

Forord

Dette dokumentet gir viktig informasjon om innsatsstyrt finansiering (ISF) gjeldende for 2004.

Innsatsstyrt finansiering 2004 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 2004 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 1.1.2004, er beskrevet i kapittel 1 under punktet "Nytt i 2004".

Oslo, februar 2004

Helsedepartementet

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	1
KAPITTEL 1 – GENERELT OM INNSATSSTYRT FINANSIERING (ISF)	3
FORMÅL MED FINANSIERINGSORDNINGEN	3
OMFANGET AV ORDNINGEN	3
NYTT I 2004	3
BEREGNING, MOTTAKER OG ANALYSE AV ISF-REFUSJON	6
AVREGNINGSUTVALGET	9
FORSKJELLER I ISF GRUNNLAG OG DATA PRESENTERT I SSB/SAMDATA/NPR	9
UTVIKLINGSARBEID/FORBEDRINGER I ISF	10
KAPITTEL 2 – SJEKKLISTE FOR RAPPORTERING AV PASIENTDATA	11
NYTT RAPPORTERINGSFORMAT	11
RAPPORTERING- OG REGISTRERINGSKRAV	11
LUKKING AV TERTIALER	12
MULIGE VRIDNINGSEFFEKTER	14
ANGIVELSE AV KOMMUNENUMMER	16
POLIKLINISKE PASIENTER VERSUS INNLAGTE PASIENTER	16
OBSERVASJONSPASIENTER	16
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	18
KAPITTEL 3 – SPESIELLE PASIENTGRUPPER	19
DAGKIRURGI	19
IKKE-KIRURGISK KREFTBEHANDLING	20
DIALYSEPASIENTER	22
NYFØDTE I HOVEDDIAGNOSEGRUPPE (HDG) 15	23
REHABILITERING	24
HØYKOSTNADSMEDISIN	27
PALLIATIV BEHANDLING	29
STERILISERING	31
KAPITTEL 4 – DRG-SYSTEMET	32
GRUPPERINGSPROGRAM (NPK 2004)	32
NORDISK SAMARBEID	32
KOSTNADSVÆKTER FOR NPK	33
LOGIKK I DRG-KLASSIFISERINGEN	34
SPESIELLE DRG-ER	39
KRAV TIL KODEPRAKSIS OG GJELDENE KODEVERK	40
VEDLEGG A	44
PRISLISTE DRG 2004	44
DAGKIRURGISKE/SPELIFIKKE DRG-ER SOM UTLØSER FULL REFUSJON	56
KOMPLISERTE DRG-ER SOM GIR KORRIGERT VEKT LIK UKOMPLISERT VED DAGBEHANDLING	58
VEDLEGG B: DEFINISJON BEGREPER	60
VEDLEGG C: INSTITUSJONER SOM INNGÅR I ISF-ORDNINGEN FOR 2004	62

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.

De viktigste prinsippene for finansieringsordningen ble lagt frem for Stortinget i St.meld. nr. 44 (1995-1996). ISF er en finansieringssystem rettet mot de regionale helseforetakene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange pasienter som får behandling. I 2004 dekker stykkpriselementet 40 prosent av kostnadene for pasientegrupper som er inkludert i ordningen. Resterende 60 prosent dekkes av basisbevilgningen.

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.

De regionale helseforetakene får 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 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 2004

➤ Lukking av tertialer

- Det innføres lukking av tertialer i forbindelse med Innsatsstyrt finansiering. Dette betyr at de økonomiske beregningene som gjøres i forbindelse med 1. og 2. tertial vil være gjeldende for samme periode. Etterregistrering av medisinsk informasjon etter at data er levert per tertial vil ikke få økonomiske konsekvenser. Les mer om dette i avsnittet side 12.

Kapittel 1 – Generelt om ISF

Innsatsstyrt finansiering 2004

➤ Nye institusjoner

- 12 nye institusjoner har fått offentlig godkjenning som sykehus i 2003, og vil fra og med 2004 innlemmes i ISF ordningen. Dette gjelder:

Navn	Regiontilhørighet
Idrettsklinikken as	Helse Øst
Norsk Idrettsmedisinsk institutt	Helse Øst
Colosseumklinikken Stavanger	Helse Vest
Vestnorsk Ortopediske sykehus (Casperkollen)	Helse Vest
Klinikk Bergen	Helse Vest
Haugesund Lasersenter as	Helse Vest
Trondheim Spesialistlegesenter	Helse Midt-Norge
Moxnes Klinikken	Helse Midt-Norge
Klinikk Stokkan Tromsø	Helse Nord
Ishavsklinikken	Helse Nord

- I 2004 vil private sykehus, som godkjennes i ordningen Innsatsstyrt finansiering, kunne inngå avtale med Regionale helseforetak fra den dagen de er godkjente. Merk at sykehusene må ha avtale før RHF-ene kan motta ISF-refusjon.

➤ Om botoks og baklofenbehandling

I forbindelse med årsoppgjøret 2002 ble det foretatt trekk for feil bruk av prosedyrekoder i forbindelse med påfylling av medikament på smertepumpe og botoksinjeksjoner. Det er sendt ut brev om at denne kodepraksisen er feil, og må opphøre. Det er lagt inn kontrollrutiner i forbindelse med mottak av data, og disse oppholdene vil bli korrigert før beregning av ISF-refusjoner i 2004.

Det vurderes en særskilt finansiering for denne type behandling. For å kunne fastslå omfanget er det behov for å identifisere disse pasientene. Dette betyr at man må registre en kode som gjør dette mulig.

- Alle pasienter med forstyrrelse i nervesystemet som mottar botoksbehandling skal registreres med ATC-koden M03AX som bidiagnosekode i det pasientadministrative systemet. Dette gjelder også pasienter som er registrert poliklinisk.
- Alle pasienter som får påfyll av baklofen på smertepumpe skal registreres med ATC-koden M03BX som bidiagnosekode i det pasientadministrative systemet

Kapittel 1 – Generelt om ISF

Innsatsstyrt finansiering 2004

➤ Økonomi og prisregler:

- Enhetsprisen for 2004 er fastsatt til 29 454 kroner.
- DRG refusjonen for 2004 er 40 prosent av full DRG-pris, dvs 11 782 kroner per DRG poeng. Alle priser i ISF er justert med en faktor 40/60 for å kompensere for den høyere basisfinansieringen til de regionale helseforetak.
- Det er innført en prisregel på søvnutredninger og snorkeoperasjoner. Søvnutredningene, som grupperes til DRG 34 og 35, gis en vekt på 0,35 og snorkeoperasjonene, som grupperes til DRG 76 eller DRG 77, gis en vekt på 0,52.
- Det innføres fra 2004 en differensiering av refusjoner for pasienter som overføres til annen institusjon samme dag som innleggelse. Prisregler for ikke-spesifikk dagbehandling vil avkortes i henhold til gjeldende regler (se side 7), med unntak av pasienter som overføres til en av følgende institusjoner: Ullevål Universitetssykehus, Rikshospitalet, Det norske Radiumhospital, Haukeland Universitetssykehus, St Olavs Hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge.
- For kompleks rehabilitering er basis dagvekt justert opp fra 0,12 til 0,15. Merk imidlertid at koding av kompleks rehabilitering krever at pasienten døgnbehandles. Dagbehandling av kompleks rehabilitering ansees å være feilkoding, og vil utløse samme vekt som for vanlig rehabilitering (0,12). Det gjøres oppmerksom på at dette ikke håndteres i NPK, men vil bli korrigert manuelt hos Norsk pasientregister.
- Det er innført tilleggsrefusjon for implantasjon av vagusstimulator. Dette implantatet finansieres kun for pasienter med epilepsi som hoveddiagnose (se side 27).
- Vekten for DRG 465 – Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose, er i kostnadsrevisjonen beregnet til 0,12. Grunnet en skjevhet i utvalget for denne DRG-en er vekten beregnet for lavt, og skal være 0,15. Dette blir korrigert i en senere versjon av NPK 2004, eller justert ved datamottak i NPR.
- Fra 2004 gis det refusjon for desentralisert dialyse- og cytostatikabehandling. Denne virksomheten skal registreres på behandlingsansvarlig HF, med egen avdelingskode.

➤ Nye kostnadsvekter

Det er beregnet nye kostnadsvekter for 2004. Vektene er beregnet basert på data for 2002 aktiviteten og tilhørende regnskaper. Se side 33 for mer informasjon

➤ Større logikkendringer i DRG_systemet for 2004

- DRG 14 "Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA" splittes i en "komplisert" og en "ikke-komplisert" DRG basert på bidiagnoser og tilsvarende regler som for andre DRG-er.
- DRG 55A og 55B som ble splittet i 2003, slås igjen sammen til DRG 55 "Diverse operasjoner på øre/nese/hals"
- DRG 154/155 "Operasjoner på spiserør, magesekk & tolvf. > 17 år" omgrupperes i "større operasjoner" og "andre operasjoner", basert på operasjonens ressursbruk. Denne fordelingen erstatter tidligere splitting basert på bidiagnoser/ komplikasjoner.
- Fjerning av blindtarm omgrupperes for å få færre DRG-er. Alle kompliserte blindtarmoperasjoner grupperes nå til ny DRG 166N, og ukompliserte opphold grupperes til DRG 167.
- Ryggoperasjoner omgrupperes slik at tidligere par-DRG-er 214 og 215 erstattes med fem nye DRG-er. Fordelingen er basert dels på bidiagnoser/komplikasjoner og dels på operasjonens ressursbruk. De nye DRG-ene er 214A, 214B, 214C, 215B og 215C.
- Sykdommer i bryst er skilt ut fra HDG 9 (Sykdommer i hud, underhud og bryst) som egen HDG 30 (Sykdommer i bryst). DRG-er for bryst er flyttet fra HDG 9 til HDG 30, og i tillegg er det opprettet 3 nye DRG-er (501A, 501B, 502) for brystrekonstruksjoner. Mindre brystingrep er samlet til ny DRG (509) fra flere tidligere "kombinerte" bryst/hud-DRG-er .
- DRG 288 "Operasjoner for adipositas splittes til 288A "Gastrointestinale operasjoner for adipositas" og 288B "Andre operasjoner for adipositas".
- Prostataoperasjoner omgrupperes slik at DRG 306 slås sammen med DRG 336 og DRG 307 slås sammen med DRG 337. DRG-ene 306 og 307 utgår i 2004.

Beregning, mottaker og analyse av ISF-refusjon

ISF-refusjonen består av DRG-refusjon pluss en eventuell tilleggsrefusjon. For beregning av tilleggsrefusjonene, se sidene 27 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 2004 er utarbeidet med utgangspunkt i regnskaps- og aktivitetsdata fra 2002. 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 40 prosent av full DRG-pris i 2004. Dette betyr at DRG-refusjoner skal dekke 40 prosent av gjennomsnittskostnadene, mens 60 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,

Kapittel 1 – Generelt om ISF

Innsatsstyrt finansiering 2004

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.

Korrigerende DRG-poeng er DRG-poeng justert for de prisreglene som er gyldige i 2004. I korrigerende DRG-poeng tas det dessuten hensyn til at det ved rehabilitering påløper dagtillegg i tillegg til den faste vekten for DRG-en.

ISF-refusjonen for år 2004 beregnes på følgende måte:

Korrigerende DRG-poeng * 0,40 * 29 454

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 andre ordninger, 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, 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, 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.

Kapittel 1 – Generelt om ISF

Innsatsstyrt finansiering 2004

Opphold hvor pasienten dør.

➤ Her gis full DRG-refusjon uavhengig av liggetid.

Opphold hvor pasienten overføres til et av følgende sykehus:

Ullevål Universitetssykehus, Rikshospitalet, Det norske Radiumhospital, Haukeland Universitetssykehus, St. Olavs Hospital eller Universitetssykehuset i Nord-Norge

- Her gis full DRG-refusjon uavhengig av liggetid.
- Øvrige overføringer avkortes etter liggetid som annen dagbehandling.

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 2004

Døgnbehandling	Dagbehandling	
FULL refusjon	Medisinsk DRG Vekt = 0,15	< 5 timer Vekt = 0
	Øvrige DRG-er Vekt = 0,12	
	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 2004. 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://odin.dep.no/shd/sykehusreformen/brev/042031-990041/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 2004 vil det bli foretatt en foreløpig avregning etter at utbetalingsgrunnlaget for 1. tertial og 2. tertial er gjennomgått av departementet. Endelig avregning vil bli foretatt våren 2005. Se forøvring om lukking av data (side 12).

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

SINTEF Helse 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. 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.

De sakene som har vært behandlet i Avregningsutvalget vil bli fulgt opp i datakontrollen til Norsk pasientregister, for å sikre at feil fanges opp og korrigeres så tidlig som mulig.

