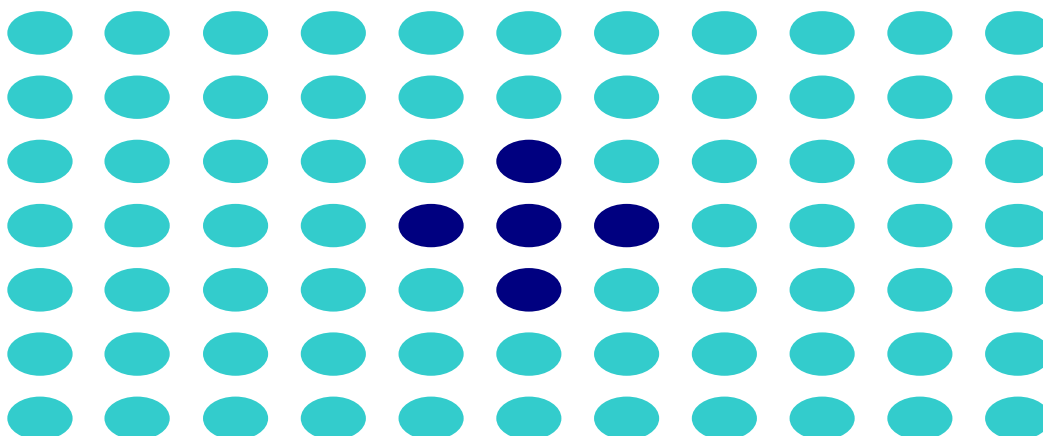


Informasjonshefte

Innsatsstyrt finansiering 2006



Forord

Innsatsstyrt finansiering 2006 beskriver retningslinjer for finansieringsordningen. Dokumentet inneholder også en liste over de institusjoner som omfattes av ordningen, samt en oversikt over refusjonssatser for innsatsstyrt finansiering.

I kapittel 1 gis en orientering om ISF-ordningen med blant annet en beskrivelse av formålet med ordningen, hvem som omfattes av ordningen, nytt i ordningen fra 1.1.2006 og hvordan ISF-refusjonene beregnes. Kapittel 2 redegjør for 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 DRG-ene, en egen tabell for de DRG-er som er klassifisert som dagkirurgiske/spesifikke og en tabell som viser korrigert vekt når dagkirurgiske inngrep grupperes til kompliserte DRG-er. Vedlegg B 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.

Helse- og omsorgsdepartementet har fra 2006 overført ansvar for forvaltning og utvikling av aktivitetsbasert finansiering til Sosial- og helsedirektoratet (SHDir). SHDir får dermed et helhetlig ansvar for både kode- og klassifikasjonsarbeid og forvaltning/utvikling av de aktivitetsbaserte finansieringsordningene. Siktemålet med omleggingen er en tettere oppfølging slik at eventuelle systemsvakheter fanges opp og korrigeres så tidlig som mulig. HOD har fortsatt det overordnede ansvaret for finansieringsordningene, budsjettbevilgningene og ansvaret for utbetalingene. 2006 kan imidlertid på enkelte områder betraktes som et overgangsår.

Oslo, februar 2006

Helse- og omsorgsdepartementet

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	1
KAPITTEL 1 – GENERELT OM INNSATSSTYRT FINANSIERING (ISF)	5
FORMÅL MED FINANSIERINGSORDNINGEN.....	5
OMFANGET AV ORDNINGEN	6
NYTT I 2006	6
DE STØRSTE LOGIKKENDRINGER I DRG-SYSTEMET FOR 2006.....	9
BEREGNING, MOTTAKER OG ANALYSE AV ISF-REFUSJON.....	12
REFUSJONSREGLER FOR PASIENTER SOM SKRIVES INN OG UT SAMME DAG	13
AVREGNINGSUTVALGET.....	15
FORSKJELLER I ISF GRUNNLAG OG DATA PRESENTERT I SSB/SAMDATA/NPR	15
UTVIKLINGSARBEID/FORBEDRINGER I ISF	16
KAPITTEL 2 – KRAV TIL REGISTRERING OG RAPPORTERING AV PASIENTDATA.....	18
NYTT RAPPORTERINGSFORMAT	18
GJELDENE KODEVERK.....	18
SJEKKLISTE FOR RAPPORTERING AV DATA TIL NPR	19
LUKKING AV TERTIALER	21
MULIGE VRIDNINGSEFFEKTER.....	22
ANGIVELSE AV KOMMUNENUMMER	23
POLIKLINISKE PASIENTER VERSUS INNLAGTE PASIENTER	24
OBSERVASJONSPASIENTER.....	24
DAGOPPHOLD.....	24
DAGKIRURGI HOS PRIVATPRAKTISERENDE AVTALESPELISALISTER	24
DAGKIRURGI HOS PRIVATPRAKTISERENDE SPELISALISTER UTEN AVTALE OM NORMALTARIFF	25
FRISTBRUDDPASIENTER I ISF	26
PASIENTER BEHANDLET I UTLANDET ETTER DIREKTE HENVISNING FRA DE REGIONALE HELSEFORETAK.....	27
PSYKIATRI PASIENTER.....	27
DØD VED ANKOMST	27
KAPITTEL 3 – SPELISELLE PASIENTGRUPPER.....	28
DAGKIRURGI.....	28
NULLSTILTE TAKSTER	29
IKKE-KIRURGISK KREFTBEHANDLING.....	29
DIALYSEPASIENTER	33
NYFØDTE I HOVEDDIAGNOSEGRUPPE (HDG) 15	33
REHABILITERING.....	34
TILLEGGSREFUSJONER	37
PALLIATIV BEHANDLING	40
STERILISERING	42
KAPITTEL 4 – DRG-SYSTEMET	43
GRUPPERINGSPROGRAM (NPK 2006)	43
NORDISK SAMARBEID.....	43
KOSTNADSVEKTER.....	43
LOGIKK I DRG-KLASSIFISERINGEN	45
SPELISELLE DRG-ER.....	50
KRAV TIL MEDISINSK KODING	50
VEDLEGG A.....	54
REFUSJONSLISTE DRG 2006	54
VEDLEGG B: GYLDIGE NULLSTILTE TAKSTER I 2006.....	73
VEDLEGG C: DEFINISJON BEGREPER	76
VEDLEGG D: INSTITUSJONER SOM INNGÅR I ISF-ORDNINGEN FOR 2006.....	77

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 flaskehalser 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 til 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 2007.

Det forutsettes at prisen som de regionale helseforetakene betaler til de private tjenesteyterne er basert på forhandlinger mellom RHF og tjenesteyter. Med dette menes at det ikke nødvendigvis gjelder at DRG-refusjonene samsvarer med kostnadene som private aktører har. 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.

Opphold for pasienter som mottar gruppebehandling, som læring og mestring, fysioterapi, opptrening, diettveiledning e. l. er ikke inkludert i ISF, og skal ikke registreres som innlagte. Dersom det ikke finnes polikliniske takster for denne virksomheten skal den ikke rapporteres i pasientdata for somatisk sykehusbehandling til Norsk pasientregister. Mistanke om slik praksis vil bli fulgt opp i etterkant av datarapportering for 1. tertial 2006.

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 2006 finnes i vedlegg B.

Nytt i 2006

Det er i 2005 gjennomgått områder ved ISF-ordningen som kan forbedres for å øke treffsikkerheten i utbetalingene. Endringene er beregnet å være budsjettneutrale i forhold til 2004-aktivitet. Ved dataanalyser etter innrapportering av data for 1. tertial vil konsekvensene evalueres, og eventuelt justeres dersom det viser seg å være utilsiktede effekter av endringene. Følgende endringer gjelder fra 2006:

➤ Korttidsopphold i kompliserte DRG-er

Dagkirurgiske opphold som grupperes til kompliserte DRG-er gir refusjon som ukompliserte opphold, og kompliserte ettdøgnsopphold i uspesifikke DRG-er blir fra 2006 håndtert på samme måte.

- Hvis DRG er komplisert og liggetid = 1 dag, vil korrigert vekt bli lik vekten for ukompliserte opphold.

- **Kompensasjon for særdeles lang liggetid**
For opphold som grupperes til en DRG med trimpunkt > 20 dager samt at liggetid > 10 dager lengre enn trimpunktet vil man få et dagtillegg på 0,09 korrigerte poeng til pasienten er utskrivningsklar eller maks 100 dager med tillegg.
- **Det innføres tilleggsrefusjoner for følgende behandlinger:**
 - Leverdialyse (MARS-behandling)
 - Isolated limb perfusion (TNF-alfa)
 - Hypertermisk intraoperativ intraperitoneal kjemoterapi (HIIC-prosedyre)
 - HMAS-behandling for Non-Hodgkins sykdom.

For registrering av disse behandlingene vises det til sidene 37-41, om tilleggsrefusjoner.

- **Skille mellom hornhinnetransplantasjoner og andre inngrep i DRG 42 "Operasjoner for glaukom & operasjoner på glasslegemet".** Transplantasjonene er justert opp for pasienter med minimum en overnatting, og dette fører til at vekten for andre inngrep i DRG-en er justert ned noe. Se side 55 for detaljer.
- **Vekten for meniskoperasjoner i DRG 221/222 "Operasjoner på kneledd ekskl. protese-operasjoner",** er justert ned. Dette betyr at vekten for andre inngrep i disse DRG-ene heves tilsvarende. Se DRG-listen på side 60 for detaljer.
- **Nye vektor ved brannskadebehandling på Haukeland Universitetssjukehus**
Det har i kostnadsvektrevisjonene blitt avdekket store forskjeller i kostnad per sykehusopphold ved brannskadeavsnittet på Haukeland, og andre sykehus som har opphold i HDG 22 "Forbrenninger". Det er derfor beregnet egne vektor for Haukeland i denne HDG-en. I vektene som gjelder andre sykehus er Haukelands kostnader holdt utenfor. Vektene er som følger:

DRG	Haukeland	Andre
457 - Omfattende forbrenninger uten operativ behandling	5,03	3,46
458 - Mindre omfattende forbrenninger med hudtransplantasjon	11,47	2,70
459 - Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op	6,68	1,45
460 - Mindre omfattende forbrenninger uten operativ behandling	2,16	0,67
472 - Omfattende forbrenninger med operativ behandling	16,44	9,92

Kapittel 1 – Generelt om ISF

Innsatsstyrt finansiering 2006

➤ Nullstilte takster

Det er gjort enkelte tekstlige endringer i de nullstilte takstene som skal være klargjørende for når de kan brukes. I tillegg er det etablert noen nye nullstilte takster. For de i tabellen nedenfor som har spesifikk vekt knyttet til seg (oppført med korrigert vekt i tabellen), må oppholdet registreres poliklinisk med korrekt nullstilt takst. De andre vektene bestemmes av DRG-grupperingen. Diagnose og prosedyreregistreringer skal gjøres etter generelle retningslinjer.

Takst nr	Tekst	Korrigert vekt
B06l	Behandlinger ved cancer oesophagi i narkose	
B06m	Glandextirpasjoner ved malign sykdom med narkose evt spinal/epidural analgesi	
B06n	Eksplorasjon, reseksjon eller total fjerning av tyreoida eller paratyreoida	
B06o	Andre gastrokirurgiske inngrep i narkose	
B13i	Ureterskopi i narkose	0,30
B23j	Transurethral submukøs injeksjon i urethra, for behandling av stressinkontinens.	0,30
B33u	Andre ortopediske inngrep i narkose	
G05b	Laryngoskopi i narkose	0,30
G05d	Sinoskopi i narkose	0,30
G05f	Pharyngoskopi i narkose	0,30
G05h	Oesophagoskopi i narkose	0,30
G05i	Bronkoskopi i narkose	0,30
G05j	Microlaryngoskopi i narkose (Med eller uten biopsi)	0,30
H05e	Infusjonsbehandling med bifosfonater ved malign sykdom	0,10
J06a	Injeksjon av botulinum toksin for pasienter med dystoni, hemifasciale spasmer, spastisitet samt autonome forstyrrelser	0,10
J06b	Påfylling av baklofen på intraspinal medikamentpumpe for pasienter med dystoni eller spastisitet	0,25

➤ Ny DRG for de mest ressurskrevende kurene - kjemoterapi 410D

Det er opprettet en ny ICD-10-kode, Z51.13 "Kjemoterapi for svulst, kjemoterapeutika Gruppe III". Se side 32 for hvilke kurer som inngår i denne gruppen. Vekten er beregnet til 1,07.

➤ Utskrivningsklarvariabelen i NPR-recorden aktiviseres for beregning av refusjoner

Variabelen "Utskrivningsklar" må registreres for pasienter som mottar rehabiliteringstillegg eller faller inn under definisjonen av langtidsliggere. Når utskrivningsklardato er tidligere enn utdato, vil utskrivningsklardato være bestemmende for liggetidstillegget.

➤ Tilleggsrefusjoner og NPK

I 2006 håndteres beregning av tilleggsrefusjoner for implantater og palliativ behandling i NPK. Dette betyr at tilleggsrefusjonene vil fremkomme som DRG-poeng, på lik linje med

annen aktivitet. Dette gjelder ikke de tilleggsrefusjonene, som krever særskilt rapportering (se side 37).

- Økonomi og refusjonsregler
 - Enhetsrefusjonen for 2006 er fastsatt til 31 614 kroner.
 - DRG refusjonen for 2006 er 40 prosent av full DRG-refusjon, dvs. ca. 12 646 kroner per DRG poeng. Økt basisfinansiering til de regionale helseforetak fører til at refusjonene i ISF er justert ned med en faktor 40/60 i forhold til finansieringen i 2005. Justeringen gjelder også sideutbetalinger i ISF-systemet. For detaljer rundt beregning av enhetsrefusjon vises det til [St.prp. nr. 1 \(2005-2006\)](#) for HOD side 154.
- Registrering ved "fristbrudd" er nærmere omtalt på side 26.
- Nye kostnadsvekter i 2006

Det er beregnet nye kostnadsvekter til DRG-systemet basert på aktivitets- og regnskapstall fra 2004. Et sammendrag av dette arbeidet, og henvisning til rapporten finnes på side 43.
- Observasjonsposten ved Oslo kommunale legevakt er inkludert i ISF-ordningen fra 2006.

De største logikkendringer i DRG-systemet for 2006

Hvert år oppdateres logikken i DRG-systemet for å korrigere feil, eller oppdatere systemet med hensyn til ny medisinsk behandling eller ny praksis. Nedenfor presenteres de endringene som får størst konsekvenser. For en mer utfyllende oversikt over endringer henvises det til NordDRG-forums hjemmeside:

<http://www.nordclass.uu.se/verksam/norddrforum/index.htm>

Endringer i kompliserende egenskaper (CC-egenskaper):

- NCSP koder for revisjon/reseksjon av sår er ikke lenger kompliserende. Dette gjelder kodene QAB 05 "Sårrevisjon på hode eller hals", QBB 05 "Sårrevisjon på trunkus", QCB 05 "Sårrevisjon på overekstremitet" og QDB 05 "sårrevisjon på underekstremitet".

Prosedyren ZZQ 00 "Fritt mikrovaskulært hudtransplantat" har fått kompliserende egenskap.

Osteoporotisk brudd er ikke kompliserende dersom det opptrer sammen med hoveddiagnose brudd.

HDG 3 "Øre-nese- og halssykdommer":

- Ny DRG for innsetting av cochleaimplantat
DRG 49 splittes i DRG 49A "Større operasjoner på ØNH ekskl cochleaimplantat" og DRG 49B "Cochleaimplantat". Dette betyr at tilleggsrefusjonen kun vil gjelde når man opererer inn to cochleaimplantater. Prosedyrekoden må registreres to ganger. Man vil da få et tillegg på 9,07 DRG-poeng. Det gis ikke tillegg dersom to koder ikke er registrert.
- Nye DRG-er for operasjoner på bihuler og operasjoner på temporalben, mastoideus og indre øre. DRG 53 og DRG 54 erstattes av DRG 53A "Operasjoner på bihuler" og DRG 53B "Operasjoner på temporalben, mastoideus og indre øre". DRG 53B vil da inneholde alle operasjoner på ørebeinskjeden (DD-prosedyrer), processus mastoideus og tinningbenet (DE) og operasjoner på det indre øret (DF). Disse prosedyrene kommer fra DRG-ene 53, 54 og 55.

HDG 4 "Sykdommer i åndedrettsorganene":

- Prosedyrene GAA 96 "Annen åpen eller perkutan pleuradrenasje" og GAA 97 "Annen torakoskopisk pleuradrenasje", har fra 2006 OR 1 egenskap.¹ Dvs at de sammen med diagnoser tilhørende HDG 4 "sykdommer i åndedrettsorganene" vil gruppere til kirurgisk DRG.

HDG 5 "Sykdommer i sirkulasjonsorganene":

Det er foretatt en større omarbeiding av logikken innenfor thorax kirurgi og perkutane prosedyrer.

