluttet å utvide ordningen med tilleggsrefusjon for HMAS-behandling. Det presiseres at denne tilleggsfinansieringen kun gjelder etablert behandling. Utprøvende behandling finansieres utenfor ISF-ordningen. Følgende pasientgrupper er i 2003 inkludert i ordningen:

- Hodgkins lymfom
- Myelomatose

Fordi det kun er et beskjedent antall tilfeller 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 en av de ovennevnte sykdommene som har gjennomgått HMAS-behandlingen:

- Pasientnummer/ PID (ikke fødselsnummer)
- Innleggelsesdato
- Utskrivningsdato
- Hvilken cytostatikakur som er brukt
- Pasientgruppe (dvs Hodgkins lymfom eller Myelomatose)

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-behandling er fastsatt til 155 000 kroner.

Palliativ behandling

Palliativ behandling er lindrende behandling som retter seg mot sykdommens symptomer, uten å påvirke sykdomsforløpet. Slik behandling er aktuelt for pasienter med uhelbredelig sykdom som forventes å ende dødelig. Palliativ behandling retter seg særlig mot smerter og andre plagsomme symptomer som kvalme, brekninger og søvnforstyrrelser. Mye av palliativ behandling kan gis som dagbehandling, men pasienter legges også inn, særlig i terminalfasen.

I 2003 vil det gis en tilleggsrefusjon for palliativ behandling utover den ordinære DRG-refusjonen. Målet er å styrke tilbudet til pasienter med behov for smerte- og symptomlindrende behandling i livets slutfase ved bruk av økonomiske virkemidler. Det er viktig å understreke at det i denne sammenheng er snakk om pasienter hvor *hovedårsaken* til sykehusoppholdet er palliativ behandling.

For registrering og koding av palliativ behandling gjelder nedenstående retningslinjer.

- Koden Z51.5 "Fremmøte til palliativ behandling" skal benyttes:
 1. som hoveddiagnose når palliativ behandling er det eneste eller hovedproblem som håndteres under det aktuelle kontaktilfellet med helsevesenet.
 2. som bidiagnose når behovet for palliativ behandling er et så viktig moment ved kontaktilfellet at det er meningsfylt fra et medisinsk faglig synspunkt å registrere det med koden.

Det er fastsatt følgende beløp for tilleggsrefusjonen per opphold:

Døgnopphold	12 000 kroner
Dagbehandling	500 kroner

Det tas forbehold om eventuelle justeringer av tilleggsrefusjonen dersom volumet avviker vesentlig fra det som er lagt til grunn i fastsettelsen av tilleggsrefusjonen.

Departementet vil i forbindelse med gjennomgangen av aktivitetsdata for 1. tertial vurdere om det er behov for å fastsette nærmere krav til innhold i behandlingen for å kunne bruke diagnosekoden Z51.5 og utløse tilleggsrefusjon.

Sterilisering

Fra 1. januar 2002 ble 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 2002, St. prp. nr. 1 (2001-2002) fra SHD.

For sterilisering av kvinner gjelder følgende prisregler i 2003: 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.

Sterilisering av kvinner på medisinsk indikasjon skal registreres i poliklinikkssystemet med takstkode B23i. Det kan da ikke kreves forhøyet egenandel fra pasienten. Konsultasjonen gir ikke grunnlag for ISF-refusjon.

Den korrigerte vekten for DRG 351 "Sterilisering av menn" er i likhet med foregående år 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.

Kapittel 4 – 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 (NPK 2003)

Det er viktig at gyldig versjon av DRG-programvare brukes til enhver tid uansett hvilken programleverandør som velges. SINTEF Unimed har på vegne av HD inngått avtale med Nirvaco AS, om utvikling og support av gjeldende grupperingsprogram for 2003 (NPK 2003). Grupperingsprogrammet vil bli stilt til rådighet for alle aktører i Innsatsstyrt finansiering.

Mer informasjon om grupperingsprogrammet finnes på Nirvacos hjemmeside:

<http://www.nirvaco.no>

Følgende produkt er autorisert av HD og gjelder for år 2003:

- NPK 2003: Norsk Pasient Klassifisering, versjon 3.0.0.0.
- Gjeldende grupperingslogikk har versjonsnummer 2003-NO-B5.

Når det gjelder NPK 2003, 3.0.0.0, så vil denne erstattes av en nyere versjon i løpet av 1. halvår 2003.

Nordisk samarbeid

DRG systemet ble utviklet i USA for mer enn 20 år siden. I dag er DRG-systemet grunnlag for finansiering av sykehus tjenester i mange land. Det er utviklet forskjellige versjoner av DRG-systemet, som skiller seg fra hverandre bl.a. i forhold til antall grupper. DRG-systemet i Norge, NorskDRG, er utviklet basert på et nordisk system kalt NordDRG. 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
- TilSted

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

- Institusjonsnummer
- Avdelingsnummer
- Pasientnummer
- Kommunenummer
- Oppholdstype
- Hastegrad
- Ut TilSted
- 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.

Kostnadsvekter for NPK

Kostnadsvektene som benyttes i NPK er beregnet av SINTEF Unimed PaFi, på oppdrag fra Helsedepartementet. Beregningen er basert på kostnads- og pasientdata for driftsåret 2000. Data er innhentet fra 17 norske sykehus.

Metoden 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.

Det foretas også mindre justeringer på kostnadsvektene når endringer i grupperingslogikken legitimerer dette. I 2003 er kostnadsvektene i følgende DRG-er justert grunnet endringer i

grupperingslogikken: 55A, 55B, 73, 110, 125, 127, 135, 144, 146, 148, 191, 209A, 209B, 210, 214, 216, 218, 219, 226, 227, 228, 229, 249, 256, 260, 266, 304, 311, 315, 360, 364, 372, 442, 443, 468, 478 og 479. Avhengig av hvilke type opphold som flyttes fra en DRG til en annen, justeres vektene i forhold til dette.

Det vil i 2003 bli foretatt en revidering av kostnadsvektene, som vil være basert på data for driftsåret 2002.

For mer informasjon om kostnadsarbeidet henvises til Innsatsstyrt finansiering 2002, med prislister og rapporter vedrørende kostnadsarbeidet 2000, som kan lastes ned fra hjemmesiden til SINTEF Unimed PaFi. (<http://www.sintef.no/units/unimed/pafi/sykehusinfo.htm>)

Logikk i DRG-klassifiseringen

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

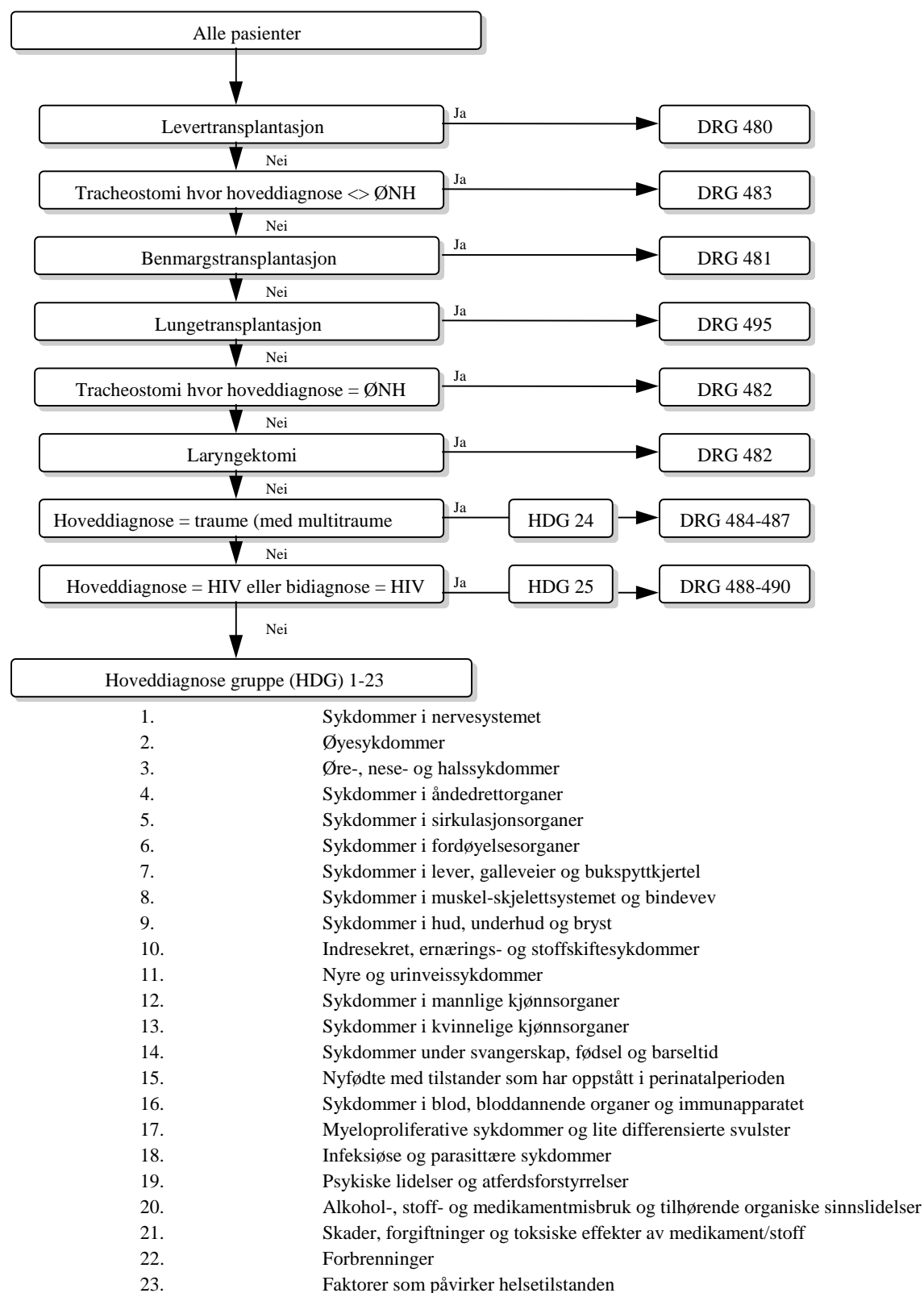
1. DRG-gruppering av avdelingsopphold
2. Aggregering fra avdelingsopphold til sykehusopphold og ny DRG-gruppering