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:

Kapittel 1 – Generelt om ISF

Innsatsstyrt finansiering 2004

- 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.
- Selv om tertialene lukkes for økonomisk avregning i 2004, vil det være mulig for sykehusene å endre data, både medisinsk og annen informasjon hele året. Dette betyr at det kan forekomme avvik mellom ISF-data, og de data som blir presentert i annen nasjonal statistikk.

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.

Kapittel 2 – Sjekkliste for rapportering av pasientdata

Nytt rapporteringsformat

I løpet av 2004 planlegger man å innføre nytt format for innrapportering av pasientadministrative data (NPR-data 2003). Mens de gamle NPR-data var basert på flate Ascii-filer, er det nye formatet 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.

Inntil leveranse på nytt format er godkjent av NPR, vil imidlertid gammelt format danne grunnlag for Innsatsstyrt finansiering.

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

Rapportering- og registreringskrav

Sykehusene registrerer data om pasientene i sine pasientadministrative systemer. Et uttrekk av disse dataene innrapporteres månedlig (for noen 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.

Kapittel 2 – Rapportering av pasientdata

Innsatsstyrt finansiering 2004

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>

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

- Institusjonsnummer
- Avdelingsnummer
- Pasientnummer
- Kommunenummer
- Oppholdstype
- Hoveddiagnose
- Bidiagnose(r)
- Prosedyre(r)
- Kjønn
- Alder
- TilSted
- 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.

Lukking av tertialer

Det vil fra 2004 innføres låsing av tertialdata som benyttes i forbindelse med økonomiske beregninger i ISF. Datafilene som leveres til Norsk Pasientregister (NPR) hvert tertial vil etter kontroll hos NPR være det endelige beregningsgrunnlaget for størrelsen på ISF-refusjon. Man skal fortsatt oppdatere registrert informasjon i sykehusenes PAS-system når dette er

Kapittel 2 – Rapportering av pasientdata

Innsatsstyrt finansiering 2004

nødvendig , men etterregistreringene påvirker ikke de økonomiske beregninger i ISF. De vil derimot innvirke på de årlige datagrunnlag som utarbeides, og som danner grunnlaget for nasjonal statistikk til bruk av offentlige organ, forskningsmiljø og andre.

Ovennevnte forhold vil kunne medføre behov for endringer i sykehusenes registreringspraksis. For at grunnlagsdata for hvert tertial skal bli så korrekte som mulig, vil det være viktig at all registrering av informasjon om pasientene i sykehusenes PAS-system skjer kontinuerlig, og så tidlig som mulig etter at pasientene er utskrevet.

Kort beskrevet vil innrapportering fra sykehusene og kvalitetskontroll hos NPR foregå etter følgende prinsipper:

1. tertial 2004:

I brev av 16. januar 2004 ble det varslet at siste dataleveranse i 1. tertial var 24. mai. Denne fristen er endret til 1. juni.

Data innrapporteres til NPR som vanlig 2. virkedag i mai (4. mai). Når NPR mottar data, vil disse bli kontrollert for logiske feil og mangler. Disse vil bli tilbakemeldt til sykehusene, som i samme periode må foreta nødvendige etterregistreringer og korrigeringer. Det settes en endelig frist for leveranse av komplett fil til NPR den 1. juni. Deretter vil NPR fortsette kontrollene, og om nødvendig kommunisere med sykehusene om endringer som må foretas. Dette vil være den siste dataleveransen per 1. tertial 2004.

Når siste dataleveranse er foretatt skal filen ”låses” og lagres på sykehuset. Dette gjøres etter nærmere beskrivelse som vil følge grupperingsprogramvaren - NPK 2004. Det vil være denne låste filen som ligger til grunn for de økonomiske beregningene basert på aktiviteten for 1. tertial.

Frister 1. tertial:
<ul style="list-style-type: none">• 4. mai – første dataleveranse til NPR• 1. juni – siste dataleveranse til NPR

2. tertial 2004:

Tilsvarende rutine som beskrevet for 1. tertial vil bli gjennomført, men med følgende frister:

Frister 2. tertial:
<ul style="list-style-type: none">• 2. september – første dataleveranse til NPR• 20. september – siste dataleveranse til NPR

Vi vil presisere at det som tidligere skal innrapporteres data for både 1. og 2. tertial, men at eventuelle etterregistreringer for opphold avsluttet i 1.tertial ikke vil bli benyttet i de økonomiske beregningene.

Kapittel 2 – Rapportering av pasientdata

Innsatsstyrt finansiering 2004

3. tertial 2004 (årsdata):

Tilsvarende rutine som beskrevet for 1. og 2. tertial vil bli gjennomført, men med følgende frister:

Frister 3. tertial (årsdata 2004):
<ul style="list-style-type: none">• 24. januar 2005 – første dataleveranse til NPR• 14. februar 2005 – siste dataleveranse til NPR

Det skal på dette tidspunkt innrapporteres data fra hele året, men eventuelle etterregistreringer for opphold avsluttet i 1. og 2. tertial vil altså ikke bli benyttet i de økonomiske beregningene.

Denne omleggingen av rapportering vil kreve en endret praksis både for NPR og mange sykehus. Det er viktig at sykehusene er fokusert på å registrere riktig så tidlig som mulig, og selv foreta kvalitetskontroller etter at data er levert NPR i første runde, slik at korrigeringsene mot slutten blir færrest mulig.

Når det gjelder de tekniske forhold knyttet til hvordan "låsing" skal gjennomføres i praksis, så vil det følge en grundig beskrivelse med utsending av grupperingsprogramvaren for 2004 (NPK 2004). NPK 2004 er planlagt klar for utsendelse medio februar.

Mulige vridningseffekter

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 Helse 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 9).

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

Kapittel 2 – Rapportering av pasientdata

Innsatsstyrt finansiering 2004

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 multiplkodet tilstand. Det er som regel manifestasjonen som har kostnadmessig betydning, og dette er stjernekode. Dette medfører at sverdkoden strykes for hovedtilstand registrert med sverd/stjernekombinasjon ved overføring til NPR-recorden, for dem som leverer på gammelt format. I XML-meldingen, for NPR-data 2004 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 operasjonsstuekrevene 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.

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 statborgere 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, har Norsk pasientregister (NPR) på oppdrag fra Helsedepartementet etablert 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 (4. mai 2004).

Merk at privatpraktiserende spesialister ikke vil få refusjon for dagmedisinsk behandling. Dette forutsettes finansiert over Normaltariffen hos Rikstrygdeverket.

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.

Ansvar for pasienter som omfattes av pasientrettighetsloven og dermed har krav på behandling i utlandet er lagt til de regionale helseforetak. Pasientbroen er lagt ned men en del midler er overført til ISF og basisfinansiering til RHF. Dette betyr at alle pasienter som behandles etter henvisning fra RHF skal registreres som beskrevet nedenfor.

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 behandelende 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 ble 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. Dette kan være en indikator på feilregistrering. Det er kun unntaksvis at det er korrekt å registrere en nullstilt takst og det ikke er foretatt kirurgiske prosedyrer. Vær også oppmerksom på at den nullstilte taksten skal samsvare med de prosedyrene som er registrert. 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 2004. 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 09.02.2004. 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 2004 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	
Prosedyrkoder	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 2004

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 bes om at cytostatikakoden ("OD/OG/OP-kodene") registreres for å få bedre data om kreftbehandling. Bruk koden uten null i 3. tegn. Eks OD0548 registreres som OD548 i et av prosedyrefeltene.

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
OD0463	D-Urologi, Prostata: Caelyx
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
OD0667	D-GI, Colon: Oxaliplatin-capecitabine dag 1
OD0682	D-Lymfom: HD cytarabin mantel
OD0690	D-Sarkom: CEV
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
OG0675	G Ovarial: HD etoposid, 1600
OG0689	G-Ovarial: Paklitaxel-Karboplatin INTERMUNE
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

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 bes om at cytostatikakoden (“OD/OG/OP-kodene”) registreres for å få bedre data om kreftbehandling. Bruk koden uten null i 3. tegn. Eks OD0485 registreres som OD485 i et av prosedyrefeltene.

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
OD0630	D-Herceptin hver 3. Uke
OD0632	D-Lymfom, NHL: CHOP - MabThera
OD0671	D-Mamma: Caelyx 50 mg/m ² hver 4.uke
OD0672	D-Mamma: Caelyx 60 mg/m ² hver 6.uke
OD0692	D-Mamma: Taxol/Herceptin ukedose, oppstart
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
OG0647	G-Ovarial: Taxol/Karbo/Gemcit (TG/TCG studien dag1)

Nye kurer bes meldt inn til Cytostatikaregisteret ved DNR.

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.

Nyfødte i hoveddiagnosegruppe (HDG) 15

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

Vær oppmerksom på at fødselsvekt < 2500 gram har konsekvenser for grupperingen. Det er derfor viktig at vekt registeres som bidiagnose.

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 2004

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	Inlegging 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. Primær rehabilitering er per definisjon *planlagt behandling*. Sekundær rehabilitering som forlengelse av et akutttopphold styrer ikke DRG-grupperingen, men utløser derimot rehabiliteringstillegg i utvalgte DRG-er.

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2004

Krav for bruk av diagnosekoder Z50.80 og Z50.89 i registrering av rehabilitering er som følger:

	Z50.89	Z50.80
	vanlig	kompleks
• 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:

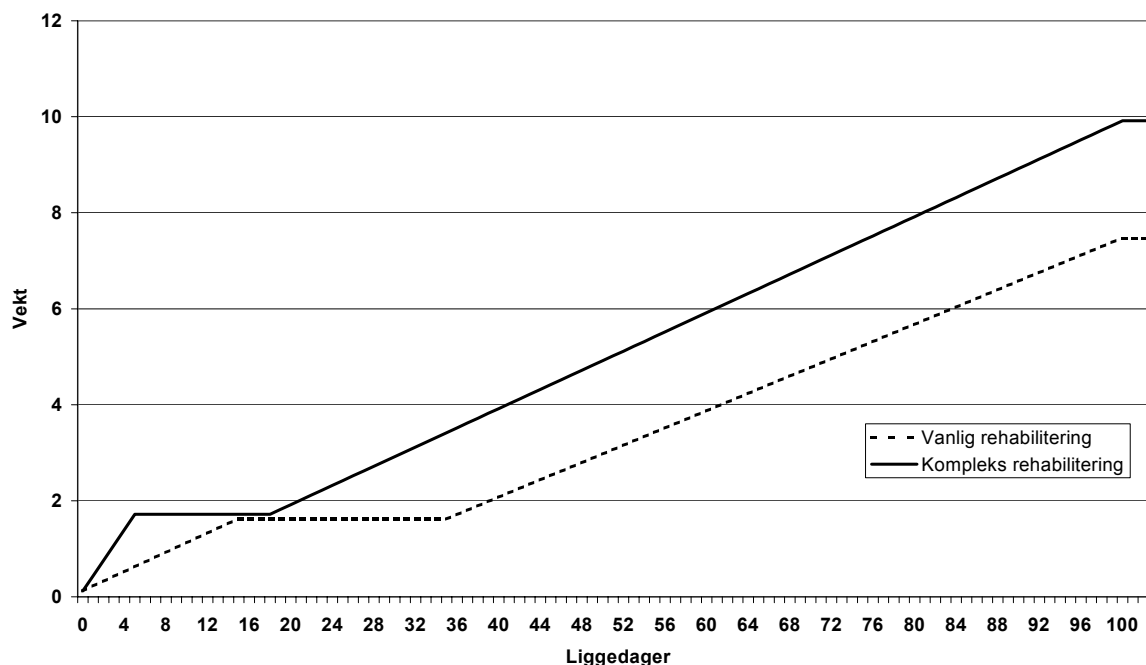
1. Arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet fram til utskrivning eller minimum fem virkedager
2. *Pasienten har minimum en overnatting.*
3. Pasienten har i tillegg funksjonstrening, trening i kompensierende teknikker og tilpassing av hjelpemidler/miljø
4. Det foretas en vurdering av tiltak i forhold 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.

Disse kriteriene skal være oppfylt for å benytte noen av rehabiliteringsdiagnosene. Virksomhet som omfatter pasientopplæring i gruppe og/eller klasseromsundervisning skal ikke registreres som ISF-aktivitet, jfr brev av 21.11.2003 fra SINTEF Helse PaFi.

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



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

	Fra dag	Til dag	Kompleks
Dagvekt (basis)	0	0	0,15
+			
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 2004).

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 2004).

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2004

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.

Videre gjelder rehabilitering ikke for organisert gruppeundervisning (pasientopplæring e.l).