- Ny grupperingslogikk for ECHLA (FDX 00), ECLA (FXE 00), PABP (FXJ 00), TAH (FXN 00) og VAD (FXL 00). Disse prosedyrene vil gruppere til ny DRG 103 "Hjertetransplantasjon, inkl. ekstrakorporal/assistert sirkulasjon". Dette betyr at tilleggsrefusjonen for venstre ventrikkelpumpe er inkludert i DRG-vekten.
- Ny grupperingslogikk for DRG 104/105 "Operasjoner på hjerteklaffer med/uten hjertekateterisering". En oppdeling basert på om hjertekateterisering er utført eller ikke er ikke medisinsk meningsfull. DRG-ene 104 og 105 utgår og erstattes av en splitt basert på operasjonstype. DRG 104A "Operasjon på hjerteklaff" og DRG 104B "Operasjon på flere hjerteklaffer eller en hjerteklaffoperasjon m/bk".
- Ny grupperingslogikk for DRG 106/107 "Koronar bypass operasjon med/uten hjertekateterisering". I tillegg til hjertekateterisering er det også andre faktorer som kompliserer en koronar by-pass operasjon. DRG-ene 106 og 107 erstattes derfor av DRG 107A "Koronar bypass operasjon uten hjertekateterisering eller komplekse ledsagende prosedyrer", DRG 107B "Koronar bypass operasjon med hjertekateterisering" og DRG 107C "Koronar bypass operasjon med komplekse ledsagende prosedyrer eller m/bk".

¹ Med OR 1 egenskap menes at inngrepet ansees å være operasjonsstuekrevenende.

Kapittel 1 – Generelt om ISF

Innsatsstyrt finansiering 2006

- Endret innhold i DRG 108 "Operasjoner på hjerte og store intratorakale kar ITAD". Perkutane prosedyrer (FDE 32, FDN 02, FHB 40 og FNW 98) flyttes til DRG 112 (endringer i DRG 112 beskrives i punktet under). Anuloplastikker (FGC, FKB og FMC 00) flyttes ut av DRG 108 og til DRG 104. Koronare trombendarterektomier flyttes til DRG 107.
- DRG 112 "Terapeutiske perkutane kardiovaskulære prosedyrer" splittes i seks nye grupper.

112A	PCI uten alvorlige tilleggstilstander
112B	Perkutan ablationsbehandling for hjertearytmi
112C	PCI uten AMI u/bk
112D	PCI uten AMI m/bk
112E	PCI med AMI u/bk
112F	PCI med AMI m/bk

- DRG-ene 115, 116, 117 og 118 som omhandler pacemaker prosedyrer erstattes av tre nye DRG-er.

115A	Revisjon eller fjerning av pacemaker eller defibrillator
115B	Implantasjon eller bytte av pacemaker
115C	Implantasjon eller bytte av defibrillator

Dette betyr at tilleggsrefusjonen for ventrikkeldefibrillator/ICD-hjertestarter inngår i DRG-vekten.

- Endret innhold i DRG 120 "Operasjoner på sirkulasjonsorganene ITAD"
Enkelte dyrere prosedyrer flyttes ut av DRG-en og inn i andre DRG-er for å skape bedre homogenitet i DRG 120. DRG-er som vil motta opphold vil være 103, 108 og 112A.

HDG 14 "Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid":

- DRG 378 "Ekstrauterin graviditet" har inneholdt både medisinske og kirurgiske opphold. De medisinske i denne DRG-en grupperes nå til DRG 380 "Abort uten kirurgisk inngrep & tilst etter abort", slik at ny DRG 378 vil fra 2006 kun inneholde kirurgi.
- MBC 33 "Sutur av totalruptur av perineum" gis kompliserende egenskap på linje med ICD-10 koden O70.3 "Fjerdegrads perinealrift under forløsning".

For detaljer omkring logikkendringene vises det til NordDRG forum:

<http://www.nordclass.uu.se/verksam/norddrgforum>.

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 36 til 41.

ISF-refusjonen som beregnes for hvert regionalt helseforetak har DRG-klassifisert aktivitet som utgangspunkt. I denne klassifiseringen plasseres sykehusopphold i grupper (DRG-er) som er medisinsk og ressursmessige tilnærmet homogene. For hver DRG er det beregnet en kostnadsvekt som gir uttrykk for relativ ressursbruk for denne gruppen. Kostnadsvektene som anvendes i 2006 er utarbeidet med utgangspunkt i regnskaps- og aktivitetsdata fra 2004. Se side 43 for mer informasjon om kostnadsvektsarbeidet. Kostnadsvekten for én DRG = antall DRG-poeng **ett** sykehusopphold i denne DRG-en opptjener. Kostnadsvekt * enhetsrefusjon for aktuelt år gir gjennomsnittsprisen for ressursmessig like opphold. Summen av poeng i alle DRG-ene (=total aktivitet) utgjør refusjonsgrunnlag til det regionale helseforetaket.

Refusjonssatsen er på 40 prosent av full DRG-refusjon i 2006. Litt forenklet kan en si at DRG-refusjoner dekker om lag 40 prosent av gjennomsnittskostnadene, mens basisbevilgningen dekker om lag 60 prosent. DRG-refusjonen for enkelt DRG-er dekker derfor ikke alle kostnadene for sykehusoppholdet. Dekningsgraden varierer også 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 2006. I korrigerte DRG-poeng tas det dessuten hensyn til at det ved rehabilitering og såkalte langtidsligere påløper dagtillegg i tillegg til den faste vekten for DRG-en.

DRG-refusjonen for år 2006 beregnes på følgende måte:

Korrigerte DRG-poeng * 0,40 * 31 614

Den ekstra refusjonen som gis til et utvalg kostbare behandlinger 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 side 36 for regler for trekk på grunn av for høy andel kompleks rehabilitering).

Ved beregning av refusjonen er det dessuten viktig å benytte riktig datagrunnlag. Ved bruk 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.)

Refusjonsregler for pasienter som skrives inn og ut samme dag

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 DRG-en i paret er en spesifikk dagkirurgisk DRG. Disse oppholdene får en vekt tilsvarende den ukompliserte dagkirurgiske DRG-en. (Se vedlegg A.)

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

- For opphold som varer minst 5 timer, og blir gruppert utenfor spesifikke DRG-er for dagbehandling, gis det DRG-refusjon tilsvarende en vekt på 0,15 for opphold gruppert til medisinsk DRG. For opphold gruppert til øvrige ikke-spesifikke DRG-er gis en vekt på 0,12

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

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.

Opphold som grupperes i en spesifikk DRG.

- Her gis full DRG-refusjon uavhengig av liggetid. Også ved overføringer til andre ISF-institusjoner

Figur 1 gir en skjematisk oversikt over refusjonsreglene.²

Figur 1 Refusjonsregler i Innsatsstyrt finansiering 2006

Døgnbehandling	Dagbehandling	
FULL refusjon	Medisinsk DRG Vekt = 0,15	< 5 timer Vekt = 0
	Øvrige DRG-er 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 DRG-er = 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 2006. 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 nettsiden:

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 Sosial- og helsedirektoratet, både i forhold til tilrettelegging av underlagsmaterialet for ISF, utviklingsarbeid generelt, samt service og analyser av aktivitetsdata for de regionale helseforetak, helseforetak og direktoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet vil eventuelt korrigere a konto utbetalingene for 2006 etter gjennomgang av aktivitetstall for 2. tertial. Disse eventuelle justeringene er basert på

² Minner om unntak for komplisert dagkirurgi og opphold med en overnatting, som grupperes til kompliserte ikke-spesifikke DRG-er. Disse gis refusjon som ukompliserte DRG-er.

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 2007. Se forøvrig informasjon om lukking av data (side 21).

Avregningsutvalget

De regionale helseforetakene vil bli varslet 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 finansierungsordningen, 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 ivarettatt. 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 2006, 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.

Utviklingsarbeid/forbedringer i ISF

DRG-systemet blir oppdatert årlig i forhold til grupperingsregler. Oppdateringene 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.

Det er satt i gang et arbeid med utvide ISF-ordningen til å omfatte større deler av spesialisthelsetjenesten. Det vises i denne sammenheng til utviklingsarbeidet for å integrere store deler av finansieringen av poliklinikk i ISF fra 2007. Det er også satt i gang et arbeid med å utvikle klassifiseringssystemer på flere nye områder innen spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering og habilitering, høyspesialiserte tjenester samt enhetlig kodeverk for laboratorieprøver, jf St. meld. nr. 5 (2003-2004). Dette utviklingsarbeidet gir økt behov for koordinering, kontroll og styring med de aktivitetsbaserte finansieringsordningene. Helse- og omsorgsdepartementet har i 2006 overført ansvaret for forvaltning og utvikling av aktivitetsbasert finansiering innenfor spesialisthelsetjenesten til Sosial- og helsedirektoratet (SHdir). SHdir skal ha et helhetlig ansvar for at ordningen innrettes og forvaltes på en god måte. SHdir har også det nasjonale ansvaret for det helsefaglige kodeverk og klassifikasjoner innenfor spesialisthelsetjenesten.

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

Kostnadsvektene i DRG-systemet blir oppdatert årlig. Se side 43 i dette heftet for mer informasjon om arbeidet med kostnadsvekter.

Kapittel 1 – Generelt om ISF

Innsatsstyrt finansiering 2006

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 – Krav til registrering og rapportering av pasientdata

Nytt rapporteringsformat

Det er innført nytt format for innrapportering av pasientadministrative data (NPR-melding). 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 NPK2006 kan oppleve avvik i forhold til godkjent finansieringsgrunnlag fra Pafi.

Fra 2007 er det påkrevd rapportering av ISF-aktivitet på XML-format. For å sikre at overgangen til nytt format ikke skal føre til endringer i ISF-grunnlaget skal NPR også godkjenne ISF-rapportering på det nye formatet. Det forutsettes at alle helseforetakene legger om til nytt format og godkjennes i løpet av 2006.

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

Gjeldende kodeverk

For rapportering av pasientdata er følgende kodeverk er gyldige:

Diagnoser

“Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer”. Norsk utgave av ICD-10, 2006.

Kirurgiske prosedyrer

“NCSP - Klassifikasjon av kirurgiske inngrep 2006”.

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, 2006).

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

Kapittel 2 – Rapportering av pasientdata

Innsatsstyrt finansiering 2006

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.

Merk at de medisinske prosedyrekodene (NCMP), ikke skal rapporteres som ISF-aktivitet i 2006.

Administrative opplysninger

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

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

Sjekkliste for rapportering av data til NPR

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.

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 2006. 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.

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

1. tertial 2006:

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 24. 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: (Rapporteringsperiode 1/1 – 30/4)
• 3. mai – første dataleveranse til NPR • 24. mai – siste dataleveranse til NPR

2. tertial 2006:

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

Frister 2. tertial: (Rapporteringsperiode 1/1 – 31/8)
• 4. september – første dataleveranse til NPR • 22. september – siste dataleveranse til NPR

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

3. tertial 2006 (årsdata):

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

Frister 3. tertial (årsdata 2006):
• 22. januar 2007 – første dataleveranse til NPR • 12. februar 2007 – 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 å 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 2006 (NPK 2006).

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 saken bli sendt saken videre til Avregningsutvalget for vurdering (se side 15).

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

Dersom foretakene kjøper tjenester hos private aktører, er de også ansvarlige for at disse aktørene innrapporterer data til NPR for denne virksomheten på det til enhver tid gjeldende 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.

Kapittel 2 – Rapportering av pasientdata

Innsatsstyrt finansiering 2006

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

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 / stjernekode og koding av ytre årsak til skade mv. Sykehusene må allikevel være spesielt oppmerksom på at femtegranskode 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 multippelkodet tilstand. Det er som regel manifestasjonen som har kostnadmessig betydning, og dette er stjernekode. Dette medfører at sverdkoden strykes for hovedtilstand registrert med sverd/stjernekombinasjon ved overføring til NPR-recorden, for dem som leverer på gammelt format. 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 DRG-er etter registrerte prosedyrekoder. Grupperingen styres imidlertid av en hierarkisk fordeling av disse prosedyrene, hvor det kun er operasjonsstuekrevene prosedyrer som i denne sammenheng regnes som kirurgiske prosedyrer. Alle prosedyrer får plass i XML-meldingen, men dersom man fortsatt leverer data på NPR-format, skal kodene for de 10 viktigste prosedyrene innrapporteres. Rekkefølgen er uten betydning, da grupperingsprogrammet søker frem den mest ressurskrevende.

Angivelse av kommunenummer

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

Pasienter bosatt på Svalbard med hjemstedskommune i Norge, skal registreres med hjemstedskommune i Norge, for å utløse DRG-refusjon. Pasienter som har hemmelig adresse kan registreres med kommunenummer til behandlende helseforetak.

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.

Kapittel 2 – Rapportering av pasientdata

Innsatsstyrt finansiering 2006

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 under 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.

Det er ikke korrekt å registrere pasienter som mottar gruppebehandling, som læring og mestring, fysioterapi, opptrening e.l som innlagte. Dersom det ikke finnes polikliniske takster for denne virksomheten skal den ikke rapporteres i pasientdata for somatisk sykehusbehandling til Norsk pasientregister.

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](http://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, er det 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 2006).

Merk at privatpraktiserende spesialister bare vil få refusjon for dagkirurgisk behandling. Alt annet forutsettes finansiert over Normaltariffen via Rikstrygdeverket.

Dagkirurgi hos privatpraktiserende spesialister uten avtale om normaltariiff

De regionale helseforetakene kan også inngå dagkirurgiske kjøpsavtaler med privatpraktiserende spesialister uten offentlig kjøpsavtale om normaltariiff. 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 2006).

Det gjelder samme krav til koding for privatpraktiserende spesialister som for privatpraktiserende avtalespesialister, og gjelder kun for dagkirurgisk behandling (se side 24).

Fristbruddpasienter i ISF

For pasienter som etter pasientrettighetsloven har rett til nødvendig helsehjelp, men ikke får dette innen den individuelt satte fristen, har umiddelbart krav på behandling ved andre institusjoner (også private og utenlandske behandlingsinstitusjoner).³

Det gis vanlig refusjon for pasienter som behandles i forbindelse med fristbrudd. For at refusjonene skal kunne etterfølges er det vesentlig at behandlende institusjon registrerer de administrative og medisinske data korrekt.

Det er opprettet en ny debitorcode i NPR-meldingen for pasienter som behandles etter fristbrudd. Denne koden skal benyttes når pasientene er kanalisert gjennom rikstrygdeverkets fristbruddkontor.

Registrering av fristbrudd som behandles ved norske institusjoner:

- All pasientregistrering skjer ved behandlende institusjon. Det er vesentlig at også henvisende institusjon identifiseres i registreringene i NPR-recorden/meldingen.
- Ankomst fra feltet skal registreres med kode: (ank_fra) = 70 – Fristbrudd
- Henvist = Institusjonsnummer for sykehuset som pasienten er henvist fra

Med hensyn til ventelisterapportering til NPR, skal institusjonen som står for fristbruddet registrere pasienten som følger i datasystemet:

- Ventetid sluttkode = 5
- Ventetid sluttdato = dato for viderehenvisning (når RTV overtar)

Registrering av fristbrudd som behandles ved utenlandske institusjoner:

- All pasientregistrering skjer ved henvisende institusjon, eller det HF som RHF har satt til å administrere utenlandsbehandlinger. Også her er vesentlig at henvisende institusjon identifiseres i registreringene.
- At pasienten behandles i utlandet synliggjøres ved at Ut til feltet registreres med kode: ut_til = 4 – sykehus i utlandet.
- Ankomst fra feltet skal registreres med kode: (ank_fra) = 70 – Fristbrudd
- Henvist = Institusjonsnummer for sykehuset som pasienten er henvist fra

Med hensyn til ventelisterapportering til NPR, skal institusjonen som står for fristbruddet registrere pasienten som følger i datasystemet:

- Ventetid sluttkode = 5
- Ventetid sluttdato = dato for viderehenvisning (når RTV overtar)

Se for øvrig rundskriv [I-16/2005](#) for mer informasjon om ventelisterapportering.

³ Pasientrettighetsloven, § 2.1, 4. ledd.

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 rett til 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)⁴ i "Til sted"-feltet.

Opplysninger for riktig DRG-gruppering er som for andre pasienter, se side 19 for spesifisering av innhold i rapportering.

Det regionale helseforetakene 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.

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.

⁴ 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 3 – Spesielle pasientgrupper

I dette kapitlet omtales pasientgrupper med særskilte krav til koderegistrering av medisinske og/eller administrative opplysninger, samt bruk av prosedyrekoder som utløser tilleggsrefusjoner, som må registreres for å utløse korrekt refusjon.

Dagkirurgi

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

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

- Hoveddiagnose skal alltid registreres
- Minst én kirurgisk 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 DRG-er med redusert refusjon som følge. Dette kan være en indikator på feilregistrering. Det er kun unntaksvis at det er korrekt å registrere en nullstilt takst og det ikke er foretatt kirurgiske prosedyrer. Vær også oppmerksom på at den nullstilte taksten skal samsvare med de prosedyrene som er registrert. Dersom hoveddiagnose mangler, grupperes dagkirurgi til DRG 470 uten refusjon.

