

# Innsatsstyrt finansiering 2012



Heftets tittel: Innsatsstyrt finansiering 2012

Utgitt: Desember 2011

Bestillingsnummer: IS-1945

ISBN-nummer ISBN 978-82-8081-244-5

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Helsedirektoratet, divisjon helseøkonomi og finansiering  
Afdeling finansiering og DRG

Postadresse: Helsedirektoratet, pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgate 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50  
Faks: 241 63 016  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet  
v/ Trykksakekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling. Oppgi bestillingsnummer: IS-1945

Forsidefoto: Mark Thornton  
Grafisk design: Aase Bie  
Trykk: 07 Xpress as



Dette dokumentet inneholder regelverket for finansieringsordningen Innsatsstyrt finansiering (ISF) for 2012. ISF er et aktivitetsbasert tilskudd som bevilges til de regionale helseforetak gjennom statsbudsjettet. ISF utgjør sammen med basistilskudd til regionale helseforetak hovedgrunnlaget for finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Fra og med 2012 vil også deler av aktiviteten på somatisk område være finansiert gjennom ordningen Kommunal medfinansiering.

Målgruppen for ISF-regelverket er primært de regionale helseforetak, helseforetakene og andre virksomheter som er omfattet av regelverket gjennom avtale med regionale helseforetak. **Kommuner kan også ha interesse av dette regelverket siden ordningen med Kommunal medfinansiering bygger på ISF-regelverket. Mer målrettet informasjon om Kommunal medfinansiering finnes på våre nettsider: [helsedirektoratet.no/kommunal\\_medfinansiering/](http://helsedirektoratet.no/kommunal_medfinansiering/)**

Regelverket beskriver hvilke vilkår som skal være oppfylt for at midler via ISF-ordningen kan bli utbetalt. De regionale helseforetakene er ansvarlige for at regelverket gjøres kjent og følges i virksomhetene som utfører helse-tjenester på vegne av dem.

Dokumentet er inndelt i tre hoveddeler der del 1 inneholder generell omtale av ordningen, mens del 2 angir de konkrete reglene for ISF-ordningen. Del 3 inneholder vedlegg.

### **Del 1 Ordningen**

Innledningsvis i kapittel 1 gis en kort beskrivelse av ISF-ordningen, formålet, og dens virkemåte. I kapittel 2 beskrives ISF-ordningen som gjelder for 2012. I kapittel 3 beskrives forholdet mellom Innsatsstyrt finansiering og Kommunal medfinansiering.

### **Del 2 Reglene**

Kapittel 4 viser generelle regler for innsatsstyrt finansiering. I kapittel 5 beskrives reglene knyttet til koding, registrering og rapportering. Deretter beskrives spesielle beregningsregler i kapittel 6.

### **Del 3 Vedlegg**

I vedlegg A1 gis en samlet oversikt over de DRGer som gjelder i 2012 med tilhørende kostnadsvekter. Vedlegg B inneholder en oversikt over aktivitetsgrunnlaget på overordnet nivå. Vedlegg C gir en kortfattet beskrivelse av DRG-systemet og metode for beregning av kostnadsvekter.

**DEL I Generelt om ordningen**

<b>1</b>	<b>Om Innsatsstyrt finansiering</b> .....	6
1.1	Formål med ordningen .....	7
1.2	Nærmere om ordningen og dens virkemåte .....	7
<b>2</b>	<b>ISF-ordningen 2012</b> .....	9
2.1	Konsekvenser av Kommunal medfinansiering .....	9
2.2	Enhetspris.....	9
2.3	Viktige endringer i DRG-systemet .....	9
2.4	Nye kostnadsvekter for ISF 2012 .....	12
2.5	Andre endringer .....	13
2.6	Norsk pasientklassifisering 2012 (NPK) .....	13
2.7	Eksempler på manuelle kontroller av aktivitetsgrunnlaget.....	14
<b>3</b>	<b>Forholdet mellom Innsatsstyrt finansiering og Kommunal medfinansiering</b> .....	15
3.1	Fellestrekk for ordningene .....	15
3.2	Sentrale forskjeller mellom ordningene .....	16
3.3	Nærmere om sammenhengen og forskjellene mellom beregningsreglene .....	17
3.4	Konkrete beregningsmessige konsekvenser for ISF-ordningen .....	18

**DEL II Reglene**

<b>4</b>	<b>Generelle regler for Innsatsstyrt finansiering</b> .....	19
4.1	Virkeområde .....	19
4.2	Hovedregler om hvilke typer helsehjelp som inngår i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen .....	19
4.3	Datagrunnlag og generelle rapporteringskrav .....	20
4.4	De regionale helseforetakene og helseforetakenes ansvar for datagrunnlaget .....	21
4.5	Helsedirektoratets ansvar for beregning og kontroll .....	21
4.6	Oppgjørssystem .....	21
4.7	Enhetspris.....	21
4.8	Beregning av ISF-refusjon .....	22
4.9	Presisering av forholdet til øvrig regelverk m.v.....	22
<b>5</b>	<b>Nærmere bestemmelser om koding, registrering og rapportering</b> .....	23
5.1	Hovedregel vedrørende medisinsk koding .....	23
5.2	Dokumentasjonskrav knyttet til medisinsk koding.....	23
5.3	Medikamentell kreftbehandling .....	24
5.4	Strålebehandling .....	26
5.5	Dialysebehandling.....	27
5.6	Koding av bilaterale inngrep .....	29
5.7	Fødsler og nyfødte .....	29
5.8	Assistert befruktning .....	30
5.9	Medikamentell abort.....	30
5.10	Behandling med kostbare legemidler .....	31

5.11	Tverrfaglig utredning .....	35
5.12	Rehabilitering .....	35
5.13	Palliativ behandling .....	39
5.14	Sterilisering.....	40
5.15	Organdonasjon.....	40
5.16	Rapporteringsfrister til Norsk pasientregister.....	40
5.17	Lukking av tertialer .....	41
5.18	Rapporteringsformat .....	41
5.19	Registrering og rapportering av kommunenummer .....	41
5.20	Rapportering av opplysning om når en innlagt pasient er utskrivningsklar.....	42
5.21	Fristbruddpasienter .....	43
5.22	Pasienter behandlet i utlandet etter direkte henvisning fra de regionale helseforetak.....	44
5.23	Polikliniske pasienter versus innlagte pasienter .....	44
5.24	Ambulant behandling.....	45
5.25	Telemedisinske kontakter .....	46
5.26	Overføringer mellom psykiatrisk og somatisk avdeling.....	47
5.27	Pasienter som er døde på innleggelsestidspunktet.....	47
5.28	Rapportering av hvorvidt aktiviteten til en enhet kan inngå i beregningsgrunnlaget .....	47
<b>6</b>	<b>Spesielle beregningsregler</b> .....	<b>48</b>
6.1	Kompensasjon for særdeles lang liggetid .....	48
6.2	Rehabilitering .....	48
6.3	Tilleggsrefusjon for organdonasjon.....	50
6.4	Tilleggsrefusjon for palliativ behandling.....	51
6.5	Hjemmebasert peritonealdialyse.....	52
6.6	Sterilisering.....	52
6.7	Pasientadministrert behandling med særskilte legemidler .....	52
6.8	Om utførende helsepersonell som vilkår for inkludering av polikliniske kontakter i beregningsgrunnlaget.....	53
6.9	Assistert befruktning .....	54
6.10	Pasienthotell, sykehotell m. m .....	54
6.11	LUCAS-studien.....	54
6.12	Brannskadebehandling ved Haukeland universitetssjukehus .....	55
6.13	Grupperettet pasientopplæring.....	56

### DEL III Vedlegg

Vedlegg A	– DRG-oversikt og kostnadsvekter .....	56
Vedlegg B	– Aktivitetsgrunnlaget på overordnet nivå.....	79
Vedlegg C	– Nærmere om DRG-systemet og kostnadsvekter .....	80
C.1	DRG-systemet.....	80
C.2	Prinsippene for DRG-grupperingen.....	81
C.3	Kostnadsvekter .....	84

## 1. Om Innsatsstyrt finansiering

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført for somatisk spesialisthelsetjeneste 1. juli 1997. ISF er et aktivitetsbasert tilskudd som bevilges over statsbudsjettet til de regionale helseforetakene (RHF) hvert år. Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning. I 2012 er den aktivitetsbaserte bevilgningen om lag 40 prosent og basisbevilgningen om lag 60 prosent for somatisk spesialisthelsetjeneste. For aktivitet som omfattes av Kommunal medfinansiering vil summen av ISF og Kommunal medfinansiering til sammen utgjøre om lag 40 prosent, og tilsvarende vil basistildelingen utgjøre 60 prosent. Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes bl.a. av antall innbyggere i en region og dens alders sammensetning, og er uavhengig av produksjon av helsetjenester. ISF er derimot avhengig av hvor mange som får behandling og hvilke type pasienter/behandlinger. Til grunn for beregningen av ISF-refusjonen ligger DRG-systemet (DRG står for Diagnose Relaterte Grupper), dette systemet er nærmere omtalt i vedlegg C.