1. DRG-gruppering av avdelingsopphold

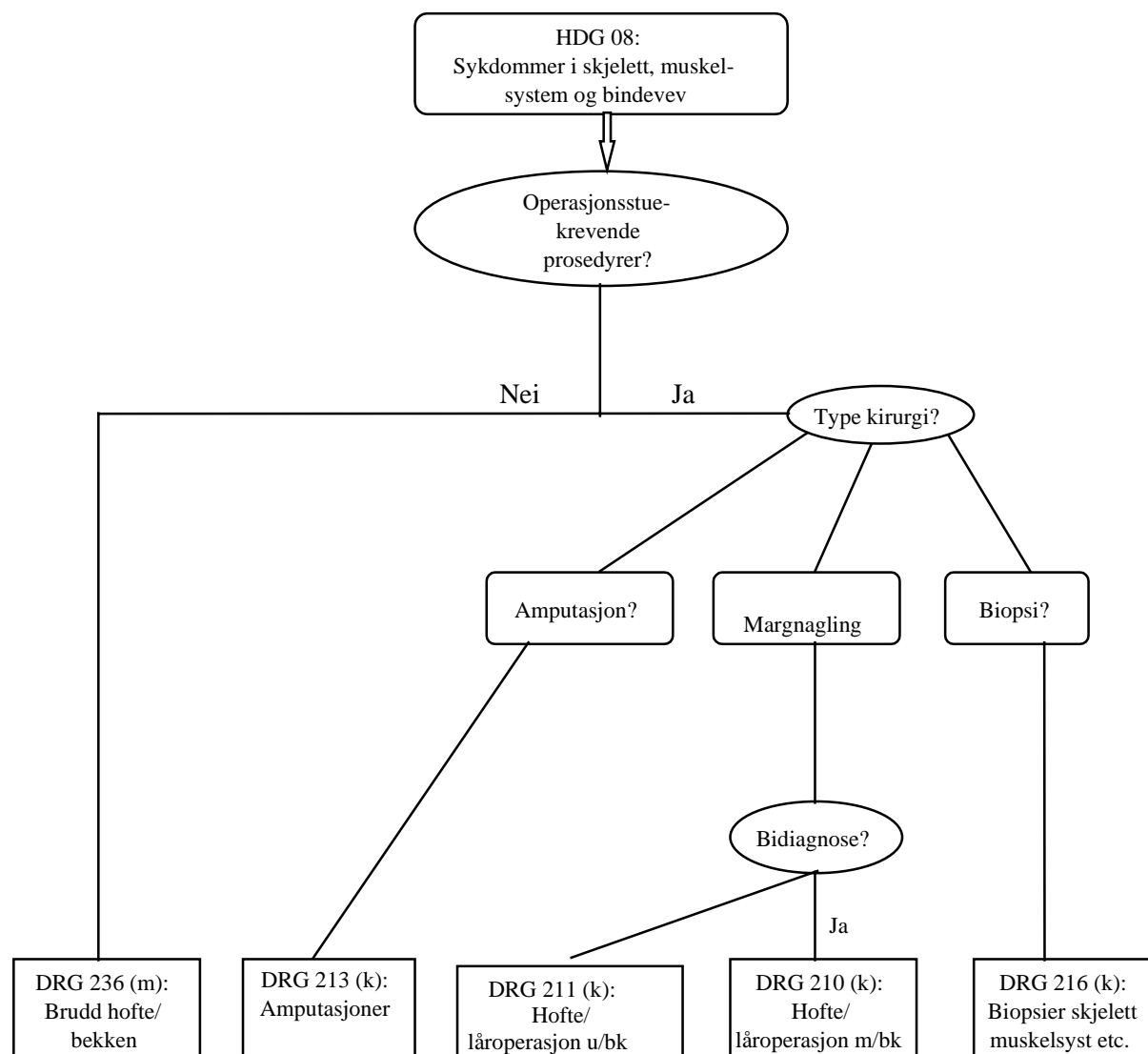
I de aller fleste tilfeller blir oppholdet først plassert i en av hoveddiagnosegruppene (HDG) etter den registrerte hoveddiagnose (jfr. figur 4, side 35). Unntak er noen meget ressurskrevende prosedyrer (eks. transplantasjoner) hvor hoveddiagnose ikke påvirker DRG-plasseringen, eller pasienter med multitraume 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 4 og 5, side 35 og 36.

Figur 4 Grov skisse som viser logikk i DRG-gruppering



Figur 5 Eksempel på beslutningstre innen HDG.



(m) medisinsk DRG
(k) kirurgisk DRG
u/bk uten bidiagnoser/komplikasjoner
m/bk med bidiagnoser/komplikasjoner

Link til manualen for NordDRG, 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, selv om det er avdelingsopphold som rapporteres til NPR. 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 sykehusoppholdet lik avdelingsoppholdet. 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:

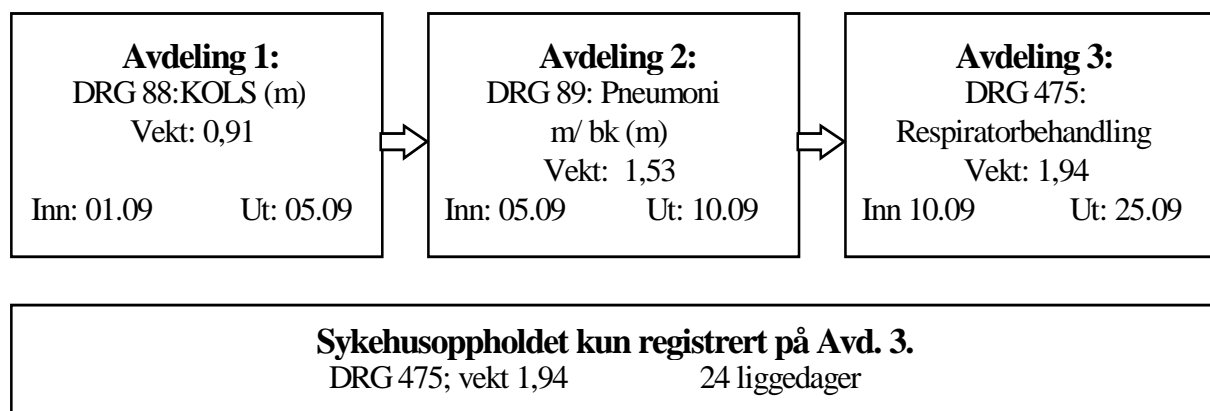
- Liggetiden for sykehusoppholdet blir summen av liggetiden for avdelings- og postoppholdene, og beregnes som differansen mellom utskrivningsdato fra sykehuset og dato for når pasienten ble skrevet inn på sykehuset.
- Administrative data om innleggelsen tas fra første avdelingsopphold, mens data om utskrivningen tas fra siste avdelingsopphold. Administrative data fra polikliniske kontakter ignoreres i denne sammenheng dersom det finnes avdelingsopphold.
- Avdelingsoppholdet med høyest vekt velges som sykehusopphold.
- Dersom to avdelingsopphold har samme DRG-vekt, velges det avdelingsoppholdet som har lengst liggetid som sykehusopphold.
- Prosedyrekoder fra bærende opphold overføres alltid til sykehusoppholdet. Prosedyrekoder fra andre avdelingsopphold vil som hovedregel ikke overføres. For aggregering innenfor hoveddiagnosegruppene nyfødte og multitraume, samt opphold der hjertekateterisering er gitt, gjelder egne aggregeringsregler. Disse er beskrevet i egne kulepunkt.
- Hoveddiagnosen fra avdelingsoppholdet med høyest DRG-vekt settes som hoveddiagnose i sykehusoppholdet. 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
- 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 NPK. Som hoveddiagnose velges hoveddiagnose fra bærende opphold (dvs. hoveddiagnosen fra avdelingsoppholdet med høyest kostnadsvekt). Dette er likt med hvordan også andre opphold behandles. Bidiagnoser velges først fra bidiagnoser i bærende opphold, og deretter fra diagnoser i andre opphold. Prosedyrekoder fra alle avdelingsopphold som inngår i sykehusoppholdet vil bli overført.
- For hoveddiagnosegruppe 24 (multitraume) gjelder følgende f.o.m. 2002: alle prosedyrer som er registrert overføres til sykehusoppholdet ved aggregeringen.
- Hjerterkateterisering 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 hjerterkateterisering slik at prosedyrekode for hjerterkateterisering 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 6 *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 ubrukbar 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 ikke er samstemmighet mellom angivelse av kjønn og registrerte kjønns spesifikke diagnosekoder.

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 DRG-er for tilfeller hvor hoveddiagnosen og operasjoner logisk sett ikke henger sammen. Dette kan skyldes feil i registreringen, men det finnes også en rekke relativt sjeldne medisinske særtilfeller som DRG- logikken 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. DRG 468 og DRG 477 utløser refusjon, avhengig av operasjonen som er utført (DRG 468 er ment for større og DRG 477 for mindre operasjoner).

Krav til kodepraksis og gjeldende kodeverk

Følgende kodeverk er gyldige:

Diagnoser

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

Prosedyrer

“Klassifisering av kirurgiske inngrep 2001 med oppdateringer for 2003”.

Denne foreligger bare elektronisk (PDF-fil). Siste utgave som foreligger i bokform ble utgitt i 2001, ny trykket utgave vil muligens komme i løpet av våren 2003. Det er mange endringer fra 2002 til 2003.

Dette er en norsk utgave av ”The NOMESCO Classification of Surgical Procedures” med tillegg av foreløpige koder for ikke-kirurgiske prosedyrer. NOMESKO, KITH og Sosial- og helsedirektoratet, 2003.

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 vedlegg B. For å forstå kodeveiledningen og konsekvenser for DRG-gruppering er det viktig å merke seg gjeldende definisjoner for ulike diagnosermer.

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. ICD-10 skiller mellom hovedtilstand og andre tilstander. WHO definerer hovedtilstanden slik:

“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 tilstand kan etter ICD-10 ofte beskrives med mer enn én kode (parkoding, multipl koding). Både en hovedtilstand og andre tilstander kan således være uttrykt med mer enn én kode.

Hvis hovedtilstanden er beskrevet med mer enn én kode, vil den første koden bli hoveddiagnose ved DRG-gruppering, mens tilleggs-koder for hovedtilstanden og alle koder for andre tilstander blir betraktet som bidiagnoser. Unntaket fra denne regelen er at ved parkoding av en hovedtilstand etter ICD-10's regler for sverd/stjerne-koding (hvor sverdkoden representerer en grunntilstand og stjerne-koden en manifestasjon av grunntilstanden), benyttes stjerne-koden (som i dette tilfelle er registrert som første bidiagnose) som hoveddiagnose (se side 41).

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 diagnosekode ved utskrivning.
- For sykehuspasienter skal diagnoser i kapitlene XVIII og XXI bare unntaksvis brukes som hoveddiagnose (se nedenfor).