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 A	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl. TIA m/bk	21	1,51	0,11
14 A	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl. TIA u/bk	21	1,23	0,11
113	Amputasjoner pga sirk.svikt, ekskl. Overek. & tå	30	2,96	0,11
210	Hofte-/ lårbensopr. ekskl. større ledd, > 17 år m/bk	19	2,25	0,11
235	Lårbensbrudd	14	0,86	0,11
236	Brudd på hofte & bekken	14	0,99	0,11
240	Sykdommer i bindevev, m/bk	21	1,25	0,11
241	Sykdommer i bindevev, u/bk	21	0,70	0,11
485	Større hofte/lårbensop & replantasjoner ved HDG 24	30	7,03	0,11
486	Operasjoner ved signifikant multitraume ITAD	30	5,27	0,11
487	Signifikant multitraume ITAD	30	1,97	0,11

For opphold hvor pasienten rehabiliteres som forlengelse av akuttopphold, beregnes tilleggsvekt for sekundær rehabilitering som følger: Dagtillegg multipliseres med antall rehabiliteringsliggedager (= liggedager over trimpunkt for aktuell DRG) og 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

Det er innført tilleggsrefusjon for vagusstimulator i 2004. Denne skal være registrert med prosedyrekode ABD00, og gjelder kun for pasienter med hovedtilstand G40.x - Epilepsi.

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2004

For 2004 gis det tilleggsrefusjon for følgende implantater/behandlinger når de aktuelle prosedyrekodene benyttes:

Prosedyre/behandling	Aktuelle prosedyrekoder	Tilleggsrefusjon
Parkinson-stimulator i hjernen	AAW01, AEA00	50 000 kroner
Emboliseringsutstyr/coil i hjernen	AAL00, AAL20, AAL30, AAL40	37 000 kroner
Vagusstimulator	ADB00	30 000 kroner
Implantat i barnehjerte	FDF05, FDJ42, FFC22, FFC32, FDE32, FHB42	37 000 kroner
Intraspinal pumpe/ryggmargstimulator	ABD30, ABD40, AEA30	55 000 kroner
Karstent aorta/intratorakale kar	FAC25, FBE35, FCA45, FCB35, FCC45, FCD35, FFH25	73 000 kroner
Ventrikkeldefibrillator (ICD hjertestarter)	FPG10, FPG30, FPG33, FPG40, FPG96	110 000 kroner
Cochleaimplantat	DFE00	110 000 kroner
Venstre ventrikkelpumpe	FXL00	110 000 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 2004 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 6 800 kroner.

HMAS-behandling

Helsedepartementet viderefører 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 2004 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)
- Innleggesdato
- 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 104 000 kroner.

Palliativ behandling

Intensjonen med tilleggsrefusjon for palliativ behandling er å stimulere til etablering av palliative team og palliative enheter. For 2004 er det derfor en presisering av kriteriene for å kunne utløse palliativ behandling som tilleggsrefusjon.

Palliativ behandling er lindrende behandling som retter seg mot sykdommens symptomer, uten å påvirke sykdomsforløpet. Slik behandling er aktuelt for pasienter med uhelbredelig sykdom. 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 2004 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 å kunne utløse tilleggsrefusjon skal det være etablert enten et palliativt team og/eller en palliativ enhet. Følgende krav stilles:

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2004

Det skal foreligge et spesifikt, organisert palliativt tilbud i form av et palliativt senter. *For å kunne utløse tilleggsrefusjon skal det palliative senteret ha et behandlingsopplegg for pasienten.*

Det palliative senteret skal inneholde et palliativt team, eventuelt også en palliativ enhet.

1. **Palliativt team:** Teamet skal ha ambulant funksjon til pasientens hjem, og konsulentvirksomhet i sykehusets avdelinger. Teamet skal minimum bestå av sykepleier (minst en full stilling) og lege. Legen skal ha palliasjon som hovedaktivitet.
2. **Palliativ enhet:** Dette skal være en definert enhet (eventuelt definerte senger). Pasientene skal være inneliggende for palliativ behandling. Enheten skal også kunne inkludere pasienter med andre hoveddiagnoser en kreft. Det palliative teamet skal ha ansvar for behandling av pasienter innlagt på enheten.
3. Virksomheten må kunne dokumentere systematisk kartlegging av symptomer, f.eks ved bruk av Edmonton Symptom Assessment system, ESAS.
4. Virksomheten må kunne dokumentere systematisk arbeid i forhold til inklusjon og ivaretagelse av pårørende.
5. Virksomheten må kunne dokumentere systematisk samarbeid med primærhelsetjenesten gjennom bruk av individuell plan.
6. Det palliative teamet skal være tverrfaglig, med relevante yrkesgrupper som fysioterapeut, sosionom og prest knyttet til deltidsstilling eller på konsulentbasis. Minimum to av disse skal ha fast tilknytning til det palliative teamet/enheten.

Når kriteriene ovenfor er oppfylt skal registrering og koding av palliativ behandling gjøres i henhold til 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	8 000 kroner
Dagbehandling	333 kroner

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

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 2004: 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 2004)

Det er viktig at gyldig versjon av DRG-programvare brukes til enhver tid uansett hvilken programleverandør som velges. SINTEF Helse har på vegne av HD inngått avtale med Nirvaco AS, om utvikling og support av gjeldende grupperingsprogram for 2004 (NPK 2004). 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 2004:

- NPK 2004: Norsk Pasient Klassifisering, versjon 4.0.0.0.
- Gjeldende grupperingslogikk har versjonsnummer 2003-NO-B4.

Nordisk samarbeid

DRG systemet ble utviklet i USA for mer enn 20 år siden. I dag er DRG-systemet grunnlag for finansiering av sykehustjenester i mange land. Det er utviklet forskjellige versjoner av DRG-systemet, som skiller seg fra hverandre bl.a. i forhold til antall grupper. Den norske versjonen av DRG-systemet, 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.

Kapittel 4 – DRG-systemet

Innsatsstyrt finansiering 2004

Kostnadsvekter for NPK

Kostnadsvektene som benyttes i NPK er beregnet av SINTEF Helse PaFi, på oppdrag fra Helsedepartementet. Beregningen er basert på kostnads- og pasientdata for driftsåret 2002. Data er innhentet fra 18 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 2004 er en del DRG-er splittet eller slått sammen. Tabellen nedenfor gir en oversikt over disse endringene. I tillegg er det foretatt en del mindre endringer i logikken som får konsekvenser for enkelte DRG-er (DRG 191, 192, 257, 258, 261, 313 og 336).

Gammel DRG	Empirisk vekt	Nye DRG-er	Nye vekter
14	1,37	14A 14B	1,51 1,23
154	5,33	154A 154B	6,45 4,67
155	2,07	155A 155B	4,71 1,70
164 165 166	1,90 1,04 1,28	166N	1,20
215	1,99	215B 215C	3,15 1,77
214	4,03	214A 214B 214C	6,21 4,75 3,59
306	Slått sammen med	336	
307	Slått sammen med	337	
288	0,96	288A 288B	1,78 0,92
55A 55B	0,58 0,58	55	0,58
Ny DRG		501A 501B	1,87 0,86
Ny DRG		502	1,70
Ny DRG		509	0,83

For mer informasjon om kostnadsarbeidet henvises til rapporten STF78 035803: "Beregning av kostnadsvekter til den norske versjonen av DRG-systemet", SINTEF Unimed PaFi 2003. Denne fås ved henvendelse til SINTEF Helse eller drginfo@sintef.no.

Logikk i DRG-klassifiseringen

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

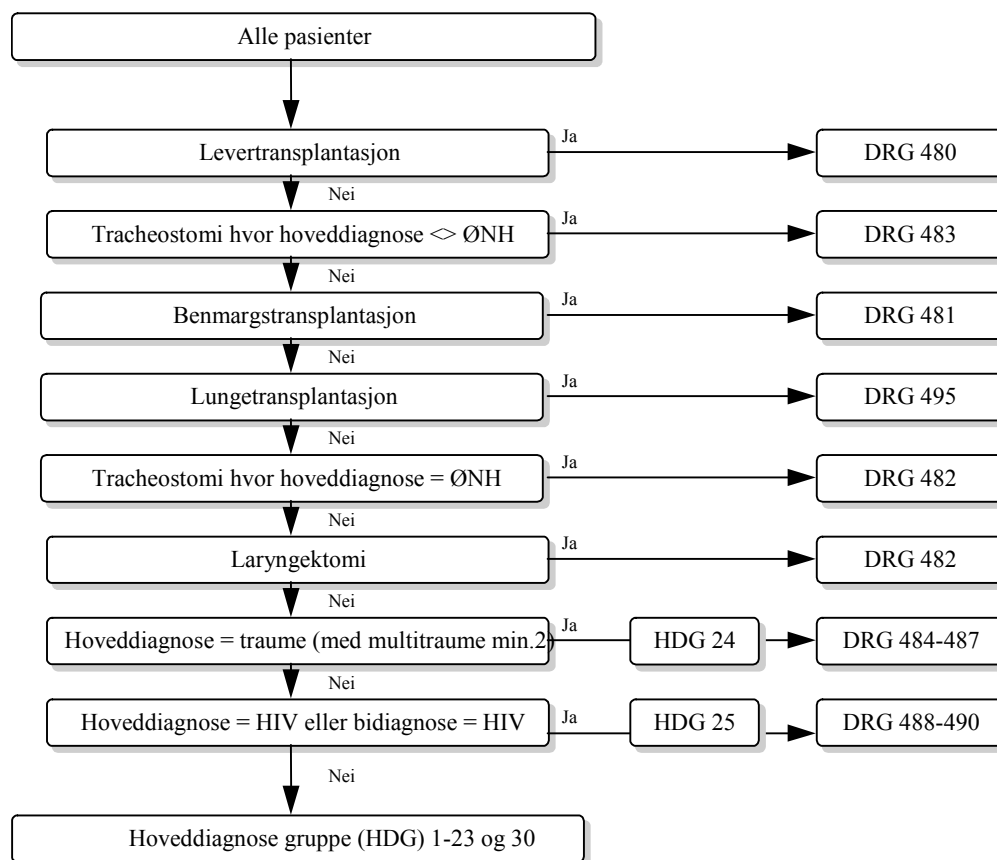
1. DRG-gruppering av avdelingsopphold
2. Aggregering fra avdelingsopphold til sykehusopphold og ny DRG-gruppering

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 alltid diagnoser teller i valg av HDG.

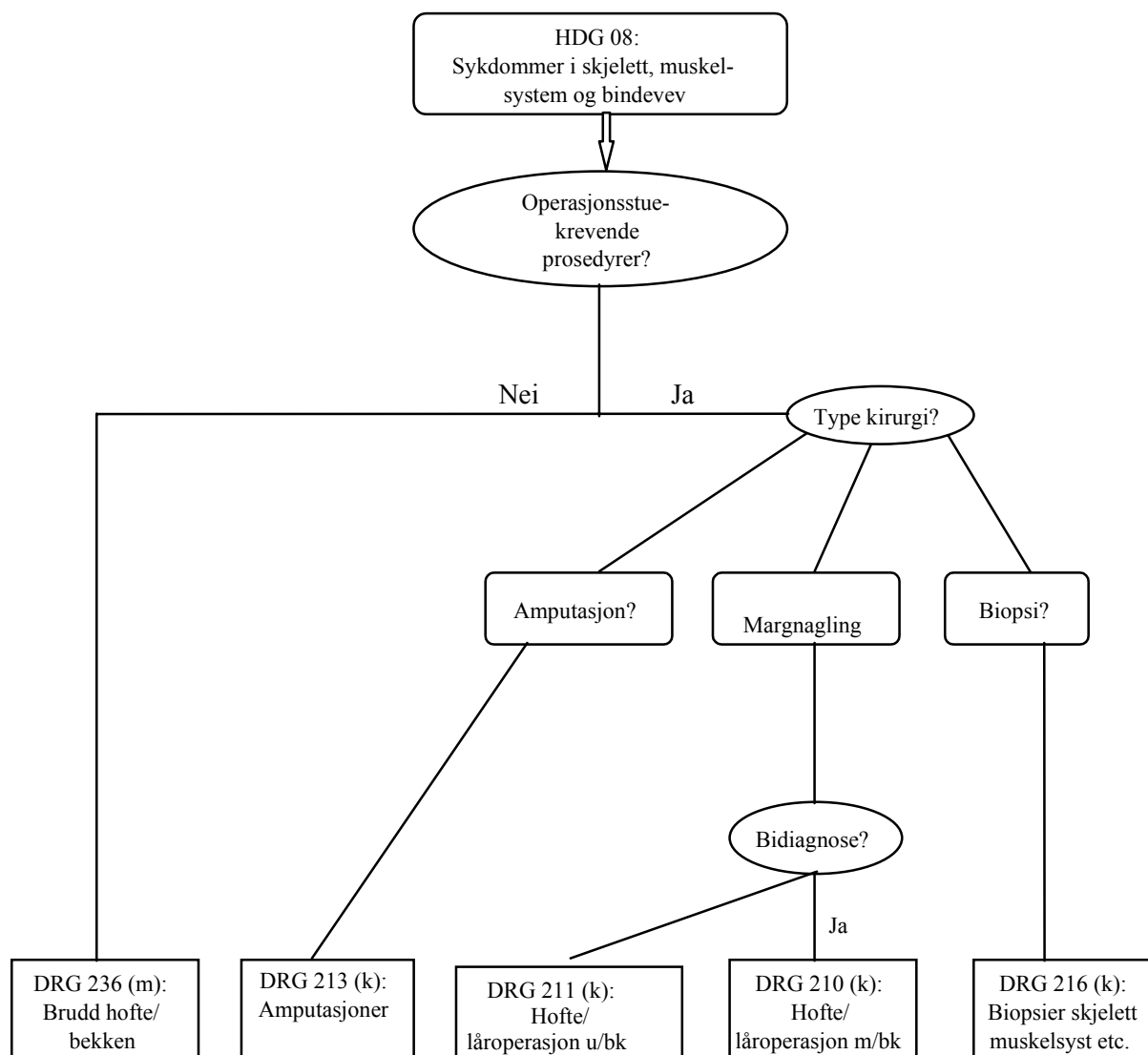
Innenfor HDG-ene baseres videre gruppering på prosedyrekoder, bidiagnoser, alder og utskrivningsstatus. Prinsipper i DRG-klassifiseringen er illustrert i figur 4 og 5, side 35 og 36.