ISF-refusjonen er ment å dekke i gjennomsnitt om lag 40 prosent av ordinære driftskostnader knyttet til behandlingsaktiviteten i somatisk spesialisthelsetjeneste. Kostnadsnivået for samme type tjeneste kan variere betydelig mellom ulike virksomheter. Beregning av ISF-refusjon til regionale helseforetak tar ikke høyde for slike lokale variasjoner i kostnadsnivå. Regionale helseforetak står fritt til å tilpasse den samlede finansieringen av helseforetak og private institusjoner i tråd med behov og ønskede prioriteringer i regionen.

## 1.1 Formål med ordningen

ISF skal sammen med øvrige finansieringsordninger understøtte de regionale helseforetakenes «sørge-for»-ansvar, samt bidra til at aktivitetsmål fastsatt i oppdragsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet til regionale helseforetak nås på en mest mulig effektiv måte.

Regelverket skal ikke være styrende for de prioriteringer som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som tilbys helsehjelp eller hvilken type helsehjelp som ytes. Regelverket er ikke bestemmende for hvordan regionale helseforetak finansierer virksomheter, offentlige eller private, for å realisere sitt «sørge for»-ansvar.

Utbetalingene gjennom ISF-ordningen skal baseres på reell aktivitet rapportert til Norsk pasientregister (NPR). Tilskuddets endelige størrelse fastsettes i tråd med dette prinsippet i forbindelse med endelig avregning for 2012.

## 1.2 Nærmere om ordningen og dens virkemåte

ISF-refusjonens samlede størrelse avhenger av hvor mange pasienter som behandles og hvilken type behandling som utføres. Både pasientens tilstand og hvordan den er behandlet, påvirker refusjonen. Gjennom ISF vil mer ressurskrevende behandling gi høyere refusjon enn mindre ressurskrevende behandling. Kategoriseringen gjøres gjennom et DRG-system (Diagnose Relaterte Grupper) basert på medisinsk og administrativ informasjon som sykehusene rutinemessig registrerer.

Kostnadsinformasjon innhentes årlig fra sykehus i Norge. Sammen med rapporterte aktivitetsdata benyttes denne for å fastsette refusjonen knyttet til de ulike DRGene (diagnosegruppene). Kostnadsvektene (beregnet ressursbruk) fremkommer gjennom beregninger basert på gjennomsnittskostnader. Litt forenklet kan en si at en kostnadsvekt er en relativ størrelse som uttrykker hva opphold innen en DRG koster i gjennomsnitt, relativt til opphold i andre DRGer. Kostnadsvektene brukes til å beregne DRG-poeng som gir grunnlag for ISF-refusjonen.

Selv om DRG-poengene beregnes på detaljert kostnads- og aktivitetsinformasjon fra mange sykehus er ikke beregningene robuste nok til å bli videreført til den enkelte pasient eller den enkelte avdeling. Til dels er kostnadsvektene utarbeidet basert på informasjon fra helseforetak med ulik pasientsammensetning og ulikt kostnadsnivå. Til dels omfatter en kostnadsvekt for en DRG ikke bare kostnader fra behandlende avdeling, men også kostnader

som relateres til støtteavdelinger (f.eks. laboratorie- og radiologikostnader) og felleskostnader (administrasjon m.m.).

Regelverket regulerer ikke hvorledes regionale helseforetak finansierer helseforetak eller private aktører som regionale helseforetak inngår drifts- eller kjøpsavtaler med. Prisen som regionale helseforetak betaler til private tjenesteytere forutsetter forhandlinger på bakgrunn av faktiske kostnader, og skal ikke kobles direkte til ISF-refusjonen.



## 2. ISF-ordningen 2012

Her gis en oversikt over de viktigste endringene i ISF-ordningen for 2012, sammenlignet med 2011.

### 2.1 Konsekvenser av Kommunal medfinansiering

Innføringen av Kommunal medfinansiering fra 1.1.2012 påvirker ISF-ordningen både med hensyn til omfang og konkrete beregningsregler. De to ordningene innrettes dog slik at summen av aktivitetsavhengig finansiering fra de to ordningene blir det samme som ISF-ordningen ville ha utgjort alene dersom Kommunal medfinansiering ikke ble innført (gitt samme aktivitetsnivå).

De grunnleggende beregningsreglene, beregning av korrigerede DRG-poeng per innleggelse eller polikliniske konsultasjon, endres ikke som følge av at Kommunal medfinansiering innføres. Men reglene for hvorledes summen av korrigerede DRG-poeng omsettes til samlet ISF-refusjon endres vesentlig. Sammenhengene og konsekvensene er nærmere omtalt i kapittel 3.

### 2.2 Enhetspris

Enhetsprisen per DRG-poeng er satt til 38 209 kroner. Enhetsprisen som benyttes ved endelig avregning av ISF-ordningen kan avvike fra angitt beløp dersom registreringsendringer avviker fra den forutsetning som er lagt til grunn. For Kommunal medfinansiering reguleres enhetsprisen i forskrift om kommunal medfinansiering.

### 2.3 Viktige endringer i DRG-systemet

Her gis en kortfattet fremstilling av viktige endringer i DRG-systemet fra 2011 til 2012. Oversikten er ikke uttømmende. Det skilles mellom fellesnordiske endringer og nasjonale endringer. Førstnevnte gjelder i hovedsak på områdene innleggelse med overnatting og dagkirurgisk aktivitet. Fellesnordiske endringer utredes og besluttet gjennom et nordisk samarbeidsorgan, Nordic Casemix Centre. Nasjonale endringer er i hovedsak knyttet til DRG-gruppering av polikliniske tjenester.

Omfanget av endringer i DRG-struktur og grupperingsregler fra 2011 til 2012 er begrenset.

### 2.3.1 Fellesnordiske endringer

DRG 209A og 209B slås sammen og splittes i fem nye DRGer 209C-G.

- 209C Utskifting av hoftededdsprotese
- 209D Innsetting av hoftededdsprotese m/bk
- 209E Innsetting av hoftededdsprotese u/bk
- 209F Utskifting av protese i kne eller ankel
- 209G Innsetting av protese i kne eller ankel

DRG 222O deles i to, der den nye 222P vil omfatte større inngrep enn de resterende i 222O.

- 222O Annen operasjon på kne eller legg, dagkirurgisk behandling
- 222P Større operasjon på kne eller legg, dagkirurgisk behandling

DRG 411 og 412 slås sammen til ny DRG 411N på grunn av lave volum i disse DRGene. Ny DRG er

- 411N Observasjon eller behandling knyttet til tidligere eller mistenkt kreftsykdom

Det finner sted endringer i DRG-grupperingsreglene for alvorlig sepsis. I 2011 ble det innført endring som skulle medføre at sykehusopphold ble gruppert til DRG 416N eller 417N dersom alvorlig infeksjøs sepsis var hovedtilstand. Innretningen av ICD-10-systemet gjør det teknisk komplisert å sikre at grupperingsresultatet blir i tråd med intensjonene. Forhold knyttet til multippel koding (koding av hovedtilstand med to eller flere koder) forsterker denne problematikken ytterligere. I tillegg har nye svenske kostnadsberegninger synliggjort at det ut fra ressursmessige vilkår likevel ikke er noen god begrunnelse for å opprettholde DRG-løsningen som ble innført i 2011. I praksis endres grupperingsreglene tilbake til det som gjaldt i 2010. Endringer i kodingsregler f.o.m. 2011 opprettholdes dog, og vil i 2012 medføre noe færre opphold i DRG 416N og 417N i 2012 enn i 2010.

Det opprettes en ny DRG for kateterbasert aortaklaffimplantasjon (TAVI). Opphold flyttes hovedsakelig fra DRG 104B. Ny DRG er knyttet til prosedyrekodene FMD12 Perkutan transluminal implantasjon av biologisk aortaklaffeprotese og FMD13 Perkutan transapikal implantasjon av biologisk aortaklaffeprotese. Ny DRG:

- 104C Kateterbasert aortaklaffimplantasjon (TAVI)

Det opprettes ny DRG for poliklinisk behandling av hemoroider. Polikliniske kontakter flyttes fra DRG 707O basert på prosedyrekodene JHB20 Skleroterapi av hemoroider eller JHB30 Gummiringligatur av hemoroider eller slimhinneprolaps. Ny DRG:

- 707P Poliklinisk behandling av hemoroider (prosedyrekoder).

