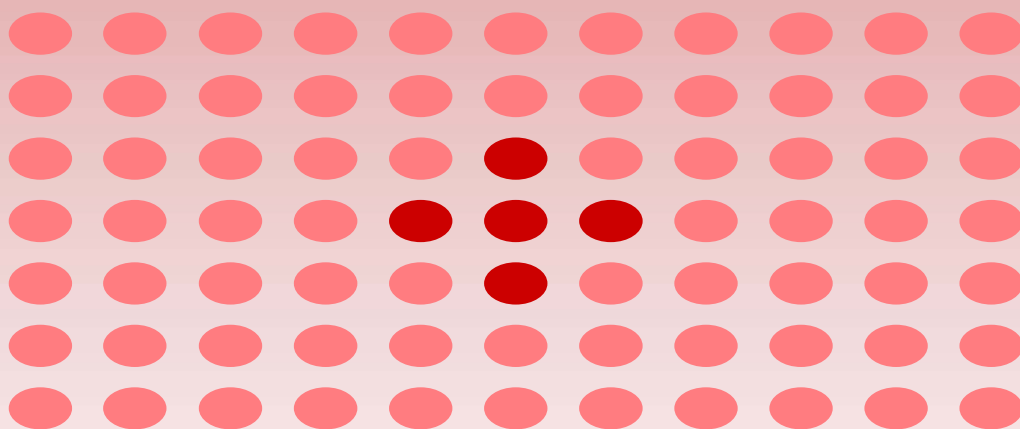


Informasjonshefte om

Innsatsstyrt finansiering 2005



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Forord

Innsatsstyrt finansiering 2005 beskriver retningslinjer for finansieringsordningen. Dokumentet inneholder også en liste over de institusjoner som omfattes av ordningen, samt en oversikt over refusjonssatser for innsatsstyrt finansiering.

Først i dokumentet gis det en generell orientering om ISF-ordningen. Her beskrives blant annet formålet med ordningen, hvem som omfattes av ordningen, hva som er nytt i 2005 og hvordan ISF-refusjonene beregnes. Kapittel 2 redegjør for en del generelle rapporterings- og 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 fire vedlegg. I vedlegg A presenteres refusjonslisten for DRGene, en egen tabell for de DRGer som er klassifisert som dagkirurgiske/spesifikke og en tabell som viser korrigert vekt når dagkirurgiske inngrep grupperes til kompliserte DRGer. Vedlegg B inneholder en oversikt over gyldige nullstilte takster. Vedlegg C forklarer de viktigste definisjoner og begreper i DRG-systemet og Innsatsstyrt finansiering, mens vedlegg D gir en oversikt over hvilke institusjoner som hører inn under de ulike regionale helseforetakene, samt hvilke andre institusjoner som inngår i ISF.

Endringer i ordningen som er gjort gjeldende fra 1.1.2005, er beskrevet i kapittel 1 under punktet "Nytt i 2005".

Oslo, februar 2005

Helse- og omsorgsdepartementet

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	1
KAPITTEL 1 – GENERELT OM INNSATSSTYRT FINANSIERING (ISF)	4
FORMÅL MED FINANSIERINGSORDNINGEN	4
OMFANGET AV ORDNINGEN	5
NYTT I 2005	5
BEREGNING, MOTTAKER OG ANALYSE AV ISF-REFUSJON	7
AVREGNINGSUTVALGET	10
FORSKJELLER I ISF GRUNNLAG OG DATA PRESENTERT I SSB/SAMDATA/NPR	10
UTVIKLINGSARBEID/FORBEDRINGER I ISF	11
KAPITTEL 2 – SJEKKLISTE FOR RAPPORTERING AV PASIENTDATA	12
NYTT RAPPORTERINGSFORMAT	12
RAPPORTERINGS- OG REGISTRERINGSKRAV	12
LUKKING AV TERTIALER	14
MULIGE VRIDNINGSEFFEKTER	15
ANGIVELSE AV KOMMUNENUMMER	17
POLIKLINISKE PASIENTER VERSUS INNLAGTE PASIENTER	17
OBSERVASJONSPASIENTER	17
DAGOPPHOLD	18
DAGKIRURGI HOS PRIVATPRAKTISERENDE AVTALESPELISALISTER	18
DAGKIRURGI HOS PRIVATPRAKTISERENDE SPESIALISTER UTEN AVTALE OM NORMALTARIFF	19
PASIENTER BEHANDLET I UTLANDET ETTER DIREKTE HENVISNING FRA DE REGIONALE HELSEFORETAK	19
PSYKIATRI PASIENTER	20
DØD VED ANKOMST	20
KAPITTEL 3 – SPESIELLE PASIENTGRUPPER	21
DAGKIRURGI	21
NULLSTILTE TAKSTER	22
IKKE-KIRURGISK KREFTBEHANDLING	22
DIALYSEPASIENTER	25
NYFØDTE I HOVEDDIAGNOSEGRUPPE (HDG) 15	26
REHABILITERING	27
HØYKOSTNADSMEDISIN	29
PALLIATIV BEHANDLING	31
STERILISERING	32
KAPITTEL 4 – DRG-SYSTEMET	34
GRUPPERINGSPROGRAM (NPK 2005)	34
NORDISK SAMARBEID	34
KOSTNADSVÆKTER	34
LOGIKK I DRG-KLASSIFISERINGEN	35
SPESIELLE DRGER	39
KRAV TIL KODEPRAKSIS OG GJELDENE KODEVERK	40
VEDLEGG A	44
REFUSJONSLISTE DRG 2005	44
VEDLEGG B: GYLDIGE NULLSTILTE TAKSTER I 2005	62
VEDLEGG C: DEFINISJON BEGREPER	65
VEDLEGG D: INSTITUSJONER SOM INNGÅR I ISF-ORDNINGEN FOR 2005	66

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.

ISF er et finansieringssystem rettet mot de regionale helseforetakene. Det er en sentral målsetting at finansieringssystemet skal ha en slik kvalitet at det kan gi god styringsinformasjon når pengene skal fordeles fra de regionale helseforetakene til helseforetakene. ISF er ikke og kan ikke være presist og oppdatert nok til mekanisk å brukes som et gjennomgående prissystem mot de enkelte sykehus, avdelinger og private tjenesteytere og skal ikke være styrende for de avtaler som inngås med private tjenesteyterne. Sykehus og leger har et selvstendig ansvar for å vurdere alvorlighetsgrad og til å prioritere mellom enkeltpasienter. Dersom ISF brukes og oppfattes som et gjennomgående prissystem og ikke som et finansieringssystem fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene, har ordningen svakheter og kan medføre utilsiktede omfordelingsvirkninger og prioriteringer.

Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange pasienter som får behandling. Aktivitetsfinansieringen skal oppmuntre til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalsen som hindrer effektiv pasientbehandling. Det aktivitetsbaserte tilskuddet skal sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for gjennomføring av departementets krav til aktivitet.

ISF-systemet skal ikke være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn hvilke pasienter som skal tilbys behandling. De regionale helseforetakene må derfor bl.a. se til at de avtalene som inngås med helseforetak og private tjenesteleverandører er av en slik karakter at det ikke medfører uheldige prioriteringer. Refusjonene er i gjennomsnitt ikke ment å dekke marginalkostnadene ved økt behandlingsaktivitet. Det forutsettes at det styres med dette som utgangspunkt. Refusjonene gjennom ISF-systemet skal baseres på reell aktivitet, og skal fastsettes i tråd med dette i forbindelse med endelig avregning 2006.

Prisen som de regionale helseforetakene betaler til de private tjenesteyterne forutsetter forhandlinger mellom disse. Økt ISF-andel i 2005 endrer ikke på dette prinsippet, som også lå til grunn for St. meld. nr. 5 (2003-3004) Om inntektssystem for spesialisthelsetjenesten. I de avtaler som inngås med private aktører må det i hvert enkelt tilfelle foretas en konkret vurdering av hvorvidt ISF-systemet som referansesystem ”treffer” i forhold til kostnadene ved behandling av de aktuelle pasienter/pasientgrupper.

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 D gir en oversikt over institusjoner som omfattes av ordningen.

De regionale helseforetakene får også ISF-refusjon når de kjøper dagkirurgisk behandling hos privatpraktiserende spesialister utenfor offentlig godkjente sykehus. Både i de tilfellene der behandlingen skjer hos privatpraktiserende spesialister og på ikke-statlige offentlig godkjente sykehus, blir ISF-refusjonen utbetalt til det regionale helseforetaket.

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

Enkelte pasientopphold finansieres **ikke** gjennom ISF. Dette gjelder utenlandske statsborgere 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 nye NPR-data.

Poliklinisk behandling hvor RTV-takst finnes, finansieres heller ikke gjennom ISF. Unntatt fra dette er takster for dagkirurgi og noen få dagmedisinske behandlinger, de såkalte "nullstilte" takstene. En oversikt over gyldige nullstilte takster i 2005 finnes i vedlegg B.

Nytt i 2005

➤ Utvidelse av ISF-ordningen

Fra 2005 er dagkirurgiske kjøpsavtaler med privatpraktiserende spesialister uten offentlig avtale om normaltariff inkludert i ISF-ordningen. Det vises her til omtale i St. prp. nr. 1 (2004-2005). ISF-refusjonen vil bli utbetalt det regionale helseforetaket der pasienten har bostedsadresse. Det presiseres at den private spesialisten må ha inngått kjøpsavtale med et regionalt helseforetak før ISF-refusjon utbetales til det regionale helseforetaket.

➤ Nytt nettsted

I løpet av mai 2004 ble det opprettet et nytt nettsted med relevant informasjon om ISF-systemet og DRG. Nettstedet inneholder også linker til andre nettsteder med informasjon om ISF og DRG. Adressen til nettstedet er: www.drginfo.info. På nettstedet presenteres også DRG-grupperte pasientdata som inngår i ISF i en dynamisk rapportgenerator (ISF-kuber).

➤ Økonomi og refusjonsregler:

- Enhetsrefusjonen for 2005 er fastsatt til 30 325 kroner.
- DRG refusjonen for 2005 er 60 prosent av full DRG-refusjon, dvs. 18 195 kroner per DRG poeng. Alle refusjoner i ISF er justert opp med en faktor 60/40 for å kompensere for den lavere basisfinansieringen til de regionale helseforetak i forholdt til finansieringen i 2004. Justeringen gjelder også sideutbetalinger i ISF-systemet.

Kapittel 1 – Generelt om ISF

Innsatsstyrt finansiering 2005

- For sekundær rehabilitering er dagvekten justert opp fra 0,11 til 0,18 for liggetid over trimpunkt i DRGer som utløser sekundær rehabilitering.
 - DRG utvalget for sekundær rehabilitering utvides med DRG 213 "Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet".
 - På grunn av stor kostnadsvariasjon mellom ulike typer inngrep i DRG 36 er det innført en refusjonsregel for avkorting av enkelte nulldagsopphold. Vekten for de mest ressurskrevende oppholdene som grupperes til DRG 36 vil være på 1,30, mens de mindre ressurskrevende oppholdene vil få en vekt på 0,32.
 - Fra 2005 vil private sykehus som ikke er godkjente poliklinikker utløse en refusjon for mindre kirurgiske inngrep som er harmonisert med tilsvarende takster for offentlige poliklinikker. Dette vil bli nærmere beskrevet i brev til de regionale helseforetak og de aktuelle sykehusene.
 - For 2005 innføres det ny nullstilt takst - A06b "Percutane cardiologiske diagnostiske og terapeutiske prosedyrer".
- Større logikkendringer i DRG-systemet for 2005:
- Søvnutredninger og relaterte inngrep dekkes gjennom endring i DRG logikk i stedet for løsningen med refusjonsregler i 2004. Søvnutredninger grupperes nå til DRG 520, mens operasjoner samles i DRG 521.
 - HDG 8 "sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev" har fått endret hierarkiet for kirurgiske prosedyrer. Dette fører til noen endringer i gruppering for opphold i denne hoveddiagnosegruppen.
 - ICD10-kode J22 "uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier" som hoveddiagnose grupperes til DRGene 89, 90, 91A eller 91B "lungebetennelse & pleuritt" (mot tidligere 79, 80 eller 81 "infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.systemet").
 - Noen opphold vil gå fra ukomplisert til komplisert fødsel- eller keisersnitt DRG. Dette gjelder for keisersnitt kodene O362, O363, O365 og O665. For vaginale forløsninger gjelder dette disse ICD-10 kodene: O66x "annen mekanisk hindret fødsel" og O703 "fjerdegrads perinealrift under forløsning". I tillegg har prosedyrekode MBC33 "suture av totalruptur av perineum – grad 3 og 4 skader" fått kompliserende egenskap.
 - Hoveddiagnosegruppene for psykiatri og rus er slått sammen (HDG 19), og det er kommet til en del nye DRGer.
 - Prosedyrekode DCA10 "paracentesis av trommehinne" gis egenskap tilsvarende DCA20 "paracentesis og innleggelse av vent.rør gjennom trommehinne". Dette fører til endringer i HDG 3 "øre-, nese-, og halssykdommer" i første rekke gjennom at enkelte opphold som tidligere har gruppert til medisinske DRGer nå grupperes til kirurgiske.

Kapittel 1 – Generelt om ISF

Innsatsstyrt finansiering 2005

- Daggrensene for nyfødte er justert opp med en dag.
- I ICD-10 er det gjort endringer ved at noen koder er tatt ut (dvs. er ikke lenger gyldige i Norge). Det har også kommet nye koder fra 2005. Det samme gjelder for NCSP. Dette vil ha innvirkning på DRG grupperingsresultatet.

For detaljer omkring logikkendringene vises det til NordDRG forum:

<http://www.nordclass.uu.se/verksam/norddrforum/>. Når det gjelder endringene i ICD-10 og NCSP er disse dokumentert på: www.kith.no.

Beregning, mottaker og analyse av ISF-refusjon

ISF-refusjonen består av DRG-refusjon pluss en eventuell tilleggsrefusjon. For beregning av tilleggsrefusjonene, se sidene 30 til 32.

ISF-refusjonen som beregnes for hvert regionalt helseforetak har DRG-klassifisert aktivitet som utgangspunkt. I denne klassifiseringen plasseres sykehusopphold i grupper (DRGer) 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 2005 er utarbeidet med utgangspunkt i regnskaps- og aktivitetsdata fra 2002. Se side 34 for mer informasjon om kostnadsvektsarbeidet. Kostnadsvekten for én DRG = antall DRG-poeng **ett** sykehusopphold i denne DRGen opptjener. Kostnadsvekt * enhetsrefusjon for aktuelt år gir gjennomsnittsprisen for ressursmessig like opphold. Summen av poeng i alle DRGene (=total aktivitet) utgjør refusjonsgrunnlag til det regionale helseforetaket.

Refusjonssatsen er på 60 prosent av full DRG-refusjon i 2005. Dette betyr at DRG-refusjoner skal dekke 60 prosent av gjennomsnittskostnadene, mens 40 prosent skal dekkes av basisbevilgningen. DRG-refusjonen for enkelt DRGer dekker derfor ikke alle kostnadene for sykehusoppholdet. Dekningsgraden varierer innen én og samme DRG fra pasient til pasient, og lar seg ikke bedømme basert på faktiske kostnader av enkelttilfeller. For å vurdere dekningsgraden for en pasientgruppe (innen en DRG) er man derfor nødt til å se alle opphold i en DRG under ett.

DRG-refusjonen er beregnet basert på gjennomsnitt av aktivitet og kostnader i hele landet. Derfor er dekningsgrad også avhengig av kostnadsforhold ved det aktuelle behandlingssted. Nasjonal enhetsrefusjon 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.

Korrigerte DRG-poeng er DRG-poeng justert for de refusjonsreglene som er gyldige i 2005. I korrigerte DRG-poeng tas det dessuten hensyn til at det ved rehabilitering påløper dagtillegg i tillegg til den faste vekten for DRGen.

DRG-refusjonen for år 2005 beregnes på følgende måte:

Korrigerte DRG-poeng * 0,60 * 30 325

Den ekstra refusjonen som gis til et utvalg høykostnadsprosedyrer og palliativ behandling vil derimot ikke fremkomme ved denne beregningen, men håndteres som en sideutbetaling som vil bli avregnet ved årsoppgjøret for ISF. Det samme vil også gjelde for et eventuelt trekk for høy andel av kompleks rehabilitering (se s 29 for regler for trekk på grunn av for høy andel kompleks rehabilitering).