Dersom diagnose og prosedyre ikke *kan* registreres i 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 oppholdstype = 1 (heldøgnsopphold).

Opphold som grupperes til såkalte dagkirurgiske DRG-er 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 DRG-er på grunn av registrerte bidiagnoser, eventuelt kompliserende prosedyrer. Slike opphold håndteres refusjonsmessig likt med de tilsvarende ukompliserte tilfellene (Se vedlegg A).

Bruken av takstkode som utplukkskriterie for dagkirurgi gjør at noen mindre polikliniske prosedyrer, som ikke fører oppholdet inn i en dagkirurgisk DRG, blir inkludert i datagrunnlag

for dagkirurgi. Denne type opphold grupperes til medisinske DRG-er eller kirurgiske DRG-er som ikke er definert som dagkirurgiske, og blir gitt en vekt lik hhv. 0,15 eller 0,12.

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 er i 2006 etablert en del nye nullstilte takster, samt at det er foretatt noen tekstlige endringer som skal gjøre takstene mer entydige i forhold til hvilke inngrep som gjelder. 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 forsvares, må inngrepet/behandlingen være operasjonsstuekrevende. Inngrep som kan utføres på skiftestue skal 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.

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.

Alle gyldige nullstilte takster finnes i vedlegg B, bak i dokumentet.

Ikke-kirurgisk kreftbehandling

I løsningen for ikke-kirurgisk kreftbehandling er DRG 410 splittet i fire undergrupper (DRG 410A, DRG 410B, DRG 410C og DRG 410D) for å gi en bedre differensiering av kostnadene knyttet til ulike typer medikamentell kreftbehandling ved liggetid 0-2 døgn og ved poliklinisk behandling.

I dette kapittelet 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 2006, ut fra opplysninger fra Nasjonalt register for medikamentell kreftbehandling ved Radiumhospitalet per 25. januar 2006.

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 2006 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 2006

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)
	Z51.13	Fremmøte til kjemoterapi for svulst, Gruppe III (DRG 410D)
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, II og III (fem siffer, se etterfølgende tabeller)	

For kurer (uspesifisert Gruppe 0) som ikke finnes i listene under Gruppe I til III, kodes behandlingen med Z51.10 som hoveddiagnose, aktuell kreftdiagnose som bidiagnose og oppholdet grupperes til DRG 410A. I tabellene nedenfor er det også oppgitt aktuelle diagnoser for de ulike kurene. *Kombinasjoner som ikke er oppført her er ikke standard kurer og skal registreres med Z51.10.*

Merk 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 2006

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

Kur_I d	Kurdefinisjon	Diagnose
0040	Taxotere 20mg ukedose	Ca. pulm
0112	Taxotere 100 hver 3. uke	Ca. mammae
0493	Taxotere hv. 3. uke - Capecitabine	Ca. mammae
0503	FLOX	Ca. coli/recti
0505	Herceptin ukentlig 1. kur	Ca. mammae
0548	Taxotere 75 mg/m2	Ca. prostata
0548	Taxotere 75 mg/m2	Ca. pulm
0576	Caelyx 40 mg	Ca. peritonei
0576	Caelyx 40 mg	Ca. ovarii
0576	Caelyx 40 mg	Ca. tubae
0589	FOLFIRI	Ca. coli/recti
0592	Herceptin/Taxol (ukedose) 1. kur	Ca. mammae
0593	Herceptin/Taxol 2. kur og senere	Ca. mammae
0594	Herceptin ukentlig/Navelbine 1. kur	Ca. mammae
0614	HD-CYTARABIN (CNS-lymfom)	Non-Hodgkin lymfom
0622	Meso Study - caelyx,gem,carbo dag1	Mesotheliom
0626	Docetaxel 75/ prednison 10	Ca. prostata
0635	Caelyx-Kaposi	Sarkom uspesifisert
0640	Streptozotocin-Caelyx vedlikehold	Ca. pankreas
0666	Xelox (oxaliplatin-capecitabine)	Ca. coli/recti
0667	Xelox (oxaliplatin-capecitabine) dag1	Ca. coli/recti
0669	Cis/Paclitaxel/Gemcitabine	Trofoblast
0675	Høydose etoposid 1600	Ca. ovarii
0699	Cetuximab - vedlikehold (hver uke)	Ca. coli/recti
0718	Docetaxel 75/ Karbo 5	Ca. peritonei
0718	Docetaxel 75/ Karbo 5	Ca. ovarii
0718	Docetaxel 75/ Karbo 5	Ca. pulm
0718	Docetaxel 75/ Karbo 5	Ca. tubae
0731	Irinotecan(Campto)+Cetuximab vedlikehold under 70 år	Ca. coli/recti
0733	Avastin hver 14. dag	Ca. coli/recti
0734	Irinotecan(Campto)+Cetuximab vedlikehold over 70 år	Ca. coli/recti
0747	Herceptin Taxotere ukedose vedlike	Ca. mammae
0766	Cis 75 - Docetaxel 75	Ca. ovarii
0769	Xeloda - Taxotere hver 3. uke	Ca. mammae
0773	Irinotecan+Cetuximab >70år, 3. uke	Ca. coli/recti
0777	Docetaxel 75- Karbo 6	Ca. pulm
0785	Docetax75 Epirubi 60 Carbo5 TEC	Carcinosarkom
0794	Velcade + Dexametason, én dag	Myelomatose

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2006

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.

Kur_I d	Kurdefinisjon	Diagnose
0464	Rituximab	Non-Hodgkin lymfom
0630	Herceptin hver 3 uke, 2. kur og senere	Ca. mammae
0632	CHOP-21 + Rituximab	Hodgkin's lymfom
0632	CHOP-21 + Rituximab	Non-Hodgkin lymfom
0671	Caelyx 50 mg/m ² hver 4. uke	Ca. mammae
0672	Caelyx 60 mg/m ² hver 6. uke	Ca. mammae
0682	HD-CYTARABIN 6000 < 60 år	Non-Hodgkin lymfom
0730	CHOP-14 + Rituximab	Non-Hodgkin lymfom
0732	Irinotecan+Cetuximab >70år, 1.kur	Ca. coli/recti
0746	Herceptin Taxotere ukedose oppstart	Ca. mammae
0754	Cytarabin liposomal i.t.	Non-Hodgkin lymfom
0765	Avastin hver 3. uke	Ca. coli/recti
0793	Gemcitabin/Docetaxel Sarkom, dag 8	Bløtvevsarkom
0797	Herceptin/Navelbine 2.kur og senere	Ca. mammae

Kjemoterapeutika Gruppe III

Dersom behandlingen omfatter en av de nedenstående cytostatikakurer ved poliklinisk fremmøte eller ved liggetid 0-2 døgn, skal behandlingen kodes med Z51.13 som hoveddiagnose og aktuell kreftdiagnose som bidiagnose.

Kur_I d	Kurdefinisjon	Diagnose
0658	Herceptin hver 3. uke 1. kur	Ca. mammae
0660	ALIMTA + Cisplatin	Mesotheliom
0663	Alimta 500 mg/m ²	Mesotheliom
0744	Herceptin Taxotere 3.uke, oppstart	Ca. mammae
0745	Herceptin Taxotere 3.uke, vedlike	Ca. mammae
0791	Rituximab-Zevalin	Non-Hodgkin lymfom
0796	Herceptin/Navelbine 1.kur	Ca. mammae

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

Registeret har opprettet 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 riktig ICD-10 kode for fødselsvekt 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:

GAA 10	Intercostal innlegging av pleuradren
TG 122	Innlegging eller bytte av tracheostomitube
TG 601	Respiratorbehandling
TG 610	Behandling med kontinuerlig pos luftveistrykk CPAP
TG 620	Behandling med bifasisk pos luftveistrykk BiPAP
TJ 531	Kronisk peritoneal dialyse
TJ 532	Akutt peritoneal dialyse
TP 247	Hemodialyse
TP 561	Utskiftingstransfusjon
TP 992	Innlegging av arteriekanyler
TPH 15	Innl sentralvenøst kateter via v.jugularis externa/interna
TPH 20	Innl sentralvenøst kateter via v.subclavia/brachiocephalica

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. Det skal fremkomme av journaldokumentasjonen at rehabiliteringen oppfyller kravene til bruk av kodene. Beregningen baseres på registrerte diagnoser og liggetid. Følgende krav stilles til koding av rehabilitering:

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

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 kompenserende teknikker og tilpassing av hjelpemidler/miljø.
4. Det foretas en vurdering av tiltak i forhold til mestring: personlig mestring, i hjem, skole, arbeid og fritid.
5. Habiliterings-/rehabiliteringsarbeidet ledes av lege som har spesialutdannelse i fysikalsk medisin og rehabilitering. Innen fagområdene reumatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri kan habiliterings-/rehabiliteringsarbeidet ledes av spesialist innen nevnte områder.

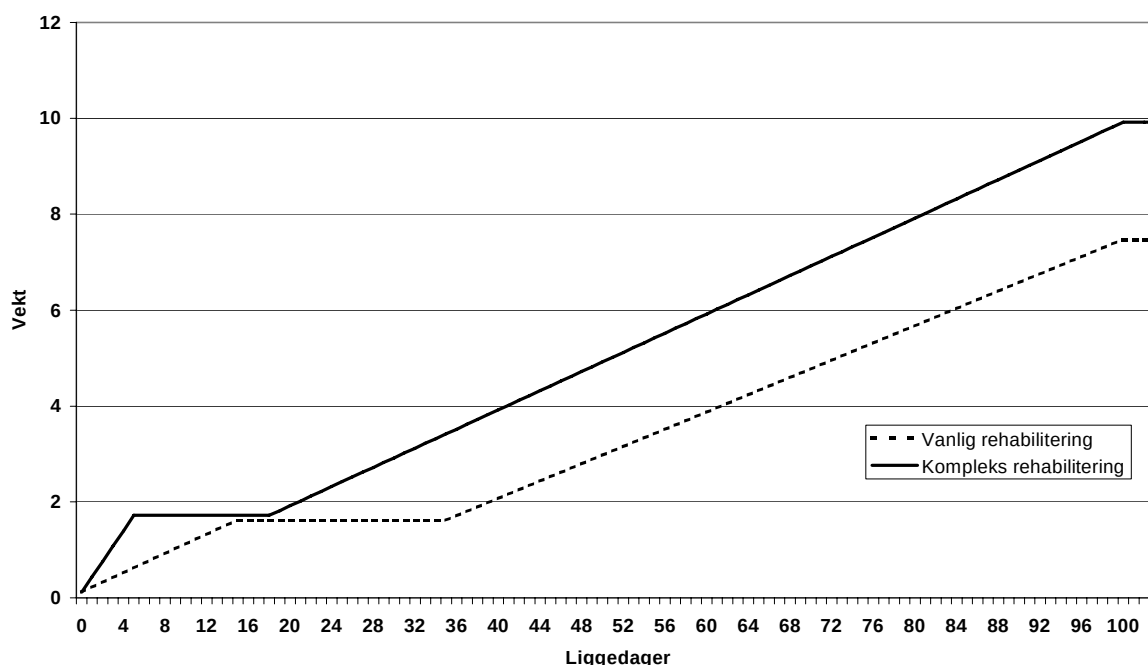
Disse kriteriene skal være oppfylt for å benytte noen av rehabiliteringsdiagnosene. Virksomhet som omfatter pasientopplæring/mestring i gruppe og/eller klasseromsundervisning skal ikke registreres som ISF-aktivitet, jfr. brev av 21.11.2003 fra SINTEF Helse PaFi.

Når rehabiliteringskodene er benyttet som hovedkode på 1. avdelingsopphold i en serie, vil rehabiliteringsoppholdet bli bærende opphold i aggregering til sykehusopphold.

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 2 Forholdet mellom DRG-vekt og liggetid for primær rehabilitering



Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2006

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 2006).

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 2006).

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

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 DRG-er:

DRG	Tekst	Trim-punkt	Vekt	Dagtillegg
14 A	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl. TIA m/bk	21	1,68	0,18
14 B	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl. TIA u/bk	21	0,98	0,18
113	Amputasjoner pga sirk.svikt, ekskl. Overek. & tå	30	3,36	0,18
210	Hofte-/ lårbensopr. ekskl. større ledd, > 17 år m/bk	19	2,46	0,18
213	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet	30	2,83	0,18
235	Lårbensbrudd	14	0,81	0,18
236	Brudd på hofte & bekken	14	1,04	0,18
240	Sykdommer i bindevev, m/bk	21	1,32	0,18
241	Sykdommer i bindevev, u/bk	21	0,54	0,18
485	Større hofte/lårbensopr. & replantasjoner ved HDG 24	30	4,06	0,18
486	Operasjoner ved signifikant multitraume ITAD	30	5,67	0,18
487	Signifikant multitraume ITAD	30	1,80	0,18

Kapittel 3 – Spesielle pasientgrupper

Innsatsstyrt finansiering 2006

For opphold hvor pasienten rehabiliteres som forlengelse av akutttopphold, 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 2006 er dagtillegget for sekundær rehabilitering 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.

Tilleggsrefusjoner

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

Det gis tillegg i korrigert vekt for følgende implantater/behandlinger når de aktuelle prosedyrekodene benyttes:

Prosedyre/behandling	Aktuelle prosedyrekoder	Korrigert vekt
Parkinson-stimulator i hjernen	AAW01, AEA00	4,12
Emboliseringsutstyr/coil i hjernen	AAL00, AAL20, AAL30, AAL40	3,05
Vagusstimulator	ADB00	2,47
Implantat i barnehjerte	FDF05, FDJ42, FFC22, FFC32, FDE32, FHB42	3,05
Intraspinal pumpe/ryggmargstimulator	ABD30, ABD40, AEA30	4,53
Karstent aorta/intratorakale kar	FAC25, FBE35, FCA45, FCB35, FCC45, FCD35, FFH25	6,02
Cochleaimplantat *)	DFE00	9,07

*) Tilleggsrefusjonen for Cochleaimplantat gjelder kun når det legges inn to implantat og da må DFE00 være registrert 2 ganger. Da gis det én tilleggsrefusjon. Refusjonen for ett implantat er dekket i DRG-vekten.

For hvert implantat/behandling må minst en av prosedyrekodene være registrert for å utløse tilleggsrefusjon. Datagrunnlaget for beregning av tilleggsrefusjonene for implantater/prosedyrer er koding av avdelingsoppholdene ved institusjonene som inngår i ISF-ordningen. Disse prosedyrene får prioritet ved aggregering av avdelingsopphold til sykehusopphold for å unngå at registrerte prosedyrekoder ikke tas med i sykehusoppholdet. Det er derfor viktig at prosedyrene *kun* registreres på det avdelingsoppholdet som de utføres på.

Behandling av pasienter med intravenøs TNF-inhibitor (Remicade)

Frem til 1/7 2006 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 gis per sykehusopphold og er 6 800 kroner eller 0,54 DRG-poeng.

HMAS-behandling

Ordningen med tilleggsrefusjon for HMAS-behandling videreføres. Det presiseres at denne tilleggsfinansieringen kun gjelder etablert behandling. Utprøvende behandling finansieres utenfor ISF-ordningen. Følgende pasientgrupper er i 2006 inkludert i ordningen:

- Hodgkins lymfom
- Myelomatose
- Non- Hodgkins lymfom

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

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

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 som HMAS-behandling, heller ikke opphold knyttet til oppfølging av disse pasientene.

Tilleggsrefusjonen for HMAS-behandling er 104 000 kroner eller 8,22 DRG-poeng pr sykehusopphold.

Isolert ekstremitetsperfusjon (ILP)

ILP (isolated limb perfusion) er behandling som består av å gi intensiv lokal cellegiftbehandling. Behandlingen gis til pasienter med residiverende melanomer og bløtvevsarkomer som begrenser seg til armer eller ben. For pasienter som får denne behandlingen og ikke har kortvarig innleggelse (liggetid fra 0-2 dager), gis det tilleggsrefusjon. Pasientene skal kodes i henhold til retningslinjene, og kan identifiseres ved kurID (0574 og 0575).

Oppholdet skal rapporteres på lik linje med HMAS-rapportering med følgende informasjon:

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

Tilleggsrefusjonen per sykehusopphold for ILP er 36 000 kroner eller 2,85 DRG-poeng.

Hyperterm intraperitoneal kjemoterapibehandling (HIIC)

HIIC er en behandling som brukes hos utvalgte pasienter med svulster i bukhinne og tarm både pseudomyxoma peritonei og utvalgte pasienter med spredning til bukhinne fra coloncancer. Pasientene skal kodes i henhold til retningslinjene, og kan identifiseres ved kurID **0674**

Oppholdet skal rapporteres på lik linje med HMAS-rapportering med følgende informasjon:

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

Tilleggsrefusjonen per sykehusopphold for HIIC er fastsatt til 80 000 kroner eller 6,33 DRG-poeng.