### 2.3.2 Nasjonale endringer

For poliklinisk stråleterapi slås DRGene 409D, 409G, 409H, 409J og 409L sammen til én ny DRG 409Y. Sammenslåingen finner sted ut fra hensyn til volum og forenkling. DRG 409Y vil også samle opp de tilfellene der strålebehandling gis for andre tilstander enn malign sykdom. Ny DRG:

- 409Y Poliklinisk ekstern strålebehandling ved andre tilstander.

Det opprettes en ny DRG for brakyterapi ved prostatakraft. DRGen omfatter både lavdoserate- og høydoserate-behandling. Se også spesifikke rapporteringsregler i kapittel 5.

- 409 P Brakyterapi av prostatakraft

DRGer for planlegging og forberedelse til stråleterapi har blitt utredet og definert som del av DRG-systemet 2012. DRGene vil likevel ikke inngå som grunnlag for beregning av ISF i 2012. Dette henger sammen med at stråleterapienhetene i Helse Sør-Øst er i ferd med å endre sine fagsystemer for stråleterapibehandling (nytt verifikasjonssystem). Den nye DRG-løsningen forutsetter at nye registreringsrutiner innføres i stråleterapienhetene knyttet til planleggingsaktiviteten. Innføringen av nytt verifikasjonssystem er krevende for virksomhetene, og dette gir risiko for at nødvendige registreringsendringer ikke finner sted i tråd med forutsetningene, og at DRG-løsningen dermed ikke vil få ønsket virkning. Det er også noe risiko knyttet til forutsetninger om registreringsendring i enheter utenfor Helse Sør-Øst. Ut fra en helhetlig vurdering av risiko har Helsedirektoratet derfor besluttet at de nye DRGene ikke gis innvirkning på beregning av ISF i 2012. Kostnadsvektene for de nye DRGene er satt til 0. Beregnede kostnader knyttet til planleggingsaktiviteten er i stedet fordelt på de respektive DRGene for gjennomføring av poliklinisk strålebehandling. Planleggings-DRGene forutsettes innført som grunnlag for ISF fra og med 2013. Se også spesifikke rapporteringsregler i kapittel 5.

Tjenesteområdet klinisk nevrofysiologi er omfattet av takstbasert finansiering. DRG 801S inkluderer i hovedsak konsultasjoner der nevrofysiologiske undersøkelser utføres. DRG 801S fjernes i 2012 for å redusere risiko for at samme polikliniske tjeneste både gir utslag på beregning av ISF-refusjon og på de takstbaserte refusjonene.

Grupperingsregler knyttet til DRG 87 og 88 endres. Fra og med 2012 endres kodingsreglene slik at kode for akutt respirasjonssvikt (J96.0) blir tillatt å registrere som annen tilstand når pasienter er innlagt med forverring av KOLS og akutt respirasjonssvikt. Det vises til nasjonal kodeveiledning for 2012. For å sikre en kontrollert overgang til nye kodingsregler, gjennomføres det hovedsakelig tekniske DRG-endringer som innebærer at innleggelser for KOLS grupperes til DRG 88 (KOLS) uavhengig av om respirasjonssvikt foreligger eller ikke, og også uavhengig av om pasienten har hatt akutt eller kronisk respirasjonssvikt. Grupperingsreglene på området vil bli revurdert når nye kodingsregler er tilstrekkelig implementert, vurdert ut fra data rapportert til NPR.

## 2.4 Nye kostnadsvekter for ISF 2012

Det er beregnet nye kostnadsvekter for ISF 2012 basert på kostnads- og aktivitetsdata fra 2010 fra et utvalg sykehus. Vektene er beregnet ved hjelp av beregningsmodell som fordeler sykehusets kostnader ned til det enkelte pasientopphold/-kontakt gruppert til en DRG. I modellen skilles aktivitet og kostnader i to, der kostnadsberegning av dag/døgn-DRGer gjøres i den ene, og kostnadsberegning av polikliniske DRGer gjøres i den andre. Kostnadsvektsmodellen for dag- og døgnaktiviteten er med mindre justeringer benyttet i flere år, mens modellen for fordeling av kostnader til polikliniske konsultasjoner ble tatt i bruk for første gang i 2010. For 2012 er poliklinisk stråleterapi og hjemmeadministrert peritonealdialyse (posedialyse) kostnadsberegnet for første gang. Se nærmere omtale av kostnadsvekter i vedlegg C. Nærmere informasjon om beregningsmodellen finnes på Helsedirektoratets nettsted.

Ved utarbeidelse av vektene tas det hensyn til den egenandel pasienten betaler ved polikliniske besøk. Dette er gjort ved å trekke ut egenandelsbeløpet fra kostnaden for aktuelle polikliniske DRGer. Isolert sett medfører dette at vektene for polikliniske DRGer blir lavere i forhold til vektene for dag- og døgn DRGer enn hvis kostnader for egenandeler var med. Hele vektsettet for 2012 er kalibrert slik at det samlet sett gir like mange DRG-poeng for samme aktivitet som gjeldende 2011-vekter.

De nye vektene presenteres i vedlegg A. Oversikten viser DRGer etter hoveddiagnosegruppe, hvor både DRGer for polikliniske konsultasjoner, dagkirurgiske opphold og døgnopphold inngår.

## 2.5 Andre endringer

### 2.5.1 Regler om utførende helsepersonell som grunnlag for inklusjon i beregningsgrunnlaget

Reglene for inklusjon av polikliniske kontakter i beregningsgrunnlaget for ISF er i all hovedsak videreført i 2012. Det er kun gjort en endring der tre nye DRG-er vil inkluderes i beregningsgrunnlaget for 2012 også dersom utførende helsepersonell er sykepleier/jordmor,

Dette gjelder DRG 914Q, DRG 912 A og 930 A.

Det vises ellers til kapittel 6.8 om vilkår for inkludering av polikliniske kontakter i beregningsgrunnlaget.

### 2.5.2 Fysioterapi

I 2011 ble det innført obligatorisk registrering og rapportering av poliklinisk fysioterapi både for å få en bedre aktivitetsbeskrivelse men også med sikte på å vurdere om denne aktiviteten på sikt skal inngå i ISF-ordningen.

Innrapporterte data i 2011 viser stor variasjon i hvordan denne aktiviteten er registrert. Aktivitetsdata gir ikke tilstrekkelig grunnlag for å lage en god robust DRG-løsning for 2012. I 2012 vil poliklinisk fysioterapi fortsatt finansieres gjennom basistildelingen.

## 2.6 Norsk pasientklassifisering 2012 (NPK)

Helsedirektoratet benytter programvaren NPK som ledd i driften av ISF-ordningen. Ny versjon av NPK for 2012 inneholder kun små endringer sammenlignet med 2011, knyttet til nødvendig oppdatering og vedlikehold, herunder ny versjon av DRG-systemet for 2012.

NPK anvendes med datafiler på formatet NPR-meldingen som inndata.

De viktigste overordnede funksjonene er:

- Datavalidering
- Filtrering av hvilke data som er relevante for ISF-formål
- Aggregering av sammenhengende behandlingsepisoder til sykehusopphold
- DRG-gruppering av innleggelser og polikliniske konsultasjoner
- Beregninger i tråd med spesielle refusjonsregler
- Generering av rapporter

NPK eies av Helsedirektoratet. Programvaren stilles også i 2012 til rådighet for rapporterende virksomheter og andre som kan ha nytte av verktøyet for egne formål.

## 2.7 Eksempler på manuelle kontroller av aktivitetsgrunnlaget

NPR rapporterer hvert tertial tilbake til sykehusene om særskilte forhold i datagrunnlaget. I denne kvalitetskontrollen kan det ikke tas stilling til om diagnosekodene er korrekt kodet. Dette er sykehusenes ansvar. Kode- og registreringspraksis ved sykehusene analyseres nærmere i forbindelse med beregning av ISF-oppgjøret.

Eksempler på forhold som følges opp gjennom nærmere analyser:

- Unødig oppstyking av opphold
- Endringer i kodepraksis
- 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

## 3. Forholdet mellom Innsatsstyrt finansiering og Kommunal medfinansiering

Kommunal medfinansiering innføres 1.1.2012 med utgangspunkt i beregningsmekanismer knyttet til ISF-ordningen. Selv om de to ordningene har sterke avhengigheter til hverandre, er det prinsipielt sett tale om to ulike ordninger med forskjellig hjemmelsgrunnlag, formål og regelverk.