Figur 4 Grov skisse som viser logikk i DRG-gruppering



- | | |
|-----|---|
| 1. | Sykdommer i nervesystemet |
| 2. | Øyesykdommer |
| 3. | Øre-, nese- og halssykdommer |
| 4. | Sykdommer i åndedrettsorganer |
| 5. | Sykdommer i sirkulasjonsorganer |
| 6. | Sykdommer i fordøyelsesorganer |
| 7. | Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel |
| 8. | Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev |
| 9. | Sykdommer i hud og underhud |
| 10. | Indresekret, ernærings- og stoffskiftesykdommer |
| 11. | Nyre og urinveissykdommer |
| 12. | Sykdommer i mannlige kjønnsorganer |
| 13. | Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer |
| 14. | Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid |
| 15. | Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden |
| 16. | Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparatet |
| 17. | Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster |
| 18. | Infeksiøse og parasittære sykdommer |
| 19. | Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser |
| 20. | Alkohol-, stoff- og medikamentmisbruk og tilhørende organiske sinnslidelser |
| 21. | Skader, forgiftninger og toksiske effekter av medikament/stoff |
| 22. | Forbrenninger |
| 23. | Faktorer som påvirker helsetilstanden |
| 30. | Sykdommer i bryst |

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 NPR (www.npr.no)

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.

Det har tidligere vært en feil i algoritmen for aggregering av avdelingsopphold. Korrigert vekt har vært benyttet slik at det i noen tilfeller med avdelingsoverføring til rehabilitering har blitt rehabiliteringsoppholdet som blir tellende sykehusopphold. Dette betyr at opphold har blitt gruppert til primærrehabilitering, der hovedårsaken til innleggelse var noe annet. Overgangen til bruk av vekt får økonomiske konsekvenser for en del Helseforetak. Dette vil i 2004 bli kompensert gjennom en tilleggsrefusjon, mens det samtidig tas sikte på en gjennomgang av rehabiliteringsløsningen generelt i 2004 med virkning fra 2005.

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

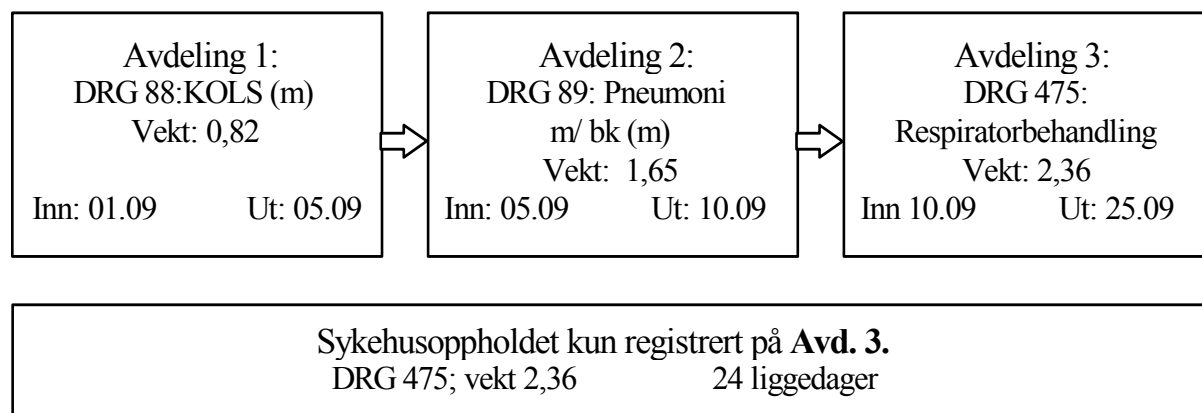
til den tyngste DRG-en som sykehusoppholdets hoveddiagnose. De andre registrerte diagnosene fremgår som bidiagnoser

- 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: alle prosedyrer som er registrert overføres til sykehusoppholdet ved aggregeringen.
- Hjertekateterisering som er utført i løpet av samme sykehusopphold som etterfølgende hjerteoperasjon, skal ivaretas ved aggregeringen. Aggregeringsreglene for DRG 104/105 og DRG 106/107 endres i forhold til hjertekateterisering slik at prosedyrekode for hjertekateterisering alltid overføres ved aggregering,

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

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

Figur 6 Illustrerer dannelsen av sykehusopphold (aggregering):



Spesielle DRG-er

Flere DRG-er 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 sjelde 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). Ved tvil om kombinasjonen av diagnoser og prosedyrer er korrekte bør man ta kontakt med kodehjelp@kith.no for bistand.

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

“NCSP - Klassifikasjon av kirurgiske inngrep 2004”.

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, 2004.

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 diagnosetermer.

Administrative opplysninger

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

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

Valg av hoveddiagnose

Korrekt valg av hoveddiagnose er viktig både av hensyn til statistikk og DRG-gruppering. Hoveddiagnose skal settes etter retningslinjene beskrevet i Opplæringsheftet for ICD-10. 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”

Merk at dette *ikke* betyr at følgetilstander er alternativer som beskrivelse av hovedtilstand. Den mest ressurskrevende tilstanden gjelder kun når det er valg mellom flere hovedtilstander.

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 tilleggskoder 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/stjernekode (hvor sverdkoden representerer en grunntilstand og stjernekode en manifestasjon av grunntilstanden), benyttes stjernekode (som i dette tilfelle er registrert som første bidiagnose) som hoveddiagnose.

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 Z50.89 (vanlig rehabilitering).
- Friske nyfødte skal registreres med koder i kategori Z38.

For alle andre opphold skal man søke en hoveddiagnosekode som gir en mer presis beskrivelse av tilstanden enn kodene fra kapittel XVIII og XXI i ICD 10. Symptomdiagnoser har høyere prioritet enn disse.

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 tilleggs-koding).
- For å angi funksjonstype ved svulster med funksjonell aktivitet (frivillig tilleggs-koding).
- For å angi morfologikode i SNOMED for svulster (tilleggs-koding, 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/stjerne-koding ved stjernemerke- kategorier, men mulig ikke-obligatorisk tilleggs-koding for andre kategorier).
- For å angi det aktuelle stoffet ved legemiddelindusert tilstand (anbefalt eller obligatorisk tilleggs-koding, 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 tilleggs-koding).

Koding av andre tilstander (Bidiagnosekoding)

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 innleggelses, og som ikke har innvirkning på den aktuelle behandlingen, skal ikke tas med.

Koding av prosedyrer

Følgende krav stilles til registreringen av prosedyrekoder:

- Alle utførte prosedyrer 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.

For spørsmål vedrørende ISF og DRG: drginfo@sintef.no
For spørsmål vedrørende koding: kodehjelp@kith.no

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

Vedlegg A

Prisliste DRG 2004

DRG-pris for ett DRG-poeng = 29.454 kroner i 2004

DRG refusjon i 2004 er 40% av full DRG-pris, dvs 11.782 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	40% DRG refusjon
1	1	Kraniotomi > 17 år u/traume	3,15	18	K	37 112
2	1	Kraniotomi > 17 år m/traume	2,25	9	K	26 509
3	1	Kraniotomi < 18 år	3,27	19	K	38 526
4	1	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	2,13	9	K	25 095
5	1	Operasjoner på ekstrakranielle kar	2,72	14	K	32 046
6	1	Op ved karpaltunnelsyndrom	0,32	2	K	3 770
7	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop m/bk	1,91	12	K	22 503
8	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop u/bk	0,71	4	K	8 365
9	1	Sykdommer i og skader på ryggmargen	0,70	5	M	8 247
10	1	Svulster i nervesystemet m/bk	1,82	30	M	21 443
11	1	Svulster i nervesystemet u/bk	0,91	14	M	10 721
12	1	Degenerative sykdommer i nervesystemet	0,85	13	M	10 014
13	1	Multipel sklerose & cerebellar ataksi	0,75	9	M	8 836
14 A	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA m/bk	1,51	21	M	17 790
14 B	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA u/bk	1,23	21	M	14 491
15	1	TIA og okklusjon av precerebrale arterier	0,59	7	M	6 951
16	1	Uspesifikke karsykdommer i hjernen m/bk	1,27	17	M	14 963
17	1	Uspesifikke karsykdommer i hjernen u/bk	0,56	6	M	6 598
18	1	Sykdommer i hjernenerver & perifere nerver m/bk	1,10	18	M	12 960
19	1	Sykdommer i hjernenerver & perifere nerver u/bk	0,57	7	M	6 716
20	1	Infeksjon i nervesystemet ekskl viral meningitt	2,19	29	M	25 802
21	1	Viral meningitt	0,85	9	M	10 014
22	1	Hypertensiv encefalopati	1,86	17	M	21 914
23	1	Ikke-traumatisk koma & stupor	0,59	4	M	6 951
24	1	Kramper & hodepine > 17 år m/bk	0,81	11	M	9 543
25	1	Kramper & hodepine > 17 år u/bk	0,46	6	M	5 420
26	1	Kramper & hodepine < 18 år	0,47	5	M	5 537
27	1	Alvorlig traumatisk hjerneskade	1,21	13	M	14 256
28	1	Traumatisk hjerneskade > 17år m/bk	1,21	17	M	14 256
29	1	Traumatisk hjerneskade > 17år u/bk	0,56	5	M	6 598
30	1	Traumatisk hjerneskade < 18 år	0,63	3	M	7 422
31	1	Hjernerystelse > 17 år m/bk	0,36	4	M	4 241
32	1	Hjernerystelse > 17 år u/bk	0,28	3	M	3 299
33	1	Hjernerystelse < 18 år	0,24	2	M	2 828
34	1	Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk (note 1)	1,17	11	M	13 784
35	1	Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk (note 1)	0,83	3	M	9 779

note 1: Det gis korrigert vekt lik 0,35 for hoveddiagnose G47.3 - Søvnapné

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 2: ØYESYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
36	2	Op på corpus vitreum, choroidea, retina	0,69	15	K	8 129
37	2	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye	1,08	11	K	12 724
38	2	Intraokulære op hovedsaklig på regnbuehinne ITAD	0,48	10	K	5 655
39	2	Operasjoner på linsen	0,43	2	K	5 066
40	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer > 17 år	0,42	4	K	4 948
41	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer < 18 år	0,57	2	K	6 716
42	2	Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD	0,71	14	K	8 365
43	2	Hyphema, kontusjonsskader i øyeregionen	0,60	8	M	7 069
44	2	Alvorlige akutte øyeinfeksjoner	0,84	17	M	9 897
45	2	Nevrologiske øyesykdommer	0,86	12	M	10 132
46	2	Øyesykdommer ITAD > 17 år m/bk	0,82	10	M	9 661
47	2	Øyesykdommer ITAD > 17 år u/bk	0,35	5	M	4 124
48	2	Øyesykdommer ITAD < 18 år	0,32	5	M	3 770