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 (se liste over gyldige nullstilte takster i vedlegg B) og hvor oppholdet ikke grupperes til en spesifikk DRG. Nullstilte takster skal ikke benyttes for prosedyrer der det finnes andre gyldige polikliniske takster. 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 DRGen i paret er en spesifikk dagkirurgisk DRG. Disse oppholdene får en vekt tilsvarende den ukompliserte dagkirurgiske DRGen. (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 DRGer 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 DRGer gis en vekt på 0,12

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

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 til andre sykehus

- Avkortes etter liggetid som annen dagbehandling.

Kapittel 1 – Generelt om ISF

Innsatsstyrt finansiering 2005

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 2005

Døgnbehandling	Dagbehandling	
FULL refusjon	Medisinsk DRG Vekt = 0,15	< 5 timer Vekt = 0
	Øvrige DRGer Vekt = 0,12	
	Død = full refusjon	
	Pasienten overføres til en av følgende institusjoner: Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Haukeland, St.Olavs, UNN = Full refusjon	
	Dagkirurgi og spesifikke medisinske DRGer = Full refusjon	

 = full refusjon  = avkortet refusjon  = ingen refusjon

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter månedlige a-konto utbetalinger til de regionale helseforetakene basert på forventet ISF-refusjoner for driftsåret 2005. Det vises til nærmere omtale i kapittel 1 (Tildeling av midler og ressursgrunnlag) i bestillerdokumentet for de regionale helseforetakene. Dokumentene finnes i elektronisk versjon på denne nettadressen:

www.odin.dep.no/hod/norsk/helse/sykehus/organisering/042031-990079/dok-bn.html

Refusjonene beregnes på grunnlag av behandlingsaktiviteten for pasienter med bostedsadresse i egen helseregion, uavhengig av hvilken institusjon de er behandlet ved.

Det gjøres oppmerksom på at Helse- og omsorgsdepartementet kan holde tilbake midler i avregningen dersom det er mistanke om at retningslinjene for koding eller gjeldende retningslinjer for ordningen ikke følges. Slike saker vil bli fulgt opp gjennom Avregningsutvalget. Det kreves ikke ytterligere vurderinger av utvalget for å korrigere utbetalingsgrunnlaget i saker som tidligere er behandlet av Avregningsutvalget.

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

Helse- og omsorgsdepartementet vil eventuelt korrigere a konto utbetalingene for 2005 etter gjennomgang av aktivitetstall for 2. tertial. Disse eventuelle justeringene er basert på spesifikke forventninger. De regionale helseforetakene må selv sjekke hvorvidt disse er

oppfylt, og selv ta ansvar for de økonomiske prognosene. Endelig avregning vil bli foretatt 2006. Se forøvrig informasjon om låsing av data (side 14).

Avregningsutvalget

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 brudd på intensjonen om 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 Helse- og omsorgsdepartementet 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. Alle aktører i helsesektoren står fritt til å melde inn saker til avregningsutvalgets sekretariat, som ivaretas av Norsk pasientregister.

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. Aktiviteten som danner grunnlag for ISF-refusjon presenteres på nettstedet www.drginfo.info i en dynamisk rapportgenerator. Antall sykehusopphold i ISF vil avvike fra aktivitetstall publisert gjennom de nevnte organisasjoner/publikasjoner.

Det er flere faktorer som forklarer forskjellen mellom ISF og SSB/SAMDATA/NPR:

- Det er en del institusjoner eller enheter ved institusjoner som er inkludert i ISF-ordningen, men som ikke inkluderes i datagrunnlaget for SSB/SAMDATA/NPR.
- Det er en del institusjoner eller enheter ved institusjoner som inkluderes i datagrunnlaget for SSB/SAMDATA/NPR, men ikke i ISF-ordningen.
- Noen *institusjoner* har blitt håndtert ulikt i SSB/SAMDATA/NPR og ISF-ordningen.

- 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 2005, skal sykehusene oppdatere data, både medisinsk og annen informasjon gjennom 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. En oversikt over forskjeller i datagrunnlag for 2003 i ulike aktivitetsoversikter er presentert i vedlegg 2 i Samdata somatikk (rapport 1/04) fra SINTEF Helse.

Utviklingsarbeid/forbedringer i ISF

DRG-systemet blir oppdatert årlig i forhold til grupperingsregler. Dette kan for eksempel skyldes 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, gjennom NordDRG systemet. 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.

Som en del av strategien for å styrke kvaliteten i grunnlagsdata til Norsk pasientregister og dermed også kvaliteten i ISF-systemet, gjennomfører SINTEF Helse fra 2004 et arbeid kalt "Diagnosekvalitetsprosjektet". Formålet med prosjektet er å høyne kvaliteten i datagrunnlagene gjennom en bedre og fastere kontakt mellom de kliniske fagmiljøene og NPR/ PaFi.

Fra 2005 vil etter planen kostnadsvektene i DRG-systemet bli oppdatert årlig. Se side 34 i dette heftet for mer informasjon om arbeidet med kostnadsvekter.

Eventuelle spørsmål eller innspill til endringer i DRG-systemet kan meldes elektronisk på nettstedet www.drginfo.info eller via mail til adressen drginfo@sintef.no.

Kapittel 2 – Sjekkliste for rapportering av pasientdata

Nytt rapporteringsformat

Det er innført nytt format for innrapportering av pasientadministrative data (Nye NPR-data). Mens de gamle NPR-data var basert på flate Ascii-filer, er det nye formatet basert på XML-meldinger.

Det er forutsatt at alle aktørene i ISF leverer data på det nye formatet, men det kan inntil videre 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. Dette vil si at alle foretak må levere data både på nytt og gammelt format inntil godkjenning foreligger. Dette fører til at de helseforetak som grupperer data på XML-format i NPK2005 kan oppleve avvik i forhold til godkjent finansieringsgrunnlag fra Pafi.

For mer utfyllende opplysninger henviser vi til NPRs hjemmesider: <http://www.npr.no/>

Rapporterings- og registreringskrav

Sykehusene registrerer data om pasientene i sine pasientadministrative systemer. Et uttrekk av disse dataene innrapporteres tertialvis til Norsk pasientregister (NPR). Det er i den sammenheng viktig å skille 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 (for eksempel dagkirurgi og kjemoterapi).

Pasienter som behandles i utlandet, må inngå i rapporteringen. Det regionale helseforetaket som den henviste pasienten hører til, må sørge for at opplysninger fra det behandlende sykehus i utlandet registreres med nødvendige opplysninger og rapporteres til NPR sammen med ordinær rapportering av pasientdata til NPR.

Det gjøres oppmerksom på at Helse- og omsorgsdepartementet kan holde tilbake ISF-refusjon til de regionale helseforetakene dersom institusjonene ikke rapporterer på korrekt format og/eller til riktig tid. Dette vil gjelde både offentlige og private institusjoner.

Kapittel 2 – Rapportering av pasientdata

Innsatsstyrt finansiering 2005

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 identifisere feil og mangler som gjør at oppholdene ikke kan DRG-grupperes. 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 et opphold skal kunne grupperes i NPK, må følgende opplysninger om pasienten registreres i sykehusets pasientadministrative datasystem (gjelder innrapportering av XML-meldinger):

- Institusjonsnummer
- Avdelingsnummer
- Pasientnummer
- Kommunenummer
- Oppholdstype
- Hoveddiagnose
- Bidiagnose(r)
- Prosedyre(r)
- Kjønn
- Alder
- TilSted
- Hastegrad
- Ut TilSted
- Innskrivningsdato
- Utskrivningsdato

I tillegg må medisinske opplysninger kodes i henhold til gjeldende kodeverk. 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 ble fra 2004 innført låsing av tertialdata som benyttes til økonomiske beregninger i ISF. Denne ordningen videreføres i 2005. Datafilene som leveres til Norsk Pasientregister (NPR) hvert tertial vil etter kontroll hos NPR være det endelige beregningsgrunnlaget for størrelsen på ISF-refusjon. Men man skal fortsatt oppdatere registrert informasjon i sykehusenes PAS-system når dette er nødvendig, men etterregistreringene vil ikke påvirke 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.

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.

Mer informasjon om lukking av tertialer er beskrevet i informasjonsbrev om lukking av tertialer i 2004 fra NPR til sykehusene:

www.npr.no/gen/doc/brev_lukking_av_tertialer_2004.pdf .

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

1. tertial 2005:

Data innrapporteres til NPR som vanlig 2. virkedag i mai (3. 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 30. mai.

Når siste dataleveranse er foretatt skal filen ”låses” og lagres på sykehuset. Det vil være denne låste filen som ligger til grunn for de økonomiske beregningene basert på aktiviteten for 1. tertial.

Innkallingsbrev til institusjonene vil bli sendt ca en måned før frist for første dataleveranse til NPR.

Frister 1. tertial:
<ul style="list-style-type: none">• 3. mai – første dataleveranse til NPR• 30. mai – siste dataleveranse til NPR

2. tertial 2005:

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

Kapittel 2 – Rapportering av pasientdata

Innsatsstyrt finansiering 2005

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.

3. tertial 2005 (årsdata):

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

Frister 3. tertial (årsdata 2005):
<ul style="list-style-type: none">• 24. januar 2006 – første dataleveranse til NPR• 14. februar 2006 – 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 ikke bli benyttet i de økonomiske beregningene.

Det er viktig at sykehusene registrerer informasjon om oppholdet riktig så tidlig som mulig, og selv foreta kvalitetskontroller etter at data er levert NPR i første runde, slik at korrigeringene mot slutten blir færrest mulig.

Når det gjelder de tekniske forhold knyttet til hvordan "låsing" skal gjennomføres i praksis, er dette beskrevet i grupperingsprogramvaren for 2005 (NPK 2005). NPK 2005 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 10).

De regionale helseforetakene må selv ta ansvar for at egne sykehus foretar nødvendig kvalitetskontroll av data og overholder frister for innsending av disse.

Kapittel 2 – Rapportering av pasientdata

Innsatsstyrt finansiering 2005

Dersom foretakene kjøper tjenester hos private aktører, er de også ansvarlige for at disse aktørene innrapporterer data til NPR for denne virksomheten på det til enhver tid gjeldene format. De regionale helseforetakene må i sine kjøpsavtaler med private innarbeide krav om eventuell journalgjennomgang basert på samarbeid og anonymitet og i samsvar med helsepersonellovens hovedregel om taushetsplikt, jf. § 21. Departementet vil vurdere supplerende tiltak dersom dette ikke lar seg gjennomføre.

Som tilskuddsmottaker er de regionale helseforetakene ansvarlig for at retningslinjer og regelverk for ordningen følges. Dette gjelder også innrapportering og kontroll 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 for de sykehus som har inngått avtale om å levere data på gammel NPR-record, skal de syv viktigste bidiagnoser innrapporteres. Rekkefølgen av bidiagnoser er uten betydning for DRG-grupperingen, men skal følge eventuelle gjeldende regler i ICD-10, for eksempel ved sverd / stjerne koder og koding av ytre årsak til skade mv. Sykehusene må allikevel være spesielt oppmerksom på at femtegnskode for fødselsvekt fra gruppene P07.0 og P07.1 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 stjerne koden. Dette medfører at sverdkoden strykes for hovedtilstand registrert med sverd/stjerne kombinasjon ved overføring til NPR-recorden, for dem som leverer på gammelt format. Det presiseres at dette kun gjelder for de sykehus som har en avtale med NPR om innrapportering på gammelt NPR-format. I XML-meldingen, for nye NPR-data får alle diagnosekoder plass, og man slipper at sverdkoden for ICD-10 hovedtilstand går tapt.

Sykehusopphold grupperes i kirurgiske DRGer 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

Kapittel 2 – Rapportering av pasientdata

Innsatsstyrt finansiering 2005

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. (Jfr. rundskriv I-58/2000) og skal derfor registreres med det kommunenummeret hvor de er bosatt i Norge. De skal derfor ikke registreres med kommunenummer for utlendinger.

For utlendinger gjelder følgende kommunenummer

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

Polikliniske pasienter versus innlagte pasienter

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

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

Observasjonspasienter

Pasienter som i en akuttsituasjon legges inn til observasjon uten at spesielle tiltak er iverksatt, skal registreres i datasystem for innlagte pasienter hvis oppholdet på sykehus varer over 5 timer. Kortere opphold defineres som polikliniske og utløser poliklinisk takst. Disse skal ikke registreres i sykehusenes pasientadministrative systemer for innlagte pasienter.

Dagopphold

Dagopphold kan være planlagt innleggelse uten overnatting, enten som enkeltbehandling eller som del av behandlingsserie. Eksempel på dette kan være 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 har de regionale helseforetakene fått ISF-refusjon ved kjøp av 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 direkte til de privatpraktiserende avtalespesialistene, og noe pasientbehandling som gir ISF-refusjon til de(t) regionale helseforetak (RHF) avtalespesialisten på forhånd har inngått samarbeidsavtale med.

Det presiseres at det ikke kan kreves refusjon gjennom to ulike finansieringsordninger for samme opphold. Dersom det både er registrert normaltarifftakst og NCSP-prosedyrer på samme opphold, og disse oppholdene rapporteres til NPR, skal det ikke utbetales refusjon gjennom normaltarifftaksten.

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 NPR-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: www.npr.no/avt/doc/Viktige_punkter_ved_registrering_av_pasientdata.pdf 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 Helse- og omsorgsdepartementet 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 (3. mai 2005).

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

Dagkirurgi hos privatpraktiserende spesialister uten avtale om normaltariff

Fra 2005 kan de regionale helseforetakene inngå kjøpskontrakter med privatpraktiserende spesialister uten offentlig avtale om normaltariff. Det presiseres at den private spesialisten må ha inngått en avtale med et regionalt helseforetak før eventuell ISF-refusjon utbetales til RHF-et.

Det er en forutsetning at de privatpraktiserende spesialistene 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 (3. mai 2005).

Det gjelder samme krav til koding for privatpraktiserende spesialister som for privatpraktiserende avtalespesialister (se s 18).

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 det enkelte regionale helseforetak. 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 ett av sykehusene i det regionale helseforetak som henviser pasienten for at ISF-refusjon skal oppnås. Oppholdet merkes med verdien 5 (utlandet)¹ i "Til sted"-feltet.

Opplysninger for riktig DRG-gruppering er som for andre pasienter, se side 13 for spesifisering av innhold i rapportering.

¹ Kode 5 skal benyttes for registrering i det nye XML-formatet. De institusjoner som fortsatt benytter gammel NPR-record skal bruke kode 4 (sykehus i utlandet).

Kapittel 2 – Rapportering av pasientdata

Innsatsstyrt finansiering 2005

Det regionale helseforetakene som den henviste pasienten hører til, må sørge for at opplysninger fra det behandelende sykehus i utlandet registreres med nødvendige opplysninger og rapporteres til NPR sammen med ordinær rapportering av pasientdata til NPR.

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 via ISF-systemet for disse pasientene.

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Dagkirurgi

Dagkirurgi i ISF defineres ut fra en liste med takstkoder (se vedlegg B) og DRGer (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 (nullstilt takst) 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 DRGer 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 poliklinikksystemet, 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 DRGer vil ikke bli berørt av refusjonsreglene 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 DRGer 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 DRGer eller kirurgiske DRGer som ikke er definert som dagkirurgiske, og blir gitt en vekt lik hhv. 0,15 eller 0,12.

Nullstilte takster

Et økende antall små inngrep er i løpet av de siste årene blitt registrert med takster som utløser ISF refusjon. Det presiseres at fjerning av mindre atheromer, lipomer, små hudlesjoner og inngrodde negler ikke regnes som dagkirurgi. Det vil fortsatt være grensetilfelle mot mer ressurskrevende plastikk kirurgi hvor taksten "Andre plastikkirurgiske inngrep" vil utløse ISF refusjon. For at bruk av nullstilt takst skal være anbefalt, bør inngrepet/behandlingen være operasjonsstuekrevende. Inngrep som kan utføres på skiftestue bør finansieres via poliklinikkssystemet, og registreres med takst i henhold til prisliste for offentlig poliklinikk.

Mindre polikliniske inngrep finansieres fortsatt fra Rikstrygdeverket gjennom takstgruppe 3 og 4 (takst B03 mm) Denne inkluderer også fjerning av små hudlesjoner i lokalbedøvelse. Fjerning av middels store og store hudforandringer finansieres over ISF ved å benytte takst B42f.

Private sykehus som ikke er godkjente poliklinikker vil utløse en refusjon for slike inngrep som er harmonisert med tilsvarende takster for offentlige poliklinikker. Det er forutsatt at prosedyrekode for inngrepene er registrert. Dette vil bli nærmere beskrevet i brev til de regionale helseforetak og de aktuelle sykehusene.