### 3.1 Fellestrekk for ordningene

Følgende er sentrale fellestrekk for ordningene Innsatsstyrt finansiering og Kommunal medfinansiering:

- Gjelder behandling av pasienter registrert bosatt i Norge.
- Gjelder somatiske spesialisthelsetjenester utført som en del av regionale helseforetaks ordinære «sørge for»-ansvar.
- Data rapportert til Norsk pasientregister fra virksomhetene i spesialisthelsetjenesten danner grunnlaget for beregning av de finansielle størrelsene.
- Helsedirektoratet er ansvarlig for beregninger knyttet til ordningene.
- Kontrollmekanismene for Kommunal medfinansiering baseres på kontrollmekanismene for ISF-ordningen. Data kontrolleres i virksomhetene, i Norsk pasientregister og av Helsedirektoratet forut for fastsettelse av endelige beløp.
- Beregningene tar utgangspunkt i et DRG-basert aktivitetsmål.
- Det regionale helseforetak som har ansvar for helseregionen der de behandlede pasientene er registrert bosatt, er mottaker av midler innen begge ordningene.

Listen er ikke uttømmende, men fremhever de viktigste likhetstrekkene og avhengighetene.

## 3.2 Sentrale forskjeller mellom ordningene

Tabellen nedenunder belyser viktige forskjeller mellom ordningene.

**Tabell 1**

**Forskjeller mellom Innsatsstyrt finansiering og Kommunal medfinansiering**

	<b>Innsatsstyrt finansiering</b>	<b>Kommunal medfinansiering</b>
<b>Hjemmelsgrunnlag</b>	Årlig vedtak om statsbudsjett, der deler av bevilgningen til regionale helseforetak gjøres avhengig av aktivitetsnivået (Jf. Prop 1 S, Kap. 732, Post 76).	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 11-3. Loven trer i kraft 1.1.2012.
<b>Regelverk</b>	Regelverk for Innsatsstyrt finansiering, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med Stortingets bevilgningsreglement og Reglement for økonomistyring i staten.	Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (trer i kraft 1.1.2012). Forskriften henviser til grunnleggende beregningsregler i ISF-regelverket.
<b>Hvilke DRGer inngår i beregningsgrunnlaget</b>	Alle DRGer.	Kun utvalgte DRGer.
<b>Takordning</b>	Ingen takordning.	Takordning per innleggelse eller konsultasjon. Hvis beregnet poengverdi (Korrigert vekt) for et sykehusopphold overstiger 4, legges verdien 4 til grunn ved beregning av Kommunal medfinansiering. Det overskytende legges til vekten for beregning av Innsatsstyrt finansiering.
<b>Somatisk aktivitet som ikke måles gjennom DRG-systemet</b>	Innsatsstyrt finansiering beregnes også på grunnlag av visse aktivitetsformer som ikke kan fanges opp gjennom det regulære DRG-systemet. Dette gjelder for eksempel pasientadministrert legemiddelbehandling som regionale helseforetak har faglig og økonomisk ansvar for.	Kommunal medfinansiering beregnes kun på grunnlag av aktivitet som måles gjennom det regulære DRG-systemet.
<b>Finansieringsansvar</b>	Staten betaler Innsatsstyrt finansiering til hvert av de regionale helseforetakene.	Hver kommune betaler Kommunal medfinansiering til ett regionalt helseforetak (det som har ansvar for helseregionen kommunen ligger i).
<b>Oppgjørsform</b>	12 a konto-betalinger per år. Årlig avregning.	12 a konto-betalinger per år. Tertialvis avregning, samt årsavregning for året som helhet.



## 3.3 Nærmere om sammenhengen og forskjellene mellom beregningsreglene

Beregninger knyttet til begge ordningene baseres på følgende overordnede prosesstrinn (fremstillingen er noe forenklet, og trinn 3 og 4 er i realiteten overlappende):

- Trinn 1. Aktivitet finner sted i spesialisthelsetjenesten
- Trinn 2. Aktivitet rapporteres til Norsk pasientregister
- Trinn 3. Det defineres hvilke innleggelser og polikliniske konsultasjoner som utgjør grunnlaget for beregningene.
- Trinn 4. Hver innleggelse og polikliniske konsultasjon kategoriseres til én DRG.
- Trinn 5. Hver innleggelse og polikliniske konsultasjon tilordnes en poengverdi basert på fastsatte kostnadsvekter for de ulike DRG-ene, samt særskilte regler for beregning av tillegg per opphold.
- Trinn 6. Summen av poeng per opphold multipliseres med enhetspris og en prosentsats som grunnlag for beregning av den endelige penge-størrelsen.

Beregningsreglene for de to ordningene skiller seg fra hverandre på følgende av ovennevnte trinn:

- Trinn 3: Det finner først sted en avgrensning av hvilke innleggelser og polikliniske konsultasjoner som skal inngå i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen. Deretter finner det sted en nærmere avgrensning for Kommunal medfinansiering, innen rammen av den første avgrensningen. Resultatet er at alle opphold som inngår i grunnlaget for Kommunal medfinansiering, også inngår i grunnlaget for ISF-ordningen. Det vil motsatt være mange opphold som inngår i grunnlaget for ISF-ordningen som ikke inngår i grunnlaget for Kommunal medfinansiering.
- Trinn 5: For Kommunal medfinansiering gjelder en takordning per opphold. Takordningen innebærer at hvis beregnet poengverdi (korrigert vekt) er høyere enn 4, settes poengverdien for oppholdet til 4. Takordningen influerer også på ISF-beregningen ved at poeng som avkortes grunnet takordningen kommer som tillegg ved beregning av ISF. Resultatet er at summen av Kommunal medfinansiering og ISF blir det samme som ISF ville ha vært alene dersom Kommunal medfinansiering ikke var innført.

Trinn 6: Kommunal medfinansiering beregnes utelukkende med utgangspunkt i beregnede poengverdier for innleggelser og polikliniske konsultasjoner. Dette beregningsgrunnlaget er også det sentrale fundamentet for ISF-ordningen. I grunnlaget for ISF-ordningen inngår det imidlertid også poengberegning som ikke er direkte relatert til aktivitet gjennom innleggelser og polikliniske konsultasjoner. Dette gjelder for eksempel aktivitetsberegningene som gjøres for pasient-administrert behandling med særskilte legemidler, samt for hjemmebasert peritonealdialyse.

### 3.4 Konkrete beregningsmessige konsekvenser for ISF-ordningen

Innføringen av Kommunal medfinansiering medfører ikke endring av måten ressursinnsatsen for somatisk spesialisthelsetjeneste måles på. Også i 2012 vil dette aktivitetsmålet beregnes som sum av korrigerede DRG-poeng. Det nye er at ISF-størrelsen ikke kan beregnes med utgangspunkt i summen av korrigerede DRG-poeng alene. I stedet forutsettes at det tas hensyn til den kommunale medfinansieringsandelen knyttet til utvalgte innleggelser og polikliniske konsultasjoner, samt til takordningen for Kommunal medfinansiering.

Innsatsstyrt finansiering kan beregnes gjennom ulike regneoperasjoner som alle sikrer at ovennevnte hensyn ivaretas. Det bærende prinsippet er at summen av ISF og Kommunal medfinansiering i 2012 skal bli det samme som ISF ville ha vært dersom Kommunal medfinansiering ikke ble innført:

$$\text{ISF} + \text{Kommunal medfinansiering} = \sum \text{Korrigerede DRG-poeng} \times \text{Enhetspris} \times 40 \%$$

Av dette følger at

$$\text{ISF} = \sum \text{Korrigerede DRG-poeng} \times \text{Enhetspris} \times 40 \% - \text{Kommunal medfinansiering}$$

I tråd med forskrift om kommunal medfinansiering, vil Kommunal medfinansiering beregnes etter formelen

$$\text{Kommunal medfinansiering} = \sum \text{Poeng} \times \text{Enhetspris} \times 20 \%$$

$\sum \text{Poeng}$  er summen av korrigerede DRG-poeng per innleggelse eller polikliniske konsultasjon i beregningsgrunnlaget for ordningen, oppad begrenset til 4 per opphold.

## 4. Generelle regler for Innsatsstyrt finansiering

### 4.1 Virkeområde

Regelverket gjelder for beregning av Innsatsstyrt finansiering fra staten til de regionale helseforetakene (ISF-ordningen). Regelverket gjelder for aktivitet avsluttet i 2012.

Regelverket regulerer ikke hvorledes regionale helseforetak finansierer helseforetak eller private aktører som regionale helseforetak inngår drifts- eller kjøpsavtaler med.

Særskilte rapporteringsmessige krav og forutsetninger som fremgår av regelverket, gjelder kun for spesialisthelsetjenester som inngår i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen, så fremt tilsvarende krav ikke også er nedfelt annet sted.