MARS-behandling (leverdialyse)

Det innføres tilleggsrefusjon for leverdialyse. I påvente av at NCMP implementeres for ISF, må disse behandlingene rapporteres manuelt for beregning av tilleggsrefusjon. Tilleggsrefusjonen utbetales en gang per sykehusopphold, og ikke for hver dialyse. Følgende data må rapporteres:

- Pasientnummer/ PID (ikke fødselsnummer)
- Innleggelsesdato
- Utskrivningsdato
- Antall dialyser pasienten har fått på gjeldende opphold

Tilleggsrefusjonene per sykehusopphold er fastsatt til 52 000 kroner eller 4,11 DRG-poeng.

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 2006 er det etablert en egen kode for palliativ behandling som oppfyller kravene nedenfor. Koden er:

- *Z51.50 – Behandling ved palliativt senter*

I 2006 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:

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.⁵
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 Z51.50 "Behandling ved palliativt senter" 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 gis følgende tillegg i DRG-poeng per sykehusopphold for palliativ behandling i 2006:

Døgnopphold	0,66 DRG-poeng
Dagbehandling	0,03 DRG-poeng

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.

⁵ Legens stilling skal være utlyst som en stilling i det palliative teamet eller på den palliative enheten. Stillingen skal være legens hovedstilling, og mer enn halvparten av legens kliniske arbeid skal være innenfor teamet eller enheten..

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 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 daværende Sosial- og helsedepartementet.

For sterilisering av kvinner gjelder følgende refusjonsregler i 2006: 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.

Dette betyr at når sterilisering er hovedårsaken til innleggelsen (selv om det er på medisinsk indikasjon), ikke gis ISF-refusjon, og finansieringen av oppholdene forutsettes ivaretatt av basisfinansieringen til de Regionale helseforetak. 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 ut fra 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.

I 2006 er det 532 DRG-er i DRG-systemet. Av disse er 155 dagkirurgiske DRG-er og 12 dag-medisinske spesifikke DRG-er.

Grupperingsprogram (NPK 2006)

Det er viktig at gyldig versjon av DRG-programvare brukes til enhver tid uansett hvilken programleverandør som velges. Det er inngått avtale med Nirvaco AS om utvikling og support av gjeldende grupperingsprogram for 2006 (NPK 2006). 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 2006:

- NPK 2006: Norsk Pasient Klassifisering, versjon 6.0.0.0.
- Gjeldende grupperingslogikk har versjonsnummer 2006-NO-B2d.

Nordisk samarbeid

DRG systemet ble utviklet i USA for mer enn 30 år siden. I dag er DRG-systemet grunnlag for finansiering av sykehus tjenester i mange land. Det er utviklet forskjellige versjoner av DRG-systemet, som skiller seg fra hverandre bl.a. i forhold til antall grupper. 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

SINTEF Helse PaFi har på oppdrag beregnet nye kostnadsvekter til den norske versjonen av DRG systemet med bakgrunn i kostnads- og pasientdata fra 2004. Siden kostnadsvektene benyttes som grunnlag i finansieringsordningen Innsatsstyrt finansiering (ISF) og som grunnlag for aktivitets- og produktivitetsmålninger i somatiske sykehus, er arbeidet motivert ut fra at kostnadsvektene i DRG-systemet i størst mulig grad skal gjenspeile dagens grupperingslogikk og medisinske praksis. I tillegg skal det tas hensyn til de kostnadsmessige forholdene som til enhver tid gjelder, samt inkludere eventuelt nye pasientgrupper som tidligere ikke har vært kostnadsberegnet og som nå inngår i ISF.

I dette prosjektet har 21 norske sykehus og helseforetak bearbeidet og tilrettelagt kostnadsdata for beregning av kostnadsvekter. For å sikre at datamaterialet er mest mulig representativt og gyldig for norsk sykehusvesen, er det viktig å inkludere ulike typer sykehus både i forhold til

størrelse og produksjon. Utvalget på 21 sykehus består av 5 region/ universitetssykehus, 9 mellomstore sykehus, 5 lokalsykehus samt spesialsykehusene Det norske Radiumhospitalet HF og Kysthospitalet i Hagevik.

Målet er å beregne nye kostnadsvekter og til dette beregningsarbeidet er top-down metoden benyttet. Kostnader som ikke skal inngå er isolert og trukket ut. De gjenværende kostnadene er så fordelt videre inn i forhåndsdefinerte kostnadsgrupper. Disse er fordelt til den enkelte DRG ved hjelp av enten liggetider eller spesifikke fordelingsnøkler som avspeiler den relative ressursfordelingen mellom de enkelte DRG-er i den enkelte kostnadsgruppe. Ved å koble fordelingsnøkler og DRG-grupperte pasientdata er det mulig å beregne gjennomsnittskostnader pr sykehusopphold pr DRG. Kun DRG-er med fem eller flere opphold er representert. I de DRG-er hvor vi mangler kostnadsinformasjon benyttes gamle norske vekter eller utenlandske vekter. Kostnadsvektene beregnes så som et forhold mellom medianverdi pr DRG og gjennomsnittet for alle medianverdier. Før disse vektene kan benyttes må de gjøres sammenlignbare med de gamle vektene. Dette gjøres ved å kalibrere vektene slik at de gir samme antall DRG-poeng på det samme datamaterialet.

De nye empiriske kostnadsvektene gir ulike omfordelingseffekter. Disse endringene er ventet og skyldes ulik DRG sammensetning mellom regionene. I denne sammenhengen bør det nevnes at det i denne revisjonen er benyttet en ny fordelingsnøkkel for direkte pleie. Effekten av den nye pleienøkkel på DRG-nivå vil blant annet være avhengig av hvor stor andel kostnadsgruppen direkte pleie utgjør på det enkelte sykehus.

De viktigste konklusjonene av omfordelingsanalysene er:

- Helse Øst RHF får den største prosentvise økningen i antall DRG-poeng med 0,33 prosent, mens Helse Vest RHF får den største reduksjonen i antall DRG-poeng med 0,46 prosent.
- Endringene er størst for HDG 8 "Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev" hvor antall DRG-poeng øker med 15 094, dvs. 8,2 prosent i forhold til de gamle kostnadsvektene.
- HDG 17 "Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster" har den største reduksjonen i antall DRG-poeng på 3 612, dvs. 10,3 prosent. Hele 69 prosent av denne reduksjonen skyldes at DRG 410A "Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, uspesifisert" får en lavere kostnadsvekt.

Rapporten kan lastes ned fra følgende nettadresse:

<http://www.drginfo.info/kostnadsvekter/STF78%20A055805%20-%20beregning%20norsk%20versjon.pdf>

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

Logikk i DRG-klassifiseringen

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

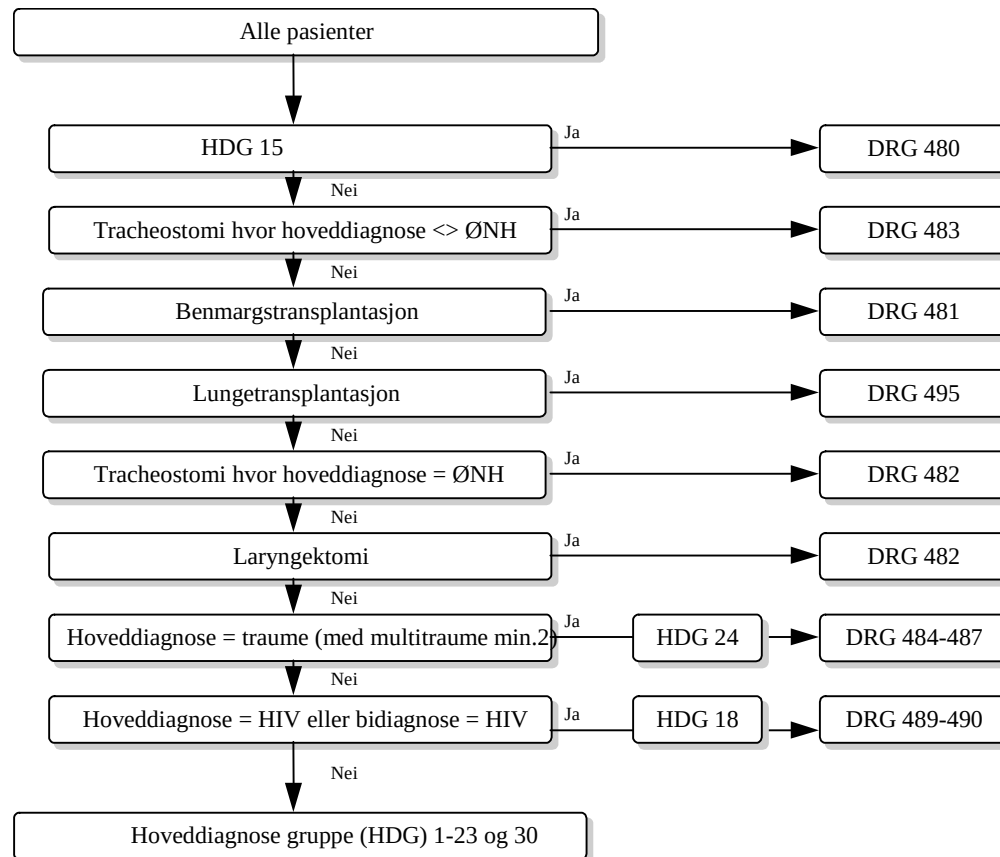
1. DRG-gruppering av avdelingsopphold
2. Aggregering fra avdelingsopphold til sykehusopphold og ny DRG-gruppering

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 3, side 46). 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.

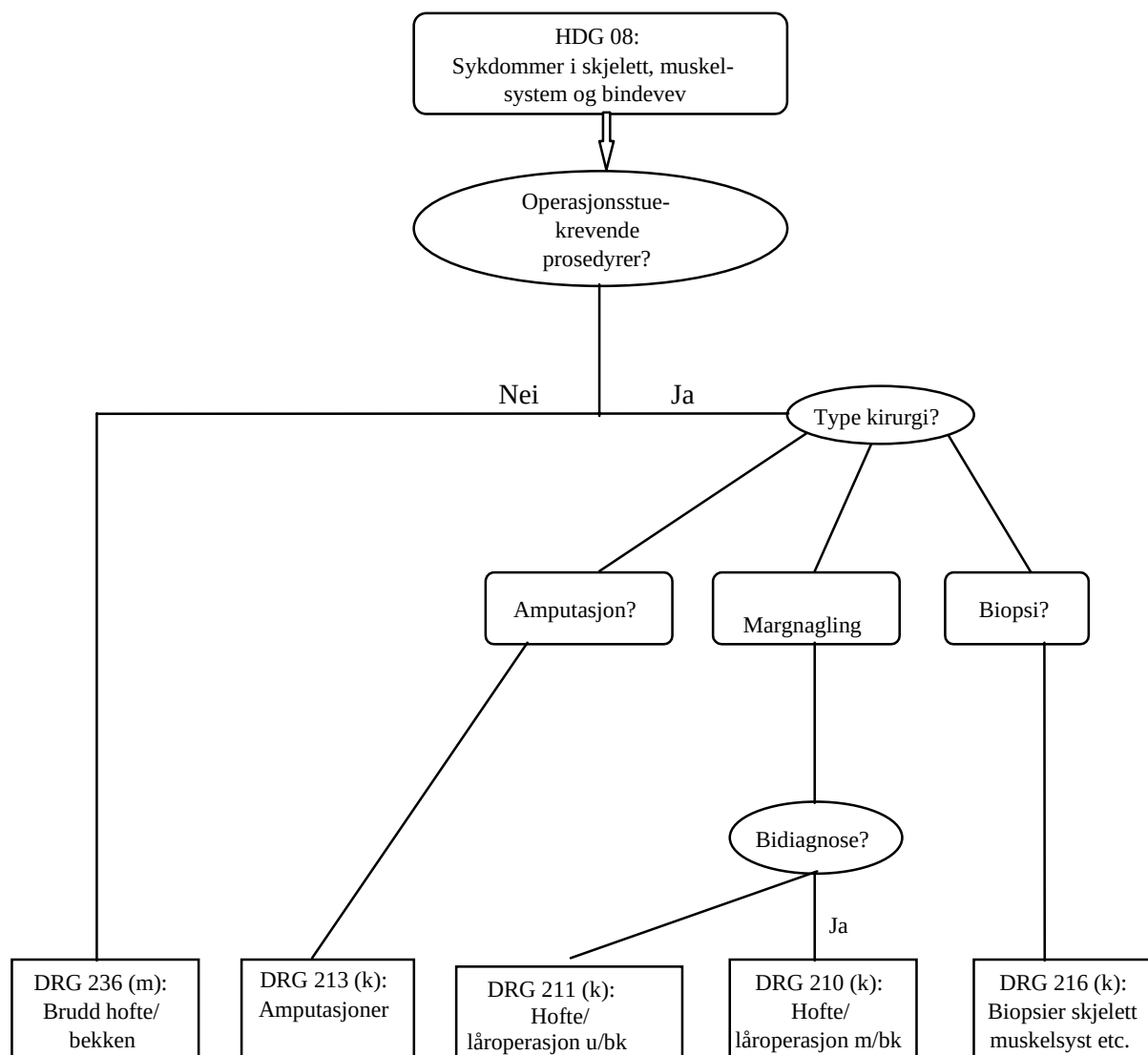
Innenfor HDG-ene baseres videre gruppering på prosedyrekoder, bidiagnoser, alder og utskrivningsstatus. Prinsipper i DRG-klassifiseringen er illustrert i figur 3 og 4, side 46 og 47.

Figur 3 Illustrasjon på prinsippene for 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 4 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.drginfo.info

2. Hovedprinsipper for 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, 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:

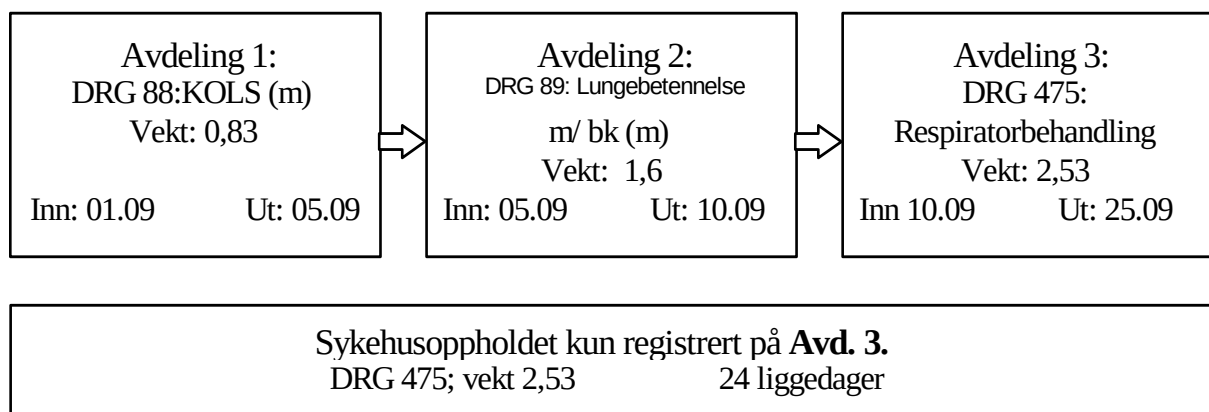
- Liggetiden for sykehusoppholdet blir summen av liggetiden for avdelings- og postoppholdene, og beregnes som differansen mellom utskrivningsdato fra sykehuset og dato for når pasienten ble skrevet inn på sykehuset.
- Administrative data om innleggelsen tas fra første avdelingsopphold, mens administrative data om utskrivningen tas fra siste avdelingsopphold. Administrative data fra polikliniske kontakter ignorerer i denne sammenheng dersom det finnes avdelingsopphold.
- Som hovedregel velges det avdelingsoppholdet med høyest vekt som sykehusopphold.
- Dersom to avdelingsopphold har samme DRG-vekt, velges det avdelingsoppholdet som har lengst liggetid som sykehusopphold.
- Prosedyrekoder fra bærende opphold overføres alltid til sykehusoppholdet. Prosedyrekoder fra andre avdelingsopphold vil som hovedregel ikke overføres. For aggregering innenfor hoveddiagnosegruppene nyfødte og multitraume, samt opphold der hjertekateterisering er gitt, gjelder egne aggregeringsregler. Disse er beskrevet i egne kulepunkt.
- Hoveddiagnosen fra avdelingsoppholdet med høyest DRG-vekt settes som hoveddiagnose i sykehusoppholdet. Dersom man ved første avdelingsopphold har registrert en hoveddiagnose og en bidiagnose, og ved andre avdelingsopphold har registrert en annen hoveddiagnose og en annen bidiagnose, velges den hoveddiagnosen som fører pasienten til den tyngste DRG-en som sykehusoppholdets hoveddiagnose. De andre registrerte diagnosene fremgår som bidiagnoser
- Enkelte diagnosekoder blir gitt prioritet ved overføring til sykehusopphold. Dette gjelder koder for hjerteinfarkt, fødselsvekt, rehabilitering og palliativ behandling.