Kontrollrutinene for nullstilte takster følger regler for ISF-ordningen. Det betyr at tidsbegrensninger for hvor ofte taksten kan tas i bruk, som beskrevet i taksthefte for offentlige poliklinikker, ikke gjelder ved bruk av nullstilte takster.

Det vil i 2005 bli utført kontroller av sammenheng mellom registrerte prosedyrekoder og bruk av nullstilt takst.

Ikke-kirurgisk kreftbehandling

I løsningen for ikke-kirurgisk kreftbehandling er DRG 410 splittet i tre undergrupper (DRG 410A, DRG 410B og DRG 410C) for å gi en bedre differensiering av kostnadene knyttet til ulike typer medikamentell kreftbehandling ved liggetid 0-2 døgn og ved poliklinisk behandling. En mer langsiktig løsning for differensiering krever mer komplett informasjon om hvilken behandling pasienten har fått.

I dette kapitlet framgår en beskrivelse av hvilke kurer som omfattes av endringen og hvilke krav til koding av data dette innebærer. Det er foretatt en oppdatering av listen for cytostatikakurer i 2005, ut fra opplysninger fra Nasjonalt register for medikamentell kreftbehandling ved Radiumhospitalet per 31. januar 2005.

Cytostatikabehandling uten overnatting skal fortrinnsvis registreres 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 2005 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

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2005

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

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

Nytt i år er at prefikset (OD-, OG-, OH-, OP-) er fjernet. Nummerdelen er den samme som tidligere, og er fortsatt unik. Cytostatikakoden bes registrert i prosedyrefeltet, men dette er imidlertid fortsatt frivillig.

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2005

Kjemoterapeutika Gruppe I

Dersom behandlingen omfatter en av de nedenstående cytostatikakurer ved poliklinisk fremmøte eller ved liggetid 0-2 døgn, skal behandlingen kodes med Z51.11 som hoveddiagnose og aktuell kreftdiagnose som bidiagnose

ID	Kurnavn
0037	Lunge: Taxotere 100mg/m ²
0112	Mamma: Taxotere 100mg/m ²
0493	Mamma: Taxotere – Capecitabine
0503	GI-cancer: FLOX Oxiplatin FLV hver 2. Uke
0505	Mamma: Herceptin ukentlig 1. kur
0530	Lunge: Epi – Taxol
0531	Ovarial: Karboplatin - Paclitaxel (TC) AUC=5
0540	Corpus: TEC – endometrie
0548	Lunge 2.linje, prostata: Taxotere 75mg/m ²
0576	Ovarial: Caelyx 40 mg
0588	Gyn: Paklitaxel/Gemcitabine
0592	Mamma: Taxol/ Herceptin 1. Kur
0593	Mamma: Taxol/Herceptin ukedose, senere kurer
0594	Mamma: Navelbine/ Herceptin, 1. Kur
0640	Endokrin: Streptozotocin-Caelyx vedlikehold
0647	Ovarial: TCG dag 1 (TCG/TC studien)
0669	Gyn: Cis/Paclitaxel/Gemcitabine
0671	Mamma: Caelyx 50 mg/m ² hver 4.uke
0675	Ovarial: HD etoposid, 1600
0682	Lymfom: HD cytarabin mantel
0690	Sarkom: CEV
0699	Colon: Cetuximab senere doser
0718	Gyn: Docetaxel - Karbo Fase II
0733	Colorectal: Avastin

Kjemoterapeutika Gruppe II

Dersom behandlingen omfatter en av de nedenstående cytostatikakurer ved poliklinisk fremmøte eller ved liggetid 0-2 døgn, skal behandlingen kodes med Z51.12 som hoveddiagnose og aktuell kreftdiagnose som bidiagnose.

ID	Kurnavn
0464	Lymfom: Rituximab
0574	Melanom/Sarkom: TNF-Melfalan ILP, upper limb
0575	Melanom/Sarkom: TNF-Melfalan/Sarkom ILP, lower limb
0630	Mamma: Herceptin hver 3 uke, 2. kur og senere
0632	Lymfom: CHOP21 - Rituximab
0658	Mamma: Herceptin hver 3. uke 1. kur
0660	Mesoteliom: Alimta-Cisplatin
0663	Mesoteliom, Lunge: Alimta 500 mg/m ²
0672	Mamma: Caelyx 60 mg/m ² hver 6. uke
0692	Mesoteliom: Alimta-Carboplatin
0698	Colorectal: Irinotecan (Campto) + Cetuximab under 70 år
0705	Colorectal: Cetuximab 400
0730	Lymfom: CHOP14 - Rituximab
0731	Colorectal: Irinotecan (Campto) + Cetuximab senere doser under 70 år
0732	Colorectal: Irinotecan (Campto) + Cetuximab over 70 år
0734	Colorectal: Irinotecan (Campto) + Cetuximab senere doser over 70 år

Dersom det er behov for å definere nye kurer, bes disse meldt inn til:

Nasjonalt register for medikamentell kreftbehandling
Fagområde medisinsk informatikk
Radiumhospitalet
0310 Oslo

Fra månedsskiftet februar/mars 2005 vil registeret opprette et eget nettsted. Nye kurer kan da meldes via internett. Ovenstående lister vil bli revidert hvert tertial, og nye lister vil bli presentert på nettsiden: www.Oncolex.no/cytostatica

Løsningen bygger på forutsetningen om at kodepraksis i dette avsnittet følges. Dersom kodepraksis ikke følger forutsetningene, forbeholder Helse- og omsorgsdepartementet 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 registreres 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"

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	Behandling med kontinuerlig pos luftveistrykk CPAP
TG620	Behandling med bifasisk pos luftveistrykk BiPAP
TJ531	Kronisk peritoneal dialyse
TJ532	Akutt peritoneal dialyse
TP247	Hemodialyse
TP561	Utskiftingstransfusjon
TP992	Innlegging av arteriekanyler
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 akuttopphold styrer ikke DRG-grupperingen, men utløser derimot rehabiliteringstillegg i utvalgte DRGer.

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

	Z50.89 Vanlig	Z50.80 Kompleks
Min. antall spesialiserte helsefaggrupper ^{x)} i tverrfaglige team	4	6
Måltrettet 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:

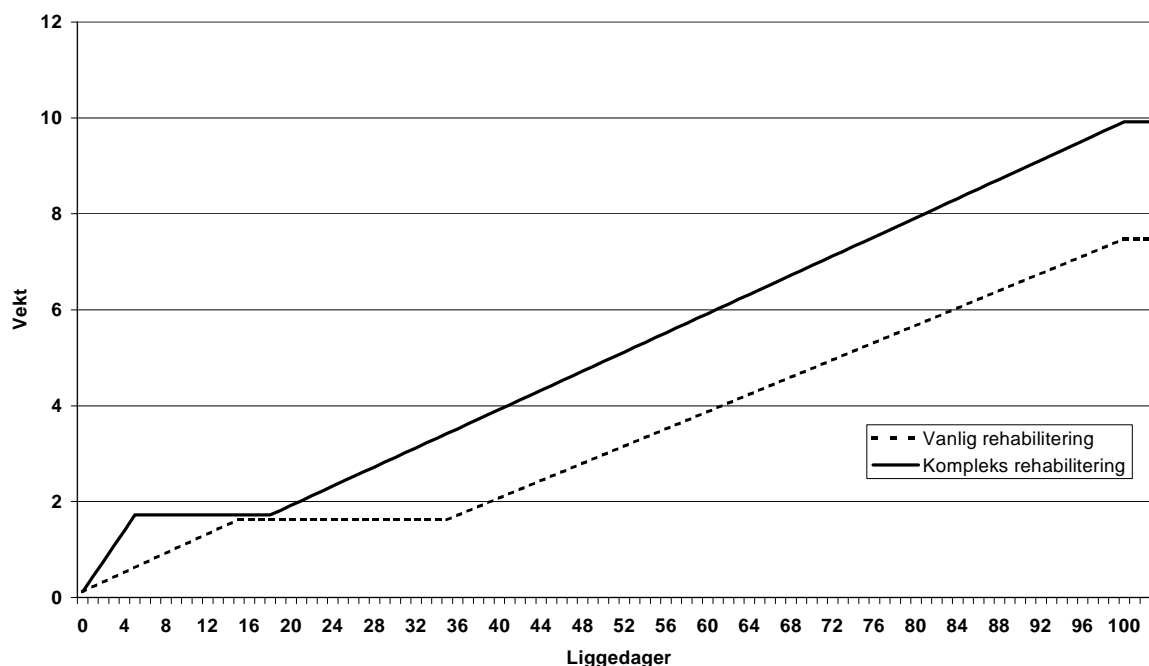
1. Arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet fram til utskrivning eller minimum fem virkedager.
2. *Pasienten har minimum en overnatting.*
3. Pasienten har i tillegg funksjonstrening, trening i kompensierende teknikker og tilpassing av hjelpemidler/miljø.
4. Det foretas en vurdering av tiltak i forhold 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 2005).

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 2005).

Departementet innførte rehabiliteringsløsningen basert på anbefalinger fra fagmiljøene. Dette innebar forutsetninger om en andel på 70 prosent vanlig rehabilitering og 30 prosent

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2005

kompleks rehabilitering. Det gjøres et trekk i utbetalingen for de regionale helseforetakene hvor andelen kompleks rehabilitering overstiger 45 prosent.

Det presiseres at rehabilitering ikke skal benyttes i tilfeller med 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 DRGer:

DRG	Tekst	Trim-punkt	Vekt	Dagtillegg
14 A	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl. TIA m/bk	21	1,51	0,18
14 B	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl. TIA u/bk	21	1,23	0,18
113	Amputasjoner pga sirk.svikt, ekskl. Overek. & tå	30	2,96	0,18
210	Hofte-/ lårbensopr. ekskl. større ledd, > 17 år m/bk	19	2,24	0,18
213	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet	30	3,05	0,18
235	Lårbensbrudd	14	0,86	0,18
236	Brudd på hofte & bekken	14	0,99	0,18
240	Sykdommer i bindevev, m/bk	21	1,24	0,18
241	Sykdommer i bindevev, u/bk	21	0,70	0,18
485	Større hofte/lårbensopr. & replantasjoner ved HDG 24	30	7,03	0,18
486	Operasjoner ved signifikant multitraume ITAD	30	5,27	0,18
487	Signifikant multitraume ITAD	30	1,97	0,18

For opphold hvor pasienten rehabiliteres som forlengelse av akuttinnlegg, 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.

Fra 2005 er dagtillegget for sekundær rehabilitering økt fra 0,11 til 0,18 DRG-poeng pr dag.

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 i ordningen med sideutbetalinger og hvordan disse skal registreres for å utløse tilleggsrefusjon.

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

Implantater

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2005

Det gis tilleggsrefusjon for følgende implantater/behandlinger når de aktuelle prosedyrekodene benyttes:

Prosedyre/behandling	Aktuelle prosedyrekoder	Tilleggsrefusjon
Parkinson-stimulator i hjernen	AAW01, AEA00	75 000 kroner
Emboliseringsutstyr/coil i hjernen	AAL00, AAL20, AAL30, AAL40	55 500 kroner
Vagusstimulator	ADB00	45 000 kroner
Implantat i barnehjerte	FDF05, FDJ42, FFC22, FFC32, FDE32, FHB42	55 500 kroner
Intraspinal pumpe/ryggmargstimulator	ABD30, ABD40, AEA30	82 500 kroner
Karstent aorta/intratorakale kar	FAC25, FBE35, FCA45, FCB35, FCC45, FCD35, FFH25	109 500 kroner
Ventrikkeldefibrillator (ICD hjertestarter)	FPG10, FPG30, FPG33, FPG40, FPG96	165 000 kroner
Cochleaimplantat	DFE00	165 000 kroner
Venstre ventrikkelpumpe	FXL00	165 000 kroner

For hvert implantat/behandling må minst en av prosedyrekodene være registrert for å utløse tilleggsrefusjon. Beregningen av tilleggsrefusjon for implantater er basert på antall sykehusopphold som inneholder prosedyrekoden. Datagrunnlaget for beregning av tilleggsrefusjonene for implantater/prosedyrer er avdelingsoppholdene ved institusjonene som inngår i ISF-ordningen, for å unngå at ikke alle registrerte prosedyrekoder tas med på sykehusoppholdet.

Behandling av pasienter med intravenøs TNF-inhibitor (Remicade)

For 2005 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, eventuelt med M07.4 som første bidiagnose dersom pasienten har leddaffeksjon på grunn av Crohns sykdom.
- Bidiagnose: Z51.2 (Fremmøte til annen kjemoterapi) oppføres som første bidiagnose hvis pasienten ikke har leddaffeksjon, og som andre bidiagnose hvis pasienten har leddaffeksjon.

➤ Pasient overnatter ikke (dagpasient)

- Hoveddiagnose: Z51.2 (Fremmøte til annen kjemoterapi)
- Bidiagnose: Diagnose i kategori K50, eventuelt med M07.4 som annen bidiagnose dersom pasienten har leddaffeksjon på grunn av Crohns sykdom.

➤ Poliklinisk pasient

- Hoveddiagnose: Z51.2 (Fremmøte til annen kjemoterapi)
- Bidiagnose: Diagnose i kategori K50, eventuelt med M07.4 som annen bidiagnose dersom pasienten har leddaffeksjon på grunn av Crohns sykdom.

- Takstkode: H05a

Tilleggsrefusjon for intravenøs behandling av Crohns sykdom som beskrevet over er 10 200 kroner.

HMAS-behandling

Helse- og omsorgsdepartementet 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 2005 inkludert i ordningen:

- Hodgkins lymfom
- Myelomatose

Fordi det kun er et beskjedent antall tilfeller på årsbasis i hele landet, skal disse rapporteres inn manuelt for utbetaling av tilleggsrefusjon. Ved tertial- og årsrapporteringen skal de aktuelle sykehusene innrapportere følgende data for hver pasient med en av de ovennevnte sykdommene som har gjennomgått HMAS-behandlingen:

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

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

Tilleggsrefusjonen for HMAS-behandling er fastsatt til 156 000 kroner.

Palliativ behandling

Palliativ behandling er lindrende behandling som retter seg mot sykdommens symptomer, uten å påvirke sykdomsforløpet. Slik behandling er aktuelt for pasienter med uhelbredelig sykdom. 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 2005 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 til tilbudet for at det skal gis tilleggsrefusjon:

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2005

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. Behandlingsopplegget skal være beskrevet i pasientens journal.*

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.

Ovennevnte kriterier må være oppfylt og koding av palliativ behandling gjøres i henhold til nedenstående retningslinjer for å utløse tilleggsrefusjon.

➤ 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 denne koden.

Det er fastsatt følgende beløp for tilleggsrefusjonen per opphold:

Døgnopphold	12 000 kroner
Dagbehandling	500 kroner

Det tas forbehold om eventuelle justeringer av tilleggsrefusjonen dersom volumet avviker vesentlig fra det som er lagt til grunn i fastsettelsen av tilleggsrefusjonen, eller at det er foretatt registreringer som ikke er i tråd med ovennevnte kriterier.

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 pasientbetaling på

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2005

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 HOD.

For sterilisering av kvinner gjelder følgende refusjonsregler i 2005: 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. Den polikliniske taksten for dette inngrepet er B10b.

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 2005)

Det er viktig at gyldig versjon av DRG-programvare brukes til enhver tid uansett hvilken programleverandør som velges. SINTEF Helse har på vegne av HOD inngått avtale med Nirvaco AS, om utvikling og support av gjeldende grupperingsprogram for 2005 (NPK 2005). Grupperingsprogrammet stilles 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 HOD og gjelder for år 2005:

- NPK 2005: Norsk Pasient Klassifisering, versjon 5.0.0.0.
- Gjeldende grupperingslogikk har versjonsnummer 2005-NO-B4c.

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 er utviklet basert på et nordisk system kalt NordDRG. Norge deltar aktivt i utviklingsarbeid rundt NordDRG, og endringer i NordDRG blir som regel også innført i Norge.

Kostnadsvekter

Kostnadsvektene som benyttes i den norske versjonen av DRG-systemet er beregnet av SINTEF Helse PaFi, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Beregningen er basert på kostnads- og pasientdata for driftsåret 2002. Data er innhentet fra 18 norske akuttstusykehus. Fra og med 2005 vil kostnadsvektene bli oppdatert årlig.

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 2005 er en del DRG-er splittet eller slått sammen. Disse endringene er beskrevet i kapittel 1 "Nytt i 2005".