### 4.2 Hovedregler om hvilke typer helsehjelp som inngår i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen

Med mindre annet er fastsatt annet sted i regelverket, gjelder følgende krav til utført helsehjelp for at aktiviteten skal inngå i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen:

- a) Helsehjelpen må finne sted i 2012.
- b) Helsehjelpen må være spesialisthelsetjeneste, jf. spesialisthelsetjenesteloven.
- c) Helsehjelpen må være definert og klassifiserbar. ISF-ordningen baserer seg på DRG-systemet (Diagnoserelaterte grupper) som grupperer registrert aktivitet til ulike tjenestekategorier (DRG-er) basert på type helsehjelp som har funnet sted.
- d) Helsehjelpen må være organisert og utført av et helseforetak eller annen virksomhet som har drifts- eller kjøpsavtale med regionalt helseforetak om gjennomføring av relevant aktivitet. Helsetjenester utført innen rammen av driftsavtaler mellom regionale helseforetak og avtalespesialister inngår ikke i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen, dog gjelder dette ikke pasient-administrert legemiddelbehandling.

- e) Virksomheter innenfor somatikk som inngår i spesialisthelsetjenesten, og som er forutsatt finansiert gjennom andre mekanismer enn ISF-ordningen skal ikke registrere og rapportere sin aktivitet som ISF-aktivitet. Dette gjelder blant annet private rehabiliteringsinstitusjoner, hvis aktivitet er forutsatt finansiert gjennom basisbevilgningen til regionale helseforetak.
- f) Helsehjelpen må finne sted gjennom direkte kontakt i sanntid mellom pasient og helsepersonell, herunder gjennom bruk av videokonferanseutstyr eller annet særskilt telemedisinsk utstyr som avstandskompenserende metode. Helsehjelp basert på telefonkontakt, SMS-tjenester eller lignende telles ikke med i beregningsgrunnlaget.
- g) Helsehjelpen kan ikke være ledd i psykisk helsevern, eller representere aktivitet omfattet av takstavsnett P i poliklinikkforskriften.
- h) Helsehjelpens hovedinnhold kan ikke være medisinske laboratorietjenester eller radiologiske tjenester som omfattes av takstbasert finansiering regulert i poliklinikkforskriften.
- i) Behandling utført i utlandet inngår i beregningsgrunnlaget når kostnadene til behandlingen dekkes av regionalt helseforetak og vilkårene i regelverket for øvrig er oppfylt.
- j) Helsehjelpen må være rettet mot personer som er bosatt i Norge og omfattet av «sørge for»-ansvaret til regionalt helseforetak. Behandling av utenlandske pasienter som ikke er bosatt i Norge, inngår ikke i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen.
- k) Helsehjelp som finansieres gjennom privat betaling, spesielle ordninger så som «raskere tilbake», særskilte prosjekt- og forskningsmidler, eller gjennom andre alternative finansieringsordninger, inngår ikke i beregningsgrunnlaget.

## 4.3 Datagrunnlag og generelle rapporteringskrav

Innsatsstyrt finansiering beregnes på grunnlag av data utlevert fra Norsk pasientregister.

Data skal rapporteres til registeret i tråd med bestemmelser i Norsk pasientregisterforskriften og pålegg gitt i medhold av denne, samt nærmere bestemmelser i regleverket her.

Helsehjelp som ikke skal inngå i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen, jf. punkt 4.2, skal rapporteres slik at dette fremgår av rapporterte data knyttet til den aktuelle aktiviteten.

Behandlingsepisoder skal ikke splittes opp i flere opphold med den hensikt å øke refusjonsgrunnlaget.

## 4.4 De regionale helseforetakene og helseforetakenes ansvar for datagrunnlaget

De regionale helseforetakene har ansvar for at egne helseforetak og andre virksomheter de har drifts- eller kjøpsavtale med rapporterer aktivitet i tråd med forutsetningene. Dette omfatter blant annet ansvar for at medisinsk koding av aktivitet finner sted i tråd med nasjonal kodeveileder og bestemmelser i regelverket her, for kvalitetskontroll av data, og for at rapporteringsfrister overholdes.

## 4.5 Helsedirektoratets ansvar for beregning og kontroll

Helsedirektoratet har ansvar for å beregne Innsatsstyrt finansiering i tråd med bestemmelsene i regelverket. Helsedirektoratet skal sørge for nødvendige kontrollmekanismer for å sikre at utbetalingene gjennom ISF-ordningen gjen-speiler reell aktivitet og er i tråd med Stortingets forutsetninger for øvrig.

## 4.6 Oppgjørssystem

Helse- og omsorgsdepartementet utbetaler Innsatsstyrt finansiering til regionale helseforetak gjennom månedlige a konto-beløp.

Avregning gjennomføres én gang for året som helhet når data for hele året foreligger og tilstrekkelige kontroller har funnet sted.

## 4.7 Enhetspris

Enhetspris ved beregning av Innsatsstyrt finansiering for året 2012 er 38 209 kroner.

Enhetsprisen for ISF-ordningen kan justeres i forbindelse med endelig avregning dersom omfanget av registreringsendringer avviker fra forutsetningene i statsbudsjettet.

## 4.8 Beregning av ISF-refusjon

ISF-refusjon til regionale helseforetak beregnes med utgangspunkt i to hovedformer for aktivitet:

- A) Innleggelser og polikliniske konsultasjoner som grupperes gjennom DRG-systemet
- B) Visse andre tjenesteformer som spesialisthelsetjenesten har ansvar for.

Aktivitetsmål knyttet til A) beregnes som korrigerede DRG-poeng på grunnlag av:

- DRG-tilordning for den enkelte innleggelse eller polikliniske konsultasjon
- Kostnadsvektene for DRGene til de respektive innleggelsene og polikliniske konsultasjonene
- Særskilte beregningsregler knyttet til den enkelte innleggelse eller polikliniske konsultasjon (jf. regler i kapittel 6).

Aktivitetsmål knyttet til B) beregnes som korrigerede DRG-poeng på grunnlag av særskilte regler tilpasset aktuell aktivitetsform, jf. kapittel 6.

$\Sigma$ Korrigerede DRG-poeng er sum av korrigerede DRG-poeng for all aktivitet A) og B).

ISF-refusjon =  $\Sigma$ Korrigerede DRG-poeng X Enhetspris X 40 % – Kommunal medfinansiering

Kommunal medfinansiering beregnes i tråd med forskrift om kommunal medfinansiering.

DRGene og tilhørende kostnadsvekter som legges til grunn går frem av Vedlegg A.

## 4.9 Presisering av forholdet til øvrig regelverk m.v.

Regler i lov eller forskrift har forrang fremfor dette regelverket i tilfelle av motstridende bestemmelser.

Stortingets budsjettvedtak og forutsetningene som ligger til grunn for dette har forrang fremfor bestemmelsene i regelverket her.

Helse- og omsorgsdepartementet stiller gjennom oppdragsdokumentene krav og vilkår til de midlene Stortinget bevilger til de regionale helseforetakene. Slike krav har forrang fremfor bestemmelsene i dette regelverket i tilfelle av motstridende bestemmelser.

## 5. Nærmere bestemmelser om koding, registrering og rapportering

I dette kapittelet gis en mer utfyllende beskrivelse av særskilte regler for koding for utvalgte områder og en nærmere redegjørelse for reglene knyttet til registrering og rapportering.

Spørsmål vedrørende bruk av helsefaglige kodeverk i spesialisthelsetjenesten rettes til nasjonal brukerstøtte hos KITH: **kodehjelp@kith.no**

Spørsmål vedrørende bruk av administrative kodeverk og rapportering til NPR rettes til Helsedirektoratet: **npr@helsedir.no**

For å finne koder i ICD-10 eller klinisk prosedyrekodeverk (NCSP/NCMP) anbefales bruk av **finnkode.kith.no** hvor kodene alltid er oppdatert.

### 5.1 Hovedregel vedrørende medisinsk koding

Medisinsk koding av aktivitet som inngår i grunnlaget for beregning av Innsatsstyrt finansiering skal finne sted i tråd med gjeldende nasjonal kodeveiledning fra Helsedirektoratet. Den nasjonale kodeveiledningen oppdateres årlig.

Spesielle kodingsregler gjelder på enkelte områder der dette har særskilt betydning for identifisering av spesifikt tjenesteinnhold og beregning av Innsatsstyrt finansiering. Slike regler fremgår både av regelverket her og av den nasjonale kodeveiledningen, men slik at bestemmelsene i regelverket her har forrang i tilfelle av motstrid.

### 5.2 Dokumentasjonskrav knyttet til medisinsk koding

Det skal være samsvar mellom den skriftlige journaldokumentasjonen og de medisinske opplysninger som er kodet. Tilstander som kodes som grunnlag for rapportering skal ha hatt reell betydning i forbindelse med aktuell innleggelse eller polikliniske konsultasjon. Innholdet i pasientens journal legges til grunn ved vurdering av hva som har hatt reell betydning og ikke.