- 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.
- Noen hjerteprosedyrer (som hjertekateterisering) som er utført i løpet av samme sykehusopphold som etterfølgende hjerteoperasjon, skal ivaretas ved aggregeringen. Aggregeringsreglene for DRG 107A, B og C endres slik at disse prosedyrekodene alltid overføres ved aggregering.

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

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

Figur 5 *Illustrerer dannelsen av sykehusopphold (aggregering):*



Spesielle DRG-er

Flere DRG-er 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 DRG-er for tilfeller hvor hoveddiagnosen og operasjoner logisk sett ikke henger sammen. Dette kan skyldes feil i registreringen, men det finnes også en rekke relativt sjeldne medisinske særtilfeller som DRG- logikken ikke takler. Et typisk eksempel på dette er når en pasient som er 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 medisinsk koding

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”

Dette betyr at man skal velge den viktigste (eller mest ressurskrevende) som hovedtilstand i tilfeller hvor flere tilstander foreligger, ikke at man bruker DRG-grupperingen for å lete etter den hoveddiagnosen som gir best uttelling.

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 behandling ved palliativt senter skal kodes med Z51.50
- 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 tilleggskoding).
- For å angi funksjonstype ved svulster med funksjonell aktivitet (frivillig tilleggskoding).
- For å angi morfologikode i "Den norske SNOMED" for svulster (tilleggskoding, ikke obligatorisk).
- For å angi underliggende årsak for tilstander i blokken F00-F09 (i hovedsak sverd/stjernekode ved stjernemerke kategorier, men mulig ikke-obligatorisk tilleggskoding for andre kategorier).
- For å angi det aktuelle stoffet ved legemiddelindusert tilstand (anbefalt eller obligatorisk tilleggskoding, se opplysninger i ICD-10-boken og opplæringsheftet).
- For å angi fullstendig beskrivelse av skade eller forgiftning (obligatorisk tilleggskoding).

Koding av andre tilstander (Bidiagnosekoding)

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

Koding av prosedyrer

Følgende krav stilles til registreringen av prosedyrekoder:

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

Tilleggskodene i kapittel Z kan aldri stå alene og skal alltid knyttes til en grunnkode. Disse kodene brukes som tilleggsinformasjon om eksempelvis operasjonsteknikk, varighet av operasjon eller lateralitet. Disse kodene er ikke obligatoriske, men i noen tilfelle nødvendige for å gi riktig beskrivelse av inngrepets omfang, særlig ved plastisk kirurgiske inngrep.

Henvendelser

Spørsmål vedrørende medisinsk kodeverk

KITH utfører oppgaver innen drift, vedlikehold, utvikling av helsefaglige kodeverk og klassifikasjoner, og for mer utfyllende informasjon vises det til www.kith.no. Det er opprettet brukerstøtte for spørsmål vedr. helsefaglige kodeverk som brukes i spesialisthelsetjenesten.

- Spørsmål vedr. kodeverk og klassifikasjoner rettes til kodehjelp@kith.no

Spørsmål vedrørende DRG-systemet og Innsatsstyrt Finansiering

Sintef Helse er tildelt ansvar for oppgaver vedrørende drift- og utviklingsarbeid knyttet til ISF og DRG, og har også driften av Norsk pasientregister. I SINTEF Helse er det Avdeling for pasientklassifisering og finansiering (PaFi) og Norsk Pasientregister (NPR) som ivaretar disse oppgavene. Det er opprettet et eget nettsted på www.drginfo.info.

- Spørsmål vedr. DRG-systemet og om ISF-ordningen rettes til drinfo@sintef.no
- Spørsmål vedr. rapportering og håndtering av datagrunnlaget i ISF rettes til npr@sintef.no

Vedlegg A**Refusjonsliste DRG 2006**

DRG-refusjon for ett DRG poeng = 31 614 kroner i 2006

DRG refusjon i 2006 er 40 % av full DRG-refusjon, dvs 12 645,60 kroner per DRG poeng

Type: K = kirurgisk DRG, M = medisinsk DRG

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

AMI = akutt myokardinfarkt (hjerteinfarkt)

NICU = neonatal intensive care unit

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

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 1: SYKDOMMER I NERVESYSTEMET

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40% DRG refusjon
1	1	Kraniotomi > 17 år u/traume	3,29	19	K	41 604
2	1	Kraniotomi > 17 år m/traume	2,67	10	K	33 764
3	1	Kraniotomi < 18 år	4,08	22	K	51 594
4	1	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	2,72	17	K	34 396
5	1	Operasjoner på ekstrakranielle kar	2,57	14	K	32 499
6	1	Op ved karpaltunnelsyndrom	0,30	2	K	3 794
7	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop m/bk	2,88	19	K	36 419
8	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop u/bk	0,91	4	K	11 507
9	1	Sykdommer i og skader på ryggmargen	0,57	4	K	7 208
10	1	Svulster i nervesystemet m/bk	1,67	27	M	21 118
11	1	Svulster i nervesystemet u/bk	0,89	15	M	11 255
12	1	Degenerative sykdommer i nervesystemet	0,77	12	M	9 737
13	1	Multipel sklerose & cerebellar ataksi	0,62	11	M	7 840
14 A	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA m/bk	1,68	21	M	21 245
14 B	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA u/bk	0,98	21	M	12 393
15	1	TIA og okklusjon av precerebrale arterier	0,54	9	M	6 829
16	1	Uspesifikke karsykdommer i hjernen m/bk	1,27	16	M	16 060
17	1	Uspesifikke karsykdommer i hjernen u/bk	0,61	8	M	7 714
18	1	Sykdommer i hjernenerver & perifere nerver m/bk	0,96	17	M	12 140
19	1	Sykdommer i hjernenerver & perifere nerver u/bk	0,55	10	M	6 955
20	1	Infeksjon i nervesystemet ekskl viral meningitt	2,69	33	M	34 017
21	1	Viral meningitt	0,89	14	M	11 255
22	1	Hypertensiv encefalopati	1,68	17	M	21 245
23	1	Ikke-traumatisk koma & stupor	0,53	5	M	6 702
24	1	Kramper & hodepine > 17 år m/bk	0,72	11	M	9 105
25	1	Kramper & hodepine > 17 år u/bk	0,39	6	M	4 932
26	1	Kramper & hodepine < 18 år	0,46	4	M	5 817
27	1	Alvorlig traumatisk hjerneskade	1,21	15	M	15 301
28	1	Traumatisk hjerneskade > 17 år m/bk	1,39	15	M	17 577
29	1	Traumatisk hjerneskade > 17 år u/bk	0,63	8	M	7 967
30	1	Traumatisk hjerneskade < 18 år	1,04	6	M	13 151
31	1	Hjernerystelse > 17 år m/bk	0,38	6	M	4 805
32	1	Hjernerystelse > 17 år u/bk	0,28	3	M	3 541
33	1	Hjernerystelse < 18 år	0,23	3	M	2 908
34	1	Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	1,17	14	M	14 795
35	1	Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk	0,83	6	M	10 496

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 2: ØYESYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
36	2	Op på corpus vitreum, choroidea, retina (note 1)	1,14	2	K	14 416
37	2	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye	1,10	11	K	13 910
38	2	Intraokulære op hovedsaklig på regnbuehinne ITAD	0,47	2	K	5 943
39	2	Operasjoner på linsen	0,42	2	K	5 311
40	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer > 17 år	0,41	2	K	5 185
41	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer < 18 år	0,52	5	K	6 576
42	2	Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD (note 2)	0,61	7	K	7 714
43	2	Hyphema, kontusjonsskader i øyeregionen	0,39	7	M	4 932
44	2	Alvorlige akutte øyeinfeksjoner	0,93	16	M	11 760
45	2	Nevrologiske øyesykdommer	0,84	12	M	10 622
46	2	Øyesykdommer ITAD > 17 år m/bk	0,77	12	M	9 737
47	2	Øyesykdommer ITAD > 17 år u/bk	0,38	4	M	4 805
48	2	Øyesykdommer ITAD < 18 år	0,46	5	M	5 817

(note 1): For nulldagsopphold gis det korrigert vekt på 0,32 ved bruk av prosedyrekodene CKC 15, CKC 50, CKD 00, CKE 20. Dette gjelder også ved bruk av prosedyrekodene CKC 40, CKE 10, CKE 15 og CKE 40 når disse ikke er kombinert med TCK 00.

(note 2): Ved prosedyrekodene CGG 30, CGG 40, CGG 45 og CGG 50 gis det en korrigert vekt på 1,17 hvis LOS > 0.

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 3: ØRE- NESE- OG HALSSYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
49 A	3	Større operasjoner på ØNH ekskl cochleaimplantat	2,64	22	K	33 384
49 B	3	Cochleaimplantat	11,59	8	K	146 563
50	3	Fjerning av spyttkjertel	1,06	7	K	13 404
51	3	Op på spyttkjertler ekskl fjerning av spyttkjertler	0,80	5	K	10 116
52	3	Operasjoner for leppe- og ganespalte	1,61	17	K	20 359
53 A	3	Operasjoner på bihuler	0,46	3	K	5 817
53 B	3	Operasjoner på temporalben, mastoideus og indre øre	0,58	6	K	7 334
55	3	Diverse operasjoner på øre/nese/hals	0,68	5	K	8 599
56	3	Plastiske operasjoner på nesen	0,54	3	K	6 829
57	3	Tons./adenoid op ekskl -ektomi > 17år	0,77	5	K	9 737
58	3	Tons./adenoid op ekskl -ektomi 0-17 år	0,39	4	K	4 932
59	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17år	0,53	5	K	6 702
60	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi 0-17 år	0,44	5	K	5 564
61	3	Innleggelse av ventilasjonrør i mellomøret >17år	0,21	2	K	2 656
62	3	Innleggelse av ventilasjonrør i mellomøret <18år	0,27	2	K	3 414
63	3	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	0,71	8	K	8 978
64	3	Ondartede sykdommer i øre, nese, hals	1,63	23	M	20 612
65	3	Svimmelhet	0,46	8	M	5 817
66	3	Neseblødning	0,49	7	M	6 196
67	3	Epiglottitt	1,37	12	M	17 324
68	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon > 17 år m/bk	0,68	10	M	8 599
69	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon > 17 år u/bk	0,42	6	M	5 311
70 A	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon 0-17 år m/bk	0,57	4	M	7 208
70 B	3	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon 0-17 år u/bk	0,37	5	M	4 679
71	3	Laryngotrakeitt	0,26	4	M	3 288
72	3	Neseskade & medfødt nesedeformitet	0,25	4	M	3 161
73	3	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år	0,48	6	M	6 070
74	3	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD 0-17 år	0,31	2	M	3 920
168	3	Prosedyrer i munnhulen m/bk	1,69	12	K	21 371

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 3: ØRE- NESE- OG HALSSYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
169	3	Prosedyrer i munnhulen u/bk	0,86	10	K	10 875
185	3	Tann/munnhulesykd. ekskl tannuttrekking > 17år	0,49	8	M	6 196
186	3	Tann/munnhulesykd. ekskl tannuttrekking 0-17 år	0,36	4	M	4 552
187	3	Tannuttrekking & restaurering	0,37	4	M	4 679
482	3	Tracheostomi ved sykdommer i ansikt, munnhule eller hals	6,93	62	K	87 634
520	3	Obstruktivt søvnapnesyndrom	0,35	3	M	4 426
521	3	Operativ korreksjon av obstruktivt søvnapnesyndrom	0,52	2	K	6 576

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 4: SYKDOMMER I ÅNDEDRETTSORGANENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
75	4	Større thoraxop, visse op på perikard/trachea/diafragma m.m.	4,99	29	K	63 102
76	4	Op på åndedrettssystemet ITAD m/bk	3,39	44	K	42 869
77	4	Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk	3,39	16	K	42 869
78	4	Lungeemboli, luftemboli og fettembolisyndrom	1,65	19	M	20 865
79	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst >17år m/bk	2,81	34	M	35 534
80	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst >17 år u/bk	2,08	27	M	26 303
81	4	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst 0-17 år	1,27	9	M	16 060
82	4	Svulster i åndedrettssystemet	1,27	25	M	16 060
83	4	Større thoraxskader m/bk	1,63	18	M	20 612
84	4	Større thoraxskader u/bk	0,62	7	M	7 840
85	4	Pleuritis exudativa m/bk	1,28	25	M	16 186
86	4	Pleuritis exudativa u/bk	1,05	12	M	13 278
87	4	Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt	1,44	18	M	18 210
88	4	Kroniske obstruktive lungesykdommer	0,83	14	M	10 496
89	4	Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk	1,60	20	M	20 233
90	4	Lungebetennelse & pleuritt > 17 år u/bk	0,85	14	M	10 749
91 A	4	Lungebetennelse & pleuritt 0-17 år m/bk	1,34	11	M	16 945
91 B	4	Lungebetennelse & pleuritt 0-17 år u/bk	0,70	6	M	8 852
92	4	Interstitielle lungesykdommer m/bk	1,44	22	M	18 210
93	4	Interstitielle lungesykdommer u/bk	0,75	13	M	9 484
94	4	Pneumothorax m/bk	1,66	22	M	20 992
95	4	Pneumothorax u/bk	0,73	12	M	9 231
96	4	Bronkitt og astma > 17 år m/bk	1,09	13	M	13 784
97	4	Bronkitt og astma > 17 år u/bk	0,63	8	M	7 967
98 A	4	Bronkitt og astma 0-17 år m/bk	1,19	7	M	15 048
98 B	4	Bronkitt og astma 0-17 år u/bk	0,59	7	M	7 461
99	4	Funn og symptomer fra åndedretsorganer m/bk	0,60	8	M	7 587
100	4	Funn og symptomer fra åndedretsorganer u/bk	0,28	5	M	3 541
101	4	Sykdommer i åndedretsorganer ITAD m/bk	1,06	14	M	13 404
102	4	Sykdommer i åndedretsorganer ITAD u/bk	0,50	6	M	6 323
475	4	Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte	2,53	31	M	31 993
495	4	Lungetransplantasjon	25,37	78	K	320 819

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 5: SYKDOMMER I SIRKULASJONSORGANENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
103		Hjertettransplantasjon inkl ekstrakorporal/ assistert sirkulasjon	24,52	54	K	310 070
104	A	Operasjoner på hjerteklaff	4,58	13	K	57 917
104	B	Operasjoner på flere hjerteklaffer eller en hjerteklaffop m/bk	6,41	22	K	81 058
107	A	Koronar bypass uten hjertekat eller kompl ledsagende prosedyrer	3,59	12	K	45 398
107	B	Koronar bypass med hjertekateterisering	5,48	25	K	69 298
107	C	Koronar bypass med kompl ledsagende prosedyrer eller m/bk	4,91	15	K	62 090
108		Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD	5,24	19	K	66 263
109	N	Operasjoner på thorakalt aortaaneurisme	7,26	17	K	91 807
110		Større kardiovaskulære op m/bk	6,17	29	K	78 023
111		Større kardiovaskulære op u/bk	4,36	20	K	55 135
112	A	PCI uten alvorlige tilleggstilstander	1,10	7	K	13 910
112	B	Perkutan ablationsbehandling for hjertearytmi	1,62	4	K	20 486
112	C	PCI uten AMI u/bk	1,27	5	K	16 060
112	D	PCI uten AMI m/bk	1,49	4	K	18 842
112	E	PCI med AMI u/bk	1,66	9	K	20 992
112	F	PCI med AMI m/bk	1,93	13	K	24 406
113		Amputasjon av underestr ekskl tå v/ sirk.svikt	3,36	30	K	42 489
114		Amputasjon av overestr eller tå v/ sirk.svikt	1,29	18	K	16 313
115	A	Revisjon eller fjerning av pacemaker eller defibrillator	4,19	15	K	52 985
115	B	Implantasjon eller bytte av pacemaker	2,00	14	K	25 291
115	C	Implantasjon eller bytte av defibrillator	12,53	23	K	158 449
119		Inngrep for åreknuter	0,72	2	K	9 105
120		Operasjoner på sirkulasjonsorganene ITAD	1,40	24	K	17 704
121		Sirk.sykdom m/ AMI & kardiov komplik i live etter 4 dager	1,46	21	M	18 463
122		Sirk.sykdom m/ AMI u/kardiov komplik i live etter 4 dager	1,09	13	M	13 784
123		Akutt myokardinfarkt (AMI), liggetid < 4 dager, utskrevet død	0,44	5	M	5 564
124		Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre m/ kompl hjertelidelse	0,97	10	M	12 266
125		Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/ kompl hjertelidelse	0,58	4	M	7 334
126		Akutt & subakutt endokarditt	3,71	79	M	46 915
127		Hjertesvikt & ikke-traumatisk sjokk	0,90	18	M	11 381
128		Årebetennelse i de dype vener	0,71	13	M	8 978
129		Hjertestans uten kjent årsak	1,79	5	M	22 636
130		Sykdommer i de perifere kar m/bk	0,95	14	M	12 013
131		Sykdommer i de perifere kar u/bk	0,64	7	M	8 093
132		Antatt ateroskler hjertesykdom m/bk ekskl AMI/angina	0,87	10	M	11 002
133		Antatt ateroskler hjertesykdom u/bk ekskl AMI/angina	0,47	6	M	5 943
134		Hypertensjon	0,45	8	M	5 691
135		Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff > 17år m/bk	0,74	16	M	9 358
136		Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff > 17år u/bk	0,49	9	M	6 196
137		Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff 0-17 år	0,84	14	M	10 622
138		Hjertearytmier & ledningsforstyrrelser m/bk	0,59	11	M	7 461
139		Hjertearytmier & ledningsforstyrrelser u/bk	0,34	5	M	4 300
140		Angina pectoris	0,62	8	M	7 840
141		Synkope og kollaps m/bk	0,49	9	M	6 196
142		Synkope og kollaps u/bk	0,36	5	M	4 552
143		Brystmerter	0,30	4	M	3 794
144		Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk	0,96	18	M	12 140
145		Sirkulasjonssykdommer ITAD u/bk	0,64	8	M	8 093
478		Karkirurgisk operasjon ITAD m/bk	2,15	20	K	27 188
479		Karkirurgisk operasjon ITAD u/bk	1,71	11	K	21 624