Z-koder (koder fra kapittel XXI) skal benyttes i registreringen av hoveddiagnose i kontakter med helsetjenesten der tilstanden verken er sykdom eller skade. Hvis pasienten har en tilstand som for anledningen ikke var gjenstand for undersøkelse, vurdering eller behandling, skal den ikke kodes. I slike tilfeller benyttes Z-koder som gjelder det spesielle forhold eller tiltak som var årsak til dette kontaktilfellet med helsetjenesten. Dette gjelder følgende tilstander:

- 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 underliggende diagnosen.
- Fremmøte til poliklinisk strålebehandling skal kodes med Z51.0, og ikke med den underliggende diagnosen.
- Fremmøte til palliativ behandling skal kodes med Z51.5
- 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 hovedtilstand eller annen tilstand. 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 slik å forstå at

sverdkoden er hovedkoden for tilstanden, enten tilstanden er hovedtilstand eller annen tilstand. For ressursbruk er som regel manifestasjon viktigere enn årsakssammenheng. Derfor vil stjernekode bli benyttet som hoveddiagnose når hovedtilstanden er sverd-/stjernekode. 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

ICD-10 har en rekke andre anvendelse av multippel koding for en enkelt tilstand, og ved noen av disse anvendelsene beskriver hoved- og tilleggskode manifestasjons- og årsaksaspekter ved tilstanden på lignende måte som for sverd- og stjernekode. Men i disse anvendelsene gjelder ikke sverd/stjernekodens regel for koderekkefølge. Det er angitt i merknad under overliggende kategori hvordan kodene skal oppføres. Multippel koding kan eller skal også brukes i følgende sammenhenger:

- For å angi infeksjonsfremkallende organisme ved lokale infeksjoner (frivillig tilleggskode).
- For å angi funksjonstype ved svulster med funksjonell aktivitet (frivillig tilleggskode).
- For å angi morfologikode i SNOMED for svulster (tilleggskode, ikke obligatorisk. Disse kan registreres i det nye formatet, men ikke i gammel NPR-record).
- For å angi underliggende årsak for tilstander i blokken F00-F09 (i hovedsak sverd/stjernekode ved stjernemerke kategorier, men mulig ikke-obligatorisk tilleggskode for andre kategorier).
- For å angi det aktuelle stoffet ved legemiddelindusert tilstand (anbefalt eller obligatorisk tilleggskode, se opplysninger i ICD-10-boken og opplæringsheftet. Kan registreres etter den nye XML-baserte NPR-melding, men ikke i gammel NPR-record).
- For å angi fullstendig beskrivelse av skade eller forgiftning (obligatorisk tilleggskode).

Koding av andre tilstander

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 med bidiagnoser. Tilstander som relaterer seg til tidligere innleggelser, 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 med kode i NCSP skal registreres. Midlertidige nasjonale særkoder er ikke obligatoriske, men noen av dem kan være nødvendige for DRG-gruppering. Dersom det er medisinsk hensiktsmessig å bruke de nasjonale kodene kan også disse 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. Disse kodene er ikke obligatoriske, men i noen tilfelle nødvendige for å gi riktig beskrivelse av inngrepets omfang, særlig ved plastisk kirurgiske inngrep.

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

Vedlegg A

Prisliste DRG 2003

DRG-pris for ett DRG-poeng = 29.931 kroner i 2003

DRG refusjon i 2003 er 60% av full DRG-pris, dvs 17.959 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)

NICU = neonatal intensive care unit

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

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 1: SYKDOMMER I NERVESYSTEMET

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
1	1	Kraniotomi > 17 år u/traume	3,20	28	K	57 468
2	1	Kraniotomi > 17 år m/traume	2,38	18	K	42 741
3	1	Kraniotomi < 18 år	3,12	25	K	56 031
4	1	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	2,54	28	K	45 615
5	1	Operasjoner på ekstrakranielle kar	2,57	17	K	46 154
6	1	Op ved karpaltunnelsyndrom	0,32	5	K	5 747
7	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop m/bk	2,48	47	K	44 537
8	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop u/bk	0,81	10	K	14 546
9	1	Sykdommer i og skader på ryggmargen	1,04	25	K	18 677
10	1	Svulster i nervesystemet m/bk	1,77	41	M	31 787
11	1	Svulster i nervesystemet u/bk	0,99	20	M	17 779
12	1	Degenerative sykdommer i nervesystemet	1,01	25	M	18 138
13	1	Multipel sklerose & cerebellar ataksi	0,85	19	M	15 265
14	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA	1,27	21	M	22 807
15	1	TIA og okklusjon av precerebrale arterier	0,58	13	M	10 416
16	1	Uspesifikke karsykdommer i hjernen m/bk	1,06	26	M	19 036
17	1	Uspesifikke karsykdommer i hjernen u/bk	0,71	18	M	12 751
18	1	Sykdommer i hjernenerver & perifere nerver m/bk	1,17	24	M	21 012
19	1	Sykdommer i hjernenerver & perifere nerver u/bk	0,71	18	M	12 751
20	1	Infeksjon i nervesystemet ekskl viral meningitt	2,04	34	M	36 636
21	1	Viral meningitt	0,72	16	M	12 930
22	1	Hypertensiv encefalopati	1,38	80	M	24 783
23	1	Ikke-traumatisk koma & stupor	0,64	9	M	11 494
24	1	Kramper & hodepine > 17 år m/bk	0,80	14	M	14 367
25	1	Kramper & hodepine > 17 år u/bk	0,46	9	M	8 261
26	1	Kramper & hodepine < 18 år	0,47	7	M	8 441
27	1	Alvorlig traumatisk hjerneskade	1,20	7	M	21 550
28	1	Traumatisk hjerneskade > 17år m/bk	1,59	0	M	28 554
29	1	Traumatisk hjerneskade > 17år u/bk	0,74	36	M	13 289
30	1	Traumatisk hjerneskade < 18 år	0,78	22	M	14 008
31	1	Hjernerystelse > 17 år m/bk	0,44	12	M	7 902
32	1	Hjernerystelse > 17 år u/bk	0,27	12	M	4 849
33	1	Hjernerystelse < 18 år	0,25	9	M	4 490
34	1	Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	1,19	4	M	21 371
35	1	Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk	0,70	12	M	12 571

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 2: ØYESYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
36	2	Op på corpus vitreum, choroidea, retina	0,71	18	K	12 751
37	2	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye	1,01	19	K	18 138
38	2	Intraokulære op hovedsaklig på regnbuehinne ITAD	0,49	15	K	8 800
39	2	Operasjoner på linsen	0,42	5	K	7 543
40	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer > 17 år	0,43	8	K	7 722
41	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer < 18 år	0,56	4	K	10 057
42	2	Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD	0,86	18	K	15 444
43	2	Hyphema, kontusjonsskader i øyeregionen	0,51	12	M	9 159
44	2	Alvorlige akutte øyeinfeksjoner	0,87	24	M	15 624
45	2	Nevrologiske øyesykdommer	0,84	15	M	15 085
46	2	Øyesykdommer ITAD > 17 år m/bk	0,85	17	M	15 265
47	2	Øyesykdommer ITAD > 17 år u/bk	0,38	9	M	6 824
48	2	Øyesykdommer ITAD < 18 år	0,30	4	M	5 388

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 3: ØRE-, NESE- OG HALSSYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
49	3	Større op på indre øre/strupe/tunge/gane/kjever ITAD	2,50	51	K	44 897
50	3	Fjerning av spyttkjertel	1,05	9	K	18 857
51	3	Op på spyttkjertler ekskl fjerning av spyttkjertler	0,66	11	K	11 853
52	3	Operasjoner for leppe- og ganespalte	1,70	9	K	30 530
53	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus >17år	0,55	8	K	9 877
54	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus <18år	0,70	10	K	12 571
55 A	3	Større operasjoner på øre/nese/hals	0,58	8	K	10 416
55 B	3	Mindre operasjoner på øre/nese/hals	0,58	8	K	10 416
56	3	Plastiske operasjoner på nesen	0,61	8	K	10 955
57	3	Tons./adenoid op ekskl –ektomi > 17år	0,47	8	K	8 441
58	3	Tons./adenoid op ekskl –ektomi < 18år	0,40	8	K	7 183
59	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17år	0,48	5	K	8 620
60	3	Tonsillectomi og/eller adenoidektomi, <18år	0,43	5	K	7 722
61	3	Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret >17år	0,17	12	K	3 053
62	3	Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret <18år	0,27	7	K	4 849
63	3	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	0,99	13	K	17 779
64	3	Ondartede sykdommer i øre, nese, hals	1,33	28	M	23 885
65	3	Svimmelhet	0,51	13	M	9 159
66	3	Neseblødning	0,43	9	M	7 722
67	3	Epiglottitt	0,94	10	M	16 881
68	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon > 17 år m/bk	0,67	14	M	12 032
69	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon > 17 år u/bk	0,40	9	M	7 183
70 A	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon < 18 år m/bk	0,49	4	M	8 800
70 B	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon < 18 år u/bk	0,29	4	M	5 208
71	3	Laryngotrakeitt	0,27	4	M	4 849
72	3	Neseskade & medfødt nesedeformitet	0,25	4	M	4 490
73	3	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år	0,58	9	M	10 416
74	3	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD < 18 år	0,35	7	M	6 286
168	3	Prosedyrer i munnhulen m/bk	1,32	20	K	23 705
169	3	Prosedyrer i munnhulen u/bk	0,67	15	K	12 032
185	3	Tann/munnhulesykd. ekskl tannuttrekking > 17år	0,50	9	M	8 979
186	3	Tann/munnhulesykd. ekskl tannuttrekking < 18år	0,33	9	M	5 926
187	3	Tannuttrekking & restaurering	0,36	4	M	6 465

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 4: SYKDOMMER I ÅNDEDRETTSORGANENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
75	4	Større thoraxop, visse op på perikard/trachea/diafragma m.m.	4,25	36	K	76 324
76	4	Op på åndedrettssystemet ITAD m/bk	2,99	71	K	53 696
77	4	Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk	1,14	31	K	20 473
78	4	Lungeemboli, luftemboli og fettembolisyndrom	1,52	22	M	27 297
79	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst >17år m/bk	1,95	28	M	35 019
80	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst >17 år u/bk	1,27	21	M	22 807
81	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst < 18 år	0,98	13	M	17 599
82	4	Svulster i åndedrettssystemet	1,35	33	M	24 244
83	4	Større thoraxskader m/bk	1,19	17	M	21 371
84	4	Større thoraxskader u/bk	0,60	12	M	10 775
85	4	Pleuritis exudativa m/bk	1,40	29	M	25 142
86	4	Pleuritis exudativa u/bk	1,04	23	M	18 677
87	4	Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt	1,55	29	M	27 836
88	4	Kroniske obstruktive lungesykdommer	0,91	19	M	16 342
89	4	Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk	1,53	26	M	27 477
90	4	Lungebetennelse & pleuritt > 17 år u/bk	0,91	19	M	16 342
91 A	4	Lungebetennelse & pleuritt < 18 år m/bk	1,26	12	M	22 628
91 B	4	Lungebetennelse & pleuritt < 18 år u/bk	0,63	12	M	11 314
92	4	Interstitielle lungesykdommer m/bk	1,76	29	M	31 607
93	4	Interstitielle lungesykdommer u/bk	0,94	20	M	16 881
94	4	Pneumothorax m/bk	1,44	33	M	25 860
95	4	Pneumothorax u/bk	0,77	14	M	13 828
96	4	Bronkitt og astma > 17 år m/bk	1,11	19	M	19 934
97	4	Bronkitt og astma > 17 år u/bk	0,73	13	M	13 110
98 A	4	Bronkitt og astma < 18 år m/bk	1,00	9	M	17 959
98 B	4	Bronkitt og astma < 18 år u/bk	0,60	9	M	10 775
99	4	Funn og symptomer fra åndedrettsorganer m/bk	0,72	15	M	12 930
100	4	Funn og symptomer fra åndedrettsorganer u/bk	0,33	9	M	5 926
101	4	Sykdommer i åndedrettsorganer ITAD m/bk	0,99	20	M	17 779
102	4	Sykdommer i åndedrettsorganer ITAD u/bk	0,56	9	M	10 057
475	4	Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonsstøtte	1,94	20	M	34 840