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 3: ØRE-, NESE- OG HALSSYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
49	3	Større op på indre øre/strupe/tunge/gane/kjever ITAD	2,54	19	K	29 925
50	3	Fjerning av spyttkjertel	1,14	7	K	13 431
51	3	Op på spyttkjertler ekskl fjerning av spyttkjertler	1,01	6	K	11 899
52	3	Operasjoner for leppe- og ganespalte	1,32	9	K	15 552
53	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus >17år	0,56	3	K	6 598
54	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus <18år	0,78	6	K	9 190
55	3	Diverse operasjoner på øre/nese/hals	0,58	4	K	6 833
56	3	Plastiske operasjoner på nesene	0,60	3	K	7 069
57	3	Tons./adenoid op ekskl -ektomi > 17år	0,52	5	K	6 126
58	3	Tons./adenoid op ekskl -ektomi < 18år	0,39	3	K	4 595
59	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17år	0,46	3	K	5 420
60	3	Tonsillectomi og/eller adenoidektomi, <18år	0,39	3	K	4 595
61	3	Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret >17år	0,19	2	K	2 239
62	3	Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret <18år	0,28	2	K	3 299
63	3	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	1,02	7	K	12 017
64	3	Ondartede sykdommer i øre, nese, hals	1,55	24	M	18 261
65	3	Svimmelhet	0,50	6	M	5 891
66	3	Neseblødning	0,48	6	M	5 655
67	3	Epiglottitt	1,06	8	M	12 488
68	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon > 17 år m/bk	0,69	9	M	8 129
69	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon > 17 år u/bk	0,44	5	M	5 184
70 A	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon < 18 år m/bk	0,55	3	M	6 480
70 B	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon < 18 år u/bk	0,36	2	M	4 241
71	3	Laryngotrakeitt	0,24	3	M	2 828
72	3	Neseskade & medfødt nesedeformitet	0,27	6	M	3 181
73	3	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år	0,58	3	M	6 833
74	3	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD < 18 år	0,42	4	M	4 948
168	3	Prosedyrer i munnhulen m/bk	1,48	14	K	17 437
169	3	Prosedyrer i munnhulen u/bk	0,80	8	K	9 425
185	3	Tann/munnhulesykd. ekskl tannuttrekking > 17år	0,50	5	M	5 891
186	3	Tann/munnhulesykd. ekskl tannuttrekking < 18år	0,38	3	M	4 477
187	3	Tannuttrekking & restaurering	0,34	2	M	4 006

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 4: SYKDOMMER I ÅNDEDRETTSORGANENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
75	4	Større thoraxop, visse op på perikard/trachea/diafragma m.m.	4,74	33	K	55 845
76	4	Op på åndedrettssystemet ITAD m/bk (note 2)	3,39	45	K	39 940
77	4	Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk (note 2)	3,39	7	K	39 940
78	4	Lungeemboli, luftemboli og fettembolisyndrom	1,57	19	M	18 497
79	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst >17år m/bk	2,03	22	M	23 917
80	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst >17 år u/bk	1,36	16	M	16 023
81	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst < 18 år	1,08	6	M	12 724
82	4	Svulster i åndedrettssystemet	1,35	26	M	15 905
83	4	Større thoraxskader m/bk	1,71	18	M	20 147
84	4	Større thoraxskader u/bk	0,62	8	M	7 305
85	4	Pleuritis exudativa m/bk	1,42	22	M	16 730
86	4	Pleuritis exudativa u/bk	1,05	14	M	12 371
87	4	Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt	1,56	19	M	18 379
88	4	Kroniske obstruktive lungesykdommer	0,82	17	M	9 661
89	4	Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk	1,65	20	M	19 440
90	4	Lungebetennelse & pleuritt > 17 år u/bk	0,98	12	M	11 546
91 A	4	Lungebetennelse & pleuritt < 18 år m/bk	1,34	12	M	15 787
91 B	4	Lungebetennelse & pleuritt < 18 år u/bk	0,72	6	M	8 483
92	4	Interstitielle lungesykdommer m/bk	1,54	23	M	18 144
93	4	Interstitielle lungesykdommer u/bk	1,13	14	M	13 313
94	4	Pneumothorax m/bk	1,37	19	M	16 141
95	4	Pneumothorax u/bk	0,73	11	M	8 601
96	4	Bronkitt og astma > 17 år m/bk	1,11	13	M	13 078
97	4	Bronkitt og astma > 17 år u/bk	0,67	15	M	7 894
98 A	4	Bronkitt og astma < 18 år m/bk	1,15	11	M	13 549
98 B	4	Bronkitt og astma < 18 år u/bk	0,64	5	M	7 540
99	4	Funn og symptomer fra åndedrettsorganer m/bk	0,64	7	M	7 540
100	4	Funn og symptomer fra åndedrettsorganer u/bk	0,36	5	M	4 241
101	4	Sykdommer i åndedrettsorganer ITAD m/bk	1,01	13	M	11 899
102	4	Sykdommer i åndedrettsorganer ITAD u/bk	0,54	4	M	6 362
475	4	Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonsstøtte	2,36	31	M	27 805

Note 2: Det gis korrigert vekt lik 0,52 for kombinasjonen av diagnosene G47.3 – Søvnapné og/eller R06.5 – Munnpusting og prosedyrene ENC30 og/ eller ENC40 og/eller EHB99.

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 5: SYKDOMMER I SIRKULASJONSORGANENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
103	5	Hjertetransplantasjon	18,7	59	K	220 669
104	5	Op på hjerteklaffer m/hjertekateterisering	8,46	50	K	99 672
105	5	Op på hjerteklaffer u/hjertekateterisering	5,66	15	K	66 684
106	5	Koronar by-pass op m/hjertekateterisering	5,01	25	K	59 026
107	5	Koronar by-pass op u/hjertekateterisering	4,05	10	K	47 715
108	5	Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD	4,55	16	K	53 606
109	5	IKKE GYLDIG	0,00	0		
110	5	Større kardiovaskulære op m/bk	4,46	30	K	52 546
111	5	Større kardiovaskulære op u/bk	3,47	20	K	40 882
112	5	Terapeutiske perkutane kardiovask prosedyrer	1,30	4	K	15 316
113	5	Amputasjon av underekstr ekskl tå v/ sirk.svikt	2,96	30	K	34 874
114	5	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt	1,37	24	K	16 141

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
115	5	Perm pacemaker m/AMI, hjertesvikt eller sjokk	4,16	26	K	49 011
116	5	Perm pacemaker u/AMI, hjertesvikt eller sjokk	2,84	15	K	33 460
117	5	Pacemakerrevisjon ekskl bytte pulsgenerator	1,87	8	M	22 032
118	5	Bytte av pulsgenerator, ev. med ledning	1,86	3	K	21 914
119	5	Inngrep for åreknuter	0,61	2	K	7 187
120	5	Operasjoner på sirkulasjonsorganene ITAD	2,37	38	K	27 922
121	5	Sirk.sykdom m/ AMI & kardiov komplik i live etter 4 dager	1,84	20	M	21 678
122	5	Sirk.sykdom m/ AMI u/kardiov komplik i live etter 4 dager	1,06	12	M	12 488
123	5	Akutt myokardinfarkt (AMI), liggetid < 4 dager, utskrevet død	0,38	3	M	4 477
124	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre m/bk ekskl v/ AMI	0,82	10	M	9 661
125	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre u/bk ekskl v/ AMI	0,49	4	M	5 773
126	5	Akutt & subakutt endokarditt	3,71	91	M	43 710
127	5	Hjertesvikt & ikke-traumatisk sjokk	1,23	16	M	14 491
128	5	Årebetennelse i de dype vener	0,92	12	M	10 839
129	5	Hjertestans uten kjent årsak	0,42	7	M	4 948
130	5	Sykdommer i de perifere kar m/bk	1,00	13	M	11 782
131	5	Sykdommer i de perifere kar u/bk	0,55	5	M	6 480
132	5	Antatt ateroskler hjertesykdom m/bk ekskl AMI/angina	0,61	7	M	7 187
133	5	Antatt ateroskler hjertesykdom u/bk ekskl AMI/angina	0,32	3	M	3 770
134	5	Hypertensjon	0,66	6	M	7 776
135	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff > 17år m/bk	1,01	16	M	11 899
136	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff > 17år u/bk	0,48	5	M	5 655
137	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff < 18 år	0,93	10	M	10 957
138	5	Hjertearytmier & ledningsforstyrrelser m/bk	0,69	10	M	8 129
139	5	Hjertearytmier & ledningsforstyrrelser u/bk	0,33	5	M	3 888
140	5	Angina pectoris	0,50	5	M	5 891
141	5	Synkope og kollaps m/bk	0,52	7	M	6 126
142	5	Synkope og kollaps u/bk	0,34	3	M	4 006
143	5	Brystmerter	0,31	2	M	3 652
144	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk	1,09	15	M	12 842
145	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD u/bk	0,54	5	M	6 362
478	5	Karkirurgisk operasjon ITAD m/bk	2,87	27	K	33 813
479	5	Karkirurgisk operasjon ITAD u/bk	1,98	12	K	23 328

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 6: SYKDOMMER I FORDØYELSESGRANEN

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
146	6	Reseksjonsinngrep på rectum m/bk	4,29	34	K	50 543
147	6	Reseksjonsinngrep på rectum u/bk	3,14	22	K	36 994
148	6	Større operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	4,31	39	K	50 779
149	6	Større operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	2,50	19	K	29 454
150	6	Operasjon for tarmadheranser m/bk	3,86	31	K	45 477
151	6	Operasjon for tarmadheranser u/bk	1,75	15	K	20 618
152	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	2,45	24	K	28 865
153	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	1,43	13	K	16 848
154 A	6	Større op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år m/bk	6,45	45	K	75 991
154 B	6	Andre op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år m/bk	4,67	45	K	55 020
155 A	6	Større op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år u/bk	4,71	15	K	55 491
155 B	6	Andre op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år u/bk	1,70	15	K	20 029
156	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf. < 18 år	2,41	16	K	28 394
157	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm m/bk	1,23	14	K	14 491
158	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	0,55	5	K	6 480
159	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år m/bk	1,53	13	K	18 026
160	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år u/bk	0,67	7	K	7 894

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
161	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år m/bk	0,85	7	K	10 014
162	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	0,61	3	K	7 187
163	6	Lyskebrokkoperasjon < 18 år	0,49	2	K	5 773
166 N	6	Appendektomi ved perforasjon/tumor eller m/bk	1,20	11	K	14 138
167	6	Appendektomi ekskl ved perforasjon/tumor u/bk	0,71	4	K	8 365
168		Se HDG 3				
169		Se HDG 3				
170	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD m/bk	3,06	33	K	36 052
171	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD u/bk	1,29	12	K	15 198
172	6	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene m/bk	1,30	22	M	15 316
173	6	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene u/bk	0,69	10	M	8 129
174	6	Gastrointest blødning m/bk ekskl v/ karanomalier	1,02	14	M	12 017
175	6	Gastrointest blødning u/bk ekskl v/ karanomalier	0,58	8	M	6 833
176	6	Ulcus m/ perf/blødn/stenose eller i spiserør/Meckel	0,78	12	M	9 190
177	6	Ulcus i magesekk/tolvf u/ perf/blødn/stenose m/bk	0,98	14	M	11 546
178	6	Ulcus i magesekk/tolvf u/ perf/blødn/stenose u/bk	0,59	9	M	6 951
179	6	Inflammatoriske tarmsykdommer	0,86	12	M	10 132
180	6	Gastrointestinal passasjehindring m/bk	0,62	9	M	7 305
181	6	Gastrointestinal passasjehindring u/bk	0,37	5	M	4 359
182	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år m/bk	0,68	10	M	8 011
183	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år u/bk	0,36	4	M	4 241
184 A	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse < 18 år m/bk	0,56	3	M	6 598
184 B	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse < 18 år u/bk	0,39	2	M	4 595
185		Se HDG 3				
186		Se HDG 3				
187		Se HDG 3				
188	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD > 17år m/bk	0,80	12	M	9 425
189	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD > 17år u/bk	0,40	6	M	4 713
190	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD < 18 år	0,44	6	M	5 184

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 7: SYKDOMMER I LEVER, GALLEVEIER OG BUKSPYTTKJERTEL

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
191	7	Op på bukspyttkj/lever & portosyst shuntop m/bk	6,45	52	K	75 991
192	7	Op på bukspyttkj/lever & portosyst shuntop u/bk	3,06	26	K	36 052
193	7	Op på galleveier uten samtidig kolecystektomi m/bk	3,23	34	K	38 055
194	7	Op på galleveier uten samtidig kolecystektomi u/bk	1,75	13	K	20 618
195	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang m/bk	3,40	37	K	40 057
196	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang u/bk	3,19	28	K	37 583
197	7	Åpen kolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang m/bk	2,82	26	K	33 224
198	7	Åpen kolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang u/bk	2,17	13	K	25 566
493	7	Laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang m/bk	2,32	21	K	27 333
494	7	Laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	1,65	7	K	19 440
199	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj m/ ondartet svulst	3,38	42	K	39 822
200	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj u/ ondartet svulst	2,25	23	K	26 509
201	7	Op på lever, galleveier & bukspyttkjertel ITAD	5,37	34	K	63 267
202	7	Cirrhose & alkoholisk leversykdom	1,51	22	M	17 790
203	7	Ondartede svulster i lever/galleveier & bukspyttkjertel	1,26	23	M	14 845
204	7	Sykdommer i bukspyttkjertel ekskl ondartede svulster	1,25	16	M	14 727
205	7	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholutløste m/bk	1,39	18	M	16 376
206	7	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholutløste u/bk	0,59	8	M	6 951
207	7	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede m/bk	1,12	16	M	13 195
208	7	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede u/bk	0,55	9	M	6 480