For mer informasjon om kostnadsarbeidet henvises til rapporten STF78 035803: "Beregning av kostnadsvekter til den norske versjonen av DRG-systemet", SINTEF Helse PaFi 2003.

Rapporten kan lastes ned fra følgende nettsadresse:

www.drginfo.info/kostnadsvekter/docs/STF78%20A035803_Beregning_av_kostnadsvekter.pdf

Den kan også fås ved henvendelse til SINTEF Helse eller på mailadressen drginfo@sintef.no.

Logikk i DRG-klassifiseringen

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

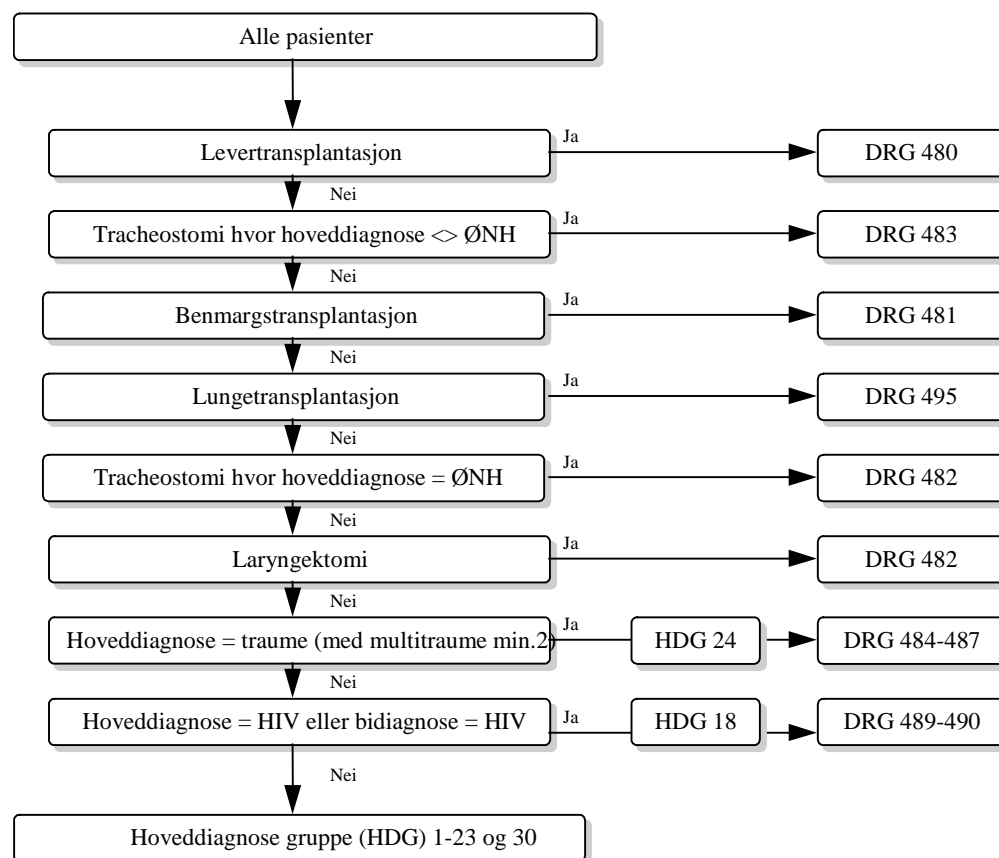
1. DRG-gruppering av avdelingsopphold
2. Aggregering fra avdelingsopphold til sykehusopphold og ny DRG-gruppering

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 36). Unntak er noen meget ressurskrevende prosedyrer (eks. transplantasjoner) hvor hoveddiagnose ikke påvirker DRG-plasseringen. Unntaket gjelder også pasienter med multitraume eller HIV, hvor diagnoser alltid teller i valg av HDG.

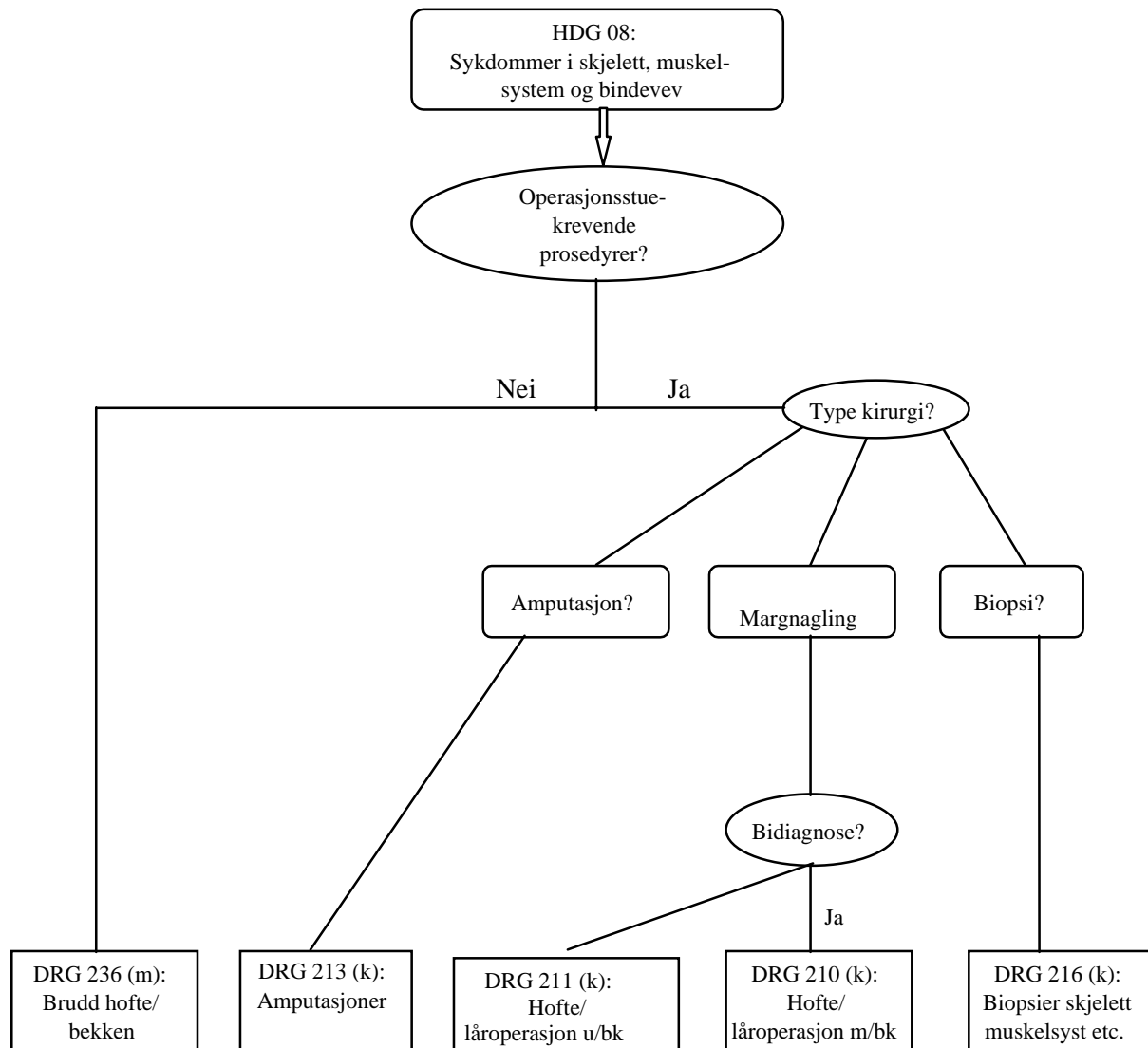
Innenfor HDG-ene baseres videre gruppering på prosedyrekoder, bidiagnoser, alder og utskrivningsstatus. Prinsipper i DRG-klassifiseringen er illustrert i figur 4 og 5, side 36 og 37.

Figur 4 Grov skisse som viser logikk i DRG-gruppering



- | | |
|-----|--|
| 1. | Sykdommer i nervesystemet |
| 2. | Øyesykdommer |
| 3. | Øre-, nese- og halssykdommer |
| 4. | Sykdommer i åndedrettsorganene |
| 5. | Sykdommer i sirkulasjonsorganene |
| 6. | Sykdommer i fordøyelsesorganene |
| 7. | Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel |
| 8. | Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev |
| 9. | Sykdommer i hud og underhud og bryst |
| 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 rusproblemer |
| 21. | Skader, forgiftninger og toksiske effekter av medikament/stoff |
| 22. | Forbrenninger |
| 23. | Faktorer som påvirker helsetilstanden - Andre kontakter med helsetjenesten |
| 24. | Signifikant multitraume |
| 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 www.drinfo.info

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 Helse- og omsorgsdepartementet, selv om det er avdelingsopphold som rapporteres til NPR. Beregningen av kostnadsvektene er også basert på sykehusopphold.

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

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

- Liggetiden for sykehusoppholdet blir summen av liggetiden for avdelings- og postoppholdene, og beregnes som differansen mellom utskrivningsdato fra sykehuset og dato for når pasienten ble skrevet inn på sykehuset.
- Administrative data om innleggelsen tas fra første avdelingsopphold, mens administrative 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 DRGen 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-

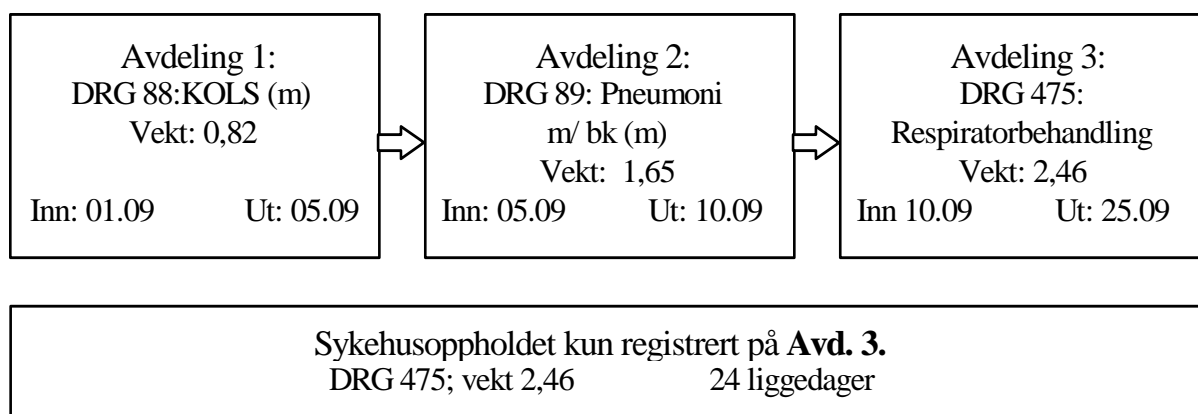
prosedyrer og operasjoner. Aggregeringsreglene for HDG15 vil derfor skille seg noe ut fra det som er vanlig i NPK. Som hoveddiagnose velges hoveddiagnose fra bærende opphold (dvs. hoveddiagnosen fra avdelingsoppholdet med høyest kostnadsvekt). Dette er likt med hvordan også andre opphold behandles. Bidiagnoser 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 DRGer med bidiagnoser/komplikasjoner.

Overlappende avdelingsopphold, dvs der utskrivningsdato fra avdeling A er senere enn innskrivningsdato ved avdeling B, tolkes som samme sykehusopphold. 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 DRGer

Flere DRGer 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 kjønnsspesifikke 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 DRGer for tilfeller hvor hoveddiagnosen og operasjoner logisk sett ikke henger sammen. Dette kan skyldes feil i registreringen, men det finnes også en rekke relativt sjeldne medisinske særtilfeller som DRG-logikken ikke takler. Et typisk eksempel på dette er når en pasient innlagt for en bestemt diagnose, får en komplikasjon som medfører en prosedyre som ikke er relatert til pasientens hoveddiagnose, men til komplikasjonen. DRG 468 og DRG 477 utløser refusjon, avhengig av operasjonen som er utført (DRG 468 er ment for større og DRG 477 for mindre operasjoner). 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, 2005.

Prosedyrer

“NCSP - Klassifikasjon av kirurgiske inngrep 2005”.

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, 2005.

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 C. 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 valg av den mest ressurskrevende tilstand kun gjelder når det er mulig å velge mellom flere hovedtilstander.

En tilstand kan etter ICD-10 ofte beskrives med mer enn én kode (parkoding, multippel 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) eller Z50.80 (kompleks rehabilitering).
- Friske nyfødte skal registreres med koder i kategori Z38.

For alle andre opphold skal man søke en kode for hovedtilstand som gir en mer presis beskrivelse av tilstanden enn kodene fra kapittel XVIII og XXI i ICD 10. Av disse skal koder fra kapittel XVIII velges fremfor koder fra kapittel XXI.

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-/stjernekodet. 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 anvendelser 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 coding).
- For å angi funksjonstype ved svulster med funksjonell aktivitet (frivillig tilleggs coding).
- For å angi morfologikode i SNOMED for svulster (tilleggs coding, ikke obligatorisk).
- For å angi underliggende årsak for tilstander i blokken F00-F09 (i hovedsak sverd/stjerne coding ved stjernemerkede kategorier, men mulig ikke-obligatorisk tilleggs coding for andre kategorier).
- For å angi det aktuelle stoffet ved legemiddelindusert tilstand (anbefalt eller obligatorisk tilleggs coding, se opplysninger i ICD-10-boken og opplæringsheftet).
- For å angi fullstendig beskrivelse av skade eller forgiftning (obligatorisk tilleggs coding).

Koding av andre tilstander (Bidiagnose coding)

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

Koding av prosedyrer

Følgende krav stilles til registreringen av prosedyrekoder:

- Alle utførte prosedyrer med kode i NCSP skal registreres. Midlertidige nasjonale særkoder er ikke obligatoriske, men noen av dem kan være nødvendige for DRG-gruppering. Dersom det er medisinsk hensiktsmessig å bruke de nasjonale kodene kan også disse registreres.
- 5 tegn skal alltid brukes.

Tilleggs kodene 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.

Mer informasjon om ISF og DRG finnes på nettstedet: www.drginfo.info
For spørsmål vedrørende ISF og DRG: drginfo@sintef.no
For spørsmål vedrørende koding: kodehjelp@kith.no

Vedlegg A

Refusjonsliste DRG 2005

Refusjon for ett DRG poeng = 30.325 kroner i 2005

ISF-andelen er 60 % av full refusjon, dvs 18.195 kroner per DRG poeng

Type: K = kirurgisk DRG, M = medisinsk DRG

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

AMI = akutt myokardinfarkt (hjerteinfarkt)

NICU = neonatal intensive care unit

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

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 1: SYKDOMMER I NERVESYSTEMET

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
1	1	Kraniotomi > 17 år u/traume	3,15	18	K	57 314
2	1	Kraniotomi > 17 år m/traume	2,25	9	K	40 939
3	1	Kraniotomi < 18 år	3,27	19	K	59 498
4	1	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	2,13	9	K	38 755
5	1	Operasjoner på ekstrakranielle kar	2,72	14	K	49 490
6	1	Op ved karpaltunnelsyndrom	0,32	2	K	5 822
7	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop m/bk	1,91	12	K	34 752
8	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop u/bk	0,71	4	K	12 918
9	1	Sykdommer i og skader på ryggmargen	0,70	5	K	12 737
10	1	Svulster i nervesystemet m/bk	1,82	30	M	33 115
11	1	Svulster i nervesystemet u/bk	0,91	14	M	16 557
12	1	Degenerative sykdommer i nervesystemet	0,85	13	M	15 466
13	1	Multipel sklerose & cerebellar ataksi	0,75	9	M	13 646
14 A	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA m/bk	1,51	21	M	27 474
14 B	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA u/bk	1,23	21	M	22 380
15	1	TIA og okklusjon av precerebrale arterier	0,59	7	M	10 735
16	1	Uspesifikke karsykdommer i hjernen m/bk	1,27	17	M	23 108
17	1	Uspesifikke karsykdommer i hjernen u/bk	0,56	6	M	10 189
18	1	Sykdommer i hjernenerver & perifere nerver m/bk	1,10	18	M	20 015
19	1	Sykdommer i hjernenerver & perifere nerver u/bk	0,57	7	M	10 371
20	1	Infeksjon i nervesystemet ekskl viral meningitt	2,19	29	M	39 847
21	1	Viral meningitt	0,85	9	M	15 466
22	1	Hypertensiv encefalopati	1,86	17	M	33 843
23	1	Ikke-traumatisk koma & stupor	0,59	4	M	10 735
24	1	Kramper & hodepine > 17 år m/bk	0,81	11	M	14 738
25	1	Kramper & hodepine > 17 år u/bk	0,46	6	M	8 370
26	1	Kramper & hodepine < 18 år	0,47	5	M	8 552
27	1	Alvorlig traumatisk hjerneskade	1,21	13	M	22 016
28	1	Traumatisk hjerneskade > 17år m/bk	1,21	17	M	22 016
29	1	Traumatisk hjerneskade > 17år u/bk	0,56	5	M	10 189
30	1	Traumatisk hjerneskade < 18 år	0,63	3	M	11 463
31	1	Hjernerystelse > 17 år m/bk	0,36	4	M	6 550
32	1	Hjernerystelse > 17 år u/bk	0,28	3	M	5 095
33	1	Hjernerystelse < 18 år	0,24	2	M	4 367
34	1	Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	1,17	11	M	21 288
35	1	Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk	0,83	3	M	15 102