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 5: SYKDOMMER I SIRKULASJONSORGANENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
103	5	Hjertetransplantasjon	17,55	108	K	315 173
104	5	Op på hjerteklaffer m/hjertekateterisering	9,87	16	K	177 251
105	5	Op på hjerteklaffer u/hjertekateterisering	5,38	26	K	96 617
106	5	Koronar by-pass op m/hjertekateterisering	4,94	42	K	88 715
107	5	Koronar by-pass op u/hjertekateterisering	3,77	21	K	67 704
108	5	Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD	4,28	20	K	76 863
109		IKKE GYLDIG				
110	5	Større kardiiovaskulære op m/bk	4,44	36	K	79 736
111	5	Større kardiiovaskulære op u/bk	3,59	28	K	64 471
112	5	Terapeutiske perkutane kardiovask prosedyrer	1,36	13	K	24 424
113	5	Amputasjon av underekstr ekskl tå v/ sirk.svikt	2,72	30	K	48 847
114	5	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt	2,14	32	K	38 431
115	5	Perm pacemaker m/AMI, hjertesvikt eller sjokk	3,67	30	K	65 908
116	5	Perm pacemaker u/AMI, hjertesvikt eller sjokk	2,61	19	K	46 872

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
117	5	Pacemakerrevisjon ekskl bytte pulsgenerator	2,23	7	K	40 048
118	5	Bytte av pulsgenerator, ev. med ledning	1,62	15	K	29 093
119	5	Inngrep for åreknuter	0,67	5	K	12 032
120	5	Operasjoner på sirkulasjonsorganene ITAD	2,69	62	K	48 309
121	5	Sirk.sykdom m/ AMI & kardiov komplik i live etter 4 dagers behandling	1,80	25	M	32 325
122	5	Sirk.sykdom m/ AMI u/kardiov komplik i live etter 4 dagers behandling	1,10	16	M	19 754
123	5	Akutt myokardinfarkt (AMI), liggetid < 4 dager, utskrevet død	0,34	14	M	6 106
124	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre m/bk ekskl v/ AMI	0,84	20	M	15 085
125	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre u/bk ekskl v/ AMI	0,45	7	M	8 081
126	5	Akutt & subakutt endokarditt	4,49	92	M	80 634
127	5	Hjertesvikt & ikke-traumatisk sjokk	1,12	22	M	20 114
128	5	Årebetennelse i de dype vener	0,90	15	M	16 163
129	5	Hjertestans uten kjent årsak	0,38	2	M	6 824
130	5	Sykdommer i de perifere kar m/bk	1,07	20	M	19 216
131	5	Sykdommer i de perifere kar u/bk	0,64	14	M	11 494
132	5	Antatt ateroskler hjertesykdom m/bk ekskl AMI/angina	0,68	18	M	12 212
133	5	Antatt ateroskler hjertesykdom u/bk ekskl AMI/angina	0,43	10	M	7 722
134	5	Hypertensjon	0,81	15	M	14 546
135	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff > 17år m/bk	1,10	24	M	19 754
136	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff > 17år u/bk	0,56	15	M	10 057
137	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff < 18 år	0,87	17	M	15 624
138	5	Hjertearytmier & ledningsforstyrrelser m/bk	0,70	15	M	12 571
139	5	Hjertearytmier & ledningsforstyrrelser u/bk	0,31	9	M	5 567
140	5	Angina pectoris	0,57	10	M	10 236
141	5	Synkope og kollaps m/bk	0,52	13	M	9 338
142	5	Synkope og kollaps u/bk	0,37	9	M	6 645
143	5	Brystsmerter	0,31	7	M	5 567
144	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk	1,19	24	M	21 371
145	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD u/bk	0,72	15	M	12 930
478	5	Karkirurgisk operasjon ITAD m/bk	3,06	35	K	54 953
479	5	Karkirurgisk operasjon ITAD u/bk	2,06	22	K	36 995

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 6: SYKDOMMER I FORDØYELSESGRUPPEN

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
146	6	Reseksjonsinngrep på rectum m/bk	4,00	51	K	71 834
147	6	Reseksjonsinngrep på rectum u/bk	3,08	31	K	55 312
148	6	Større operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	4,29	52	K	77 042
149	6	Større operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	2,54	31	K	45 615
150	6	Operasjon for tarmadheranser m/bk	3,58	31	K	64 292
151	6	Operasjon for tarmadheranser u/bk	1,74	22	K	31 248
152	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	2,00	27	K	35 917
153	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	1,34	17	K	24 065
154	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år m/bk	5,26	52	K	94 462
155	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år u/bk	2,20	28	K	39 509
156	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf. < 18 år	2,28	34	K	40 946
157	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm m/bk	1,18	20	K	21 191
158	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	0,58	8	K	10 416
159	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år m/bk	1,57	19	K	28 195
160	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år u/bk	0,75	13	K	13 469
161	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år m/bk	0,87	13	K	15 624
162	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	0,70	8	K	12 571

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
163	6	Lyskebrokkoperasjon < 18 år	0,50	4	K	8 979
164	6	Appendektomi v/ perforasjon eller tumor m/bk	2,22	25	K	39 868
165	6	Appendektomi v/ perforasjon eller tumor u/bk	1,04	10	K	18 677
166	6	Appendektomi ekskl ved perforasjon/tumor m/bk	1,22	11	K	21 909
167	6	Appendektomi ekskl ved perforasjon/tumor u/bk	0,75	8	K	13 469
168		Se HDG 3				
169		Se HDG 3				
170	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD m/bk	2,85	38	K	51 182
171	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD u/bk	1,38	28	K	24 783
172	6	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene m/bk	1,24	29	M	22 269
173	6	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene u/bk	0,90	23	M	16 163
174	6	Gastrointest blødning m/bk ekskl v/ karanomalier	1,04	21	M	18 677
175	6	Gastrointest blødning u/bk ekskl v/ karanomalier	0,62	13	M	11 134
176	6	Ulcus m/ perf/blødn/stenose eller i spiserør/Meckel	0,84	23	M	15 085
177	6	Ulcus i magesekk/tolvf u/ perf/blødn/stenose m/bk	1,17	19	M	21 012
178	6	Ulcus i magesekk/tolvf u/ perf/blødn/stenose u/bk	0,52	13	M	9 338
179	6	Inflammatoriske tarmsykdommer	0,86	20	M	15 444
180	6	Gastrointestinal passasjehindring m/bk	0,80	18	M	14 367
181	6	Gastrointestinal passasjehindring u/bk	0,38	9	M	6 824
182	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år m/bk	0,67	15	M	12 032
183	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år u/bk	0,40	9	M	7 183
184 A	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse < 18 år m/bk	0,47	4	M	8 441
184 B	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse < 18 år u/bk	0,36	4	M	6 465
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	14 546
189	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD > 17år u/bk	0,41	9	M	7 363
190	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD < 18 år	0,44	7	M	7 902

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 7: SYKDOMMER I LEVER, GALLEVEIER OG BUKSPYTTKJERTEL

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
191	7	Op på bukspyttkj/lever & portosyst shuntop m/bk	6,46	71	K	116 013
192	7	Op på bukspyttkj/lever & portosyst shuntop u/bk	3,51	46	K	63 035
193	7	Op på galleveier uten samtidigolecystektomi m/bk	2,71	54	K	48 668
194	7	Op på galleveier uten samtidigolecystektomi u/bk	1,72	38	K	30 889
195	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang m/bk	3,04	51	K	54 594
196	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang u/bk	2,02	34	K	36 276
197	7	Åpenolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang m/bk	2,46	29	K	44 178
198	7	Åpenolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang u/bk	1,97	17	K	35 378
493	7	Laparoskopiskolecystektomi u/ eksplor av gallegang m/bk	2,19	16	K	39 329
494	7	Laparoskopiskolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	1,71	9	K	30 709
199	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj m/ ondartet svulst	2,76	45	K	49 566
200	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj u/ ondartet svulst	1,20	35	K	21 550
201	7	Op på lever, galleveier & bukspyttkjertel ITAD	2,44	56	K	43 819
202	7	Cirrhose & alkoholisk leversykdom	1,85	29	M	33 223
203	7	Ondartede svulster i lever/galleveier & bukspyttkjertel	1,24	29	M	22 269
204	7	Sykdommer i bukspyttkjertel ekskl ondartede svulster	1,29	21	M	23 167
205	7	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholutløste m/bk	1,64	24	M	29 452
206	7	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholutløste u/bk	0,74	15	M	13 289

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
207	7	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede m/bk	1,04	21	M	18 677
208	7	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede u/bk	0,55	15	M	9 877