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 6: SYKDOMMER I FORDØYELSESORGANENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
146	6	Reseksjonsinngrep på rectum m/bk	4,01	37	K	50 709
147	6	Reseksjonsinngrep på rectum u/bk	3,00	22	K	37 937
148	6	Større operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	4,23	39	K	53 491
149	6	Større operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	2,37	20	K	29 970
150	6	Operasjon for tarmadheranser m/bk	3,75	33	K	47 421
151	6	Operasjon for tarmadheranser u/bk	1,85	16	K	23 394
152	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	2,18	22	K	27 567
153	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	1,49	14	K	18 842
154 A	6	Større op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17 år m/bk	6,58	48	K	83 208
154 B	6	Andre op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17 år m/bk	5,27	39	K	66 642
155 A	6	Større op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17 år u/bk	3,01	23	K	38 063
155 B	6	Andre op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17 år u/bk	1,87	12	K	23 647
156	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf. 0-17 år	2,79	19	K	35 281
157	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm m/bk	1,23	16	K	15 554
158	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	0,47	5	K	5 943
159	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år m/bk	1,32	14	K	16 692
160	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år u/bk	0,66	8	K	8 346
161	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år m/bk	0,85	8	K	10 749
162	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	0,57	3	K	7 208
163	6	Lyskebrokkoperasjon 0-17 år	0,49	4	K	6 196
166 N	6	Appendektomi med kompliserende hoveddiagnose	1,18	12	K	14 922
167	6	Appendektomi uten kompliserende hoveddiagnose	0,76	6	K	9 611
168		Se HDG 3				
169		Se HDG 3				
170	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD m/bk	3,20	35	K	40 466
171	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD u/bk	1,27	12	K	16 060
172	6	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene m/bk	1,18	22	M	14 922
173	6	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene u/bk	0,72	12	M	9 105
174	6	Gastrointest blødning ekskl v/ karanomalier m/bk	0,93	14	M	11 760
175	6	Gastrointest blødning ekskl v/ karanomalier u/bk	0,55	9	M	6 955
176	6	Ulcus m/ perf/blødn/stenose eller i spiserør/Meckel	0,88	15	M	11 128
177	6	Ulcus i magesekk/tolvf u/ perf/blødn/stenose m/bk	0,92	16	M	11 634
178	6	Ulcus i magesekk/tolvf u/ perf/blødn/stenose u/bk	0,45	9	M	5 691
179	6	Inflammatoriske tarmsykdommer	0,67	11	M	8 473
180	6	Gastrointestinal passasjehindring m/bk	0,78	12	M	9 864
181	6	Gastrointestinal passasjehindring u/bk	0,43	7	M	5 438
182	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år m/bk	0,64	12	M	8 093
183	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år u/bk	0,36	6	M	4 552
184 A	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse 0-17 år m/bk	0,53	5	M	6 702
184 B	6	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse 0-17 år u/bk	0,34	4	M	4 300
185		Se HDG 3				
186		Se HDG 3				
187		Se HDG 3				
188	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD > 17år m/bk	0,94	16	M	11 887
189	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD > 17år u/bk	0,38	7	M	4 805
190	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD 0-17 år	0,39	4	M	4 932

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 7: SYKDOMMER I LEVER, GALLEVEIER OG BUKSPYTTKJERTEL

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
191	7	Op på bukspyttkj/lever & portosyst shuntop m/bk	6,80	48	K	85 990
192	7	Op på bukspyttkj/lever & portosyst shuntop u/bk	4,04	27	K	51 088
193	7	Op på galleveier uten samtidigolecystektomi m/bk	3,37	35	K	42 616
194	7	Op på galleveier uten samtidigolecystektomi u/bk	2,02	14	K	25 544
195	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang m/bk	3,91	36	K	49 444
196	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang u/bk	3,68	38	K	46 536
197	7	Åpenolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang m/bk	2,55	28	K	32 246
198	7	Åpenolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang u/bk	2,12	13	K	26 809
493	7	Laparoskopiskolecystektomi u/ eksplor av gallegang m/bk	2,22	20	K	28 073
494	7	Laparoskopiskolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	1,54	8	K	19 474
199	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj m/ ondartet svulst	3,65	41	K	46 156
200	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj u/ ondartet svulst	3,22	37	K	40 719
201	7	Op på lever, galleveier & bukspyttkjertel ITAD	4,02	45	K	50 835
202	7	Cirrhose & alkoholisk leversykdom	1,64	22	M	20 739
203	7	Ondartede svulster i lever/galleveier & bukspyttkjertel	1,25	23	M	15 807
204	7	Sykdommer i bukspyttkjertel ekskl ondartede svulster	1,27	18	M	16 060
205	7	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholutløste m/bk	1,53	21	M	19 348
206	7	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholutløste u/bk	0,53	8	M	6 702
207	7	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede m/bk	1,07	17	M	13 531
208	7	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede u/bk	0,56	11	M	7 082
480	7	Levertransplantasjon	30,37	54	K	384 047

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 8: SYKDOMMER I MUSKEL-SKJELETTSYSTEMET OG BINDEVEV

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
209 A	8	Primære proteseop i hofte/kne/ankel	4,50	19	K	56 905
209 B	8	Sekund proteseop i hofte/kne/ankel og replant i u.eks ekskl av tå	5,00	28	K	63 228
491	8	Proteseop & replantasjon i skulder/albue/håndledd	3,49	22	K	44 133
210	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år m/bk	2,46	19	K	31 108
211	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år u/bk	1,77	20	K	22 383
212	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop 0-17 år	1,95	17	K	24 659
213	8	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet	2,83	30	K	35 787
214 A	8	Kombinert fremre/ bakre spondylodese	5,36	24	K	67 780
214 B	8	Fremre eller bakre spondylodese m/bk	3,17	25	K	40 087
214 C	8	Operasjoner på kolumna ekskl. spondylodese m/bk	2,86	23	K	36 166
215 B	8	Fremre eller bakre spondylodese u/bk	2,13	18	K	26 935
215 C	8	Operasjoner på kolumna ekskl. spondylodese u/bk	1,86	13	K	23 521
216	8	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet & bindevevet	1,05	9	K	13 278
217	8	Sårrev & hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykdom i HDG 8	4,24	59	K	53 617
218	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år m/bk	2,91	28	K	36 799
219	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	1,01	12	K	12 772
220	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop 0-17 år	0,89	7	K	11 255

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 8: SYKDOMMER I MUSKEL-SKJELETTSYSTEMET OG BINDEVEV FORTS.

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
221	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop m/bk (note 3)	2,26	21	K	24 406
222	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk (note 3)	1,12	2	K	9 737
223	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese m/bk	1,39	10	K	17 577
224	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk	0,81	5	K	10 243
225	8	Operasjoner på ankel & fot	0,55	2	K	6 955
226	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD m/bk	1,76	19	K	22 256
227	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	0,69	5	K	8 725
228	8	Op på h�ndledd/hånd/tommel m/bk el leddprotese h�ndledd/hånd	0,93	10	K	11 760
229	8	Op på h�ndledd/hånd u/bk eller sårrevisjon på overekstremitet	0,64	2	K	8 093
230	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur	0,70	7	K	8 852
231	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	0,54	3	K	6 829
232	8	Artroskopi	0,53	2	K	6 702
233	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD m/bk	3,59	20	K	45 398
234	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	0,98	10	K	12 393
235	8	L�rbeinsbrudd	0,81	14	M	10 243
236	8	Brudd på hofte & bekken	1,04	14	M	13 151
237	8	Forstuving & luksasjon av hofte, bekken & l�r	0,50	9	M	6 323
238	8	Osteomyelitt	2,37	46	M	29 970
239	8	Patologiske brudd & ondartede svulster i HDG 8	1,14	19	M	14 416
240	8	Sykdommer i bindevev m/bk	1,32	21	M	16 692
241	8	Sykdommer i bindevev u/bk	0,54	21	M	6 829
242	8	Infeksiøs artritt og bursitt	2,52	32	M	31 867
243	8	Rygglidelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen	0,60	11	M	7 587
244	8	Beinsykdommer & spesifikke artropatier m/bk	0,71	16	M	8 978
245	8	Beinsykdommer & spesifikke artropatier u/bk	0,47	9	M	5 943
246	8	Artropatier ITAD	0,80	15	M	10 116
247	8	Uspesifikke tilst & sympt fra muskel-skjelettsyst/bindevev ITAD	0,37	5	M	4 679
248	8	Tilstander i muskler, sener, seneskjeder, fascie & bursa ITAD	0,50	8	M	6 323
249	8	Komplik/f�lgetilst/etterbehandling av tilstander i HDG 8	0,60	12	M	7 587
250	8	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd, fot > 17 år m/bk	0,61	12	M	7 714
251	8	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd, fot > 17 år u/bk	0,26	4	M	3 288
252	8	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd fot 0-17 år	0,22	3	M	2 782
253	8	Brudd/forstuving/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot >17 år m/bk	0,90	20	M	11 381
254	8	Brudd/forstuving/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot > 17 år u/bk	0,41	7	M	5 185
255	8	Brudd/forstuving/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot 0-17 år	0,33	4	M	4 173
256	8	Sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev ITAD	0,36	6	M	4 552
471	8	Bilaterale eller flere store leddproteseop i underekstremitet	4,50	37	K	56 905

(note 3): Hvis menisk, gis korrigert vekt = 0,58. For andre opphold er vekten = 2,26 for DRG 221 og = 1,12 for DRG 222

Med menisk menes: hvis hoveddiagnosekode = M230.x eller M231.x eller M233.x eller S832 og en av prosedyrekodene = NGD xx

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 9: SYKDOMMER I HUD, UNDERHUD OG BRYST

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % 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				

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 9: SYKDOMMER I HUD, UNDERHUD OG BRYST

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
263	9	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt m/bk	5,04	48	K	63 734
264	9	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt u/bk	1,82	40	K	23 015
265	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt m/bk	2,88	35	K	36 419
266	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt u/bk	0,57	2	K	7 208
267	9	Perianale inngrep & operasjoner for sakralcyste	0,26	4	K	3 288
268	9	Plastiske op på hud og underhud	0,55	4	K	6 955
269	9	Op på hud og underhud ITAD m/bk	1,81	22	K	22 889
270	9	Op på hud og underhud ITAD u/bk	0,49	2	K	6 196
271	9	Kroniske sår i huden	0,93	18	M	11 760
272	9	Alvorlig hudsykdom m/bk	1,34	26	M	16 945
273	9	Alvorlig hudsykdom u/bk	0,76	17	M	9 611
274		Se HDG 30				
275		Se HDG 30				
276		Se HDG 30				
277	9	Infeksjoner i hud og underhud > 17 år m/bk	1,22	20	M	15 428
278	9	Infeksjoner i hud og underhud > 17 år u/bk	0,72	12	M	9 105
279	9	Infeksjoner i hud og underhud 0-17 år	0,83	9	M	10 496
280	9	Skade av hud, underhud > 17 år m/bk	0,75	12	M	9 484
281	9	Skade av hud, underhud > 17 år u/bk	0,30	5	M	3 794
282	9	Skade av hud, underhud 0-17 år	0,25	3	M	3 161
283	9	Lettere hudsykdom m/bk	0,86	22	M	10 875
284	9	Lettere hudsykdom u/bk	0,48	11	M	6 070

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 10: INDRESEKRETORISKE-, ERNÆRINGS- OG STOFFSKIFTESYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
285	10	Amputasjoner av underekstr pga sykdom i HDG 10	4,05	77	K	51 215
286	10	Operasjoner på binyrer & hypofyse	2,44	15	K	30 855
287	10	Hudtransplantasjoner/sårrevisjoner ved sykdom i HDG 10	1,03	28	K	13 025
288 A	10	Gastrointestinale operasjoner for adipositas	1,39	14	K	17 577
288 B	10	Andre operasjoner for adipositas	0,93	7	K	11 760
289	10	Operasjoner på biskjoldbruskkjertelen	1,33	10	K	16 819
290	10	Operasjoner på skjoldbruskkjertelen	1,21	9	K	15 301
291	10	Eksisjon av median halsfistel eller cyste	0,99	4	K	12 519
292	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD m/bk	2,77	30	K	35 028
293	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD u/bk	1,07	13	K	13 531
294	10	Diabetes > 35 år	0,77	14	M	9 737
295	10	Diabetes < 36 år	1,11	14	M	14 037
296	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17år m/bk	0,81	15	M	10 243
297	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17år u/bk	0,45	8	M	5 691
298	10	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD 0-17 år	0,56	7	M	7 082
299	10	Medfødte stoffskiftesykdommer	0,49	5	M	6 196
300	10	Indresekretoriske sykdommer m/bk	1,05	17	M	13 278
301	10	Indresekretoriske sykdommer u/bk	0,50	8	M	6 323

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 11: NYRE- OG URINVEISSYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
302	11	Nyretransplantasjon	10,34	37	K	130 756
303	11	Nyre/ureterop & større blæreop pga ondartet svulst	3,15	31	K	39 834
304	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst m/bk	3,04	31	K	38 443
305	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst u/bk	1,80	20	K	22 762
308	11	Operasjoner på urinblæren ITAD m/bk	1,38	14	K	17 451

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 11: NYRE- OG URINVEISSYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
309	11	Operasjoner på urinblæren ITAD u/bk	0,86	6	K	10 875
310	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata m/bk	1,03	12	K	13 025
311	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk	0,72	7	K	9 105
312	11	Operasjoner på urinrør > 17 år m/bk	0,77	11	K	9 737
313	11	Operasjoner på urinrør > 17 år u/bk	0,39	7	K	4 932
314	11	Operasjoner på urinrør 0-17 år	1,57	16	K	19 854
315	11	Operasjoner på nyrer & urinveier ITAD	1,50	14	K	18 968
316	11	Nyresvikt	1,44	21	M	18 210
317	11	Dialysebehandling	0,10	1	M	1 265
318	11	Svulster i nyrer & urinveier m/bk	1,34	22	M	16 945
319	11	Svulster i nyrer & urinveier u/bk	0,76	10	M	9 611
320	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier > 17 år m/bk	1,11	16	M	14 037
321	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier > 17 år u/bk	0,72	11	M	9 105
322	11	Infeksjoner i nyrer & urinveier 0-17 år	0,77	9	M	9 737
323	11	Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling	0,67	7	M	8 473
324	11	Stein i urinveiene u/bk	0,40	6	M	5 058
325	11	Symptomer fra nyrer & urinveier > 17 år m/bk	0,55	10	M	6 955
326	11	Symptomer fra nyrer & urinveier > 17 år u/bk	0,36	7	M	4 552
327	11	Symptomer fra nyrer & urinveier 0-17 år	0,43	5	M	5 438
328	11	Urethrastriktur > 17 år m/bk	0,36	6	M	4 552
329	11	Urethrastriktur > 17 år u/bk	0,34	5	M	4 300
330	11	Urethrastriktur 0-17 år	0,44	5	M	5 564
331	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD > 17 år m/bk	0,92	12	M	11 634
332	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD > 17 år u/bk	0,29	4	M	3 667
333	11	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD 0-17 år	0,59	6	M	7 461

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 12: SYKDOMMER I MANNLIGE KJØNNSORGANER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
334	12	Større operasjoner i det mannlige bekken m/bk	2,60	19	K	32 879
335	12	Større operasjoner i det mannlige bekken u/bk	1,74	14	K	22 003
336	12	Transurethral prostatectomi m/bk	1,29	12	K	16 313
337	12	Transurethral prostatectomi u/bk	0,93	8	K	11 760
338	12	Op på skrotalinnhold ved ondartede sykdommer	1,03	13	K	13 025
339	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd > 17 år	0,48	4	K	6 070
340	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd 0-17 år	0,44	3	K	5 564
341	12	Operasjoner på penis	0,76	8	K	9 611
342	12	Omskjæring > 17 år	0,30	2	K	3 794
343	12	Omskjæring 0-17 år	0,30	2	K	3 794
344	12	Op på mannlige kjønnsorg ved ondartet svulst ITAD	1,45	12	K	18 336