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 8: SYKDOMMER I MUSKEL-SKJELETTSYSTEMET OG BINDEVEV

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
209 A	8	Primære proteseop i hofte/kne/ankel	3,62	22	K	42 649
209 B	8	Sekund proteseop i hofte/kne/ankel og replant i u.eks ekskl av tå	4,51	22	K	53 135
491	8	Proteseop & replantasjon i skulder/albue/håndledd	4,10	28	K	48 305
210	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år m/bk	2,25	19	K	26 509
211	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år u/bk	1,63	20	K	19 204
212	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop <18 år	2,07	18	K	24 388
213	8	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet	3,06	56	K	36 052
214 A	8	Kombinert fremre/bakre spondylodese	6,21	23	K	73 164
214 B	8	Fremre eller bakre spodylodese m/bk	4,75	23	K	55 963
214 C	8	Operasjoner på kolumna ekskl. spodylodese m/bk	3,59	23	K	42 296
215 B	8	Fremre eller bakre spodylodese u/bk	3,15	15	K	37 112
215 C	8	Operasjoner på kolumna ekskl. spodylodese u/bk	1,77	15	K	20 853
216	8	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet & bindevevet	2,14	34	K	25 213
217	8	Sårrev & hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykdom i HDG 8	3,90	59	K	45 948
218	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år m/bk	2,64	28	K	31 103
219	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	1,01	11	K	11 899
220	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop < 18 år	0,87	5	K	10 250
221	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop m/bk	1,87	20	K	22 032
222	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	0,66	5	K	7 776
223	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese m/bk	1,39	10	K	16 376
224	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk	0,72	3	K	8 483
225	8	Operasjoner på ankel & fot	0,58	6	K	6 833
226	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD m/bk	1,32	15	K	15 552
227	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	0,65	5	K	7 658
228	8	Op på håndledd/hånd/tommel & leddprotese håndledd/hånd m/bk	0,78	8	K	9 190
229	8	Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl proteseop u/bk	0,53	3	K	6 244
230	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur	0,66	7	K	7 776
231	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	0,58	5	K	6 833
232	8	Artroskopi	0,58	3	K	6 833
233	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD m/bk	2,97	37	K	34 991
234	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	1,53	17	K	18 026
235	8	Lårbeinsbrudd	0,86	14	M	10 132
236	8	Brudd på hofte & bekken	0,99	14	M	11 664
237	8	Forstuvning & luksasjon av hofte, bekken & lår	0,44	7	M	5 184
238	8	Osteomyelitt	2,61	48	M	30 750
239	8	Patologiske brudd & ondartede svulster i HDG 8	1,12	18	M	13 195
240	8	Sykdommer i bindevev m/bk	1,25	23	M	14 727
241	8	Sykdommer i bindevev u/bk	0,70	21	M	8 247
242	8	Infeksiøs artritt og bursitt	1,83	21	M	21 560
243	8	Rygglidelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen	0,63	10	M	7 422
244	8	Beinsykdommer & spesifikke artropatier m/bk	0,84	15	M	9 897
245	8	Beinsykdommer & spesifikke artropatier u/bk	0,50	7	M	5 891
246	8	Artropatier ITAD	0,76	13	M	8 954
247	8	Uspesifikke tilst & sympt fra muskel-skjelettsyst/bindevev ITAD	0,41	3	M	4 830
248	8	Tilstander i muskler, sener, seneskjeder, fascie & bursa ITAD	0,48	5	M	5 655
249	8	Komplik/følgetilst/etterbehandling av tilstander i HDG 8	0,25	7	M	2 945
250	8	Brudd/forstuvning/luksasjon av u.arm, hånd, fot > 17år m/bk	0,55	10	M	6 480
251	8	Brudd/forstuvning/luksasjon av u.arm, hånd, fot > 17år u/bk	0,25	5	M	2 945
252	8	Brudd/forstuvning/luksasjon av u.arm, hånd, fot <18 år	0,23	2	M	2 710
253	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot >17 m/bk	0,86	18	M	10 132
254	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot > 17,u/bk	0,37	4	M	4 359
255	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot < 18 år	0,28	3	M	3 299
256	8	Sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev ITAD	0,32	4	M	3 770
471	8	Bilaterale eller flere store leddproteseop i underekstremitet	6,09	40	K	71 750

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 9: SYKDOMMER I HUD OG UNDERHUD

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
263	9	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt m/bk	4,46	68	K	52 546
264	9	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt u/bk	1,61	30	K	18 968
265	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt m/bk	3,22	42	K	37 937
266	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt u/bk	0,62	20	K	7 305
267	9	Perianale inngrep & operasjoner for sakralcyste	0,29	3	K	3 417
268	9	Plastiske op på hud og underhud	0,55	9	K	6 480
269	9	Op på hud og underhud ITAD m/bk	1,75	21	K	20 618
270	9	Op på hud og underhud ITAD u/bk	0,54	4	K	6 362
271	9	Kroniske sår i huden	1,22	26	M	14 374
272	9	Alvorlig hudsykdom m/bk	1,40	25	M	16 494
273	9	Alvorlig hudsykdom u/bk	1,13	25	M	13 313
277	9	Infeksjoner i hud og underhud > 17år m/bk	1,26	19	M	14 845
278	9	Infeksjoner i hud og underhud > 17år u/bk	0,80	12	M	9 425
279	9	Infeksjoner i hud og underhud < 18 år	0,82	8	M	9 661
280	9	Skade av hud, underhud > 17 år m/bk	0,56	9	M	6 598
281	9	Skade av hud, underhud > 17 år u/bk	0,26	3	M	3 063
282	9	Skade av hud, underhud < 18 år	0,27	3	M	3 181
283	9	Lettere hudsykdom m/bk	1,22	23	M	14 374
284	9	Lettere hudsykdom u/bk	0,60	13	M	7 069

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 10: INDRESEKRETORISKE-, ERNÆRINGS- OG STOFFSKIFTESYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
285	10	Amputasjoner av underekstr pga sykdom i HDG 10	3,97	46	K	46 773
286	10	Operasjoner på binyrer & hypofyse	2,48	15	K	29 218
287	10	Hudtransplantasjoner/sårrevisjoner ved sykdom i HDG 10	1,01	51	K	11 899
288 A	10	Gastrointestinale operasjoner for adipositas	1,78	7	K	20 971
288 B	10	Andre operasjoner for adipositas	0,92	7	K	10 839
289	10	Operasjoner på biskjoldbruskkjertelen	1,35	9	K	15 905
290	10	Operasjoner på skjoldbruskkjertelen	1,26	8	K	14 845
291	10	Eksisjon av median halsfistel eller cyste	0,98	8	K	11 546
292	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD m/bk	2,73	28	K	32 164
293	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD u/bk	0,72	11	K	8 483
294	10	Diabetes > 35 år	0,79	13	M	9 307
295	10	Diabetes < 36 år	1,10	14	M	12 960
296	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17år m/bk	1,01	15	M	11 899
297	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17år u/bk	0,59	8	M	6 951
298	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD < 18 år	0,52	3	M	6 126
299	10	Medfødte stoffskiftesykdommer	0,53	4	M	6 244
300	10	Indresekretoriske sykdommer m/bk	1,10	17	M	12 960
301	10	Indresekretoriske sykdommer u/bk	0,52	5	M	6 126

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 11: NYRE- OG URINVEISSYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
302	11	Nyretransplantasjon	8,51	36	K	100 261
303	11	Nyre/ureterop & større blæreop pga ondartet svulst	3,59	37	K	42 296
304	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst m/bk	3,18	29	K	37 465
305	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst u/bk	1,91	19	K	22 503
308	11	Operasjoner på urinblæren ITAD m/bk	1,28	14	K	15 080

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
309	11	Operasjoner på urinblæren ITAD u/bk	0,95	5	K	11 193
310	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata m/bk	1,15	12	K	13 549
311	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk	0,73	7	K	8 601
312	11	Operasjoner på urinrør > 17 år m/bk	0,62	10	K	7 305
313	11	Operasjoner på urinrør > 17 år u/bk	0,42	6	K	4 948
314	11	Operasjoner på urinrør < 18 år	1,38	18	K	16 259
315	11	Operasjoner på nyrer & urinveier ITAD	1,73	15	K	20 382
316	11	Nyresvikt	1,52	20	M	17 908
317	11	Dialysebehandling	0,12	1	M	1 414
318	11	Svulster i nyrer & urinveier m/bk	1,55	22	M	18 261
319	11	Svulster i nyrer & urinveier u/bk	0,60	10	M	7 069
320	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier > 17 år m/bk	1,13	15	M	13 313
321	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier > 17 år u/bk	0,73	10	M	8 601
322	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier < 18 år	0,85	8	M	10 014
323	11	Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling	0,66	6	M	7 776
324	11	Stein i urinveiene u/bk	0,40	3	M	4 713
325	11	Symptomer fra nyrer & urinveier > 17 år m/bk	0,56	9	M	6 598
326	11	Symptomer fra nyrer & urinveier > 17 år u/bk	0,35	6	M	4 124
327	11	Symptomer fra nyrer & urinveier < 18 år	0,40	3	M	4 713
328	11	Urethrastriktur > 17 år m/bk	0,35	8	M	4 124
329	11	Urethrastriktur > 17 år u/bk	0,33	4	M	3 888
330	11	Urethrastriktur < 18 år	0,44	7	M	5 184
331	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD > 17 år m/bk	0,74	9	M	8 718
332	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD > 17 år u/bk	0,44	6	M	5 184
333	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD < 18 år	0,52	3	M	6 126

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 12: SYKDOMMER I MANNLIGE KJØNNSORGANER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
334	12	Større operasjoner i det mannlige bekken m/bk	2,50	22	K	29 454
335	12	Større operasjoner i det mannlige bekken u/bk	1,83	14	K	21 560
336	12	Transurethral prostatectomi m/bk	1,25	12	K	14 727
337	12	Transurethral prostatectomi u/bk	0,95	8	K	11 193
338	12	Op på skrotalinnhold ved ondartede sykdommer	1,09	13	K	12 842
339	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd > 17 år	0,52	3	K	6 126
340	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd < 18 år	0,43	2	K	5 066
341	12	Operasjoner på penis	0,81	17	K	9 543
342	12	Omskjæring > 17 år	0,35	2	K	4 124
343	12	Omskjæring < 18 år	0,32	3	K	3 770
344	12	Op på mannlige kjønnsorg ved ondartet svulst ITAD	1,38	12	K	16 259
345	12	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD	0,77	8	K	9 072
346	12	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk	1,14	22	M	13 431
347	12	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk	0,57	11	M	6 716
348	12	Godartet hypertrofi av prostata m/bk	0,53	10	M	6 244
349	12	Godartet hypertrofi av prostata u/bk	0,34	4	M	4 006
350	12	Inflammasjon i mannlige kjønnsorganer	0,48	6	M	5 655
351	12	Sterilisering av menn	0,00	2		0
352	12	Sykdommer i mannlige kjønnsorganer ITAD	0,29	2	M	3 417

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 13: SYKDOMMER I KVINNELIGE KJØNNSORGANER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
353	13	Eksentrasjon av bekkenet, radikal hysterektomi & vulvektomi	3,79	22	K	44 652
354	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd m/bk	3,13	25	K	36 876
355	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd u/bk	2,03	12	K	23 917
356	13	Rekonstruktive gynekologiske inngrep	1,40	9	K	16 494
357	13	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom	3,01	22	K	35 463
358	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd m/bk	2,11	13	K	24 859
359	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd u/bk	1,32	10	K	15 552
360	13	Operasjoner på vagina, cervix & vulva ekskl vulvektomi	0,59	5	K	6 951
361	13	Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi (note 3)	0,66	6	K	7 776
362	13	Sterilisering via laparoskopi (note 1)	0,00	2	K	0
363	13	Utskraping & konisering ved ondartet sykdom	0,46	4	K	5 420
364	13	Utskraping & konisering ekskl ondartet sykdom	0,38	2	K	4 477
365	13	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD	1,13	14	K	13 313
366	13	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer m/bk	1,18	15	M	13 902
367	13	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer u/bk	0,52	8	M	6 126
368	13	Infeksjoner i kvinnelige kjønnsorganer	0,55	8	M	6 480
369	13	Tilstander i kvinnelige kjønnsorganer ITAD	0,29	2	M	3 417

note 3: Det er innført 50% egenbetaling for sterilisering av kvinner. Vekten for DRG 362 og DRG 361 hvor hoveddiagnose er Z30.2 er derfor nullstilt.