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 8: SYKDOMMER I MUSKEL- SKJELETTSYSTEMET OG BINDEVEV

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
209 A	8	Primær proteseoperasjon i hofte/kne/ankel	3,52	28	K	63 214
209 B	8	Sekundær proteseop i hofte/kne/ankel og replant i u.eks ekskl av tå	4,39	28	K	78 838
491	8	Proteseop & replantasjon i skulder/albue/håndledd	3,40	41	K	61 059
210	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år m/bk	2,37	19	K	42 562
211	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år u/bk	1,55	25	K	27 836
212	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop <18 år	2,29	22	K	41 125
213	8	Amputasjoner pga traume eller sykd i bevegelsesapparatet	3,32	54	K	59 623
214	8	Operasjoner på kolumna m/bk	3,96	41	K	71 116
215	8	Operasjoner på kolumna u/bk	1,86	22	K	33 403
216	8	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet & bindevevet	1,62	34	K	29 093
217	8	Sårrev & hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykd i HDG 8	3,14	46	K	56 390
218	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år m/bk	2,44	32	K	43 819
219	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	1,03	15	K	18 497
220	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop < 18 år	0,87	9	K	15 624
221	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop m/bk	1,95	34	K	35 019
222	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	0,70	25	K	12 571
223	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese m/bk	1,27	13	K	22 807
224	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk	0,83	9	K	14 906
225	8	Operasjoner på ankel & fot	0,63	15	K	11 314
226	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD m/bk	1,36	26	K	24 424
227	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	0,69	10	K	12 391
228	8	Op på håndledd/hånd/tommel & leddprotese håndledd/hånd m/bk	0,84	23	K	15 085
229	8	Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl proteseop u/bk	0,60	9	K	10 775
230	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur	0,68	13	K	12 212
231	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	0,59	10	K	10 596
232	8	Artroskopi	0,61	5	K	10 955
233	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD m/bk	2,87	42	K	51 541
234	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	1,17	15	K	21 012
235	8	Lårbeinsbrudd	0,98	14	M	17 599
236	8	Brudd på hofte & bekken	0,94	14	M	16 881
237	8	Forstuving & luksasjon av hofte, bekken & lår	0,51	15	M	9 159
238	8	Osteomyelitt	2,12	50	M	38 072
239	8	Patologiske brudd & ondartede svulster i HDG 8	1,11	20	M	19 934
240	8	Sykdommer i bindevev m/bk	1,52	21	M	27 297
241	8	Sykdommer i bindevev u/bk	0,80	21	M	14 367
242	8	Infeksiøs artritt og bursitt	1,66	29	M	29 811
243	8	Rygglidelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen	0,68	17	M	12 212
244	8	Beinsykdommer & spesifikke artropatier m/bk	0,89	31	M	15 983
245	8	Beinsykdommer & spesifikke artropatier u/bk	0,55	23	M	9 877
246	8	Artropatier ITAD	0,68	18	M	12 212
247	8	Uspesifikke tilst & sympt fra muskel-skjelettsyst/bindevev ITAD	0,48	12	M	8 620
248	8	Tilstander i muskler, sener, seneskjeder, fascie & bursa ITAD	0,44	12	M	7 902
249	8	Komplik/følgetilst/etterbehandling av tilstander i HDG 8	0,34	14	M	6 106
250	8	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd, fot > 17år m/bk	0,67	24	M	12 032
251	8	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd, fot > 17år u/bk	0,27	7	M	4 849
252	8	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd, fot <18 år	0,24	2	M	4 310

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
253	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot >17 m/bk	0,86	33	M	15 444
254	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot > 17,u/bk	0,39	12	M	7 004
255	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot < 18 år	0,30	7	M	5 388
256	8	Sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev ITAD	0,39	9	M	7 004
471	8	Bilaterale eller flere store leddproteseop i underekstremitet	5,83	36	K	104 699

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 9: SYKDOMMER I HUD, UNDERHUD OG BRYST

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
257	9	Total mastektomi ved ondartet svulst m/bk	1,29	17	K	23 167
258	9	Total mastektomi ved ondartet svulst u/bk	1,14	13	K	20 473
259	9	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst m/bk	1,05	25	K	18 857
260	9	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk	0,85	13	K	15 265
261	9	Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon	0,99	9	K	17 779
262	9	Mammabiopsi & lokal eksisjon ved godartede sykdommer	0,53	5	K	9 518
263	9	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt m/bk	3,37	107	K	60 520
264	9	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt u/bk	1,45	49	K	26 040
265	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt m/bk	2,23	41	K	40 048
266	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt u/bk	0,73	25	K	13 110
267	9	Perianale inngrep & operasjoner for sakralcyste	0,33	8	K	5 926
268	9	Plastisk op på hud, underhud & bryst	0,67	13	K	12 032
269	9	Op på hud, underhud & bryst ITAD m/bk	1,75	30	K	31 428
270	9	Op på hud, underhud & bryst ITAD u/bk	0,71	10	K	12 751
271	9	Kroniske sår i huden	1,30	45	M	23 346
272	9	Alvorlig hudsykdom m/bk	1,47	51	M	26 399
273	9	Alvorlig hudsykdom u/bk	1,01	39	M	18 138
274	9	Ondartet sykdom i bryst m/bk	1,39	33	M	24 962
275	9	Ondartet sykdom i bryst u/bk	0,67	20	M	12 032
276	9	Godartet sykdom i bryst	0,49	9	M	8 800
277	9	Infeksjoner i hud og underhud > 17år m/bk	1,11	22	M	19 934
278	9	Infeksjoner i hud og underhud > 17år u/bk	0,74	15	M	13 289
279	9	Infeksjoner i hud og underhud < 18 år	0,89	12	M	15 983
280	9	Skade av hud, underhud & bryst > 17 år m/bk	0,57	17	M	10 236
281	9	Skade av hud, underhud & bryst > 17 år u/bk	0,30	7	M	5 388
282	9	Skade av hud, underhud & bryst < 18 år	0,27	2	M	4 849
283	9	Lettere hudsykdom m/bk	1,01	26	M	18 138
284	9	Lettere hudsykdom u/bk	0,60	19	M	10 775

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 10: INDRESEKRETORISKE-, ERNÆRINGS- OG STOFFSKIFTESYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
285	10	Amputasjoner av underekstr pga sykdom i HDG 10	1,71	65	K	30 709
286	10	Operasjoner på binyrer & hypofyse	2,22	23	K	39 868
287	10	Hudtransplantasjoner/sårrevisjoner ved sykdom i HDG 10	1,24	83	K	22 269
288	10	Operasjoner for adipositas	1,17	12	K	21 012
289	10	Operasjoner på biskjoldbruskkjertelen	1,38	12	K	24 783
290	10	Operasjoner på skjoldbruskkjertelen	1,24	10	K	22 269
291	10	Eksisjon av median halsfistel eller cyste	0,93	8	K	16 701
292	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD m/bk	3,03	58	K	54 415

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
293	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD u/bk	1,36	24	K	24 424
294	10	Diabetes > 35 år	0,89	19	M	15 983
295	10	Diabetes < 36 år	1,15	18	M	20 652
296	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17år m/bk	1,02	21	M	18 318
297	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17år u/bk	0,73	18	M	13 110
298	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD < 18 år	0,61	9	M	10 955
299	10	Medfødte stoffskiftesykdommer	0,65	14	M	11 673
300	10	Indresekretoriske sykdommer m/bk	1,09	20	M	19 575
301	10	Indresekretoriske sykdommer u/bk	0,61	13	M	10 955

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 11: NYRE- OG URINVEISSYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
302	11	Nyretransplantasjon	7,84	51	K	140 795
303	11	Nyre/ureterop & større blæreop pga ondartet svulst	3,38	38	K	60 700
304	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst m/bk	2,66	31	K	47 770
305	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst u/bk	1,94	23	K	34 840
306	11	Prostatektomi m/bk	1,25	16	K	22 448
307	11	Prostatektomi u/bk	0,97	11	K	17 420
308	11	Operasjoner på urinblæren ITAD m/bk	1,33	37	K	23 885
309	11	Operasjoner på urinblæren ITAD u/bk	1,07	18	K	19 216
310	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata m/bk	1,06	16	K	19 036
311	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk	0,74	10	K	13 289
312	11	Operasjoner på urinrør > 17 år m/bk	0,68	15	K	12 212
313	11	Operasjoner på urinrør > 17 år u/bk	0,52	10	K	9 338
314	11	Operasjoner på urinrør < 18 år	1,13	18	K	20 293
315	11	Operasjoner på nyrer & urinveier ITAD	1,75	40	K	31 428
316	11	Nyresvikt	1,51	30	M	27 117
317	11	Dialysebehandling	0,12	12	M	2 155
318	11	Svulster i nyrer & urinveier m/bk	1,51	34	M	27 117
319	11	Svulster i nyrer & urinveier u/bk	0,75	23	M	13 469
320	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier > 17 år m/bk	1,02	20	M	18 318
321	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier > 17 år u/bk	0,67	15	M	12 032
322	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier < 18 år	0,71	12	M	12 751
323	11	Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling	0,74	12	M	13 289
324	11	Stein i urinveiene u/bk	0,42	9	M	7 543
325	11	Symptomer fra nyrer & urinveier > 17 år m/bk	0,67	15	M	12 032
326	11	Symptomer fra nyrer & urinveier > 17 år u/bk	0,42	12	M	7 543
327	11	Symptomer fra nyrer & urinveier < 18 år	0,49	7	M	8 800
328	11	Urethrastriktur > 17 år m/bk	0,34	13	M	6 106
329	11	Urethrastriktur > 17 år u/bk	0,31	7	M	5 567
330	11	Urethrastriktur < 18 år	0,43	9	M	7 722
331	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD > 17 år m/bk	1,20	20	M	21 550
332	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD > 17 år u/bk	0,53	13	M	9 518
333	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD < 18 år	0,63	9	M	11 314

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 12: SYKDOMMER I MANNLIGE KJØNNSORGANER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
334	12	Større operasjoner i det mannlige bekken m/bk	2,19	51	K	39 329
335	12	Større operasjoner i det mannlige bekken u/bk	1,80	20	K	32 325
336	12	Transurethral prostatectomi m/bk	1,30	15	K	23 346
337	12	Transurethral prostatectomi u/bk	1,02	11	K	18 318
338	12	Op på skrotalinnhold ved ondartede sykdommer	0,98	18	K	17 599
339	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd > 17 år	0,55	8	K	9 877
340	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd < 18 år	0,46	4	K	8 261
341	12	Operasjoner på penis	0,64	18	K	11 494
342	12	Omskjæring > 17 år	0,32	9	K	5 747
343	12	Omskjæring < 18 år	0,35	4	K	6 286
344	12	Op på mannlige kjønnsorg ved ondartet svulst ITAD	1,47	19	K	26 399
345	12	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD	0,66	13	K	11 853
346	12	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk	1,04	26	M	18 677
347	12	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk	0,62	23	M	11 134
348	12	Godartet hypertrofi av prostata m/bk	0,58	15	M	10 416
349	12	Godartet hypertrofi av prostata u/bk	0,40	12	M	7 183
350	12	Inflammasjon i mannlige kjønnsorganer	0,44	9	M	7 902
351	12	Sterilisering av menn	0,00			
352	12	Sykdommer i mannlige kjønnsorganer ITAD	0,28	4	M	5 028

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 13: SYKDOMMER I KVINNELIGE KJØNNSORGANER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
353	13	Eksentrasjon av bekkenet, radikal hysterektomi & vulvektomi	2,45	25	K	43 999
354	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd m/bk	3,28	29	K	58 904
355	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd u/bk	2,00	17	K	35 917
356	13	Rekonstruktive gynekologiske inngrep	1,48	13	K	26 579
357	13	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom	2,52	28	K	45 256
358	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd m/bk	2,19	24	K	39 329
359	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd u/bk	1,43	12	K	25 681
360	13	Operasjoner på vagina, cervix & vulva ekskl vulvektomi	0,66	12	K	11 853
361	13	Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi (note1)	0,68	9	K	12 212
362	13	Sterilisering via laparoskopi (note 1)	0,00	4	K	0
363	13	Utskraping & konisering ved ondartet sykdom	0,46	7	K	8 261
364	13	Utskraping & konisering ekskl ondartet sykdom	0,38	4	K	6 824
365	13	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD	1,34	40	K	24 065
366	13	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer m/bk	1,39	38	M	24 962
367	13	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer u/bk	0,77	14	M	13 828
368	13	Infeksjoner i kvinnelige kjønnsorganer	0,57	10	M	10 236
369	13	Tilstander i kvinnelige kjønnsorganer ITAD	0,28	7	M	5 028