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 2: ØYESYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
36	2	Op på corpus vitreum, choroidea, retina (note 1)	1,30	15	K	23 654
37	2	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye	1,08	11	K	19 651
38	2	Intraokulære op hovedsakelig på regnbuehinne ITAD	0,48	10	K	8 734
39	2	Operasjoner på linsen	0,43	2	K	7 824
40	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer > 17 år	0,42	4	K	7 642
41	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer < 18 år	0,57	2	K	10 371
42	2	Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD	0,71	14	K	12 918
43	2	Hyphema, kontusjonsskader i øyeregionen	0,60	8	M	10 917
44	2	Alvorlige akutte øyefeksjoner	0,84	17	M	15 284
45	2	Nevrologiske øyesykdommer	0,86	12	M	15 648
46	2	Øyesykdommer ITAD > 17 år m/bk	0,82	10	M	14 920
47	2	Øyesykdommer ITAD > 17 år u/bk	0,35	5	M	6 368
48	2	Øyesykdommer ITAD < 18 år	0,32	5	M	5 822

note 1: For nulldagsopphold gis det korrigeret vekt på 0,32 ved bruk av prosedyrekodene CKC15, CKC50, CKD00, CKE20.
Dette gjelder også ved bruk av prosedyrekodene CKC40, CKE10, CKE15 og CKE40 når disse ikke er kombinert med TCK00

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 3: ØRE- NESE- OG HALSSYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
49	3	Større op på indre øre/strupe/tunge/gane/kjever ITAD	2,54	19	K	46 215
50	3	Fjerning av spyttkjertel	1,14	7	K	20 742
51	3	Op på spyttkjertler ekskl fjerning av spyttkjertler	1,01	6	K	18 377
52	3	Operasjoner for leppe- og ganespalte	1,32	9	K	24 017
53	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus >17år	0,56	3	K	10 189
54	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus <18år	0,78	6	K	14 192
55	3	Diverse operasjoner på øre/nese/hals	0,58	4	K	10 553
56	3	Plastiske operasjoner på nesen	0,60	3	K	10 917
57	3	Tons./adenoid op ekskl -ektomi > 17år	0,52	5	K	9 461
58	3	Tons./adenoid op ekskl -ektomi < 18år	0,39	3	K	7 096
59	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17år	0,46	3	K	8 370
60	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi <18år	0,39	3	K	7 096
61	3	Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret >17år	0,19	2	K	3 457
62	3	Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret <18år	0,28	2	K	5 095
63	3	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	1,02	7	K	18 559
64	3	Ondartede sykdommer i øre, nese, hals	1,55	24	M	28 202
65	3	Svimmelhet	0,50	6	M	9 098
66	3	Neseblødning	0,48	6	M	8 734
67	3	Epiglottitt	1,06	8	M	19 287
68	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon > 17 år m/bk	0,69	9	M	12 555
69	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon > 17 år u/bk	0,44	5	M	8 006
70 A	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon < 18 år m/bk	0,55	3	M	10 007
70 B	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon < 18 år u/bk	0,37	2	M	6 732
71	3	Laryngotrakeitt	0,24	3	M	4 367
72	3	Neseskade & medfødt nesedeformitet	0,27	6	M	4 913
73	3	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år	0,58	3	M	10 553
74	3	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD < 18 år	0,42	4	M	7 642
168	3	Prosedyrer i munnhulen m/bk	1,48	14	K	26 929
169	3	Prosedyrer i munnhulen u/bk	0,80	8	K	14 556

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 3: ØRE- NESE- OG HALSSYKDOMMER

185	3	Tann/munnhulesykd. ekskl tannuttrekking > 17år	0,50	5	M	9 098
186	3	Tann/munnhulesykd. ekskl tannuttrekking < 18år	0,38	3	M	6 914
187	3	Tannuttrekking & restaurering	0,34	2	M	6 186
482	3	Tracheostomi ved sykdommer i ansikt, munnhule, eller hals	6,78	72	K	123 362
520	3	Obstruktivt søvnapnesyndrom	0,35	1	M	6 368
521	3	Operativ korleksjon av obstruktivt søvnapnesyndrom	0,52	1	K	9 461

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 4: SYKDOMMER I ÅNDEDRETTSORGANENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
75	4	Større thoraxop, visse op på perikard/trachea/diafragma m.m.	5,04	33	K	91 703
76	4	Op på åndedrettssystemet ITAD m/bk	3,39	45	K	61 681
77	4	Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk	3,39	7	K	61 681
78	4	Lungeemboli, luftemboli og fettembolisyndrom	1,57	19	M	28 566
79	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst >17år m/bk	2,89	22	M	52 584
80	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst >17 år u/bk	1,98	16	M	36 026
81	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst < 18 år	1,23	6	M	22 380
82	4	Svulster i åndedrettssystemet	1,35	26	M	24 563
83	4	Større thoraxskader m/bk	1,71	18	M	31 113
84	4	Større thoraxskader u/bk	0,62	8	M	11 281
85	4	Pleuritis exudativa m/bk	1,42	22	M	25 837
86	4	Pleuritis exudativa u/bk	1,05	14	M	19 105
87	4	Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt	1,56	19	M	28 384
88	4	Kroniske obstruktive lungesykdommer	0,82	17	M	14 920
89	4	Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk	1,65	20	M	30 022
90	4	Lungebetennelse & pleuritt > 17 år u/bk	0,98	12	M	17 831
91 A	4	Lungebetennelse & pleuritt < 18 år m/bk	1,34	12	M	24 381
91 B	4	Lungebetennelse & pleuritt < 18 år u/bk	0,72	6	M	13 100
92	4	Interstitielle lungesykdommer m/bk	1,54	23	M	28 020
93	4	Interstitielle lungesykdommer u/bk	1,13	14	M	20 560
94	4	Pneumothorax m/bk	1,37	19	M	24 927
95	4	Pneumothorax u/bk	0,73	11	M	13 282
96	4	Bronkitt og astma > 17 år m/bk	1,11	13	M	20 196
97	4	Bronkitt og astma > 17 år u/bk	0,67	15	M	12 191
98 A	4	Bronkitt og astma < 18 år m/bk	1,15	11	M	20 924
98 B	4	Bronkitt og astma < 18 år u/bk	0,64	5	M	11 645
99	4	Funn og symptomer fra åndedretsorganer m/bk	0,64	7	M	11 645
100	4	Funn og symptomer fra åndedretsorganer u/bk	0,36	5	M	6 550
101	4	Sykdommer i åndedretsorganer ITAD m/bk	1,01	13	M	18 377
102	4	Sykdommer i åndedretsorganer ITAD u/bk	0,54	4	M	9 825
475	4	Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte	2,46	31	M	44 760
495	4	Lungetransplantasjon	21,21	107	K	385 916

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 5: SYKDOMMER I SIRKULASJONSORGANENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
103	5	Hjertettransplantasjon	18,73	59	K	340 792
104	5	Op på hjerteklaffer m/hjertekateterisering	8,46	50	K	153 930
105	5	Op på hjerteklaffer u/hjertekateterisering	5,66	15	K	102 984
106	5	Koronar by-pass op m/hjertekateterisering	5,01	25	K	91 157
107	5	Koronar by-pass op u/hjertekateterisering	4,05	10	K	73 690
108	5	Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD	4,55	16	K	82 787
110	5	Større kardiovaskulære op m/bk	4,46	30	K	81 150
111	5	Større kardiovaskulære op u/bk	3,47	20	K	63 137
112	5	Terapeutiske perkutane kardiovask prosedyrer	1,30	4	K	23 654
113	5	Amputasjon av underekstr ekskl tå v/ sirk.svikt	2,96	30	K	53 857
114	5	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt	1,37	24	K	24 927
115	5	Perm pacemaker m/AMI, hjertesvikt eller sjokk	4,16	26	K	75 691
116	5	Perm pacemaker u/AMI, hjertesvikt eller sjokk	2,84	15	K	51 674
117	5	Pacemakerrevisjon ekskl bytte pulsgenerator	1,87	8	M	34 025
118	5	Bytte av pulsgenerator, ev. med ledning	1,86	3	K	33 843
119	5	Inngrep for åreknuter	0,61	2	K	11 099
120	5	Operasjoner på sirkulasjonsorganene ITAD	2,37	38	K	43 122
121	5	Sirk.sykdom m/ AMI & kardiov komplik i live etter 4 dager	1,84	20	M	33 479
122	5	Sirk.sykdom m/ AMI u/kardiov komplik i live etter 4 dager	1,06	12	M	19 287
123	5	Akutt myokardinfarkt (AMI), liggetid < 4 dager, utskrevet død	0,38	3	M	6 914
124	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre m/bk ekskl v/ AMI	0,82	10	M	14 920
125	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre u/bk ekskl v/ AMI	0,49	4	M	8 916
126	5	Akutt & subakutt endokarditt	3,71	91	M	67 503
127	5	Hjertesvikt & ikke-traumatisk sjokk	1,23	16	M	22 380
128	5	Årebetennelse i de dype vener	0,92	12	M	16 739
129	5	Hjertestans uten kjent årsak	0,42	7	M	7 642
130	5	Sykdommer i de perifere kar m/bk	1,00	13	M	18 195
131	5	Sykdommer i de perifere kar u/bk	0,55	5	M	10 007
132	5	Antatt ateroskler hjertesykdom m/bk ekskl AMI/angina	0,61	7	M	11 099
133	5	Antatt ateroskler hjertesykdom u/bk ekskl AMI/angina	0,32	3	M	5 822
134	5	Hypertensjon	0,66	6	M	12 009
135	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff > 17år m/bk	1,01	16	M	18 377
136	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff > 17år u/bk	0,48	5	M	8 734
137	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff < 18 år	0,93	10	M	16 921
138	5	Hjertearytmier & ledningsforstyrrelser m/bk	0,69	10	M	12 555
139	5	Hjertearytmier & ledningsforstyrrelser u/bk	0,33	5	M	6 004
140	5	Angina pectoris	0,50	5	M	9 098
141	5	Synkope og kollaps m/bk	0,52	7	M	9 461
142	5	Synkope og kollaps u/bk	0,34	3	M	6 186
143	5	Brystsmerter	0,31	2	M	5 640
144	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk	1,09	15	M	19 833
145	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD u/bk	0,54	5	M	9 825
478	5	Karkirurgisk operasjon ITAD m/bk	2,92	27	K	53 129
479	5	Karkirurgisk operasjon ITAD u/bk	2,21	12	K	40 211

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 6: SYKDOMMER I FORDØYELSESORGANENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
146	6	Reseksjonsinngrep på rectum m/bk	4,29	34	K	78 057
147	6	Reseksjonsinngrep på rectum u/bk	3,14	22	K	57 132
148	6	Større operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	4,31	39	K	78 420
149	6	Større operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	2,50	19	K	45 488
150	6	Operasjon for tarmadheranser m/bk	3,86	31	K	70 233
151	6	Operasjon for tarmadheranser u/bk	1,75	15	K	31 841
152	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	2,45	24	K	44 578
153	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	1,43	13	K	26 019
154 A	6	Større op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år m/bk	6,45	45	K	117 358
154 B	6	Andre op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år m/bk	4,67	45	K	84 971
155 A	6	Større op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år u/bk	4,71	15	K	85 698
155 B	6	Andre op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år u/bk	1,70	15	K	30 932
156	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf. < 18 år	2,41	16	K	43 850
157	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm m/bk	1,23	14	K	22 380
158	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	0,55	5	K	10 007
159	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år m/bk	1,53	13	K	27 838
160	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år u/bk	0,67	7	K	12 191
161	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år m/bk	0,85	7	K	15 466
162	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	0,61	3	K	11 099
163	6	Lyskebrokkoperasjon < 18 år	0,49	2	K	8 916
166 N	6	Appendektomi ved perforasjon/tumor eller m/bk	1,20	11	K	21 834
167	6	Appendektomi ekskl ved perforasjon/tumor u/bk	0,71	4	K	12 918
168		Se HDG 3				
169		Se HDG 3				
170	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD m/bk	3,06	33	K	55 677
171	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD u/bk	1,29	12	K	23 472
172	6	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene m/bk	1,30	22	M	23 654
173	6	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene u/bk	0,69	10	M	12 555
174	6	Gastrointest blødning m/bk ekskl v/ karanomalier	1,02	14	M	18 559
175	6	Gastrointest blødning u/bk ekskl v/ karanomalier	0,58	8	M	10 553
176	6	Ulcus m/ perf/blødn/stenose eller i spiserør/Meckel	0,78	12	M	14 192
177	6	Ulcus i magesekk/tolvf u/ perf/blødn/stenose m/bk	0,98	14	M	17 831
178	6	Ulcus i magesekk/tolvf u/ perf/blødn/stenose u/bk	0,59	9	M	10 735
179	6	Inflammatoriske tarmsykdommer	0,86	12	M	15 648
180	6	Gastrointestinal passasjehindring m/bk	0,62	9	M	11 281
181	6	Gastrointestinal passasjehindring u/bk	0,37	5	M	6 732
182	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år m/bk	0,68	10	M	12 373
183	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år u/bk	0,36	4	M	6 550
184 A	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse < 18 år m/bk	0,56	3	M	10 189
184 B	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse < 18 år u/bk	0,39	2	M	7 096
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	14 556
189	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD > 17år u/bk	0,40	6	M	7 278
190	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD < 18 år	0,44	6	M	8 006

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 7: SYKDOMMER I LEVER, GALLEVEIER OG BUKSPYTTKJERTEL

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
191	7	Op på bukspyttkj/lever & portosyst shuntop m/bk	6,45	52	K	117 358
192	7	Op på bukspyttkj/lever & portosyst shuntop u/bk	3,06	26	K	55 677
193	7	Op på galleveier uten samtidigolecystektomi m/bk	3,23	34	K	58 770
194	7	Op på galleveier uten samtidigolecystektomi u/bk	1,75	13	K	31 841
195	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang m/bk	3,40	37	K	61 863
196	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang u/bk	3,19	28	K	58 042
197	7	Åpenolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang m/bk	2,82	26	K	51 310
198	7	Åpenolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang u/bk	2,17	13	K	39 483
493	7	Laparoskopiskolecystektomi u/ eksplor av gallegang m/bk	2,32	21	K	42 212
494	7	Laparoskopiskolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	1,65	7	K	30 022
199	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj m/ ondartet svulst	3,38	42	K	61 499
200	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj u/ ondartet svulst	2,25	23	K	40 939
201	7	Op på lever, galleveier & bukspyttkjertel ITAD	5,37	34	K	97 707
202	7	Cirrhose & alkoholisk leversykdom	1,51	22	M	27 474
203	7	Ondartede svulster i lever/galleveier & bukspyttkjertel	1,26	23	M	22 926
204	7	Sykdommer i bukspyttkjertel ekskl ondartede svulster	1,25	16	M	22 744
205	7	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholuløste m/bk	1,39	18	M	25 291
206	7	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholuløste u/bk	0,59	8	M	10 735
207	7	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede m/bk	1,12	16	M	20 378
208	7	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede u/bk	0,55	9	M	10 007
480	7	Levertransplantasjon	27,04	95	K	491 993