## 5.3 Medikamentell kreftbehandling

Reglene her gjelder registrering og rapportering av polikliniske kontakter og innleggelses 0–2 liggedager der gjennomføring av medikamentell kreftbehandling er hovedformålet. Reglene gjelder tilsvarende for behandlings-episoder der godartede svulster behandles med cytostatika.

Registreringen skal reflektere hvilken type behandling pasienten får. Kurdefinisjoner i Nasjonalt register for medikamentell kreftbehandling legges til grunn for spesifisering av behandlingens innhold. Hver kur identifiseres med en unik firesifret kode, kur\_id. For hver kur er blant annet følgende forhold definert:

- Hvilke cytostatika eller andre legemidler som inngår i kuren.
- Dosering av de respektive legemidlene
- Administrasjonsform for de ulike legemidlene
- Tidspunkt for administrasjon av de ulike legemidlene
- Kurlengde: Hvor mange dager hver kur varer fra første legemiddel er administrert til siste legemiddel er administrert, inkludert eventuelle mellomliggende dager der ingen legemidler administreres.
- Sykluslengde: Antall dager fra start av kur til start av neste kur av samme type

Kurene rubriseres i tre ulike grupper (I, II og III), eller som uspesifisert (kur uten gruppetilhørighet). Helsedirektoratet avgjør hvilke kurer som tilhører de ulike gruppene I–III og informerer om dette på sitt nettsted ([www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)). Eventuelle endringer finner sted tertialvis. Kurer som ikke er definert inn i en spesifikk gruppe på behandlingstidspunktet, er å betrakte som uspesifisert kur. Det samme gjelder for behandlingsopplegg med cytostatika som ikke er definert som en kur i Nasjonalt register for medikamentell kreftbehandling.

Gjennomføring av hver kur forutsetter at pasienten har én eller flere behandlingskontakter, avhengig av kurlengde og av hvorledes behandlingen organiseres ut fra pasientens behov og andre faktorer. De enkelte oppmøtene rapporteres i tråd med reglene i punkt 5.3.1 og 5.3.2.



### 5.3.1 Hovedtilstand og andre tilstander

Hovedtilstand skal alltid være én av følgende koder:

- Z51.10 Kjemoterapi for svulst, uspesifisert
- Z51.11 Kjemoterapi for svulst, kjemoterapeutika Gruppe I
- Z51.12 Kjemoterapi for svulst, kjemoterapeutika Gruppe II
- Z51.13 Kjemoterapi for svulst, kjemoterapeutika Gruppe III

For første behandlingskontakt for gjennomføring av en kur, registreres kodene Z51.10, Z51.11, Z51.12 eller Z51.13 i tråd med gruppetilhørigheten til aktuell kur.

For påfølgende behandlingskontakter (det vil si fremmøte de neste dagene) for gjennomføring av samme kur, registreres alltid Z51.10 som hovedtilstand.

Aktuell kreftsykdom eller annen behandlingsindikasjon registreres alltid som den første blant andre tilstander. For øvrig registreres andre tilstander etter vanlige regler.

### 5.3.2 Registrering av kur\_id eller andre opplysninger for spesifikasjon av behandlingen

For hver behandlingskontakt skal kur\_id for aktuell behandling registreres.

Dersom det gjennomføres et behandlingsopplegg som ikke er definert som en kur i Nasjonalt register for medikamentell kreftbehandling, skal den aktuelle legemiddelbehandlingen spesifiseres gjennom registrering av NCMP-koder for administrasjonsmåte, kombinert med ATC-koder for aktuelle legemidler. Tilsvarende gjelder dersom virksamheten ikke er i stand til å registrere eller rapportere kur\_id. Kravet om spesifikasjon gjelder ikke legemidler for hydrering, korreksjon av saltbalanse, antiemetika eller væsker for utblanding av cytostatika.

### 5.3.3 Redegjørelse for eventuelle systemmessige begrensninger

Dersom en virksomhet som er ansvarlig for gjennomføring av medikamentell kreftbehandling ikke er i stand til å registrere eller rapportere opplysninger om behandlingen i tråd med bestemmelsene her, skal virksomheten informere Helsedirektoratet skriftlig om årsakene til dette innen 31.1.2012.

## 5.4 Strålebehandling

### 5.4.1 Generelt

Helseforetak som rapporterer aktivitet fra stråleterapienhetene adskilt fra øvrige aktivitetsdata (som separate NPR-meldingsfiler) har et særskilt ansvar for å sikre at pasientrelatert aktivitet ikke rapporteres dobbelt. Dette gjelder uavhengig av om pasientene behandles som innlagte eller poliklinisk, og også uavhengig av om aktiviteten er relatert til planlegging/forberedelse eller faktisk gjennomføring av behandling.

### 5.4.2 Polikliniske behandlingskontakter for ekstern strålebehandling

Hver behandlingskontakt (hvert fremmøte) rapporteres som én kontakt.

Hovedtilstand og andre tilstander kodes etter vanlige regler. Som hovedregel er aktuell kreftsykdom eller annen behandlingsindikasjon hovedtilstand.

Prosedyrekoder registreres slik at det fremgår hvilken behandling som er gitt ved den aktuelle kontakten. Prosedyrekoder for doseplanlegging m.v. registreres ikke med mindre dette har vært viktig del av aktuell kontakt.

### 5.4.3 Polikliniske kontakter for planlegging og forberedelse til ekstern strålebehandling

Polikliniske kontakter der pasienten møter for simulering eller bildedannende undersøkelse knyttet til doseplanlegging, registreres i tråd med nedenstående.

Hovedtilstand og andre tilstander kodes etter vanlige regler. Som hovedregel er aktuell kreftsykdom eller annen behandlingsindikasjon hovedtilstand.

Minst én av følgende prosedyrekoder fra NCMP skal registreres for å synliggjøre hvilken type planleggingsaktivitet som finner sted:

- WEGX05 Doseplan, 2D, ekstern terapi og brakyterapi
- WEGX10 Doseplan, 3D, volumbasert
- WEGX15 Simulering av feltinnstilling før strålebehandling
- WEGX18 Doseplan for intensitetsmodulert stråleterapi (IMRT)
- WEGX20 Doseplan for spesialopplegg IKA

Øvrig planleggingsprosess, herunder indirekte aktiviteter knyttet til inntegning av målvolumer m.v. etter at pasientens kontakt med sykehuset er avsluttet, rapporteres ikke som egne kontakter.

Kontakter for gjennomføring av pustetrening, tilpasning av fikseringsutstyr m.v. forutsettes ikke som en del av beregningsgrunnlaget, og skal som hovedregel ikke rapporteres. Dersom kontakter der slike aktiviteter er hovedformålet rapporteres, skal attributtet Debitor være kodet med kode 99 – Annet.

#### 5.4.4 Polikliniske behandlingskontakter for brakyterapi

Hver behandlingskontakt (hvert fremmøte) rapporteres som én kontakt. Dette gjelder også dersom behandlingen dels finner sted i stråleterapienheten og dels i ordinær sykehusavdeling eller -poliklinikk.

Hovedtilstand og andre tilstander kodes etter vanlige regler. Som hovedregel er aktuell kreftsykdom eller annen behandlingsindikasjon hovedtilstand.

Blant prosedyrekodene som registreres i tilknytning til kontakten, inkluderes relevante koder for doseplanlegging og gjennomføring av strålebehandlingen.

#### 5.4.5 Innleggelse der strålebehandling gjennomføres (gjelder både ekstern strålebehandling og brakyterapi)

Innleggelsene rapporteres som avdelingsopphold etter vanlige regler fra sykehusets ordinære PAS/EPJ-system. De enkelte behandlingsfremmøtene i stråleterapienheten mens pasienten er innlagt skal ikke rapporteres i separat NPR-meldingsfil fra stråleterapienheten.

Hovedtilstand og andre tilstander kodes etter vanlige regler. Som hovedregel er aktuell kreftsykdom eller annen behandlingsindikasjon hovedtilstand.

Blant prosedyrekodene som registreres i tilknytning til innleggelsen, inkluderes relevante koder for doseplanlegging og gjennomføring av strålebehandlingen.

## 5.5 Dialysebehandling

### 5.5.1 Dialysebehandling i sykehuset

Poliklinisk kontakt eller kortvarig innleggelse (0–2 liggedager) der gjennomføring av dialysebehandling er hovedformålet, skal kodes med en av følgende ICD-10-koder som hovedtilstand:

- Z49.1 Ekstrakorporal dialyse
- Z49.2 Annen dialyse

Den eller de sykdommer som nødvendiggjør dialysebehandling kodes som annen tilstand. Øvrige tilstander kodes etter vanlige regler så langt dette er relevant for helsehjelpen som finner sted.