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
345	12	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD	0,74	9	K	9 358
346	12	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk	1,17	21	M	14 795
347	12	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk	0,66	9	M	8 346
348	12	Godartet hypertrofi av prostata m/bk	0,47	10	M	5 943
349	12	Godartet hypertrofi av prostata u/bk	0,42	7	M	5 311
350	12	Inflammasjon i mannlige kjønnsorganer	0,48	9	M	6 070
351	12	Sterilisering av menn	0,00	2		0
352	12	Sykdommer i mannlige kjønnsorganer ITAD	0,26	4	M	3 288

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 13: SYKDOMMER I KVINNELIGE KJØNNSORGANER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
353	13	Eksentrasjon av bekkenet, radikal hysterektomi & vulvektomi	3,44	20	K	43 501
354	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign syk m/bk	3,55	22	K	44 892
355	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign syk u/bk	2,16	14	K	27 314
356	13	Rekonstruktive gynekologiske inngrep	1,36	9	K	17 198
357	13	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom	2,75	21	K	34 775
358	13	Op på uterus/adn ved godartede syk m/bk	2,09	14	K	26 429
359	13	Op på uterus/adn ved godartede syk u/bk	1,34	11	K	16 945
360	13	Operasjoner på vagina, cervix & vulva ekskl vulvektomi	0,53	2	K	6 702
361	13	Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi (note 4)	0,64	6	K	8 093
362	13	Sterilisering via laparoskopi eller annen endoskopisk sterilisering	0,00	2	K	0
363	13	Utskraping & konisering ved ondartet sykdom	0,40	2	K	5 058
364	13	Utskraping & konisering ekskl ondartet sykdom	0,36	2	K	4 552
365	13	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD	0,97	2	K	12 266
366	13	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer m/bk	1,26	15	M	15 933
367	13	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer u/bk	0,55	8	M	6 955
368	13	Infeksjoner i kvinnelige kjønnsorganer	0,58	9	M	7 334
369	13	Tilstander i kvinnelige kjønnsorganer ITAD	0,26	4	M	3 288

(note 4): 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	40 % DRG refusjon
370	14	Keisersnitt m/bk	1,91	14	K	24 153
371	14	Keisersnitt u/bk	1,27	10	K	16 060
372	14	Vaginal fødsel m/bk	0,72	9	M	9 105
373	14	Vaginal fødsel u/bk	0,50	7	M	6 323
374	14	Vaginal fødsel m/sterilisering og/eller evakuering	0,91	11	K	11 507
375	14	Vaginal fødsel m/ op ekskl sterilisering & evakuering	1,31	13	K	16 566
376	14	Sykdommer etter forløsning & abort u/ operasjon	0,55	9	M	6 955
377	14	Sykdommer etter forløsning & abort m/ operasjon	0,34	4	K	4 300
378	N 14	Operasjoner ved ekstrauterin graviditet	0,84	5	M	10 622
379	14	Truende abort	0,34	7	M	4 300
380	14	Abort uten kirurgisk inngrep & tilst etter abort	0,19	2	M	2 403
381	14	Kirurgisk revisjon ved spontan eller medikamentelt utløst abort	0,18	2	K	2 276
382	14	Falske rier	0,16	4	M	2 023
383	14	Sykdommer i svangerskapet ITAD m/bk	0,60	11	M	7 587
384	14	Sykdommer i svangerskapet ITAD u/bk	0,30	5	M	3 794

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 15: NYFØDTE MED TILSTANDER SOM HAR OPPSTÅTT I PERINATALPERIODEN

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
385 A	15	Nyfødt, døde 0-2 d. gml eller overf. til annen inst. 0-5 d. etter fødsel	0,33	6		4 173
385 B	15	Oppfølging av neonatalproblemer eller forsinket neonatalproblem	1,23	16		15 554
386 N	15	Nyfødt, fødselsvekt under 1000 g	18,28	71		231 162
387 N	15	Nyfødt, fødselsvekt 1000-1499 g	13,47	94		170 336
388 A	15	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499 g, med multiple problemer	7,93	65		100 280
388 B	15	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499 g, uten multiple problemer	3,10	29		39 201
389 A	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 1500 g, med større operasjon	7,25	39		91 681
389 B	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med multiple problemer	2,98	20		37 684
390	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem	0,85	9		10 749
391	15	Frisk nyfødt	0,47	7		5 943

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 16: SYKDOMMER I BLOD, BLODDANNENDE ORGANER OG IMMUNAPPARATET

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
392	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 > 17 år	2,14	22	K	27 062
393	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 0-17 år	2,46	14	K	31 108
394	16	Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD	1,01	9	K	12 772
395	16	Sykdommer i røde blodlegemer > 17 år	0,59	11	M	7 461
396	16	Sykdommer i røde blodlegemer 0-17 år	0,66	8	M	8 346
397	16	Koagulasjonsforstyrrelser	0,59	8	M	7 461
398	16	Retikuloendoteliale & immunologiske sykd ITAD m/bk	1,49	16	M	18 842
399	16	Retikuloendoteliale & immunologiske sykd ITAD u/bk	0,68	9	M	8 599

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 17: MYELOPROLIFERATIVE SYKDOMMER OG LITE DIFFERENSIERTE SVULSTER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
400	17	Større operasjoner ved lymfom & leukemi	3,73	22	K	47 168
401	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD m/bk	4,06	48	K	51 341
402	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD u/bk	1,29	14	K	16 313
403	17	Lymfom & ikke-akutt leukemi m/bk	1,82	28	M	23 015
404	17	Lymfom & ikke-akutt leukemi u/bk	0,71	11	M	8 978
473	17	Akutt leukemi uten større operasjon > 17 år	3,01	46	M	38 063
405	17	Akutt leukemi uten større operasjon 0-17 år	1,27	9	M	16 060
406	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi m/bk	4,69	37	K	59 308
407	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi u/bk	2,42	25	K	30 602
408	17	Andre op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi	0,99	7	K	12 519
409	17	Strålebehandling	0,00			0
410 A	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, uspesifisert	0,17	2	M	2 150
410 B	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 1	0,29	2	M	3 667
410 C	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 2	0,53	2	M	6 702
410 D	17	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 3	1,07	2	M	13 531
492	17	Kjemoterapi m/akutt leukemi som bidiagnose	0,59	2	M	7 461
411	17	Diagnostikk ved tidligere ondartede sykdommer uten endoskopi	0,32	5	M	4 047
412	17	Diagnostikk ved tidligere. ondartede sykdommer med endoskopi	0,79	14	M	9 990
413	17	Sykdommer i HDG 17 ITAD m/bk	1,91	32	M	24 153
414	17	Sykdommer i HDG 17 ITAD u/bk	0,94	15	M	11 887
481 A		Beinmargstransplantasjon	30,10	69	K	380 633

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 18: INFEKSIØSE OG PARASITTÆRE SYKDOMMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
415	18	Op ved sykdommer i HDG 18	3,03	39	K	38 316
416	18	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år	1,92	26	M	24 280
417	18	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 0-17 år	2,40	20	M	30 349
418	18	Postop & posttraumatiske infeksjoner tilhørende HDG 18	0,87	15	M	11 002
419	18	Feber av ukjent årsak > 17 år m/bk	0,99	16	M	12 519
420	18	Feber av ukjent årsak > 17 år u/bk	0,77	12	M	9 737
421	18	Virussykdommer > 17 år	0,69	10	M	8 725
422	18	Virussykdommer og feber av ukjent årsak 0-17 år	0,57	6	M	7 208
423	18	Sykdommer i HDG 18 ITAD	1,19	21	M	15 048
489	18	HIV m/ betydelig HIV relatert sykdom	3,11	43	M	39 328
490	18	HIV med eller uten bidiagnose	0,65	13	M	8 220

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 19: PSYKISKE LIDELSER OG RUSPROBLEMER

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
424	N	19 Operasjoner på pasienter med diagnose i HDG19	1,28	9	K	16 186
426	A	19 Bipolare lidelser, < 60 år	0,32	5	M	4 047
426	B	19 Bipolare lidelser, > 59 år	0,32	16	M	4 047
426	C	19 Andre forstyrrelser i stemningsleie < 60 år	0,57	5	M	7 208
426	D	19 Andre forstyrrelser i stemningsleie > 59 år	0,57	14	M	7 208
427	A	19 Angstlidelse	0,24	6	M	3 035
427	B	19 Varige personlighetsforstyrrelser	0,38	8	M	4 805
427	C	19 Akutt stressreaksjon	0,18	6	M	2 276
427	D	19 Andre nevroser	0,56	7	M	7 082
428	N	19 Personlighetsforstyrrelser	0,15	5	M	1 897
429	A	19 Organiske betinget mentale forstyrrelser m/bk	0,85	22	M	10 749
429	B	19 Organiske betinget mentale forstyrrelser u/bk	0,64	6	M	8 093
430	A	19 Schizofreni < 30 år	0,74	3	M	9 358
430	B	19 Schizofreni 30-59 år	0,74	5	M	9 358
430	C	19 Schizofreni > 59 år	0,74	9	M	9 358
430	D	19 Kroniske ikke-schizofrene psykoser	0,63	8	M	7 967
430	E	19 Kortvarige ikke-schizofrene psykoser	0,63	9	M	7 967
430	F	19 Andre psykoser	0,63	6	M	7 967
431	A	19 Mental retardasjon	0,44	6	M	5 564
431	B	19 Nevropsykiatriske forstyrrelser	0,60	5	M	7 587
431	C	19 Andre mentale forstyrrelser hos barn	0,35	5	M	4 426
432	A	19 Spiseforstyrrelser	0,86	14	M	10 875
432	B	19 Andre spesifiserte mentale forstyrrelser	0,20	3	M	2 529
432	C	19 Andre uspesifiserte mentale forstyrrelser	0,36	3	M	4 552
436	A	19 Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk m/bk	0,37	10	M	4 679
436	B	19 Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk u/bk	0,20	5	M	2 529
436	C	19 Psykose som skyldes misbruk	0,17	5	M	2 150

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

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

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
439	21	Hudtransplantasjon etter skade	2,56	34	K	32 373
440	21	Sårrevisjon etter skade	0,69	42	K	8 725
441	21	Håndkirurgiske inngrep etter skade	0,65	5	K	8 220
442	21	Operasjoner etter skade ITAD m/bk	4,08	38	K	51 594
443	21	Operasjoner etter skade ITAD u/bk	1,11	8	K	14 037
444	21	Traume > 17 år m/bk	0,98	14	M	12 393
445	21	Traume > 17 år u/bk	0,32	6	M	4 047
446	21	Traume 0-17 år	0,25	4	M	3 161
447	21	Allergiske reaksjoner > 17 år	0,30	3	M	3 794
448	21	Allergiske reaksjoner 0-17 år	0,29	3	M	3 667
449	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel >17 m/bk	0,46	5	M	5 817
450	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel >17 u/bk	0,24	4	M	3 035
451	21	Forgiftning & toksisk effekt av legemiddel 0-17 år	0,29	3	M	3 667
452	21	Komplikasjoner ved behandling m/bk	0,83	14	M	10 496
453	21	Komplikasjoner ved behandling u/bk	0,42	7	M	5 311
454	21	Sykdommer i HDG 21 ITAD m/bk	0,93	8	M	11 760
455	21	Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk	0,28	3	M	3 541

HOVEDDIAGNOSEGRUPPE 22: FORBRENNINGER (note 5)

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
456	22	Forbrenninger, overført til annen akuttenhet, liggetid < 6 dager	0,29	4		3 667
457	22	Omfattende forbrenninger uten operativ behandling	3,46	37	M	43 754
458	22	Mindre omfattende forbrenninger med hudtransplantasjon	2,70	44	K	34 143
459	22	Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op	1,45	29	K	18 336
460	22	Mindre omfattende forbrenninger uten operativ behandling	0,67	16	M	8 473
472	22	Omfattende forbrenninger med operativ behandling	9,92	64	K	125 444

(note 5): Egne vektorer for brannskadebehandling ved Haukeland (se side 7 for detaljer)

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

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
461	23	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23	1,08	7	K	13 657
462 A	23	Rehabilitering, kompleks (note 6)	0,15	1	M	1 897
462 B	23	Rehabilitering, vanlig	0,12	1	M	1 517
462 C	23	Rehabilitering, annen	0,33	2	M	4 173
463	23	Symptomer og funn m/bk	0,84	13	M	10 622
464	23	Symptomer og funn u/bk	0,52	7	M	6 576
465	23	Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	0,15	2	M	1 897
466	23	Etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose	0,48	6	M	6 070
467	23	Påvirkninger på helsetilstanden ITAD	0,29	5	M	3 667
483	23	Tracheostomi ekskl for sykdom i ansikt, munnhule eller hals	20,74	97	K	262 270

(note 6): Som dagbehandling gis kompleks rehabilitering samme vekt som vanlig rehabilitering.

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
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	40 % DRG refusjon
484	24	Kraniotomi ved signifikant multitraume	9,20	20	K	116 340
485	24	Større op hofte/lårbensop & replantasjoner ved HDG 24	4,06	46	K	51 341
486	24	Operasjoner ved signifikant multitraume ITAD	5,67	39	K	71 701
487	24	Signifikant multitraume ITAD	1,80	26	K	22 762
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	40 % DRG refusjon
257	30	Total mastektomi ved ondartet svulst m/bk	1,40	12	K	17 704
258	30	Total mastektomi ved ondartet svulst u/bk	1,07	10	K	13 531
259	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst m/bk	0,98	9	K	12 393
260	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk	0,68	7	K	8 599
261	30	Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon	0,92	5	K	11 634
262	30	Mammabiopsi & lokal eksisjon ved godartede sykdommer	0,42	3	K	5 311
274	30	Ondartet sykdom i bryst m/bk	1,27	22	M	16 060
275	30	Ondartet sykdom i bryst u/bk	0,46	9	M	5 817
276	30	Godartet sykdom i bryst	0,46	7	M	5 817
501	A	Rekonstruksjon av bryst m/bk	2,53	17	K	31 993
501	B	Rekonstruksjon av bryst u/bk	1,06	15	K	13 404
502	30	Mastektomi med rekonstruksjon av bryst v/ondartet svulst	1,36	14	K	17 198
509	30	Andre operasjoner på bryst	0,61	6	K	7 714
520		Se HDG 3				
521		Se HDG 3				

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

KATEGORIER UTENOM HOVEDDIAGNOSEGRUPPENE

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
468	99	Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen	4,43	34	K	56 020
469	99	Hoveddiagnosen ubrukbar som utskrivingsdiagnose	0,42	20		5 311
470	99	Ikke grupperbar pga manglende opplysninger	0,00	14		0
477	99	Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen	1,23	17	K	15 554

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

Dagkirurgi/Spesifikke DRG-er som utløser full refusjon.

Dagkirurgi

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
4	1	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	2,72	17	K	34 396
6	1	Op ved karpaltunnelsyndrom	0,30	2	K	3 794
8	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop u/bk	0,91	4	K	11 507
36	2	Op på corpus vitreum, choroidea, retina (note 1)	1,14	2	K	8 473
37	2	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye	1,10	11	K	13 910
38	2	Intraokulære op hovedsaklig på regnbuehinne ITAD	0,47	2	K	5 943
39	2	Operasjoner på linsen	0,42	2	K	5 311
40	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer > 17 år	0,41	2	K	5 185
41	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer 0-17 år	0,52	5	K	6 576
42	2	Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD (note 2)	0,61	7	K	8 093
50	3	Fjerning av spyttkjertel	1,06	7	K	13 404
51	3	Op på spyttkjertler ekskl fjerning av spyttkjertler	0,80	5	K	10 116
52	3	Operasjoner for leppe- og ganespalte	1,61	17	K	20 359
53 A	3	Operasjoner på bihuler	0,46	4	K	5 817
53 B	3	Operasjoner på temporalben, masteoideus og indre øre	0,58	4	K	7 334
55	3	Diverse operasjoner på øre/nese/hals	0,68	5	K	8 599
56	3	Plastiske operasjoner på nesen	0,54	3	K	6 829
57	3	Tons./adenoid op ekskl -ektomi > 17år	0,77	5	K	9 737
58	3	Tons./adenoid op ekskl -ektomi 0-17 år	0,39	4	K	4 932
59	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17år	0,53	5	K	6 702
60	3	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi 0-17 år	0,44	5	K	5 564
61	3	Innleggelse av ventilasjonrør i mellomøret >17år	0,21	2	K	2 656
62	3	Innleggelse av ventilasjonrør i mellomøret <18år	0,27	2	K	3 414
63	3	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	0,71	8	K	8 978
169	4	Prosedyrer i munnhulen u/bk	0,86	10	K	10 875
521	5	Operativ korreksjon av obstruktivt søvnapnesyndrom	0,52	2	K	6 576
77	5	Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk	3,39	16	K	42 869
112 A	5	PCI uten alvorlige tilleggstilstander	1,10	7	K	13 910
112 B	5	Perkutan ablationsbehandling for hjertearytmi	1,62	4	K	20 486
112 C	5	PCI uten AMI u/bk	1,27	5	K	16 060
112 E	6	PCI med AMI u/bk	1,66	9	K	20 992
114	6	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt	1,29	18	K	16 313
119	6	Inngrep for åreknuter	0,72	2	K	9 105
153	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	1,49	14	K	18 842
155 B	6	Andre op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17 år u/bk	1,87	12	K	23 647
156	6	Op på spiserør, magesekk & tolvf. 0-17 år	2,79	19	K	35 281
158	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	0,47	5	K	5 943
160	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år u/bk	0,66	8	K	8 346
162	3	Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	0,57	3	K	7 208
163	6	Lyskebrokkoperasjon 0-17 år	0,49	4	K	6 196
167	7	Appendektomi uten kompliserende hoveddiagnose	0,76	6	K	9 611
171	7	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD u/bk	1,27	12	K	16 060
194	8	Op på galleveier uten samtidigolecystektomi u/bk	2,02	14	K	25 544

(note 1): For nulldagsopphold gis det korrigert vekt på 0,32 ved bruk av prosedyrekodene CKC 15, CKC 50, CKD 00, CKE 20.