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 8: SYKDOMMER I MUSKEL-SKJELETTSYSTEMET OG BINDEVEV

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
209	A	8 Primære proteseop i hofte/kne/ankel	3,61	22	K	65 684
209	B	8 Sekund proteseop i hofte/kne/ankel og replant i u.eks ekskl av tå	4,49	22	K	81 696
491	8	8 Proteseop & replantasjon i skulder/albue/håndledd	4,08	28	K	74 236
210	8	8 Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år m/bk	2,24	19	K	40 757
211	8	8 Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år u/bk	1,62	20	K	29 476
212	8	8 Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop <18 år	2,06	18	K	37 482
213	8	8 Amputasjoner pga traume eller syk i bevegelsesapparatet	3,05	30	K	55 495
214	A	8 Kombinert fremre/bakre spondylodese	6,18	23	K	112 445
214	B	8 Fremre eller bakre spodylodese m/bk	4,73	23	K	86 062
214	C	8 Operasjoner på kolumna ekskl. spodylodese m/bk	3,58	23	K	65 138
215	B	8 Fremre eller bakre spodylodese u/bk	3,14	15	K	57 132
215	C	8 Operasjoner på kolumna ekskl. spodylodese u/bk	1,76	15	K	32 023
216	8	8 Biopsier fra skjelett-muskelsystemet & bindevevet	2,13	34	K	38 755
217	8	8 Sårrev & hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykd i HDG 8	3,88	59	K	70 597
218	8	8 Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år m/bk	2,63	28	K	47 853
219	8	8 Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	1,01	11	K	18 377
220	8	8 Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop < 18 år	0,87	5	K	15 830
221	8	8 Operasjoner på kneledd ekskl proteseop m/bk	1,86	20	K	33 843
222	8	8 Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	0,66	5	K	12 009
223	8	8 Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese m/bk	1,38	10	K	25 109
224	8	8 Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk	0,72	3	K	13 100
225	8	8 Operasjoner på ankel & fot	0,58	6	K	10 553
226	8	8 Bløtdelsoperasjoner ITAD m/bk	1,31	15	K	23 835

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 8: SYKDOMMER I MUSKEL-SKJELETTSYSTEMET OG BINDEVEV

227	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	0,65	5	K	11 827
228	8	Op på håndledd/hånd/tommel & leddprotese håndledd/hånd m/bk	0,78	8	K	14 192
229	8	Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl proteseop u/bk	0,53	3	K	9 643
230	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur	0,66	7	K	12 009
231	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	0,58	5	K	10 553
232	8	Artroskopi	0,58	3	K	10 553
233	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD m/bk	2,96	37	K	53 857
234	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	1,52	17	K	27 656
235	8	Lårbeinsbrudd	0,86	14	M	15 648
236	8	Brudd på hofte & bekken	0,99	14	M	18 013
237	8	Forstuvning & luksasjon av hofte, bekken & lår	0,44	7	M	8 006
238	8	Osteomyelitt	2,60	48	M	47 307
239	8	Patologiske brudd & ondartede svulster i HDG 8	1,12	18	M	20 378
240	8	Sykdommer i bindevev m/bk	1,24	21	M	22 562
241	8	Sykdommer i bindevev u/bk	0,70	21	M	12 737
242	8	Infeksiøs artritt og bursitt	1,82	21	M	33 115
243	8	Ryggliedelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen	0,63	10	M	11 463
244	8	Beinsykdommer & spesifikke artropatier m/bk	0,84	15	M	15 284
245	8	Beinsykdommer & spesifikke artropatier u/bk	0,50	7	M	9 098
246	8	Artropatier ITAD	0,76	13	M	13 828
247	8	Uspesifikke tilst & sympt fra muskel-skjelettsyst/bindevev ITAD	0,41	3	M	7 460
248	8	Tilstander i muskler, sener, seneskjeder, fascie & bursa ITAD	0,48	5	M	8 734
249	8	Komplik/følgetilst/etterbehandling av tilstander i HDG 8	0,25	7	M	4 549
250	8	Brudd/forstuvning/luksasjon av u.arm, hånd, fot > 17år m/bk	0,55	10	M	10 007
251	8	Brudd/forstuvning/luksasjon av u.arm, hånd, fot > 17år u/bk	0,25	5	M	4 549
252	8	Brudd/forstuvning/luksasjon av u.arm, hånd, fot <18 år	0,23	2	M	4 185
253	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot >17 m/bk	0,86	18	M	15 648
254	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot > 17,u/bk	0,37	4	M	6 732
255	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot < 18 år	0,28	3	M	5 095
256	8	Sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev ITAD	0,32	4	M	5 822
471	8	Bilaterale eller flere store leddproteseop i underekstremitet	6,07	40	K	110 444

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 9: SYKDOMMER I HUD, UNDERHUD OG BRYST

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
257		Se HDG 30				
258		Se HDG 30				
259		Se HDG 30				
260		Se HDG 30				
261		Se HDG 30				
262		Se HDG 30				
263	9	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt m/bk	4,46	68	K	81 150
264	9	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt u/bk	1,61	30	K	29 294
265	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt m/bk	3,22	42	K	58 588
266	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt u/bk	0,62	20	K	11 281
267	9	Perianale inngrep & operasjoner for sakralcyste	0,29	3	K	5 277
268	9	Plastiske op på hud og underhud	0,55	9	K	10 007
269	9	Op på hud og underhud ITAD m/bk	1,75	21	K	31 841
270	9	Op på hud og underhud ITAD u/bk	0,54	4	K	9 825
271	9	Kroniske sår i huden	1,22	26	M	22 198
272	9	Alvorlig hudsykdom m/bk	1,40	25	M	25 473

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 9: SYKDOMMER I HUD, UNDERHUD OG BRYST

273	9	Alvorlig hudsykdom u/bk	1,13	25	M	20 560
274		Se HDG 30				
275		Se HDG 30				
276		Se HDG 30				
277	9	Infeksjoner i hud og underhud > 17år m/bk	1,26	19	M	22 926
278	9	Infeksjoner i hud og underhud > 17år u/bk	0,80	12	M	14 556
279	9	Infeksjoner i hud og underhud < 18 år	0,82	8	M	14 920
280	9	Skade av hud, underhud > 17 år m/bk	0,56	9	M	10 189
281	9	Skade av hud, underhud > 17 år u/bk	0,26	3	M	4 731
282	9	Skade av hud, underhud < 18 år	0,27	3	M	4 913
283	9	Lettere hudsykdom m/bk	1,22	23	M	22 198
284	9	Lettere hudsykdom u/bk	0,60	13	M	10 917

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 10: INDRESEKRETORISKE-, ERNÆRINGS- OG STOFFSKIFTESYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
285	10	Amputasjoner av underekstr pga sykdom i HDG 10	3,97	46	K	72 234
286	10	Operasjoner på binyrer & hypofyse	2,48	15	K	45 124
287	10	Hudtransplantasjoner/sårrevisjoner ved sykdom i HDG 10	1,01	51	K	18 377
288 A	10	Gastrointestinale operasjoner for adipositas	1,78	7	K	32 387
288 B	10	Andre operasjoner for adipositas	0,92	7	K	16 739
289	10	Operasjoner på biskjoldbruskkjertelen	1,35	9	K	24 563
290	10	Operasjoner på skjoldbruskkjertelen	1,26	8	K	22 926
291	10	Eksisjon av median halsfistel eller cyste	0,98	8	K	17 831
292	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD m/bk	2,73	28	K	49 672
293	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD u/bk	0,72	11	K	13 100
294	10	Diabetes > 35 år	0,79	13	M	14 374
295	10	Diabetes < 36 år	1,10	14	M	20 015
296	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17år m/bk	1,01	15	M	18 377
297	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17år u/bk	0,59	8	M	10 735
298	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD < 18 år	0,52	3	M	9 461
299	10	Medfødte stoffskiftesykdommer	0,53	4	M	9 643
300	10	Indresekretoriske sykdommer m/bk	1,10	17	M	20 015
301	10	Indresekretoriske sykdommer u/bk	0,52	5	M	9 461

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 11: NYRE- OG URINVEISSYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
302	11	Nytretransplantasjon	8,51	36	K	154 839
303	11	Nyre/ureterop & større blæreop pga ondartet svulst	3,59	37	K	65 320
304	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst m/bk	3,18	29	K	57 860
305	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst u/bk	1,91	19	K	34 752
308	11	Operasjoner på urinblæren ITAD m/bk	1,28	14	K	23 290
309	11	Operasjoner på urinblæren ITAD u/bk	0,95	5	K	17 285
310	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata m/bk	1,15	12	K	20 924
311	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk	0,73	7	K	13 282
312	11	Operasjoner på urinrør > 17 år m/bk	0,62	10	K	11 281
313	11	Operasjoner på urinrør > 17 år u/bk	0,42	6	K	7 642

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 11: NYRE- OG URINVEISSYKDOMMER

314	11	Operasjoner på urinrør < 18 år	1,38	18	K	25 109
315	11	Operasjoner på nyrer & urinveier ITAD	1,73	15	K	31 477
316	11	Nyresvikt	1,52	20	M	27 656
317	11	Dialysebehandling	0,12	1	M	2 183
318	11	Svulster i nyrer & urinveier m/bk	1,55	22	M	28 202
319	11	Svulster i nyrer & urinveier u/bk	0,60	10	M	10 917
320	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier > 17 år m/bk	1,13	15	M	20 560
321	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier > 17 år u/bk	0,73	10	M	13 282
322	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier < 18 år	0,85	8	M	15 466
323	11	Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling	0,66	6	M	12 009
324	11	Stein i urinveiene u/bk	0,40	3	M	7 278
325	11	Symptomer fra nyrer & urinveier > 17 år m/bk	0,56	9	M	10 189
326	11	Symptomer fra nyrer & urinveier > 17 år u/bk	0,35	6	M	6 368
327	11	Symptomer fra nyrer & urinveier < 18 år	0,40	3	M	7 278
328	11	Urethrastraktur > 17 år m/bk	0,35	8	M	6 368
329	11	Urethrastraktur > 17 år u/bk	0,33	4	M	6 004
330	11	Urethrastraktur < 18 år	0,44	7	M	8 006
331	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD > 17 år m/bk	0,74	9	M	13 464
332	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD > 17 år u/bk	0,44	6	M	8 006
333	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD < 18 år	0,52	3	M	9 461

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 12: SYKDOMMER I MANNLIGE KJØNNSORGANER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
334	12	Større operasjoner i det mannlige bekken m/bk	2,50	22	K	45 488
335	12	Større operasjoner i det mannlige bekken u/bk	1,83	14	K	33 297
336	12	Transurethral prostatectomi m/bk	1,25	12	K	22 744
337	12	Transurethral prostatectomi u/bk	0,95	8	K	17 285
338	12	Op på skrotalinnhold ved ondartede sykdommer	1,09	13	K	19 833
339	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd > 17 år	0,52	3	K	9 461
340	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd < 18 år	0,43	2	K	7 824
341	12	Operasjoner på penis	0,81	17	K	14 738
342	12	Omskjæring > 17 år	0,35	2	K	6 368
343	12	Omskjæring < 18 år	0,32	3	K	5 822
344	12	Op på mannlige kjønnsorg ved ondartet svulst ITAD	1,38	12	K	25 109
345	12	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD	0,77	8	K	14 010
346	12	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk	1,14	22	M	20 742
347	12	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk	0,57	11	M	10 371
348	12	Godartet hypertrofi av prostata m/bk	0,53	10	M	9 643
349	12	Godartet hypertrofi av prostata u/bk	0,34	4	M	6 186
350	12	Inflammasjon i mannlige kjønnsorganer	0,48	6	M	8 734
351	12	Sterilisering av menn	0,00	2		0
352	12	Sykdommer i mannlige kjønnsorganer ITAD	0,29	2	M	5 277

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 13: SYKDOMMER I KVINNELIGE KJØNNSORGANER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
353	13	Eksentrasjon av bekkenet, radikal hysterektomi & vulvektomi	3,79	22	K	68 959
354	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd m/bk	3,13	25	K	56 950
355	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd u/bk	2,03	12	K	36 936
356	13	Rekonstruktive gynekologiske inngrep	1,40	9	K	25 473
357	13	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom	3,01	22	K	54 767
358	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd m/bk	2,11	13	K	38 391
359	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd u/bk	1,32	10	K	24 017
360	13	Operasjoner på vagina, cervix & vulva ekskl vulvektomi	0,59	5	K	10 735
361	13	Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi (note 2)	0,66	6	K	12 009
362	13	Sterilisering via laparoskopi (note 2)	0,00	2	K	0
363	13	Utskraping & konisering ved ondartet sykdom	0,46	4	K	8 370
364	13	Utskraping & konisering ekskl ondartet sykdom	0,38	2	K	6 914
365	13	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD	1,13	14	K	20 560
366	13	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer m/bk	1,18	15	M	21 470
367	13	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer u/bk	0,52	8	M	9 461
368	13	Infeksjoner i kvinnelige kjønnsorganer	0,55	8	M	10 007
369	13	Tilstander i kvinnelige kjønnsorganer ITAD	0,29	2	M	5 277

note 2: Vekten for DRG 362 er nullstilt og opphold i DRG 361 med Z30.2 som hoveddiagnose gir vekt 0.

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 14: SYKDOMMER UNDER SVANGERSKAP, FØDSEL OG BARSELTID

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
370	14	Keisersnitt m/bk	1,80	14	K	32 751
371	14	Keisersnitt u/bk	1,09	9	K	19 833
372	14	Vaginal fødsel m/bk	0,90	7	M	16 376
373	14	Vaginal fødsel u/bk	0,46	6	M	8 370
374	14	Vaginal fødsel m/sterilisering og/eller evakuering	0,72	9	K	13 100
375	14	Vaginal fødsel m/ op ekskl sterilisering & evakuering	1,05	7	K	19 105
376	14	Sykdommer etter forløsning & abort u/ operasjon	0,48	7	M	8 734
377	14	Sykdommer etter forløsning & abort m/ operasjon	0,37	3	K	6 732
378	14	Ekstrauterin graviditet	0,77	4	M	14 010
379	14	Truende abort	0,27	4	M	4 913
380	14	Abort uten kirurgisk inngrep & tilst etter abort	0,14	2	M	2 547
381	14	Spontan el medik utløst abort inkl m/ kir revisjon	0,19	2	K	3 457
382	14	Falske rier	0,14	5	M	2 547
383	14	Sykdommer i svangerskapet ITAD m/bk	0,55	10	M	10 007
384	14	Sykdommer i svangerskapet ITAD u/bk	0,27	3	M	4 913

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 15: NYFØDTE MED TILSTANDER SOM HAR OPPSTÅTT I PERINATALPERIODEN

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
385	A	15 Nyfødt, døde 0-2 d. gml eller overf. til annen inst. 0-5 d. etter fødsel	0,33	2		6 004
385	B	15 Oppfølging av neonatalproblemer eller forsinket neonatalproblem	1,96	18		35 662
386	N	15 Nyfødt, fødselsvekt under 1000 g	16,58	166		301 673
387	N	15 Nyfødt, fødselsvekt 1000-1499 g	11,79	103		214 519
388	A	15 Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499 g, med multiple problemer	6,73	65		122 452
388	B	15 Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499 g, uten multiple problemer	3,12	30		56 768
389	A	15 Nyfødt, fødselsvekt minst 1500 g, med større operasjon	7,72	38		140 465
389	B	15 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med multiple problemer	2,97	19		54 039
390		15 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem	0,82	8		14 920
391		15 Frisk nyfødt	0,42	6		7 642

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 16: SYKDOMMER I BLOD, BLODDANNENDE ORGANER OG IMMUNAPPARATET

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
392		16 Op på milten pga sykdom i HDG 16 > 17 år	2,03	15	K	36 936
393		16 Op på milten pga sykdom i HDG 16 < 18 år	2,25	17	K	40 939
394		16 Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD	0,92	8	K	16 739
395		16 Sykdommer i røde blodlegemer > 17 år	0,69	11	M	12 555
396		16 Sykdommer i røde blodlegemer < 18 år	0,61	5	M	11 099
397		16 Koagulasjonsforstyrrelser	0,65	8	M	11 827
398		16 Retikuloendoteliale & immunologiske sykd ITAD m/bk	1,31	15	M	23 835
399		16 Retikuloendoteliale & immunologiske sykd ITAD u/bk	0,70	7	M	12 737