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

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 14: SYKDOMMER UNDER SVANGERSKAP, FØDSEL OG BARSELTID

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
370	14	Keisersnitt m/bk	1,84	23	K	33 044
371	14	Keisersnitt u/bk	1,14	12	K	20 473
372	14	Vaginal fødsel m/bk	0,95	11	M	17 061
373	14	Vaginal fødsel u/bk	0,45	9	M	8 081
374	14	Vaginal fødsel m/sterilisering og/eller evakuering	0,69	13	K	12 391
375	14	Vaginal fødsel m/ op ekskl sterilisering & evakuering	0,90	10	K	16 163
376	14	Sykdommer etter forløsning & abort u/ operasjon	0,49	10	M	8 800
377	14	Sykdommer etter forløsning & abort m/ operasjon	0,36	7	K	6 465
378	14	Ekstrauterin graviditet	0,85	8	M	15 265
379	14	Truende abort	0,27	7	M	4 849
380	14	Abort uten kirurgisk inngrep & tilst etter abort	0,15	2	M	2 694
381	14	Spontan el medik utløst abort inkl med kir revisjon	0,20	2	K	3 592
382	14	Falske rier	0,12	9	M	2 155
383	14	Sykdommer i svangerskapet ITAD m/bk	0,52	14	M	9 338
384	14	Sykdommer i svangerskapet ITAD u/bk	0,32	9	M	5 747

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 15: NYFØDTE MED TILSTANDER SOM HAR OPPSTÅTT I PERINATALPERIODEN

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt (note 2)	Type	60% DRG refusjon
385 A	15	Nyfødt, døde 0-2 d. gml eller overf. til annen inst. 0-5 d. etter fødsel	0,25			4 490
385 B	15	Oppfølging av neonatalproblemer eller forsinket neonatalproblem	0,63			11 314
386 N	15	Nyfødt, fødselsvekt under 1000 g	10,76			193 235
387 N	15	Nyfødt, fødselsvekt 1000-1499 g	10,13			181 921
388 A	15	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499 g, med multiple problemer	10,62			190 720
388 B	15	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499 g, uten multiple problemer	3,04			54 594
389 A	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 1500 g, med større operasjon	2,79			50 104
389 B	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med multiple problemer	1,90			34 121
390	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem	0,78			14 008
391	15	Frisk nyfødt	0,37			6 645

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	60% DRG refusjon
392	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 > 17 år	1,60	21	K	28 734
393	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 < 18 år	1,72	17	K	30 889
394	16	Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD	0,92	10	K	16 522
395	16	Sykdommer i røde blodlegemer > 17 år	0,74	18	M	13 289
396	16	Sykdommer i røde blodlegemer < 18 år	0,69	9	M	12 391
397	16	Koagulasjonsforstyrrelser	0,72	17	M	12 930
398	16	Retikuloendoteliale & immunologiske sykd ITAD m/bk	1,52	20	M	27 297
399	16	Retikuloendoteliale & immunologiske sykd ITAD u/bk	0,72	14	M	12 930

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 17: MYELOPROLIFERATIVE SYKDOMMER OG LITE DIFFERENSIERTE SVULSTER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
400	17	Større operasjoner ved lymfom & leukemi	3,07	45	K	55 133
401	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD m/bk	2,81	39	K	50 464
402	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD u/bk	1,19	28	K	21 371
403	17	Lymfom & ikke-akutt leukemi m/bk	1,83	33	M	32 864
404	17	Lymfom & ikke-akutt leukemi u/bk	0,86	19	M	15 444
473	17	Akutt leukemi > 17 år	1,78	50	M	31 966
405	17	Akutt leukemi < 18 år	1,12	12	M	20 114
406	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi m/bk	2,26	49	K	40 586
407	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi u/bk	2,15	39	K	38 611
408	17	Andre op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi	1,15	14	K	20 652
409	17	Strålebehandling	0,00			0
410 A	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, uspesifisert	0,18	2	M	3 233
410 B	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 1	0,32	2	M	5 747
410 C	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 2	0,58	2	M	10 416
492	17	Kjemoterapi m/akutt leukemi som bidiagnose	0,65	11	M	11 673
411	17	Diagnostikk ved tidligere ondartede sykdommer uten endoskopi	0,70	17	M	12 571
412	17	Diagnostikk ved tidligere. ondartede sykdommer med endoskopi	0,82	31	M	14 726
413	17	Sykdommer i HDG 17 ITAD m/bk	1,70	46	M	30 530
414	17	Sykdommer i HDG 17 ITAD u/bk	1,15	33	M	20 652

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 18: INFEKSIØSE OG PARASITTÆRE SYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
415	18	Op ved sykdommer i HDG 18	2,88	40	K	51 721
416	18	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år	1,81	28	M	32 505
417	18	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 < 18 år	1,65	16	M	29 632
418	18	Postop & posttraumatiske infeksjoner tilhørende HDG 18	0,83	16	M	14 906
419	18	Feber av ukjent årsak > 17 år m/bk	1,09	19	M	19 575
420	18	Feber av ukjent årsak > 17 år u/bk	0,80	18	M	14 367
421	18	Virussykdommer og chlamydiainfeksjoner > 17 år	0,63	13	M	11 314
422	18	Virussykdommer, chlamydiainfeksjoner & feber av ukjent årsak < 18 år	0,47	7	M	8 441
423	18	Sykdommer i HDG 18 ITAD	1,11	23	M	19 934

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 19: PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
424	19	Op på pasienter med sykdom i HDG19	1,13	10	K	20 293
425	19	Akutte tilpasningsproblemer & psykosos. forstyrrelser	0,55	17	M	9 877
426	19	Depressive nevrososer	0,54	20	M	9 698
427	19	Ikke-depressive nevrososer	0,50	9	M	8 979
428	19	Personlighetsforstyrrelser og adferdsproblemer	1,35	35	M	24 244
429	19	Organisk betingede sinnslidelser & mental retardasjon	1,00	35	M	17 959
430	19	Psykososer	0,61	19	M	10 955
431	19	Psykiske lidelser hos barn	0,79	9	M	14 187
432	19	Psykiske forstyrrelser ITAD	0,49	7	M	8 800
433	19	Alkohol/stoffmisbruk m. psyk. kompl., reist mot faglig råd	0,20	0		3 592

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

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

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
434	20	Alkohol/stoffmisbruk/avhengighet, avrusing etc m/bk	0,63	15		11 314
435	20	Alkohol/stoffmisbruk/avhengighet, avrusing etc u/bk	0,30	7		5 388
436	20	Alkohol/stoffmisbruk/avhengighet med rehabilitering	0,60	7		10 775
437	20	Alkohol/stoffmisbruk/avhengighet med både avrusing og rehab	0,54	7		9 698

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

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
438		IKKE GYLDIG	0,00			0
439	21	Hudtransplantasjon etter skade	1,99	52	K	35 738
440	21	Sårrevisjon etter skade	0,86	30	K	15 444
441	21	Håndkirurgiske inngrep etter skade	0,73	9	K	13 110
442	21	Operasjoner etter skade ITAD m/bk	4,32	45	K	77 581
443	21	Operasjoner etter skade ITAD u/bk	1,62	23	K	29 093
444	21	Traume > 17 år m/bk	0,73	30	M	13 110
445	21	Traume > 17 år u/bk	0,38	9	M	6 824
446	21	Traume <18 år	0,29	4	M	5 208
447	21	Allergiske reaksjoner > 17 år	0,30	4	M	5 388
448	21	Allergiske reaksjoner < 18 år	0,25	2	M	4 490
449	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel >17 m/bk	0,64	14	M	11 494
450	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel >17 u/bk	0,25	4	M	4 490
451	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel < 18 år	0,26	2	M	4 669
452	21	Komplikasjoner ved behandling m/bk	0,93	21	M	16 701
453	21	Komplikasjoner ved behandling u/bk	0,43	12	M	7 722
454	21	Sykdommer i HDG 21 ITAD m/bk	1,25	19	M	22 448
455	21	Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk	0,29	4	M	5 208

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 22: FORBRENNINGER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
456	22	Forbrenninger, overført til annen akuttenhet, liggetid < 6 dager	0,31	27		5 567
472	22	Forbrenning > 49% med operativ behandling	4,25	108	K	76 324
457	22	Forbrenning > 49% uten operativ behandling	3,05	7	M	54 774
458	22	Forbrenning < 50% med hudtransplantasjon	3,39	57	K	60 880
459	22	Forbrenning < 50% med revisjon/annen op	1,73	32	K	31 068
460	22	Forbrenning < 50% forbrenning uten operativ behandling	0,92	22	M	16 522

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

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
461	23	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23	1,21	18	K	21 730
462 A	23	Rehabilitering, kompleks	0,12	1	M	2 155
462 B	23	Rehabilitering, vanlig	0,12	1	M	2 155
462 C	23	Rehabilitering, annen	0,71	1	M	12 751

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
463	23	Symptomer og funn m/bk	1,06	23	M	19 036
464	23	Symptomer og funn u/bk	0,66	14	M	11 853
465	23	Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	0,18	3	M	3 233
466	23	Etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose	0,40	9	M	7 183
467	23	Påvirkninger på helsetilstanden ITAD	0,36	7	M	6 465
468		Se "kategorier utenom hoveddiagnosegruppene"				
469		Se "kategorier utenom hoveddiagnosegruppene"				
470		Se "kategorier utenom hoveddiagnosegruppene"				
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	60% DRG refusjon
484	24	Kraniotomi ved signifikant multitraume	6,49	15	K	116 551
485	24	Større op hofte/lårbensop & replantasjoner ved HDG 24	5,32	30	K	95 540
486	24	Operasjoner ved signifikant multitraume ITAD	5,32	30	K	95 540
487	24	Signifikant multitraume ITAD	2,95	30	K	52 978

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 25: HIV INFEKSJON

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
488	25	HIV m/ større operasjon	3,49	38	K	62 676
489	25	HIV m/ betydelig HIV relatert sykdom	2,14	52	M	38 431
490	25	HIV med eller uten bidiagnose	0,80	21	M	14 367
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	60% DRG refusjon
480		Levertransplantasjon	25,92	126	K	465 487
481		Beinmargstransplantasjon	25,84	59	K	464 050
495		Lungetransplantasjon	16,70	84	K	299 909