Dette gjelder også ved bruk av prosedyrekodene CKC 40, CKE 10, CKE 15 og CKE 40 når disse ikke er kombinert med TCK 00

(note 2): Ved prosedyrekodene CGG 30, CGG 40, CGG 45 og CGG 50 gis det en korrigert vekt på 1,17

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

Dagkirurgi forts.

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
196	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang u/bk	3,68	38	K	46 536
494	7	Laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	1,54	8	K	19 474
211	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år u/bk	1,77	20	K	22 383
212	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop 0-17 år	1,95	17	K	24 659
213	8	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet	2,83	51	K	35 787
215	C 8	Operasjoner på kolumna ekskl. spondylodese u/bk	1,86	13	K	23 521
216	8	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet & bindevevet	1,05	9	K	13 278
217	8	Sårrev & hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykdom i HDG 8	4,24	59	K	53 617
219	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	1,01	12	K	12 772
220	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop 0-17 år	0,89	7	K	11 255
222	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk (note 3)	1,12	2	K	9 737
224	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk	0,81	5	K	10 243
225	8	Operasjoner på ankel & fot	0,55	2	K	6 955
227	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	0,69	5	K	8 725
229	8	Op på händledd/hånd u/bk eller sårrevisjon på overekstremitet	0,64	2	K	8 093
230	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur	0,70	7	K	8 852
231	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	0,54	3	K	6 829
232	8	Artroskopi	0,53	2	K	6 702
234	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	0,98	10	K	12 393
266	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt u/bk	0,57	2	K	7 208
267	9	Perianale inngrep & operasjoner for sakralcyste	0,26	4	K	3 288
268	9	Plastiske op på hud og underhud	0,55	4	K	6 955
270	9	Op på hud og underhud ITAD u/bk	0,49	2	K	6 196
286	10	Operasjoner på binyrer & hypofyse	2,44	15	K	30 855
288	A 10	Gastrointestinale operasjoner for adipositas	1,39	14	K	17 577
288	B 10	Andre operasjoner for adipositas	0,93	7	K	11 760
289	10	Operasjoner på biskjoldbruskkjertelen	1,33	10	K	16 819
290	10	Operasjoner på skjoldbruskkjertelen	1,21	9	K	15 301
291	10	Eksisjon av median halsfistel eller cyste	0,99	4	K	12 519
293	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD u/bk	1,07	13	K	13 531
303	11	Nyre/ureterop & større blæreop pga ondartet svulst	3,15	31	K	39 834
305	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst u/bk	1,80	20	K	22 762
309	11	Operasjoner på urinblæren ITAD u/bk	0,86	6	K	10 875
311	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk	0,72	7	K	9 105
313	11	Operasjoner på urinrør > 17 år u/bk	0,39	7	K	4 932
314	11	Operasjoner på urinrør 0-17 år	1,57	16	K	19 854
315	11	Operasjoner på nyre & urinveier ITAD	1,50	14	K	18 968
337	12	Transurethral prostatectomi u/bk	0,93	8	K	11 760
338	12	Op på skrotallinnhold ved ondartede sykdommer	1,03	13	K	13 025
339	12	Op på skrotallinnhold ved godartede sykdom > 17 år	0,48	4	K	6 070
340	12	Op på skrotallinnhold ved godartede sykdom 0-17 år	0,44	3	K	5 564
341	12	Operasjoner på penis	0,76	8	K	9 611
342	12	Omskjæring > 17 år	0,30	2	K	3 794
343	12	Omskjæring 0-17 år	0,30	2	K	3 794
345	12	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD	0,74	9	K	9 358
355	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykdom u/bk	2,16	14	K	27 314
356	13	Rekonstruktive gynekologiske inngrep	1,36	9	K	17 198
357	13	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom	2,75	21	K	34 775
359	13	Op på uterus/adn ved godartede sykdom u/bk	1,34	11	K	16 945
360	13	Operasjoner på vagina, cervix & vulva ekskl vulvektomi	0,53	2	K	6 702
361	13	Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi (note1)	0,64	6	K	8 093
363	13	Utskraping & konisering ved ondartet sykdom	0,40	2	K	5 058
364	13	Utskraping & konisering ekskl ondartet sykdom	0,36	2	K	4 552
365	13	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD	0,97	2	K	12 266

(note 3): Hvis menisk, gis korrigert vekt = 0,58. For andre opphold er vekten = 2,26 for DRG 221 og = 1,12 for DRG 222

Med menisk menes: hvis hoveddiagnosekode = M230.x eller M231.x eller M233.x eller S832 og en av prosedyrekodene = NGD xx

Dagkirurgi forts.

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
377		Sykdommer etter forløsning & abort m/ operasjon	0,34	4	K	4 300
378	N	Operasjoner ved ekstrauterin graviditet	0,84	5	M	10 622
381		Kirurgisk revisjon ved spontan eller medikamentelt utløst abort	0,18	2	K	2 276
392		Op på milten pga sykdom i HDG 16 > 17 år	2,14	22	K	27 062
394		Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD	1,01	9	K	12 772
402		Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD u/bk	1,29	14	K	16 313
408		Andre op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi	0,99	7	K	12 519
415		Op ved sykdommer i HDG 18	3,03	39	K	38 316
424	N	Operasjoner på pasienter med diagnose i HDG19	1,28	9	K	16 186
439		Hudtransplantasjon etter skade	2,56	34	K	32 373
441		Håndkirurgiske inngrep etter skade	0,65	5	K	8 220
443		Operasjoner etter skade ITAD u/bk	1,11	8	K	14 037
461		Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23	1,08	7	K	13 657
258		Total mastektomi ved ondartet svulst u/bk	1,07	10	K	13 531
260		Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk	0,68	7	K	8 599
261		Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon	0,92	5	K	11 634
262		Mammabiopsi & lokal eksisjon ved godartede sykdommer	0,42	3	K	5 311
501	B	Rekonstruksjon av bryst u/bk	1,06	15	K	13 404
502		Mastektomi med rekonstruksjon av bryst v/ondartet svulst	1,36	14	K	17 198
509		Andre operasjoner på bryst	0,61	6	K	7 714

Ikke-kirurgisk dagbehandling

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Trimpunkt	Type	40 % DRG refusjon
125		Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/ kompl hjertelidelse	0,58	4	M	7 334
317		Dialysebehandling	0,10	1	M	1 265
380		Abort uten kirurgisk inngrep & tilst etter abort	0,19	2	M	2 403
410	A	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, uspesifisert	0,17	2	M	2 150
410	B	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 1	0,29	2	M	3 667
410	C	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 2	0,53	2	M	6 702
410	D	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 3	1,07	2	M	13 531
492		Kjemoterapi m/akutt leukemi som bidiagnose	0,59	2	M	7 461
462	A	Rehabilitering, kompleks (note 6)	0,12	1	M	1 517
462	B	Rehabilitering, vanlig	0,12	1	M	1 517
465		Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	0,15	2	M	1 897

(note 6): Som dagbehandling gis kompleks rehabilitering samme vekt som vanlig rehabilitering.

VEDLEGG A

Innsatsstyrt finansiering 2006

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

DRG	HDG	Tekst	Vekt	Vekt ved dagkirurgi	Type	40 % DRG refusjon
7	1	Perifere, hjerne- & andre nerveop m/bk	2,88	0,91	K	11 507
76	4	Op på åndedrettssystemet ITAD m/bk	3,39	3,39	K	42 869
112 D	5	PCI uten AMI m/bk	1,49	1,27	K	16 060
112 F	5	PCI med AMI m/bk	1,93	1,66	K	20 992
124	5	Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre m/ kompl hjertelidelse	0,97	0,58	M	7 334
152	6	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	2,18	1,49	K	18 842
154 B	6	Andre op på spiserør, magesekk & tolvf. > 17 år m/bk	5,27	1,87	K	23 647
157	6	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm m/bk	1,23	0,47	K	5 943
159	6	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år m/bk	1,32	0,66	K	8 346
161	6	Inguinal & femoral brokkop > 17år m/bk	0,85	0,57		7 208
166 N	6	Appendektomi med kompliserende hoveddiagnose	1,18	0,76	K	9 611
168	3	Prosedyrer i munnhulen m/bk	1,69	0,86	K	10 875
170	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD m/bk	3,20	1,27	K	16 060
193	7	Op på galleveier uten samtidigolecystektomi m/bk	3,37	2,02	K	25 544
195	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang m/bk	3,91	3,68	K	46 536
214 C	8	Operasjoner på kolumna ekskl. spondylodese m/bk	2,86	1,86	K	23 521
218	8	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år m/bk	2,91	1,01	K	12 772
221	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop m/bk (note 7)	2,26	1,12	K	9 737
223	8	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese m/bk	1,39	0,81	K	10 243
226	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD m/bk	1,76	0,69	K	8 725
228	8	Op på håndledd/hånd/tommel m/bk eller leddprot håndledd/hånd	0,93	0,64	K	8 093
233	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD m/bk	3,59	0,98	K	12 393
257	30	Total mastektomi ved ondartet svulst m/bk	1,40	1,07	K	13 531
259	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst m/bk	0,98	0,68	K	8 599
265	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt m/bk	2,88	0,57	K	7 208
269	9	Op på hud og underhud ITAD m/bk	1,81	0,49	K	6 196
292	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD m/bk	2,77	1,07	K	13 531
304	11	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst m/bk	3,04	1,80	K	22 762
308	11	Operasjoner på urinblæren ITAD m/bk	1,38	0,86	K	10 875
310	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata m/bk	1,03	0,72	K	9 105
312	11	Operasjoner på urinrør > 17 år m/bk	0,77	0,39	K	4 932
336	12	Transurethral prostatectomi m/bk	1,29	0,93	K	11 760
354	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd m/bk	3,55	2,16	K	27 314
358	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd m/bk	2,09	1,34	K	16 945
401	17	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD m/bk	4,06	1,29	K	16 313
442	21	Operasjoner etter skade ITAD m/bk	4,08	1,11	K	14 037
493	7	Laparoskopiskolecystektomi u/ eksplor av gallegang m/bk	2,22	1,54	K	19 474
501 A	30	Rekonstruksjon av bryst m/bk	2,53	1,06	K	13 404

(note 7): Hvis menisk, gis korrigert vekt = 0,58. For andre opphold er vekten ved dagkirurgi = 1,12 for DRG 221

Med menisk menes: hvis hoveddiagnosekode = M230.x eller M231.x eller M233.x eller S832 og en av prosedyrekodene = NGD xx

VEDLEGG B

Innsatsstyrt finansiering 2006

Vedlegg B: Gyldige nullstilte takster i 2006

Takst nr	Tekst
A06a	Erstatning av pulsgenerator-pacemaker
A06b	Percutane cardiologiske diagnostiske og terapeutiske prosedyrer
A62a	Intravenøs infusjon av særlig vevstoksiske cytostatika.
B06a	Varicer (stripping av v. saphena magnae + lokal ekstirpasjon/stripping av v. saphena parvae/lokal ekstirpasjon)
B06b	Brokkoperasjoner
B06c	Dilatasjon av anus i narkose
B06d	Hemoroideoperasjon 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
B06l	Behandlinger ved ca øsophagi i narkose
B06m	Glandelextirpasjoner ved malign sykdom med narkose evt spinal/epidural analgesi
B06n	Eksplorasjon, reseksjon eller total fjerning av tyroidea eller paratyroidea
B06o	Andre gastrokirurgiske inngrep i narkose
B13a	Operasjon for phimose
B13b	Operasjon for hydrocele/spermatocele
B13c	Intern urethrotomi
B13d	Transurethral reseksjon av små svulster i blæren (inkl. laserbehandling)
B13e	Operasjon for testisretensjon
B13f	Transurethral prostatareseksjon
B13g	Orchiectomi/epididymectomy bilateralis
B13i	Ureteroskopi i narkose
B21a	Provosert abort < 12. uke
B21b	Revisjon etter spontan eller provosert abort
B21c	Abrasio i narkose
B21d	Konisering
B21e	Laserevaporisering av forandringer i vagina / vulva / perineum / cervix
B21g	Revisjon av episiotomi o.l.
B21h	Operasjon på Bartholin-cyste
B21i	Hysteroskopi
B22a	Provosert abort 2.trimester, inkl. evacuatio
B23b	Terapeutisk gynekologisk laparoskopi
B23c	Diagnostisk gynekologisk laparoskopi
B23g	Operasjon for stressinkontinens (eks. TVT)
B23h	Andre gynekologiske inngrep i narkose/spinal/epidural
B23j	Transurethral submukøs injeksjon i urethra, for behandling av stressinkontinens.
B30d	Arthrodese i fingre og håndrot
B31b	Amputasjon/eksartikulasjon i fingre og håndrot / 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 Dupuytren's kontraktur (en stråle)

VEDLEGG B

Innsatsstyrt finansiering 2006

Takst nr	Tekst
B33f	Operasjon for Dupuytrens kontraktur (flere stråler)
B33g	Synovectomi i fingerledd
B33h	Hallux valgus, radikaloperasjon
B33i	Terapeutisk artroskopi
B33j	Åpen akromionreseksjon ved subacromialt syndrom
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
B33u	Andre ortopediske inngrep i narkose
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, rheumakirurgiske operasjoner
B42e	Andre særlig omfattende plastikkirurgiske inngrep
B42f	Fjerning av middels store/store lesjoner i ansikt, hode, hals og hender, merknad
B43a	Hyperhydrosis axillae
B43b	Dupuytrens kontraktur (en stråle)
B43c	Korreksjon av assymetriske bryst
B43d	Reduksjonsplastikk
B43e	Rekonstruksjon av bryst med expander og protese
B43f	Bukplastikk
B43g	Dupuytrens 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 intrabulbært fremmedlegeme
F05k	Alle intrabulbære inngrep

VEDLEGG B

Innsatsstyrt finansiering 2006

Takst nr	Tekst
F06a	Kataraktoperasjon
F06b	Strabismeoperasjon
F06c	Grønn stær operasjon (trabekel løsning)
G05b	Laryngoskopi i narkose
G05d	Sinoskopi i narkose
G05f	Pharyngoskopi i narkose
G05g	Operasjon av auris alatae
G05h	Oesophagoskopi i narkose
G05i	Bronkoskopi i narkose
G05j	Micro-laryngoskopi i narkose (Med eller uten biopsi)
G06a	Adenotomia/otomicroskopi m/paracentese og dreneringsinnleggelse i narkose
G06b	Septo-Rhinoplastikk
G06c	Operative inngrep på sinus paranasalis
G06d	Tonsillectomia (evt. Med adenotomi)
G06e	Palatopharyngoplastikk i narkose
G06f	Kirurgisk behandling av cystis colli i narkose
G06g	Otomicrokirurgi (myringoplastikk, explorativ tympanotomi)
H05a	Intravenøs infusjon av cytostatica
H05b	Intravesikal kjemoterapi / BCG
H05e	Infusjonsbehandling med bifosfonater ved malign sykdom
J06a	Injeksjon av botulinum toksin for pasienter med dystoni, hemifasciale spasmer, spastisitet samt autonome forstyrrelser
J06b	Påfylling av baklofen på intraspinal medikamentpumpe for pasienter med dystoni eller spastisitet

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/innleggelser 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 DRG-er 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 2006

Vedlegg D: Institusjoner som inngår i ISF-ordningen for 2006

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
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	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
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 2006

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
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
Nevrohemmet 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 2006

Andre private sykehus	
Axess sykehus og spes.klinikk Colosseum Klinikken, Oslo Feiringklinikken Klinikk Stokkan, Trondheim Medi 3, Ålesund Medi 3, Molde Mjøs-Kirurgene Omnia-sykehuset, 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 sportsklinikk 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
Tinn fødestue Steigen fødestue Fødestua i Midt-Troms Helsesenteret Sonjatun Alta helsesenter	Helse Sør RHF Nordlandssykehuset HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF Helse Finnmark HF