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 14: SYKDOMMER UNDER SVANGERSKAP, FØDSEL OG BARSELTID

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
370	14	Keisersnitt m/bk	1,80	14	K	21 207
371	14	Keisersnitt u/bk	1,15	9	K	13 549
372	14	Vaginal fødsel m/bk	0,90	7	M	10 603
373	14	Vaginal fødsel u/bk	0,47	6	M	5 537
374	14	Vaginal fødsel m/sterilisering og/eller evakuering	0,72	9	K	8 483
375	14	Vaginal fødsel m/ op ekskl sterilisering & evakuering	1,05	7	K	12 371
376	14	Sykdommer etter forløsning & abort u/ operasjon	0,48	7	M	5 655
377	14	Sykdommer etter forløsning & abort m/ operasjon	0,37	3	K	4 359
378	14	Ekstrauterin graviditet	0,77	4	M	9 072
379	14	Truende abort	0,27	4	M	3 181
380	14	Abort uten kirurgisk inngrep & tilst etter abort	0,14	2	M	1 649
381	14	Spontan el medik utløst abort inkl med kir revisjon	0,19	2	K	2 239
382	14	Falske rier	0,14	5	M	1 649
383	14	Sykdommer i svangerskapet ITAD m/bk	0,55	10	M	6 480
384	14	Sykdommer i svangerskapet ITAD u/bk	0,27	3	M	3 181

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 15: NYFØDTE MED TILSTANDER SOM HAR OPPSTÅTT I PERINATALPERIODEN

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
385 A	15	Nyfødt, døde 0-2 d. gml eller overf. til annen inst. 0-5 d. etter fødsel	0,33	2		3 888
385 B	15	Oppfølging av neonatalproblemer eller forsinket neonatalproblem	1,96	18		23 092
386 N	15	Nyfødt, fødselsvekt under 1000 g	16,58	166		195 339
387 N	15	Nyfødt, fødselsvekt 1000-1499 g	11,79	103		138 905
388 A	15	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499 g, med multiple problemer	6,73	65		79 290

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
388 B	15	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499 g, uten multiple problemer	3,12	30		36 759
389 A	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 1500 g, med større operasjon	7,72	38		90 954
389 B	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med multiple problemer	2,97	19		34 991
390	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem	0,82	8		9 661
391	15	Frisk nyfødt	0,42	6		4 948

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 16: SYKDOMMER I BLOD, BLODDANNENDE ORGANER OG IMMUNAPPARATET

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
392	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 > 17 år	2,03	15	K	23 917
393	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 < 18 år	2,25	17	K	26 509
394	16	Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD	0,92	8	K	10 839
395	16	Sykdommer i røde blodlegemer > 17 år	0,69	11	M	8 129
396	16	Sykdommer i røde blodlegemer < 18 år	0,61	5	M	7 187
397	16	Koagulasjonsforstyrrelser	0,65	8	M	7 658
398	16	Retikuloendoteliale & immunologiske sykd ITAD m/bk	1,31	15	M	15 434
399	16	Retikuloendoteliale & immunologiske sykd ITAD u/bk	0,70	7	M	8 247

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 17: MYELOPROLIFERATIVE SYKDOMMER OG LITE DIFFERENSIERTE SVULSTER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
400	17	Større operasjoner ved lymfom & leukemi	3,90	32	K	45 948
401	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD m/bk	4,19	42	K	49 365
402	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD u/bk	1,34	14	K	15 787
403	17	Lymfom & ikke-akutt leukemi m/bk	1,92	27	M	22 621
404	17	Lymfom & ikke-akutt leukemi u/bk	0,79	10	M	9 307
473	17	Akutt leukemi > 17 år	1,82	25	M	21 443
405	17	Akutt leukemi < 18 år	1,08	7	M	12 724
406	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi m/bk	3,26	41	K	38 408
407	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi u/bk	2,84	33	K	33 460
408	17	Andre op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi	0,96	13	K	11 310
409	17	Strålebehandling	0,00			0
410 A	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, uspesifisert	0,21	2	M	2 474
410 B	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 1	0,37	2	M	4 359
410 C	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 2	0,61	2	M	7 187
492	17	Kjemoterapi m/akutt leukemi som bidiagnose	0,69	2	M	8 129
411	17	Diagnostikk ved tidligere ondartede sykdommer uten endoskopi	0,41	8	M	4 830
412	17	Diagnostikk ved tidligere ondartede sykdommer med endoskopi	0,63	14	M	7 422
413	17	Sykdommer i HDG 17 ITAD m/bk	1,71	29	M	20 147
414	17	Sykdommer i HDG 17 ITAD u/bk	1,01	15	M	11 899

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 18: INFEKSJØSE OG PARASITTÆRE SYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
415	18	Op ved sykdommer i HDG 18	3,09	38	K	36 405
416	18	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år	2,06	27	M	24 270
417	18	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 < 18 år	2,69	19	M	31 693
418	18	Postop & posttraumatiske infeksjoner tilhørende HDG 18	0,93	15	M	10 957
419	18	Feber av ukjent årsak > 17 år m/bk	0,96	15	M	11 310

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
420	18	Feber av ukjent årsak > 17 år u/bk	0,70	10	M	8 247
421	18	Virussykdommer og chlamydiainfeksjoner > 17 år	0,66	9	M	7 776
422	18	Virussykdommer, chlamydiainfeksjoner & feber av ukjent årsak < 18 år	0,52	3	M	6 126
423	18	Sykdommer i HDG 18 ITAD	1,13	17	M	13 313

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 19: PSYKISKE LIDELSER OG ATFERDSFORSTYRRELSER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
424	19	Op på pasienter med sykdom i HDG19	1,04	15	K	12 253
425	19	Akutte tilpasningsproblemer & psykosos. forstyrrelser	0,64	8	M	7 540
426	19	Depressive nevroser	0,36	5	M	4 241
427	19	Ikke-depressive nevroser	0,48	4	M	5 655
428	19	Personlighetsforstyrrelser og adferdsproblemer	1,04	11	M	12 253
429	19	Organisk betingede sinnslidelser & mental retardasjon	0,93	13	M	10 957
430	19	Psykososer	0,44	7	M	5 184
431	19	Psykiske lidelser hos barn	0,61	6	M	7 187
432	19	Psykiske forstyrrelser ITAD	0,48	7	M	5 655
433	19	Alkohol/stoffmisbruk m. psyk. kompl., reist mot faglig råd	0,17	0		2 003

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

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
434	20	Alkohol/stoffmisbruk/avhengighet, avrusing etc m/bk	0,50	6		5 891
435	20	Alkohol/stoffmisbruk/avhengighet, avrusing etc u/bk	0,27	3		3 181
436	20	Alkohol/stoffmisbruk/avhengighet med rehabilitering	0,49	13		5 773
437	20	Alkohol/stoffmisbruk/avhengighet med både avrusing og rehab	0,44	7		5 184

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

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
439	21	Hudtransplantasjon etter skade	2,80	38	K	32 988
440	21	Sårrevisjon etter skade	0,76	28	K	8 954
441	21	Håndkirurgiske inngrep etter skade	0,64	3	K	7 540
442	21	Operasjoner etter skade ITAD m/bk	4,40	24	K	51 839
443	21	Operasjoner etter skade ITAD u/bk	1,57	11	K	18 497
444	21	Traume > 17 år m/bk	0,70	12	M	8 247
445	21	Traume > 17 år u/bk	0,27	4	M	3 181
446	21	Traume <18 år	0,32	8	M	3 770
447	21	Allergiske reaksjoner > 17 år	0,31	4	M	3 652
448	21	Allergiske reaksjoner < 18 år	0,30	3	M	3 534
449	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel >17 m/bk	0,50	4	M	5 891
450	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel >17 u/bk	0,25	3	M	2 945
451	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel < 18 år	0,27	2	M	3 181
452	21	Komplikasjoner ved behandling m/bk	0,77	10	M	9 072
453	21	Komplikasjoner ved behandling u/bk	0,40	5	M	4 713
454	21	Sykdommer i HDG 21 ITAD m/bk	0,91	3	M	10 721
455	21	Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk	0,29	3	M	3 417

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 22: FORBRENNINGER

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
456	22	Forbrenninger, overført til annen akutenhet, liggetid < 6 dager	3,27	2		38 526
472	22	Forbrenning > 49% med operativ behandling	12,50	57	K	147 270
457	22	Forbrenning > 49% uten operativ behandling	2,58	21	M	30 397
458	22	Forbrenning < 50% med hudtransplantasjon	3,43	50	K	40 411
459	22	Forbrenning < 50% med revisjon/annen op	1,62	26	K	19 086
460	22	Forbrenning < 50% forbrenning uten operativ behandling	0,79	17	M	9 307

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

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
461	23	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23	1,02	9	K	12 017
462 A	23	Rehabilitering, kompleks	0,15	1	M	1 767
462 B	23	Rehabilitering, vanlig	0,12	1	M	1 414
462 C	23	Rehabilitering, annen	0,71	1	M	8 365
463	23	Symptomer og funn m/bk	0,92	16	M	10 839
464	23	Symptomer og funn u/bk	0,50	5	M	5 891
465	23	Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	0,15	2	M	1 414
466	23	Etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose	0,31	5	M	3 652
467	23	Påvirkninger på helsetilstanden ITAD	0,31	3	M	3 652
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	40% DRG refusjon
484	24	Kraniotomi ved signifikant multitraume	8,56	27	K	100 850
485	24	Større op hofte/lårbensop & replantasjoner ved HDG 24	7,03	30	K	82 825
486	24	Operasjoner ved signifikant multitraume ITAD	5,27	30	K	62 089
487	24	Signifikant multitraume ITAD	1,97	30	K	23 210

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 25: HIV INFEKSJON

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
488	25	HIV m/ større operasjon	4,15	173	K	48 894
489	25	HIV m/ betydelig HIV relatert sykdom	2,55	43	M	30 043
490	25	HIV med eller uten bidiagnose	1,04	12	M	12 253
DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

491	Se HDG 8
492	Se HDG 17
493	Se HDG 7
494	Se HDG 7

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 30: SYKDOMMER I BRYST

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
257	30	Total mastektomi ved ondartet svulst m/bk	1,46	12	K	17 201
258	30	Total mastektomi ved ondartet svulst u/bk	1,18	10	K	13 902
259	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst m/bk	1,05	11	K	12 371
260	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk	0,80	7	K	9 425
261	30	Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon	0,95	7	K	11 193
262	30	Mammabiopsi & lokal eksisjon ved godartede sykdommer	0,50	5	K	5 891
274	30	Ondartet sykdom i bryst m/bk	1,24	23	M	14 609
275	30	Ondartet sykdom i bryst u/bk	0,52	10	M	6 126
276	30	Godartet sykdom i bryst	0,55	6	M	6 480
501 A	30	Rekonstruksjon av bryst m/bk	1,87	10	K	22 032
501 B	30	Rekonstruksjon av bryst u/bk	0,86	10	K	10 132
502	30	Mastektomi med rekonstruksjon av bryst v/ondartet svulst	1,70	10	K	20 029
509	30	Andre operasjoner på bryst	0,83	14	K	9 779

KATEGORIER UTENOM HOVEDDIAGNOSEGRUPPENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
480	0	Levertransplantasjon	27,04	95	K	318 574
481	0	Beinmargstransplantasjon	25,47	63	K	300 077
495	0	Lungetransplantasjon	21,21	107	K	249 888
482	0	Tracheostomi ved sykdommer i ansikt, munnhule, eller hals	6,78	72	K	79 879
483	0	Tracheostomi ekskl for sykd i ansikt, munnhule, eller hals	21,02	99	K	247 649
468	99	Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen	4,72	24	K	55 609
469	99	Hoveddiagnosen ubrukbar som utskrivingsdiagnose	0,37	18		4 359
470	99	Ikke grupperbar pga manglende opplysninger	0,00	5		0
477	99	Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen	1,10	16	K	12 960