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 17: MYELOPROLIFERATIVE SYKDOMMER OG LITE DIFFERENSIERTE SVULSTER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
400		17 Større operasjoner ved lymfom & leukemi	3,90	32	K	70 961
401		17 Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD m/bk	4,19	42	K	76 237
402		17 Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD u/bk	1,34	14	K	24 381
403		17 Lymfom & ikke-akutt leukemi m/bk	1,92	27	M	34 934
404		17 Lymfom & ikke-akutt leukemi u/bk	0,79	10	M	14 374
473		17 Akutt leukemi > 17 år	1,82	25	M	33 115
405		17 Akutt leukemi < 18 år	1,08	7	M	19 651
406		17 Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi m/bk	3,26	41	K	59 316
407		17 Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi u/bk	2,84	33	K	51 674
408		17 Andre op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi	0,96	13	K	17 467
409		17 Strålebehandling	0,00			0
410	A	17 Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, uspesifisert	0,21	2	M	3 821
410	B	17 Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 1	0,37	2	M	6 732
410	C	17 Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 2	0,61	2	M	11 099
492		17 Kjemoterapi m/akutt leukemi som bidiagnose	0,69	2	M	12 555
411		17 Diagnostikk ved tidligere ondartede sykdommer uten endoskopi	0,41	8	M	7 460
412		17 Diagnostikk ved tidligere. ondartede sykdommer med endoskopi	0,63	14	M	11 463
413		17 Sykdommer i HDG 17 ITAD m/bk	1,71	29	M	31 113
414		17 Sykdommer i HDG 17 ITAD u/bk	1,01	15	M	18 377
481	A	17 Beinmargstransplantasjon	25,47	63	K	463 427

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 18: INFEKSJØSE OG PARASITTÆRE SYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
415	18	Op ved sykdommer i HDG 18	3,09	38	K	56 223
416	18	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år	2,06	27	M	37 482
417	18	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 < 18 år	2,69	19	M	48 945
418	18	Postop & posttraumatiske infeksjoner tilhørende HDG 18	0,93	15	M	16 921
419	18	Feber av ukjent årsak > 17 år m/bk	0,96	15	M	17 467
420	18	Feber av ukjent årsak > 17 år u/bk	0,70	10	M	12 737
421	18	Virussykdommer og chlamydiainfeksjoner > 17 år	0,66	9	M	12 009
422	18	Virussykdommer, chlamydiainfeksjoner & feber av ukjent årsak < 18 år	0,52	3	M	9 461
423	18	Sykdommer i HDG 18 ITAD	1,13	17	M	20 560
489	18	HIV m/ betydelig HIV relatert sykdom	2,55	43	M	46 397
490	18	HIV med eller uten bidiagnose	1,04	12	M	18 923

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 19: PSYKISKE LIDELSER OG RUSPROBLEMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt (note 3)	Type	60% DRG refusjon
424	N	19 Op på pasienter med diagnose i HDG19	1,51	42	K	27 474
426	A	19 Bipolare lidelser <60 år	0,37	9	M	6 732
426	B	19 Bipolare lidelser >59 år	0,37	9	M	6 732
426	C	19 Andre forstyrrelser i stemningsleie <60 år	0,68	26	M	12 373
426	D	19 Andre forstyrrelser i stemningsleie >59 år	0,68	26	M	12 373
427	A	19 Angstlidelse	0,29	8	M	5 277
427	B	19 Varige personlighetsforstyrrelser	0,44	17	M	8 006
427	C	19 Akutt stressreaksjon	0,22	7	M	4 003
427	D	19 Andre nevrososer	0,66	17	M	12 009
428	N	19 Personlighetsforstyrrelser	0,18	8	M	3 275
429	A	19 Organiske betinget mentale forstyrrelser m/bk	1,00	39	M	18 195
429	B	19 Organiske betinget mentale forstyrrelser u/bk	0,75	34	M	13 646
430	A	19 Shizofreni <30 år	0,87	49	M	15 830
430	B	19 Shizofreni 30-59 år	0,87	49	M	15 830
430	C	19 Shizofreni >59 år	0,87	49	M	15 830
430	D	19 Kroniske ikke-schizofrene psykoser	0,74	21	M	13 464
430	E	19 Kortvarige ikke-schizofrene psykoser	0,74	21	M	13 464
430	F	19 Andre psykoser	0,74	21	M	13 464
431	A	19 Mental retardasjon	0,52	9	M	9 461
431	B	19 Nevropsykiatriske forstyrrelser	0,71	17	M	12 918
431	C	19 Andre mentale forstyrrelser hos barn	0,42	8	M	7 642
432	A	19 Spiseforstyrrelser	1,01	42	M	18 377
432	B	19 Andre spesifiserte mentale forstyrrelser	0,23	9	M	4 185
432	C	19 Andre uspesifiserte mentale forstyrrelser	0,42	17	M	7 642
436	A	19 Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk m/bk	0,43	13	M	7 824
436	B	19 Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk u/bk	0,23	7	M	4 185
436	C	19 Psykose som skyldes misbruk	0,20	5	M	3 639

note 3) Trimpunktene er beregnet med data fra Sverige.

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

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

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
439	21	Hudtransplantasjon etter skade	2,80	38	K	50 946
440	21	Sårrevisjon etter skade	0,76	28	K	13 828
441	21	Håndkirurgiske inngrep etter skade	0,64	3	K	11 645
442	21	Operasjoner etter skade ITAD m/bk	4,40	24	K	80 058
443	21	Operasjoner etter skade ITAD u/bk	1,57	11	K	28 566
444	21	Traume > 17 år m/bk	0,70	12	M	12 737
445	21	Traume > 17 år u/bk	0,27	4	M	4 913
446	21	Traume <18 år	0,32	8	M	5 822
447	21	Allergiske reaksjoner > 17 år	0,31	4	M	5 640
448	21	Allergiske reaksjoner < 18 år	0,30	3	M	5 459
449	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel >17 m/bk	0,50	4	M	9 098
450	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel >17 u/bk	0,25	3	M	4 549
451	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel < 18 år	0,27	2	M	4 913
452	21	Komplikasjoner ved behandling m/bk	0,77	10	M	14 010
453	21	Komplikasjoner ved behandling u/bk	0,40	5	M	7 278
454	21	Sykdommer i HDG 21 ITAD m/bk	0,91	3	M	16 557
455	21	Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk	0,29	3	M	5 277

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 22: FORBRENNINGER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
456	22	Forbrenninger, overført til annen akutenhet, liggetid < 6 dager	3,27	2		59 498
472	22	Forbrenning > 49% med operativ behandling	12,50	57	K	227 438
457	22	Forbrenning > 49% uten operativ behandling	2,58	21	M	46 943
458	22	Forbrenning < 50% med hudtransplantasjon	3,43	50	K	62 409
459	22	Forbrenning < 50% med revisjon/annen op	1,62	26	K	29 476
460	22	Forbrenning < 50% forbrenning uten operativ behandling	0,79	17	M	14 374

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

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
461	23	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23	1,02	9	K	18 559
462 A	23	Rehabilitering, kompleks	0,15	1	M	2 729
462 B	23	Rehabilitering, vanlig	0,12	1	M	2 183
462 C	23	Rehabilitering, annen	0,71	1	M	12 918
463	23	Symptomer og funn m/bk	0,92	16	M	16 739
464	23	Symptomer og funn u/bk	0,50	5	M	9 098
465	23	Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	0,15	2	M	2 729
466	23	Etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose	0,31	5	M	5 640
467	23	Påvirkninger på helsetilstanden ITAD	0,31	3	M	5 640
483	23	Tracheostomi ekskl for sykd i ansikt, munnhule, eller hals	21,02	99	K	382 459

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

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
475		Se HDG 4
477		Se "kategorier utenom hoveddiagnosegruppene"
478		Se HDG 5
479		Se HDG 5
480		Se HDG 7
481	A	Se HDG 17
482		Se HDG 3

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 24: SIGNIFIKANT MULTITRAUME

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
484	24	Kraniotomi ved signifikant multitraume	8,56	27	K	155 749
485	24	Større op hofte/lårbensop & replantasjoner ved HDG 24	7,03	30	K	127 911
486	24	Operasjoner ved signifikant multitraume ITAD	5,27	30	K	95 888
487	24	Signifikant multitraume ITAD	1,97	30	K	35 844
489		Se HDG 18				
490		Se HDG 18				
491		Se HDG 8				
492		Se HDG 17				
493		Se HDG 7				
494		Se HDG 7				
495		Se HDG 4				

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 30: SYKDOMMER I BRYST

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
257	30	Total mastektomi ved ondartet svulst m/bk	1,46	12	K	26 565
258	30	Total mastektomi ved ondartet svulst u/bk	1,18	10	K	21 470
259	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst m/bk	1,05	11	K	19 105
260	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk	0,80	7	K	14 556
261	30	Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon	0,95	7	K	17 285
262	30	Mammabiopsi & lokal eksisjon ved godartede sykdommer	0,50	5	K	9 098
274	30	Ondartet sykdom i bryst m/bk	1,24	23	M	22 562
275	30	Ondartet sykdom i bryst u/bk	0,52	10	M	9 461
276	30	Godartet sykdom i bryst	0,55	6	M	10 007
501	A	Rekonstruksjon av bryst m/bk	1,87	10	K	34 025
501	B	Rekonstruksjon av bryst u/bk	0,86	10	K	15 648
502	30	Mastektomi med rekonstruksjon av bryst v/ondartet svulst	1,70	10	K	30 932
509	30	Andre operasjoner på bryst	0,83	14	K	15 102
520		Se HDG 3				
521		Se HDG 3				

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

KATEGORIER UTENOM HOVEDDIAGNOSEGRUPPENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
468	99	Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen	4,72	24	K	85 880
469	99	Hoveddiagnosen ubrukbar som utskrivingsdiagnose	0,37	18		6 732
470	99	Ikke grupperbar pga manglende opplysninger	0,00	5		0
477	99	Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen	1,10	16	K	20 015

Dagkirurgi/Spesifikke DRGer som utløser full refusjon.

Dagkirurgi

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
4	1	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	2,13	9	K	38 755
6	1	Op ved karpaltunnelsyndrom	0,32	2	K	5 822
8	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop u/bk	0,71	4	K	12 918
36	2	Op på corpus vitreum, choroidea, retina (note 1)	1,30	15	K	23 654
37	2	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye	1,08	11	K	19 651
38	2	Intraokulære op hovedsaklig på regnbuehinne ITAD	0,48	10	K	8 734
39	2	Operasjoner på linsen	0,43	2	K	7 824
40	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer > 17 år	0,42	4	K	7 642
41	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer < 18 år	0,57	2	K	10 371
42	2	Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD	0,71	14	K	12 918
50	3	Fjerning av spyttkjertel	1,14	7	K	20 742
51	3	Op på spyttkjertler ekskl fjerning av spyttkjertler	1,01	6	K	18 377
52	3	Operasjoner for leppe- og ganespalte	1,32	9	K	24 017
53	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus >17år	0,56	3	K	10 189
54	3	Operasjoner på bihuler & proc mastoideus <18år	0,78	6	K	14 192
55	3	Diverse operasjoner på øre/nese/hals	0,58	4	K	10 553
56	3	Plastiske operasjoner på nesene	0,60	3	K	10 917
57	3	Tons./adenoid op ekskl -ektomi > 17år	0,52	5	K	9 461
58	3	Tons./adenoid op ekskl -ektomi < 18år	0,39	3	K	7 096
59	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17år	0,46	3	K	8 370
60	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi, <18år	0,39	3	K	7 096
61	3	Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret >17år	0,19	2	K	3 457
62	3	Innleggelse av ventilasjonør i mellomøret <18år	0,28	2	K	5 095
63	3	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	1,02	7	K	18 559
77	4	Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk	3,39	7	K	61 681
112	5	Terapeutiske perkutane kardiovask prosedyrer	1,30	4	K	23 654
114	5	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt	1,37	24	K	24 927
116	5	Perm pacemaker u/AMI, hjertesvikt eller sjokk	2,84	15	K	51 674
118	5	Bytte av pulsgenerator, ev. med ledning	1,86	3	K	33 843
119	5	Inngrep for åreknuter	0,61	2	K	11 099
153	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	1,43	13	K	26 019
155	B	Andre op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år u/bk	1,70	15	K	30 932
156	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf. < 18 år	2,41	16	K	43 850
158	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	0,55	5	K	10 007
160	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år u/bk	0,67	7	K	12 191
162	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	0,61	3	K	11 099
163	6	Lyskebrokkoperasjon < 18 år	0,49	2	K	8 916
167	6	Appendektomi ekskl ved perforasjon/tumor u/bk	0,71	4	K	12 918
169	3	Prosedyrer i munnhulen u/bk	0,80	8	K	14 556
171	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD u/bk	1,29	12	K	23 472
194	7	Op på galleveier uten samtidig kolecystektomi u/bk	1,75	13	K	31 841
196	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang u/bk	3,19	28	K	58 042
211	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år u/bk	1,62	20	K	29 476

note 1: For nulldagsopphold gis det korrigeret vekt på 0,32 ved bruk av prosedyrekodene CKC15, CKC50, CKD00, CKE20.

Dette gjelder også ved bruk av prosedyrekodene CKC40, CKE10, CKE15 og CKE40 når disse ikke er kombinert med TCK00

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

Dagkirurgi

212	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop <18 år	2,06	18	K	37 482
213	8	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet	3,05	30	K	55 495
215	C	8 Operasjoner på kolumna ekskl. spodylodese u/bk	1,76	15	K	32 023
216	8	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet & bindevevet	2,13	34	K	38 755
217	8	Sårrev & hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykdom i HDG 8	3,88	59	K	70 597
219	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	1,01	11	K	18 377
220	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop < 18 år	0,87	5	K	15 830
222	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	0,66	5	K	12 009
224	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk	0,72	3	K	13 100
225	8	Operasjoner på ankel & fot	0,58	6	K	10 553
227	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	0,65	5	K	11 827
228	8	Op på håndledd/hånd/tommel & leddprotese håndledd/hånd m/bk	0,78	8	K	14 192
229	8	Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl proteseop u/bk	0,53	3	K	9 643
230	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur	0,66	7	K	12 009
231	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	0,58	5	K	10 553
232	8	Artroskopi	0,58	3	K	10 553
234	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	1,52	17	K	27 656
266	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt u/bk	0,62	20	K	11 281
267	9	Perianale inngrep & operasjoner for sakralcyste	0,29	3	K	5 277
268	9	Plastiske op på hud og underhud	0,55	9	K	10 007
270	9	Op på hud og underhud ITAD u/bk	0,54	4	K	9 825
286	10	Operasjoner på binyrer & hypofyse	2,48	15	K	45 124
288	A	10 Gastrointestinale operasjoner for adipositas	1,78	7	K	32 387
288	B	10 Andre operasjoner for adipositas	0,92	7	K	16 739
291	10	Eksisjon av median halsfistel eller cyste	0,98	8	K	17 831
293	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD u/bk	0,72	11	K	13 100
303	11	Nyre/ureterop & større blæreop pga ondartet svulst	3,59	37	K	65 320
305	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl ondt svulst u/bk	1,91	19	K	34 752
309	11	Operasjoner på urinblæren ITAD u/bk	0,95	5	K	17 285
311	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk	0,73	7	K	13 282
313	11	Operasjoner på urinrør > 17 år u/bk	0,42	6	K	7 642
314	11	Operasjoner på urinrør < 18 år	1,38	18	K	25 109
315	11	Operasjoner på nyrer & urinveier ITAD	1,73	15	K	31 477
337	12	Transurethral prostatectomi u/bk	0,95	8	K	17 285
338	12	Op på skrotalinnhold ved ondartede sykdommer	1,09	13	K	19 833
339	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykdom > 17 år	0,52	3	K	9 461
340	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykdom < 18 år	0,43	2	K	7 824
341	12	Operasjoner på penis	0,81	17	K	14 738
342	12	Omskjæring > 17 år	0,35	2	K	6 368
343	12	Omskjæring < 18 år	0,32	3	K	5 822
345	12	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD	0,77	8	K	14 010
355	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykdom u/bk	2,03	12	K	36 936
356	13	Rekonstruktive gynekologiske inngrep	1,40	9	K	25 473
357	13	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom	3,01	22	K	54 767
359	13	Op på uterus/adn ved godartede sykdom u/bk	1,32	10	K	24 017
360	13	Operasjoner på vagina, cervix & vulva ekskl vulvektomi	0,59	5	K	10 735
361	13	Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi (note1)	0,66	6	K	12 009
363	13	Utskraping & konisering ved ondartet sykdom	0,46	4	K	8 370
364	13	Utskraping & konisering ekskl ondartet sykdom	0,38	2	K	6 914
365	13	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD	1,13	14	K	20 560
377	14	Sykdommer etter forløsning & abort m/ operasjon	0,37	3	K	6 732
381	14	Spontan el medik utløst abort inkl med kir revisjon	0,19	2	K	3 457
392	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 > 17 år	2,03	15	K	36 936
394	16	Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD	0,92	8	K	16 739
402	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD u/bk	1,34	14	K	24 381
408	17	Andre op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi	0,96	13	K	17 467
415	18	Op ved sykdommer i HDG 18	3,09	38	K	56 223
424	N	19 Op på pasienter med sykdom i HDG19	1,51	42	K	27 474
439	21	Hudtransplantasjon etter skade	2,80	38	K	50 946

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

Dagkirurgi

441	21	Håndkirurgiske inngrep etter skade	0,64	3	K	11 645
443	21	Operasjoner etter skade ITAD u/bk	1,57	11	K	28 566
458	22	Forbrenning < 50% med hudtransplantasjon	3,43	50	K	62 409
459	22	Forbrenning < 50% med revisjon/annen op	1,62	26	K	29 476
461	23	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23	1,02	9	K	18 559
494	7	Laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	1,65	7	K	30 022
258	30	Total mastektomi ved ondartet svulst u/bk	1,18	10	K	21 470
260	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk	0,80	7	K	14 556
261	30	Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon	0,95	7	K	17 285
262	30	Mammabiopsi & lokal eksisjon ved godartede sykdommer	0,50	5	K	9 098
501 B	30	Rekonstruksjon av bryst u/bk	0,86	10	K	15 648
502	30	Mastektomi med rekonstruksjon av bryst v/ondartet svulst	1,70	10	K	30 932
509	30	Andre operasjoner på bryst	0,83	14	K	15 102
521	3	Operativ korleksjon av obstruktivt søvnapnesyndrom	0,52	1	K	9 461

Ikke-kirurgisk dagbehandling

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	60% DRG refusjon
117	5	Pacemakerrevisjon ekskl bytte pulsgenerator	1,87	8	M	34 025
124	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre m/bk ekskl v/ AMI	0,82	10	M	14 920
125	5	Diagnostisk perkut hjerteprosedyre u/bk ekskl v/ AMI	0,49	4	M	8 916
317	11	Dialysebehandling	0,12	1	M	2 183
380	14	Abort uten kirurgisk inngrep & tilst etter abort	0,14	2	M	2 547
410 A	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, uspesifisert	0,21	2	M	3 821
410 B	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 1	0,37	2	M	6 732
410 C	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 2	0,61	2	M	11 099
462 A	23	Rehabilitering, kompleks *)	0,12	1	M	2 183
462 B	23	Rehabilitering, vanlig	0,12	1	M	2 183
465	23	Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	0,15	2	M	2 729
492	17	Kjemoterapi m/akutt leukemi som bidiagnose	0,69	2	M	12 555

*) Som dagbehandling gis samme vekt som vanlig rehabilitering.