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
482		Tracheostomi ved sykdommer i ansikt, munnhule, eller hals	5,47	71	K	98 234
483		Tracheostomi ekskl for sykd i ansikt, munnhule, eller hals	18,92	105	K	339 777
468		Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen	4,65	26	K	83 507
469		Hoveddiagnosen ubrukbar som utskrivingsdiagnose	0,46	7		8 261
470		Ikke grupperbar pga manglende opplysninger	0,00			0
477		Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen	1,10	18	K	19 754

Dagkirurgiske/spesifikke DRG-er som utløser full refusjon

Dagkirurgi

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
4	1	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	2,54	25	K	45 615
6	1	Op ved karpaltunnelsyndrom	0,32	17	K	5 747
8	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop u/bk	0,81	47	K	14 546
36	2	Op på corpus vitreum, choroidea, retina	0,71	18	K	12 751
37	2	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye	1,01	19	K	18 138
38	2	Intraokulære op hovedsaklig på regnbuehinne ITAD	0,49	15	K	8 800
39	2	Operasjoner på linsen	0,42	5	K	7 543
40	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer > 17 år	0,43	8	K	7 722
41	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer < 18 år	0,56	4	K	10 057
42	2	Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD	0,86	18	K	15 444
50	3	Fjerning av spyttkjertel	1,05	9	K	18 857
51	3	Op på spyttkjertler ekskl fjerning av spyttkjertler	0,66	11	K	11 853
52	3	Operasjoner for leppe- og ganespalte	1,70	9	K	30 530
53	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus >17år	0,55	8	K	9 877
54	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus <18år	0,70	10	K	12 571
55 A	3	Større operasjoner på øre/nese/hals	0,58	8	K	10 416
55 B	3	Mindre operasjoner på øre/nese/hals	0,58	8	K	10 416
56	3	Plastiske operasjoner på nesen	0,61	8	K	10 955
57	3	Tons./adenoid op ekskl -ektomi > 17år	0,47	8	K	8 441
58	3	Tons./adenoid op ekskl -ektomi < 18år	0,40	8	K	7 183
59	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17år	0,48	5	K	8 620
60	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi, <18år	0,43	5	K	7 722
61	3	Innleggelse av ventilasjonrør i mellomøret >17år	0,17	12	K	3 053
62	3	Innleggelse av ventilasjonrør i mellomøret <18år	0,27	7	K	4 849
63	3	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	0,99	13	K	17 779
77	4	Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk	1,14	31	K	20 473
112	5	Terapeutiske perkutane kardiovask prosedyrer	1,36	13	K	24 424
114	5	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt	2,14	32	K	38 431
116	5	Perm pacemaker u/AMI, hjertesvikt eller sjokk	2,61	19	K	46 872
117	5	Pacemakerrevisjon ekskl bytte pulsgenerator	2,23	7	K	40 048
118	5	Bytte av pulsgenerator, ev. med ledning	1,62	15	K	29 093
119	5	Inngrep for åreknuter	0,67	5	K	12 032
153	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	1,34	17	K	24 065
155	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år u/bk	2,20	28	K	39 509
156	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf. < 18 år	2,28	34	K	40 946
158	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	0,58	8	K	10 416
160	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år u/bk	0,75	13	K	13 469
162	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	0,70	8	K	12 571
163	6	Lyskebrokkoperasjon < 18 år	0,50	4	K	8 979
167	6	Appendektomi ekskl ved perforasjon/tumor u/bk	0,75	8	K	13 469
169	3	Prosedyrer i munnhulen u/bk	0,67	15	K	12 032
171	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD u/bk	1,38	28	K	24 783
194	7	Op på galleveier uten samtidig kolecystektomi u/bk	1,72	38	K	30 889
196	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang u/bk	2,02	34	K	36 276
211	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år u/bk	1,55	25	K	27 836

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
212	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop <18 år	2,29	22	K	41 125
213	8	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet	3,32	54	K	59 623
215	8	Operasjoner på kolumna u/bk	1,86	22	K	33 403
216	8	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet & bindevevet	1,62	34	K	29 093
217	8	Sårrev & hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykdom i HDG 8	3,14	46	K	56 390
219	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	1,03	15	K	18 497
220	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop < 18 år	0,87	9	K	15 624
222	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	0,70	25	K	12 571
224	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk	0,83	9	K	14 906
225	8	Operasjoner på ankel & fot	0,63	15	K	11 314
227	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	0,69	10	K	12 391
228	8	Op på håndledd/hånd/tommel & leddprotese håndledd/hånd m/bk	0,84	23	K	15 085
229	8	Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl proteseop u/bk	0,60	9	K	10 775
230	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntemat fra hofte/femur	0,68	13	K	12 212
231	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntemat ekskl fra hofte/femur	0,59	10	K	10 596
232	8	Artroskopi	0,61	5	K	10 955
234	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	1,17	15	K	21 012
258	9	Total mastektomi ved ondartet svulst u/bk	1,14	13	K	20 473
260	9	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk	0,85	13	K	15 265
261	9	Mammaop ved godartede sykdom ekskl biopsi/lokal eksisjon	0,99	9	K	17 779
262	9	Mammabiopsi & lokal eksisjon ved godartede sykdommer	0,53	5	K	9 518
266	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt u/bk	0,73	25	K	13 110
267	9	Perianale inngrep & operasjoner for sakralcyste	0,33	8	K	5 926
268	9	Plastisk op på hud, underhud & bryst	0,67	13	K	12 032
270	9	Op på hud, underhud & bryst ITAD u/bk	0,71	10	K	12 751
286	10	Operasjoner på binyrer & hypofyse	2,22	23	K	39 868
288	10	Operasjoner for adipositas	1,17	12	K	21 012
291	10	Eksisjon av median halsfistel eller cyste	0,93	8	K	16 701
293	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD u/bk	1,36	24	K	24 424
303	11	Nyre/ureterop & større blæreop pga ondartet svulst	3,38	38	K	60 700
305	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst u/bk	1,94	23	K	34 840
307	11	Prostatektomi u/bk	0,97	11	K	17 420
309	11	Operasjoner på urinblæren ITAD u/bk	1,07	18	K	19 216
311	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk	0,74	10	K	13 289
313	11	Operasjoner på urinrør > 17 år u/bk	0,52	10	K	9 338
314	11	Operasjoner på urinrør < 18 år	1,13	18	K	20 293
315	11	Operasjoner på nyrer & urinveier ITAD	1,75	40	K	31 428
337	12	Transurethral prostatektomi u/bk	1,02	11	K	18 318
338	12	Op på skrotalinnhold ved ondartede sykdommer	0,98	18	K	17 599
339	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykdom > 17 år	0,55	8	K	9 877
340	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykdom < 18 år	0,46	4	K	8 261
341	12	Operasjoner på penis	0,64	18	K	11 494
342	12	Omskjæring > 17 år	0,32	9	K	5 747
343	12	Omskjæring < 18 år	0,35	4	K	6 286
345	12	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD	0,66	13	K	11 853
355	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykdom u/bk	2,00	17	K	35 917
356	13	Rekonstruktive gynekologiske inngrep	1,48	13	K	26 579
357	13	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom	2,52	28	K	45 256
359	13	Op på uterus/adn ved godartede sykdom u/bk	1,43	12	K	25 681
360	13	Operasjoner på vagina, cervix & vulva ekskl vulvektomi	0,66	12	K	11 853
361	13	Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi	0,68	9	K	12 212
363	13	Utskraping & konisering ved ondartet sykdom	0,46	7	K	8 261
364	13	Utskraping & konisering ekskl ondartet sykdom	0,38	4	K	6 824
365	13	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD	1,34	40	K	24 065
377	14	Sykdommer etter forløsning & abort m/ operasjon	0,36	7	K	6 465
381	14	Spontan el medik utløst abort inkl med kir revisjon	0,20	2	K	3 592
392	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 > 17 år	1,60	21	K	28 734
394	16	Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD	0,92	10	K	16 522

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
402	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD u/bk	1,19	28	K	21 371
408	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi u/bk	1,15	14	K	20 652
415	18	Op ved sykdommer i HDG 18	2,88	40	K	51 721
424	19	Op på pasienter med sykdom i HDG19	1,13	10	K	20 293
439	21	Hudtransplantasjon etter skade	1,99	52	K	35 738
441	21	Håndkirurgiske inngrep etter skade	0,73	9	K	13 110
443	21	Operasjoner etter skade ITAD u/bk	1,25	23	K	22 448
458	22	Forbrenning < 50% med hudtransplantasjon	3,39	57	K	60 880
459	22	Forbrenning < 50% med revisjon/annen op	1,73	32	K	31 068
461	23	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23	1,21	18	K	21 730
494	7	Laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	1,71	9	K	30 709

Ikke-kirurgisk dagbehandling

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
124	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre m/bk ekskl v/ AMI	0,84	20	M	15 085
125	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre u/bk ekskl v/ AMI	0,45	7	M	8 081
317	11	Dialysebehandling	0,12	12	M	2 155
380	14	Abort uten kirurgisk inngrep & tilst etter abort	0,15	2	M	2 694
410 A	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, uspesifisert	0,18	2	M	3 233
410 B	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 1	0,32	2	M	5 747
410 C	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 2	0,58	2	M	10 416
462 A	23	Rehabilitering, kompleks	0,12	1	M	2 155
462 B	23	Rehabilitering, vanlig	0,12	1	M	2 155
465	23	Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	0,18	3	M	3 233
492	17	Kjemoterapi m/akutt leukemi som bidiagnose	0,65	11	M	11 673

Kompliserte DRG-er som gir korrigert vekt lik ukomplisert ved dagbehandling

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Korrigert vekt ved Dagkirurgi	Type	60% DRG refusjon Dagkirurgi
7	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop m/bk	2,48	0,81	K	14 546
76	4	Op på åndedrettssystemet ITAD m/bk	2,99	1,14	K	20 473
152	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	2,00	1,34	K	24 065
154	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år m/bk	5,26	2,20	K	39 509
157	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm m/bk	1,18	0,58	K	10 416
159	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år m/bk	1,57	0,75	K	13 469
161	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år m/bk	0,87	0,70	K	12 571
166	6	Appendektomi ekskl ved perforasjon/tumor m/bk	1,22	0,75	K	13 469
168	3	Prosedyrer i munnhulen m/bk	1,32	0,67	K	12 032
170	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD m/bk	2,85	1,38	K	24 783
193	7	Op på galleveier uten samtidig kolecystektomi m/bk	2,71	1,72	K	30 889
195	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang m/bk	3,04	2,02	K	36 276
210	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år m/bk	2,37	1,55	K	27 836
214	8	Operasjoner på kolumna m/bk	3,96	1,86	K	33 403
218	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år m/bk	2,44	1,03	K	18 497
221	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop m/bk	1,95	0,70	K	12 571
223	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese m/bk	1,27	0,83	K	14 906
233	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD m/bk	2,87	1,17	K	21 012
257	9	Total mastektomi ved ondartet svulst m/bk	1,29	1,14	K	20 473
259	9	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst m/bk	1,05	0,85	K	15 265
265	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt m/bk	2,23	0,73	K	13 110
269	9	Op på hud, underhud & bryst ITAD m/bk	1,75	0,71	K	12 751
292	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD m/bk	3,03	1,36	K	24 424