Registrering av prosedyrekode for hemodialyse kreves ikke registrert dersom Z49.1 er hovedtilstand. Dersom Z49.2 er hovedtilstand, skal typen dialyse som er gjennomført være spesifisert gjennom registrering av relevant prosedyrekode.

Poliklinisk kontakt eller innleggelse der planlegging eller forberedelse til dialyse er hovedformålet, kodes etter vanlige regler både hva gjelder hovedtilstand, andre tilstander og prosedyrer.

### 5.5.2 Hemodialyse utenfor sykehus

Hemodialyse som gjennomføres utenfor sykehus, rapporteres som poliklinisk kontakt. Det skal fremgå av attributtet «Sted for aktivitet» i NPR-meldingselementet «Kontakt» hvor behandlingen har funnet sted.

- Hemodialyse som utføres i pasientens hjem, herunder i sykehjem eller annen institusjon hvis pasienten er bosatt der, rapporteres med kodeverdi 4 «Hjemme hos pasienten»
- Hemodialyse som utføres andre steder enn der pasienten er bosatt, for eksempel i sykehjem, annen institusjon eller virksomhet med primær basis i primærhelsetjenesten, eller på andre steder utenfor spesialisthelsetjenesten, rapporteres med kodeverdi 2 «Hos ekstern instans» eller 5 «Annet ambulans sted».

Hver behandling skal registreres og rapporteres. Medisinsk koding skal gjøres etter samme regler som ved tilsvarende behandling i sykehus.

### 5.5.3 Hjemmebasert peritonealdialyse

Informasjon om at spesialisthelsetjenesten tilrettelegger for og finansierer hjemmebasert peritonealdialyse baseres på rapportering av den nasjonale særkoden A0093 Hjemmebasert peritonealdialyse. Koden A0093 bærer således informasjon om at spesialisthelsetjenesten utleverer dialysevesker og annet utstyr, eller andre tiltak som er nødvendig for gjennomføring av behandlingen.

Særkode A0093 kan kun rapporteres inntil 12 ganger per år, og ikke hyppigere enn én gang per måned. Hver enkelt registrering av koden skal reflektere at pasienten er gjenstand for aktuell behandling for spesialisthelsetjenestens regning i én måned.

Registrering av særkoden kan knyttes til ordinære behandlingsepisoder som finner sted (innleggelser eller polikliniske konsultasjoner), eller til særskilte kontakter som rapporteres for dette formålet alene. Dersom koden rapporteres gjennom nevnte, særskilte kontakter, gjelder følgende for registreringen av disse kontaktene:

- «Kontakttype» i NPR-meldingselementet Kontakt angis med kodeverdi 12 «Pasientadministrert behandling».
- Hovedtilstand og eventuelt andre tilstander rapporteres hver gang slik at det gis et tilstrekkelig bilde av indikasjonen og øvrige medisinske årsaker til at hjemmebasert peritonealdialyse gjennomføres.

- NCMP-koden JAGD30 Kronisk peritonealdialyse rapporteres for hver kontakt
- Særkoden A0093 rapporteres en gang per måned per pasient.
- Det gjøres unntak for enkelte informasjonskrav som ellers gjelder ved registrering av kontakter. Utførende helsepersonell; Inntilstand; Uttilstand; Kontaktens sluttidspunkt; Fra sted og Til sted.

Dersom rapporteringen finner sted i tilknytning til ordinære behandlings-episoder, gjelder ordinære rapporteringskrav for disse. I tillegg skal indikasjonen for hjemmebasert peritonealdialyse fremgå av hovedtilstand eller andre tilstander.

## 5.6 Koding av bilaterale inngrep

Koden ZXA10 skal kun brukes for å markere bilateral prosedyre i forbindelse med operative inngrep.

## 5.7 Fødsler og nyfødte

### 5.7.1 Nyfødte

Nyfødte skal registreres kodes som planlagt opphold (Innmåte hastegrad = 4).

Som hovedtilstand kodes Z38.-. Lav fødselsvekt (< 2500 gram) kodes som annen tilstand ved å bruke aktuelle 5-tegnskoder i ICD-10:

- P07.01-03 for nyfødte under 1000 g
- P07.10-13 for nyfødte mellom 1000 og 2499 gram

Utført intensivbehandling av nyfødte kodes med aktuelle prosedyrekoder etter vanlige regler.

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

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

### 5.7.2 Koding av blødning eller anemi som annen tilstand ved keisersnitt

I forbindelse med keisersnitt kan følgende ICD-10-koder kun rapporteres som annen tilstand (bidiagnose), dersom blødningen er målt til mer enn 1000 ml eller dersom den fødende er behandlet med transfusjon:

- O67.8 Annen spesifisert blødning under fødsel
- O67.9 Uspesifisert blødning under fødsel
- O99.0 Anemi som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid

Transfusjon forstås som behandling ved å gi fullblod, røde blodlegemer eller andre blodkomponenter.

## 5.8 Assistert befruktning

Poliklinisk helsehjelp med assistert befruktning som hovedformål skal rapporteres som følger:

- Utført assistert inseminasjon kodes med NCMP-koden LCGX20 «Intrauterin inseminasjon» og rapporteres hver gang behandlingen skjer. Takstkode B50 AIH/AID skal rapporteres når det avkreves pasientbetaling for denne helsehjelpen.
- Utført overføring av egg eller embryo kodes med NCSP-koden LCA30 «Overføring av egg eller embryo til uterus ved assistert befruktning» og rapporteres hver gang behandlingen skjer. Takstkodene B51 «IVF» og B52 «IVF med ESET og nedfrysning av embryo» rapporteres når det avkreves pasientbetaling for denne helsehjelpen.

Takstkoder vedrørende pasienters betaling for poliklinisk behandling er definert i poliklinikkforskriften, og de primære reglene for registrering av disse takstkodene følger av denne.

## 5.9 Medikamentell abort

Medikamentelt svangerskapsavbrudd består av minst to fremmøter som krever separat koding. Det skilles mellom fremmøte til veiledning og beslutningstaking, fremmøte knyttet til selve aborten, og eventuell etterkontroll.

Fremmøte med administrasjon av peroral abortmiddel kodes med:

- Hovedtilstand: Z64.0 Problemer i forbindelse med uønsket svangerskap
- Eventuelle NCMP-koder for utført ultralydundersøkelse
- WBG15 Peroral administrasjon av legemiddel + G03XB01 Mifepriston

Fremmøte til svangerskapsavbrudd kodes med:

- Hovedtilstand: O04.9 Legal abort, komplett eller uspesifisert, uten komplikasjoner
- MAGM00 Medikamentell svangerskapsavbrytelse
- WBG55 Intravaginal administrasjon av legemiddel + G02AD06 Misoprostol

Kontroll etter medikamentell abort kodes med:

- Hovedtilstand: Z09.8 Etterundersøkelse etter annen spesifisert behandling for andre tilstander som hovedtilstand

Dersom komplikasjon eller annen vesentlig problemstilling avdekkes, kodes dette som hovedtilstand, eventuelt med Z09.8 som annen tilstand dersom dette passer.

## 5.10 Behandling med kostbare legemidler

### 5.10.1 Infusjonsbehandling med særskilte (immunmodulerende) legemidler

Poliklinisk behandling av multipel sklerose, alvorlig psoriasis eller inflammatoriske ledd- og tarmsykdommer med infusjon av særskilte legemidler skal kodes med:

- Pasientens sykdom (indikasjon) som hovedtilstand
- NCMP-kode WBG00 for å angi infusjon
- ATC-kode som identifiserer aktuelt legemiddel eller tilsvarende særkode (se tabell 3)

Tilsvarende behandling gitt for andre tilstander registreres tilsvarende.

Prosedyre for selve legemiddelbehandlingen registreres tilsvarende også når behandlingen finner sted under en ordinær innleggelse.