Kompliserte DRGer som gir korrigert vekt lik ukomplisert ved dagbehandling

DRG	HDG	Tekst	vekt	Vekt ved dagkirurgi	Type	60% DRG refusjon
7	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop m/bk	1,91	0,71	K	12 918
76	4	Op på åndedrettssystemet ITAD m/bk	3,39	3,39	K	61 681
152	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	2,45	1,43	K	26 019
154 B	6	Andre op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17år m/bk	4,67	1,70	K	30 932
157	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm m/bk	1,23	0,55	K	10 007
159	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år m/bk	1,53	0,67	K	12 191
161	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år m/bk	0,85	0,61	K	11 099
166 N	6	Appendektomi ved perforasjon/tumor eller m/bk	1,20	0,71	K	12 918
168	3	Prosedyrer i munnhulen m/bk	1,48	0,80	K	14 556
170	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD m/bk	3,06	1,29	K	23 472
193	7	Op på galleveier uten samtidig kolecystektomi m/bk	3,23	1,75	K	31 841
195	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang m/bk	3,40	3,19	K	58 042
210	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år m/bk	2,24	1,62	K	29 476
214 C	8	Operasjoner på kolumna ekskl. spodylodese m/bk	3,58	1,76	K	32 023
218	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år m/bk	2,63	1,01	K	18 377
221	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop m/bk	1,86	0,66	K	12 009
223	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese m/bk	1,38	0,72	K	13 100
226	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD m/bk	1,31	0,65	K	11 827
233	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD m/bk	2,96	1,52	K	27 656
257	30	Total mastektomi ved ondartet svulst m/bk	1,46	1,18	K	21 470
259	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst m/bk	1,05	0,80	K	14 556
265	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt m/bk	3,22	0,62	K	11 281

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2005

Kompliserte DRGer som gir korrigert vekt lik ukomplisert ved dagbehandling

DRG	HDG	Tekst	vekt	Vekt ved dagkirurgi	Type	60% DRG refusjon
269	9	Op på hud og underhud ITAD m/bk	1,75	0,54	K	9 825
292	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD m/bk	2,73	0,72	K	13 100
304	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst m/bk	3,18	1,91	K	34 752
308	11	Operasjoner på urinblæren ITAD m/bk	1,28	0,95	K	17 285
310	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata m/bk	1,15	0,73	K	13 282
312	11	Operasjoner på urinrør > 17 år m/bk	0,62	0,42	K	7 642
336	12	Transurethral prostatectomi m/bk	1,25	0,95	K	17 285
354	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd m/bk	3,13	2,03	K	36 936
358	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd m/bk	2,11	1,32	K	24 017
401	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD m/bk	4,19	1,34	K	24 381
442	21	Operasjoner etter skade ITAD m/bk	4,40	1,57	K	28 566
493	7	Laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang m/bk	2,32	1,65	K	30 022
501 A	30	Rekonstruksjon av bryst m/bk	1,87	0,86	K	15 648

Vedlegg B: Gyldige nullstilte takster i 2005

Takst nr	Tekst
A06a	Erstatning av pulsgenerator-pacemaker
A06b	Percutane cardiologiske diagnostiske og terapeutiske prosedyrer (Ny 2005)
A62a	Intravenøs infusjon av særlig vevstoksiske cytostatika.
B06a	Varicer (stripping av v. saphena magna + lokal ekstirpasjon/stripping av v. saphena parvae/lokal ekstirpasjon)
B06b	Brokkoperasjoner
B06c	Dilatasjon av anus i narkose
B06d	Hemorrideoperasjon i narkose
B06e	Insisjon av perianale/perierctale abscesser
B06f	Operasjon på skjoldbruskkjertelen
B06g	Operasjon på mammae ekskl. biopsi
B06h	Cholecystectomi ved lapraoskopi
B06i	Subtotal mastectomi ved ondartet sykdom
B06j	Sinus pilonidalis - extirpasjon
B06k	Lapraoskopisk funduplicatio v. refluks
B13a	Operasjon for phimose
B13b	Operasjon for hydrocele/spermatocoele
B13c	Intern urethrotomi
B13d	Transurethral reseksjon av små svulster i blæren (inkl laserbeh.)
B13e	Operasjon for testisretensjon
B13f	Transurethral prostatareseksjon
B13g	Orchiectomi/epididymectomy bilateralis
B21a	Provosert abort 1. trimester
B21b	Revisio etter spontan abort
B21c	Fraksjonert abrasio
B21d	Conisering
B21e	Laserevaporisering av utbredte forandringer i vagina / vulva / perineum / perianalt
B21g	Revisjon av episotomi o.l
B21h	Marsupialisering
B21i	Hysteroskopi m/biopsi
B22a	Provosert abort 2.trimester, inkl. evacuatio
B23b	Terapeutisk laparoskopi
B23c	Diagnostisk laparoskopi
B23g	Operasjon for stressinkontinens (eks. TVT)
B23h	Andre gynekologiske inngrep i narkose/spinal/epidural
B30d	Arthrodese av fingerledd
B31b	Amputasjon/ecartikulasjon av finger/tå
B32a	Spalte seneskjeder/kanaler
B33a	Operasjon for epicondylitt
B33b	Operasjon for nerve-entrapment-syndrom i ekstremiteter
B33c	Reseksjon av hammertå
B33d	Diagnostisk artroskopi
B33e	Operasjon for Dupuytrens kontraktur (en stråle)
B33f	Operasjon for Dupuytrens kontraktur (flere stråler)
B33g	Synovectomi i fingerledd
B33h	Hallux valgus, radikaloperasjon
B33i	Terapeutisk artroskopi
B33j	Åpen akromionreseksjon ved subacromialt syndrom

VEDLEGG B

Innsatsstyrt finansiering 2005

Takst nr	Tekst
B33k	Åpen operasjon ved skulderluksasjon
B33l	Skulderartroskopi ved rotator cuff-ruptur
B33m	Ankelartroskopi ved ankelartrose
B33n	Synovectomi i ankelledd
B33o	Ankelplastikk ved instabil ankel
B33p	Nervereseksjon ved Mortons metatarsalgi
B33q	Arthrodese ved arthrose i fingerledd
B33r	Mikrokirurgisk ekstirpatio av prolaps i ryggen
B33s	Korsbåndkirurgi ved ACL/PCL-ruptur i kne
B33t	Fjerning av osteosyntesemateriale i narkose/epidural/spinal
B42a	Plastikkirurgiske korreksjoner (eks. utstående ører)
B42b	Excisisjon og lappeplastikk eller hudtransplantat i ansikt, hode, hals og hender
B42c	Sekundære korreksjoner etter leppe-, kjeve- og ganespalte
B42d	Senesutur, nervesutur, nerve-entrapment, reumakirurgiske operasjoner
B42e	Andre særlig omfattende plastikkirurgiske inngrep
B42f	Fjerning av middels store/store lesjoner i ansikt, hode, hals og hender
B43a	Hyperhydrosis axillae
B43b	Dupuytren's kontraktur (en stråle)
B43c	Korreksjon av assymetriske bryst
B43d	Reduksjonsplastikk
B43e	Rekonstruksjon av bryst med expander og protese
B43f	Bukplastikk
B43g	Dupuytren's kontraktur (flere stråler)
B43h	Andre plastikk-kirurgiske inngrep i narkose/spinal/epidural
E06a	Operativ behandling av mandibulær eller maxillær prognati
F03a	Mindre plastiske øyeoperasjoner
F03d	Førstegangs tåreveisbehandling
F03e	Chalazionoperasjon
F04a	Kryopexi
F04b	Pterygiumoperasjon
F04c	Øyelokkoperasjon
F05a	Refraktiv hornhinnekirurgi uten transplantasjon
F05b	Operasjon på tåresekk
F05c	Discisjon med laser
F05d	Enucleasjon
F05e	Behandling med laser
F05f	Større plastiske operasjoner
F05g	Ptoseoperasjon
F05h	Operasjon for netthinneavløsning
F05i	Hornhinnetransplantasjon
F05j	Fjernelse av intrabulært fremmedlegeme
F05k	Alle intrabulbære inngrep
F06a	Kataraktoperasjon
F06b	Strabismeoperasjon
F06c	Grønn stær operasjon (trabekel løsning)
G05g	Operasjon av auris alatae
G06a	Adenotomia/otomicroskopi m/paracentese og drenginnleggelse i narkose
G06b	Rhinoplastikk
G06c	Operative inngrep på sinus paransalis
G06d	Tonsillectomia (evt. Med adenotomi)
G06e	Palatopharyngoplastikk

VEDLEGG B

Innsatsstyrt finansiering 2005

G06f	Kirurgisk behandling av cystis colli
G06g	Otomicrokirurgi (myringoplastikk, explorativ tympanotomi)
H05a	Intravenøs infusjon av særlig vevstoksiske cytostatica
H05b	Intravesikal kjemoterapi / BCG

VEDLEGG C

Innsatsstyrt finansiering 2005

Vedlegg C: 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.
Avdelingsopphold	Sammenhengende periode med heldøgnsopphold ved samme avdeling for en pasient, fra innskrivingsdato til utskrivingsdato.
Sykehusopphold	Sammenhengende opphold på sykehus for en innlagt pasient. Som Sykehusopphold regnes både heldøgnsopphold og dagopphold.
Omsorgsperiode	Et avgrenset tidsrom for kontakter/innleggelse ved helseinstitusjoner for utredninger og eventuelle behandling/pleie og/eller kontroll av en sykdomstilstand.
DRG-vekt	Det relative ressursforbruket for en pasientgruppe i forhold til gjennomsnittspasienten.
DRG-poeng	Sykehusopphold hvor man tar hensyn til pasientsammensetningen. Produktet av antall sykehusopphold og DRG-vekt (kostnadsvekt) for sykehusoppholdene.
Korrigerte DRG-poeng	DRG-poeng justert i tråd med gjeldende refusjonsregler.
Øvre trimpunkt	Antall liggedager som settes som grense for aktuelle DRGer om sykehusoppholdet skal defineres som normalopphold eller langtidsopphold.
Dagopphold	Planlagt innleggelse uten overnatting hvor pasienten behandles over en eller flere dager. Ved dagopphold kan pasienten motta dagbehandling.
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	Et operativt inngrep hvor det vanligvis er behov for anestesipersonell og operasjonsstue/skiftestue.
DRG Diagnoserelaterte grupper	Klassifikasjonssystem som grupperer pasienter i medisinsk meningsfulle og ressursmessig homogene grupper. DRG-systemet er primært utviklet for somatiske sykehus.
HDG Hoveddiagnosegrupper	Organorienterte hovedgrupper i DRG-systemet.

VEDLEGG D*Innsatsstyrt finansiering 2005***Vedlegg D: Institusjoner som inngår i ISF-ordningen for 2005**

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
Sykehuset Innlandet Kongsvinger	Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Innlandet Lillehammer	Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Innlandet Elverum/Hamar	Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Innlandet Gjøvik	Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Innlandet Tynset	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 Helse Øst RFH
Revmatismesykehuset	Avtale 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	Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF
Spesialsykehuset for rehabilitering, avd. Kristiansand	Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF
Spesialsykehuset for rehabilitering, avd. Stavern	Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF
Rikshospitalet	Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF
Hjertesenteret i Oslo	Rikshospitalet-Radiumhospitalet 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
Sykehuset Telemark, Kragerø	Sykehuset Telemark HF
Sykehuset Telemark	Sykehuset Telemark HF
Sørlandet sykehus Arendal	Sørlandet Sykehus HF
Sørlandet sykehus Flekkefjord	Sørlandet Sykehus HF
Sørlandet sykehus Mandal	Sørlandet Sykehus HF
Sørlandet sykehus Kristiansand	Sørlandet Sykehus HF

VEDLEGG D

Innsatsstyrt finansiering 2005

Helse Vest RHF	
Betanien hospital (Hordaland)	Avtale med Helse Vest RHF
Haraldsplass Diakonale 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
Rehabiliteringstjenesten i Rogaland	Helse Stavanger HF
Stavanger universitetssjukehus	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	St Olavs Hospital HF
St Olavs Hospital	St Olavs Hospital HF
Helse Nord RHF	
Helgelandssykehuset avd Rana	Helgelandssykehuset HF
Helgelandssykehuset avd Sandnessjøen	Helgelandssykehuset HF
Helgelandssykehuset avd Mosjøen	Helgelandssykehuset HF
Helse Finnmark avd Hammerfest	Helse Finnmark HF
Helse Finnmark avd Kirkenes	Helse Finnmark HF
Hålogalandssykehuset avd Harstad	Hålogalandssykehuset HF
Hålogalandssykehuset avd Narvik	Hålogalandssykehuset HF
Hålogalandssykehuset avd Stokmarknes	Hålogalandssykehuset HF
Nordlandssykehuset avd Lofoten	Nordlandssykehuset HF
Nordlandssykehuset avd Bodø	Nordlandssykehuset HF
Universitetssykehuset Nord-Norge	Universitetssykehuset Nord-Norge HF

VEDLEGG D

Innsatsstyrt finansiering 2005

Andre private sykehus	
Axess sykehus og spes.klinikk Colosseum Klinikken, Oslo Feiringklinikken Klinikk Stokkan, Trondheim Medi 3, Ålesund Medi 3, Molde Mjøs-Kirurgene Omniasykehuset, Oslo Ringvoll Klinikken Drammen private sykehus Idrettsklinikken as Norsk Idrettsmedisinsk institutt Colosseumklinikken, Stavanger Vestnorsk Ortopediske sykehus Bergen kirurgiske sykehus Omnia, Kristiansand Omnia, Bergen Fana medisinske senter Rosenborg sportsklinik Vestfjordklinikken Privatsykehuset Haugesund Trondheim Spesialistlegesenter Moxness Klinikken Ishavsklinikken Klinikk Stokkan Tromsø Volvat medisinske senter	

Institusjoner hvor kun føde- virksomheten er inkludert i ISF	Organisert i /avtale med helseforetak
Valdres fødestogo Tinn fødestue Brønnøy fødestue Steigen fødestue Fødestua i Midt-Troms Helsesenteret Sonjatun Alta helsesenter	Sykehuset Innlandet HF Helse Sør RHF Helgelandssykehuset HF Nordlandssykehuset HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF Helse Finnmark HF