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2003

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
304	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst m/bk	2,66	1,94	K	34 840
308	11	Operasjoner på urinblæren ITAD m/bk	1,33	1,07	K	19 216
310	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata m/bk	1,06	0,74	K	13 289
312	11	Operasjoner på urinrør > 17 år m/bk	0,68	0,52	K	9 338
336	12	Transurethral prostatectomi m/bk	1,30	1,02	K	18 318
354	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd m/bk	3,28	2,00	K	35 917
358	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd m/bk	2,19	1,43	K	25 681
401	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD m/bk	2,81	1,19	K	21 371
407	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi m/bk	2,15	1,15	K	20 652
442	21	Operasjoner etter skade ITAD m/bk	4,32	1,62	K	29 093
493	7	Laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang m/bk	2,19	1,71	K	30 709

VEDLEGG B

Innsatsstyrt finansiering 2003

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																				
Diagnose	En navngitt bestemmelse av en sykdom, skade, annen tilstand eller helseproblem hos en pasient.																				
Kode	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.																				
Hovedtilstand (ICD-10)	Den diagnose uttrykt med en eller flere diagnosekoder som er hovedårsaken til en omsorgsepisode.																				
Annen tilstand (ICD-10)	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.																				
Andre begreper/definisjoner																					
Avdelingsopphold	Sammenhengende periode med heldøgnsopphold ved samme avdeling for en pasient, fra innskrivningsdato til utskrivningsdato (midlertidig fravær, f.eks. permisjoner, medfører ikke avslutning av avdelingsoppholdet).																				
Sykehusopphold	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.																				
Omsorgsepisode	En sammenhengende periode hvor pasienten får omsorg ved en helseinstitusjon for en sykdomstilstand.																				
Liggetid	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> .																				
DRG-vekt, kostnadsvekt	DRG-vekten, også kalt kostnadsvekten, for en diagnoserelatert gruppe uttrykker det relative ressursforbruket denne pasientgruppen har i forhold til gjennomsnittspasienten.																				
DRG-poeng = Indeksopphold	Aktivitetsmål hvor sykehusopphold er justert for pasientsammensetning. Se nedenstående illustrasjon: <table><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 2003

Korrigerte DRG-poeng	Med korrigerte DRG-poeng menes en justering av totale DRG-poeng tilsvarende de refusjonsregler som til enhver tid er gyldige. Refusjonsreglene for 2003 er beskrevet i dette dokumentet. DRG refusjon utbetales på grunnlag av korrigerte DRG-poeng.
DRG-indeks	Mål på pasienttyngde. Total antall DRG-poeng (ukorrigerte) dividert med antall sykehusopphold. Eksemplet over har en DRG-indeks på 2,41 (72,5/30). <i>MERK: I ISF har DRG-indeksen hittil vært basert på korrigerte poeng for alle døgnopphold + dagopphold hvor pasient er utskrevet død eller overført til annen institusjon. Det er imidlertid flere måter å beregne DRG-indeks på, avhengig av formål. Det vises i denne sammenheng til NPK 2003, som lager rapporter på DRG-indeks.</i>
Trimpunkt	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 $Q3 + 1.5 (Q3 - Q1)$ 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..
Dagopphold	Planlagt innleggelse uten overnatting. Enkeltbehandling eller som del av behandlingsserie. Eksempelvis dialyse eller rehabilitering.
Dagbehandling	Behandling av pasient enten poliklinisk eller ved dagopphold. Behandlingen er mer omfattende enn vanlig poliklinisk kontakt og forutsetter tilgang til seng, men ikke overnatting.
Dagkirurgi	Som dagkirurgi defineres et utvalg av kirurgiske inngrep uten innleggelse og som tidligere har utløst polikliniske takster, men som fra 1999 utløste DRG-refusjon. <i>MERK: I ISF defineres dagkirurgi som opphold med null liggedager, gruppert til dagkirurgiske DRG-er (se vedlegg A)</i>
DRG	Diagnose Relaterte Grupper. Betegnelse for sekundær pasientklassifisering basert på eksisterende medisinsk og administrativ pasientdata.
HDG	HovedDiagnoseGruppe. Betegnelse på inndeling av DRG-er etter hoveddiagnose som hovedsakelig følger organsystem (25 grupper).
Dagkirurgi DRG/ Spesifikk DRG	Utvalg av DRG-er hvor refusjon er uavkortet selv om pasienter skrives inn og ut samme dag.

VEDLEGG C

Innsatsstyrt finansiering 2003

Vedlegg C: Institusjoner som inngår i ISF-ordningen for 2003

En del foretak og sykehus har endret navn i løpet av 2002. De endringer som er gjennomført innen utløpet av januar 2003 er forsøkt fanget opp i denne listen.

Sykehus etter region	Organisert i /avtale med helseforetak
Helse Øst RHF	
Aker universitetssykehus	Aker universitetssykehus HF
Ski sykehus	Aker universitetssykehus HF
Akershus universitetssykehus	Akershus universitetssykehus HF
Stensby sykehus	Akershus universitetssykehus HF
Sunnaas sykehus	Sunnaas sykehus HF
Bærum sykehus	Sykehuset Asker og Bærum HF
Kongsvinger sjukehus	Sykehuset Innlandet HF
Oppland sentralsykehus	Sykehuset Innlandet HF
Sentralsjukehuset i Hedmark	Sykehuset Innlandet HF
Tynset sjukehus	Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Østfold avd Fredrikstad	Sykehuset Østfold HF
Sykehuset Østfold avd. Askim	Sykehuset Østfold HF
Sykehuset Østfold avd. Halden	Sykehuset Østfold HF
Sykehuset Østfold avd. Moss	Sykehuset Østfold HF
Ullevål universitetssykehus	Ullevål universitetssykehus HF
Diakonhjemmets sykehus	Avtale med Helse Øst RHF
Lovisenberg diak. sh.	Avtale med Helse Øst RHF
Martina Hansens hosp.	Avtale med Helse Øst RHF
Lillehammer san.for.revm.sh.	AAvtale med Helse Øst RHF
Helse Sør RHF	
Betanien hospital	Avtale med Helse Sør RHF
Kongsberg sykehus	Blefjell sykehus HF
Notodden sykehus	Blefjell sykehus HF
Rjukan sykehus	Blefjell sykehus HF
Det Norske Radiumhospital	Det norske radiumhospital HF
Kongsgård sykehus	Rikshospitalet HF
Kysthosp. ved Stavern	Rikshospitalet HF
Rikshospitalet	Rikshospitalet HF
Hallingdal sjukestugu	Ringerike sykehus HF
Ringerike sykehus	Ringerike sykehus HF
Sykehuset Buskerud	Sykehuset Buskerud HF
Sykehuset Vestfold avd. Sandefjord	Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuset Vestfold avd. Horten	Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuset Vestfold avd. Larvik	Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuset Vestfold avd. Tønsberg	Sykehuset i Vestfold HF
Kragerø komb. helseinst.	Sykehuset Telemark HF
Sykehuset Telemark	Sykehuset Telemark HF
Aust-Agder sjukehus	Sørlandet Sykehus HF (f.o.m 01.02.2003)
Lister sykehus	Sørlandet Sykehus HF (f.o.m 01.02.2003)
Mandal sykehus	Sørlandet Sykehus HF (f.o.m 01.02.2003)
Vest-Agder sykehus	Sørlandet Sykehus HF (f.o.m 01.02.2003)

VEDLEGG C

Innsatsstyrt finansiering 2003

Helse Vest RHF	
Betanien hospital (Hordaland)	Avtale med Helse Vest RHF
Diakonissehjems sykehus	Avtale med Helse Vest RHF
Haugesund san.for. revm.sykehus	Avtale med Helse Vest RHF
Haukeland universitetssykehus	Helse Bergen HF
Kysthospitalet i Hagevik	Helse Bergen HF
Voss sjukehus	Helse Bergen HF
Bergen legevakt	Helse Bergen HF (avtale på enkelte funksjoner)
Haugesund sjukehus	Helse Fonna HF
Odda sjukehus	Helse Fonna HF
Stord sjukehus	Helse Fonna HF
Førde sentralsjukehus	Helse Førde HF
Lærdal sjukehus	Helse Førde HF
Nordfjord sjukehus	Helse Førde HF
Lassa Rehabiliteringssenter	Helse Stavanger HF
Sentralsykehuset i Rogaland	Helse Stavanger HF
Helse Midt-Norge RHF	
Sykehuset Levanger	Helse Nord Trøndelag HF
Sykehuset Namsos	Helse Nord Trøndelag HF
Kristiansund sykehus	Helse Nordmøre og Romsdal HF
Molde sjukehus	Helse Nordmøre og Romsdal HF
Mork Rehab. senter	Helse Sunnmøre HF
Nevrohjemmet Rehab. senter	Helse Sunnmøre HF
Volda sjukehus	Helse Sunnmøre HF
Ålesund sjukehus	Helse Sunnmøre HF
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus	Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus HF
St Olavs Hospital	St Olavs Hospital HF
Helse Nord RHF	
Rana sykehus	Helgelandssykehuset HF
Sandnessjøen sykehus	Helgelandssykehuset HF
Vefsn sykehus	Helgelandssykehuset HF
Hammerfest sykehus	Helse Finnmark HF
Kirkenes sykehus	Helse Finnmark HF
Harstad sykehus	Hålogalandssykehuset HF
Narvik sykehus	Hålogalandssykehuset HF
Stokmarknes sykehus	Hålogalandssykehuset HF
Lofoten sykehus	Nordlandssykehuset HF
Nordland sentralsykehus	Nordlandssykehuset HF
Universitetssykehuset Nord-Norge	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Andre private sykehus	
Axess sykehus og spes.klinikk	
Colosseum Klinikken i Oslo	
Feiringklinikken	
Hjertesenteret i Oslo	
Klinikk Stokkan, Trondheim	
Medi 3 (i Ålesund)	
Mjøs-Kirurgene	
Omnia Røde Kors Klinik	
Ringvoll Klinikken (Hobøl i Østfold)	
Spesial-Helsesenteret MosseAkutten	
Spesialistklinikken Drammen private sh.	
Volvat medisinske senter	

VEDLEGG C

Innsatsstyrt finansiering 2003

Institusjoner hvor kun føde- virksomheter er inkludert i ISF	Organisert i /avtale med helseforetak
Lom helseheim	Sykehuset Innlandet HF
Valdres fødestogo	Sykehuset Innlandet HF
Tinn fødestue	Helse Sør RHF
Ørland fødestue	St Olavs Hospital HF
Andøy fødestue	Hålogalandssykehuset HF
Brønnøy fødestue	Helgelandssykehuset HF
Steigen fødestue	Nordlandssykehuset 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