Dagkirurgiske/spesifikke DRG-er som utløser full refusjon

Dagkirurgi

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
4	1	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	2,13	9	K	25 095
6	1	Op ved karpaltunnelsyndrom	0,32	2	K	3 770
8	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop u/bk	0,71	4	K	8 365
36	2	Op på corpus vitreum, choroidea, retina	0,69	15	K	8 129
37	2	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye	1,08	11	K	12 724
38	2	Intraokulære op hovedsaklig på regnbuehinne ITAD	0,48	10	K	5 655
39	2	Operasjoner på linsen	0,43	2	K	5 066
40	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer > 17 år	0,42	4	K	4 948
41	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer < 18 år	0,57	2	K	6 716
42	2	Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD	0,71	14	K	8 365
50	3	Fjerning av spyttkjertel	1,14	7	K	13 431
51	3	Op på spyttkjertler ekskl fjerning av spyttkjertler	1,01	6	K	11 899
52	3	Operasjoner for leppe- og ganespalte	1,32	9	K	15 552
DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
53	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus >17år	0,56	3	K	6 598
54	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus <18år	0,78	6	K	9 190
55	3	Diverse operasjoner på øre/nese/hals	0,58	4	K	6 833
56	3	Plastiske operasjoner på nesen	0,60	3	K	7 069
57	3	Tons./adenoid op ekskl -ektomi > 17år	0,52	5	K	6 126
58	3	Tons./adenoid op ekskl -ektomi < 18år	0,39	3	K	4 595
59	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17år	0,46	3	K	5 420
60	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi, <18år	0,39	3	K	4 595
61	3	Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret >17år	0,19	2	K	2 239
62	3	Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret <18år	0,28	2	K	3 299
63	3	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	1,02	7	K	12 017
77	4	Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk	3,39	7	K	39 940
112	5	Terapeutiske perkutane kardiovask prosedyrer	1,30	4	K	15 316
114	5	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt	1,37	24	K	16 141
116	5	Perm pacemaker u/AMI, hjertesvikt eller sjokk	2,84	15	K	33 460
118	5	Bytte av pulsgenerator, ev. med ledning	1,86	3	K	21 914
119	5	Inngrep for åreknuter	0,61	2	K	7 187
153	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	1,43	13	K	16 848
155 B	6	Andre op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år u/bk	1,70	15	K	20 029
156	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf. < 18 år	2,41	16	K	28 394
158	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	0,55	5	K	6 480
160	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år u/bk	0,67	7	K	7 894
162	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	0,61	3	K	7 187
163	6	Lyskebrokkoperasjon < 18 år	0,49	2	K	5 773
167	6	Appendektomi ekskl ved perforasjon/tumor u/bk	0,71	4	K	8 365
169	3	Prosedyrer i munnhulen u/bk	0,80	8	K	9 425
171	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD u/bk	1,29	12	K	15 198
194	7	Op på galleveier uten samtidigolecystektomi u/bk	1,75	13	K	20 618
196	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang u/bk	3,19	28	K	37 583
211	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år u/bk	1,63	20	K	19 204
212	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop <18 år	2,07	18	K	24 388
213	8	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet	3,06	56	K	36 052
215 C	8	Operasjoner på kolumna ekskl. spodylodese u/bk	1,77	15	K	20 853
216	8	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet & bindevevet	2,14	34	K	25 213
217	8	Sårrev & hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykdom i HDG 8	3,90	59	K	45 948
219	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	1,01	11	K	11 899
220	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop < 18 år	0,87	5	K	10 250
222	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	0,66	5	K	7 776
224	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk	0,72	3	K	8 483
225	8	Operasjoner på ankel & fot	0,58	6	K	6 833
227	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	0,65	5	K	7 658
228	8	Op på håndledd/hånd/tommel & leddprotese håndledd/hånd m/bk	0,78	8	K	9 190
229	8	Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl proteseop u/bk	0,53	3	K	6 244
230	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur	0,66	7	K	7 776
231	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	0,58	5	K	6 833
232	8	Artroskopi	0,58	3	K	6 833
234	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	1,53	17	K	18 026
266	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt u/bk	0,62	20	K	7 305
267	9	Perianale inngrep & operasjoner for sakralcyste	0,29	3	K	3 417
268	9	Plastiske op på hud og underhud	0,55	9	K	6 480
270	9	Op på hud og underhud ITAD u/bk	0,54	4	K	6 362
286	10	Operasjoner på binyrer & hypofyse	2,48	15	K	29 218
288 A	10	Gastrointestinale operasjoner for adipositas	1,78	7	K	20 971
288 B	10	Andre operasjoner for adipositas	0,92	7	K	10 839
291	10	Eksisjon av median halsfistel eller cyste	0,98	8	K	11 546
293	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD u/bk	0,72	11	K	8 483
303	11	Nyre/ureterop & større blæreop pga ondartet svulst	3,59	37	K	42 296
305	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst u/bk	1,91	19	K	22 503
309	11	Operasjoner på urinblæren ITAD u/bk	0,95	5	K	11 193
311	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk	0,73	7	K	8 601
313	11	Operasjoner på urinrør > 17 år u/bk	0,42	6	K	4 948
314	11	Operasjoner på urinrør < 18 år	1,38	18	K	16 259

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

315	11	Operasjoner på nyrer & urinveier ITAD	1,73	15	K	20 382
337	12	Transurethral prostatectomi u/bk	0,95	8	K	11 193
338	12	Op på skrotalinnhold ved ondartede sykdommer	1,09	13	K	12 842
339	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykdommer > 17 år	0,52	3	K	6 126
340	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykdommer < 18 år	0,43	2	K	5 066
341	12	Operasjoner på penis	0,81	17	K	9 543
342	12	Omskjæring > 17 år	0,35	2	K	4 124
343	12	Omskjæring < 18 år	0,32	3	K	3 770
345	12	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD	0,77	8	K	9 072
355	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykdom u/bk	2,03	12	K	23 917
356	13	Rekonstruktive gynekologiske inngrep	1,40	9	K	16 494
357	13	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom	3,01	22	K	35 463
359	13	Op på uterus/adn ved godartede sykdommer u/bk	1,32	10	K	15 552
360	13	Operasjoner på vagina, cervix & vulva ekskl vulvektomi	0,59	5	K	6 951
361	13	Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi (note1)	0,66	6	K	7 776
363	13	Utskraping & konisering ved ondartet sykdom	0,46	4	K	5 420
364	13	Utskraping & konisering ekskl ondartet sykdom	0,38	2	K	4 477
365	13	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD	1,13	14	K	13 313
377	14	Sykdommer etter forløsning & abort m/ operasjon	0,37	3	K	4 359
381	14	Spontan el medik utløst abort inkl med kir revisjon	0,19	2	K	2 239
392	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 > 17 år	2,03	15	K	23 917
394	16	Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD	0,92	8	K	10 839
402	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD u/bk	1,34	14	K	15 787
408	17	Andre op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi	0,96	13	K	11 310
415	18	Op ved sykdommer i HDG 18	3,09	38	K	36 405
424	19	Op på pasienter med sykdom i HDG19	1,04	15	K	12 253
439	21	Hudtransplantasjon etter skade	2,80	38	K	32 988
441	21	Håndkirurgiske inngrep etter skade	0,64	3	K	7 540
443	21	Operasjoner etter skade ITAD u/bk	1,57	11	K	18 497
458	22	Forbrenning < 50% med hudtransplantasjon	3,43	50	K	40 411
459	22	Forbrenning < 50% med revisjon/annen op	1,62	26	K	19 086
461	23	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23	1,02	9	K	12 017
494	7	Laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	1,65	7	K	19 440
257	30	Total mastektomi ved ondartet svulst m/bk	1,46	12	K	17 201
258	30	Total mastektomi ved ondartet svulst u/bk	1,18	10	K	13 902
259	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst m/bk	1,05	11	K	12 371
260	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk	0,80	7	K	9 425
261	30	Mammaop ved godartede sykdommer ekskl biopsi/lokal eksisjon	0,95	7	K	11 193
262	30	Mammabiopsi & lokal eksisjon ved godartede sykdommer	0,50	5	K	5 891
501 B	30	Rekonstruksjon av bryst u/bk	0,86	10	K	10 132
502	30	Mastektomi med rekonstruksjon av bryst v/ondartet svulst	1,70	10	K	20 029
509	30	Andre operasjoner på bryst	0,83	14	K	9 779

Ikke-kirurgisk dagbehandling

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
117	5	Pacemakerrevisjon ekskl bytte pulsgenerator	1,87	8	M	22 032
124	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre m/bk ekskl v/ AMI	0,82	10	M	9 661
125	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre u/bk ekskl v/ AMI	0,49	4	M	5 773
317	11	Dialysebehandling	0,12	1	M	1 414
380	14	Abort uten kirurgisk inngrep & tilst etter abort	0,14	2	M	1 649
410 A	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, uspesifisert	0,21	2	M	2 474
410 B	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 1	0,37	2	M	4 359
410 C	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 2	0,61	2	M	7 187
462 A	23	Rehabilitering, kompleks *)	0,12	1	M	1 414
462 B	23	Rehabilitering, vanlig	0,12	1	M	1 414
465	23	Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	0,15	2	M	1 414
492	17	Kjemoterapi m/akutt leukemi som bidiagnose	0,69	2	M	8 129

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

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2004

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Korrigert vekt ved Dagkirurgi	Type	40% DRG refusjon Dagkirurgi
7	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop m/bk	1,91	0,71	K	8 365
76	4	Op på åndedrettssystemet ITAD m/bk	3,39	3,39	K	39 940
152	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	2,45	1,43	K	16 848
154 B	6	Andre op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år m/bk	4,67	1,70	K	20 029
157	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm m/bk	1,23	0,55	K	6 480
159	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år m/bk	1,53	0,67	K	7 894
161	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år m/bk	0,85	0,61	K	7 187
166 N	6	Appendektomi ved perforasjon/tumor eller m/bk	1,20	0,71	K	8 365
168	3	Prosedyrer i munnhulen m/bk	1,48	0,80	K	9 425
170	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD m/bk	3,06	1,29	K	15 198
193	7	Op på galleveier uten samtidigolecystektomi m/bk	3,23	1,75	K	20 618
195	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang m/bk	3,40	3,19	K	37 583
210	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år m/bk	2,25	1,63	K	19 204
214 C	8	Operasjoner på kolumna ekskl. spodylodese m/bk	3,59	1,77	K	20 853
218	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år m/bk	2,64	1,01	K	11 899
221	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop m/bk	1,87	0,66	K	7 776
223	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese m/bk	1,39	0,72	K	8 483
226	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD m/bk	1,32	0,65	K	15 552
233	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD m/bk	2,97	1,53	K	18 026
257	30	Total mastektomi ved ondartet svulst m/bk	1,46	1,18	K	13 902
259	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst m/bk	1,05	0,80	K	9 425
265	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt m/bk	3,22	0,62	K	7 305
269	9	Op på hud og underhud ITAD m/bk	1,75	0,54	K	6 362
292	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD m/bk	2,73	0,72	K	8 483
304	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst m/bk	3,18	1,91	K	22 503
308	11	Operasjoner på urinblæren ITAD m/bk	1,28	0,95	K	11 193
310	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata m/bk	1,15	0,73	K	8 601
312	11	Operasjoner på urinrør > 17 år m/bk	0,62	0,42	K	4 948
336	12	Transurethral prostatectomi m/bk	1,25	0,95	K	11 193
354	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd m/bk	3,13	2,03	K	23 917
358	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd m/bk	2,11	1,32	K	15 552
401	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD m/bk	4,19	1,34	K	15 787
442	21	Operasjoner etter skade ITAD m/bk	4,40	1,57	K	18 497
493	7	Laparoskopiskolecystektomi u/ eksplor av gallegang m/bk	2,32	1,65	K	19 440
501 A	30	Rekonstruksjon av bryst m/bk	1,87	0,86	K	10 132

VEDLEGG B

Innsatsstyrt finansiering 2004

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 2004

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 2004***Vedlegg C: Institusjoner som inngår i ISF-ordningen for 2004**

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 RFH
Lovisenberg diak. sh.	Avtale med Helse Øst RFH
Martina Hansens hosp.	Avtale med HelseØst RFH
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
Lister sykehus	Sørlandet Sykehus HF
Mandal sykehus	Sørlandet Sykehus HF
Vest-Agder sykehus	Sørlandet Sykehus HF

VEDLEGG C

Innsatsstyrt finansiering 2004

Helse Vest RHF	
Betanien hospital (Hordaland)	Avtale med Helse Vest RHF
Diakonissehjemmets 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.	
Idrettsklinikken as	
Norsk Idrettsmedisinsk institutt	
Colosseumklinikken Stavanger	
Vestnorsk Ortopediske sykehus	
Klinikk Bergen	

VEDLEGG C

Innsatsstyrt finansiering 2004

Andre private sykehus	
Haugesund Lasersenter as	
Trondheim Spesialistlegesenter	
Moxnes Klinikken	
Ishavsklinikken	
Klinikk Stokkan Tromsø	
Volvat medisinske senter	
Vestfjordklinikken	

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