### 5.10.2 Behandling av dystoni og spastisitet

Poliklinisk behandling av dystoni og spastisitet med lokal injeksjon av botulinumtoksin skal kodes med:

- Pasientens sykdom (indikasjon) som hovedtilstand
- NCMP-kode ACG90
- ATC-kode som identifiserer aktuelt legemiddel eller tilsvarende særkode (se tabell 3)

Påfyll (eller eventuelt dosejustering) av baklofen ved ITB-behandling av dystoni og spastisitet skal kodes med:

- Indikasjon som hovedtilstand
- NCMP-kode WBGC11 for påfyll (eventuelt: WBGC12 ved dosejustering)
- ATC-kode som identifiserer aktuelt legemiddel eller tilsvarende særkode (se Tabell 3)

### 5.10.3 Behandling av maculadegenerasjon

Poliklinisk behandling av maculadegenerasjon med medikamentinjeksjon i øyet eller med fotodynamisk metode skal kodes med:

- Indikasjon som hovedtilstand
- CKD 05 Injeksjon av medikament i corpus vitreum
- ATC-kode som identifiserer aktuelt legemiddel eller tilsvarende særkode (se Tabell 3)

Poliklinisk behandling av maculadegenerasjon med fotodynamisk metode skal kodes med:

- Indikasjon som hovedtilstand
- Aktuell NCMP-kode (WBGGM) for å måten legemiddel er administrert på
- ATC-kode som identifiserer aktuelt legemiddel eller tilsvarende særkode (se Tabell 3)
- ZXC15 som tilleggskode for å angi at fotodynamisk metode er benyttet

### 5.10.4 Pasientadministrert behandling med særskilte legemidler

Pasientadministrert behandling med visse legemidler av multippel sklerose, alvorlig psoriasis eller inflammatoriske ledd- og tarmsykdommer skal rapporteres til NPR. Rapporteringen skal gjøres gjennom NPR-meldingen.

Det legges til grunn at en H-resept er en resept som innebærer at det er regionalt helseforetak som har helhetlig finansieringsansvar for legemiddelet som utleveres i henhold til resepten. Følgende rapporteringskrav gjelder ved utstedelse av H-resept for særskilt legemiddel som ledd i en helsehjelps-episode, eller ved indirekte kontakter:

- Tilstander (ICD-10-koder) og prosedyrekoder (NCSP og NCMP) som gjelder aktuell helsehjelpsepisode registreres og rapporteres etter vanlige retningslinjer (aktuelle tilstandskoder fremgår av Tabell 2)
- Utstedelse av H-resept på legemiddel registreres og rapporteres ved nasjonal særkode WL000
- For spesifisering av hvilket legemiddel H-resepten gjelder, angis ATC-kode eller tilsvarende særkode (se Tabell 3)



**Tabell 2 Aktuelle tilstandskoder ved utstedelse av H-resept**

<b>Indikasjon</b>	<b>Aktuelle ICD-10 koder for tilstand</b>
Multipel sklerose	G35, G36.-, G37.-
Inflammatoriske tarmlidelser	K50.-, K51.-, K52.-
Inflammatoriske leddlidelser	M-koder, L40.5
Alvorlig psoriasis	L40.-, L41.-

Dersom samme særskilte legemidler administreres i løpet av poliklinisk opphold eller innleggelse, gjelder følgende rapporteringskrav:

- Tilstander (ICD-10-koder) og prosedyrekoder (NCSP og NCMP) som gjelder aktuell helsehjelpsepisode registreres og rapporteres etter vanlige retningslinjer. NCMP-kode for administrasjon av legemiddel (WBGH) skal registreres).
- ATC-kode som identifiserer aktuelt legemiddel angis, eventuelt tilsvarende særkode (se Tabell 3)

H-resepten kan også utstedes i forbindelse med en helsehjelpsepisode hvor hovedtilstand ikke samsvarer med indikasjonen H-resepten utstedes for. I disse tilfeller skal indikasjonen som er årsak til utstedelse av H-resepten kodes som annen tilstand.

### 5.10.5 Nasjonale særkoder for legemiddelbehandling

De nasjonale særkodene for legemiddelbehandling bærer samme informasjon som korresponderende ATC-koder. Følgende særkoder gjelder for rapportering av aktuelle legemidler i og utenfor sykehus:

*Tabell 3 Koder for registrering av særskilte legemidler som gis poliklinisk eller er pasientadministrert*

Kode	Forklaring	I sykehus	Pasient-administrert
1LA01	Behandling med legemiddel S01LA01 (Verteporfin)	X	
1LA04	Behandling med legemiddel S01LA04 (Ranibizumab)	X	
1XC02	Behandling med legemiddel L01XC02 (Rituximab)	X	
1XC07	Behandling med legemiddel L01XC07 (Bevacizumab)	X	
3AB07	Behandling med legemiddel L03AB07 (Interferon beta-1a)		X
3AB08	Behandling med legemiddel L03AB08 (Interferon beta-1b)		X
3AX13	Behandling med legemiddel L03AX13 (Glatirameracetat)		X
4AC05	Behandling med legemiddel L04AC05 (Ustekinumab)		X
4AA23	Behandling med legemiddel L04AA23 (Natalizumab)	X	
4AA24	Behandling med legemiddel L04AA24 (Abatacept)	X	
4AA27	Behandling med legemiddel L04AA27 (Fingolimod)		X
4AB01	Behandling med legemiddel L04AB01 (Etanercept)		X
4AB02	Behandling med legemiddel L04AB02 (Infliximab)	X	
4AB04	Behandling med legemiddel L04AB04 (Adalimumab)		X
4AB05	Behandling med legemiddel L04AB05 (Certolizumab pegol)		X
4AB06	Behandling med legemiddel L04AB06 (Golimumab)		X
4AC03	Behandling med legemiddel L04AC03 (Anakinra)		X
4AC07	Behandling med legemiddel L04AC07 (Tocilizumab)	X	
3AX01	Behandling med legemiddel M03AX01 (Botulinumtoxin)	X	
3BX01	Behandling med legemiddel M03BX01 (Baclofen)	X	

Ordningen kan bli utvidet med flere medikamenter i løpet av året. Dette kunngjøres i tilfelle på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

## 5.11 Tverrfaglig utredning

Tverrfaglig utredning forekommer blant annet ved poliklinikker for fysikalsk medisin eller smertepoliklinikker. Slik utredning skal kodes som følger:

- Pasientens sykdom/symptom kodes som hovedtilstand
- Aktuelle NCMP-koder for tverrfaglig utredning
  - WMAA00 Samtidig tverrfaglig utredning  
Samtidig undersøkelse av representanter for minimum 3 faggrupper hvorav en lege eller psykolog med klinisk spesialistkompetanse relevant for tilstanden som utredes.
  - WMAB00 Sekvensiell tverrfaglig utredning  
Sekvensiell, koordinerte undersøkelser av ett team med representanter for minimum 3 faggrupper hvorav en lege eller psykolog med klinisk spesialistkompetanse relevant for tilstanden som utredes. Hver faggruppe dokumenterer sine funn. Det forutsettes at den tverrfaglige utredningen går over 1–3 dager.

Samtidig tverrfaglig utredning kodes en gang og det kan angis hvilke personellgrupper som har vært involvert i konsultasjonen.

Ved sekvensiell tverrfaglig utredning gir kun det første oppholdet refusjon i DRG 9970. Øvrige opphold skal rapporteres med debitorcode=99 «annet».

## 5.12 Rehabilitering

Det skilles mellom regler som gjelder polikliniske rehabiliteringsprogram og regler som gjelder individuell spesialisert rehabilitering. Det sistnevnte er i hovedsak døgnbasert rehabilitering, og er knyttet til behandling av akutt sykdom.

### 5.12.1 Poliklinisk rehabilitering

Med poliklinisk rehabilitering menes elektive rehabiliteringsprogram i spesialisthelsetjenesten bestående av serier av polikliniske opphold. Poliklinisk rehabilitering karakteriseres av sammensatte tilbud som gis i løpet av samme dag.

Tilbud som registreres som poliklinisk rehabilitering skal oppfylle følgende vilkår og være dokumentert i journalen:

- Pasienten skal være henvist til rehabiliteringsprogrammet av lege.
- Rehabiliteringsprogrammet skal være individuelt tilpasset den enkelte pasient, og tilrettelagt plan skal være utarbeidet for den enkelte pasient før oppstart av rehabiliteringsprogrammet. Hovedinnholdet i programmet skal være individrettet, men deler av tjenesteinnholdet kan gjennomføres gruppebasert.

- Programmet skal inneholde minst en individuell kontakt med lege for samtale og/eller behandling.
- Minst tre ulike typer helsepersonell, relevant for aktuell tilstand, skal være involvert i programmet og det skal være tverrfaglig.
- Lege skal være ansvarlig for innhold og gjennomføring.
- Helsehjelpen skal i hovedsak bestå av tverrfaglige rehabiliteringstiltak som kan bidra til å bedre pasientens funksjonsevne. I tillegg kan programmet inneholde tiltak som innebærer lærings- og mestringsaktiviteter.

Hvert opphold i poliklinisk rehabiliteringsprogram skal registreres som følger:

- Hovedtilstand skal angis med ICD-10-koden Z50.9 «Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak».
- Den/de aktuelle sykdommer eller øvrige helseproblemer som ligger til grunn for rehabiliteringsbehovet skal rapporteres som andre tilstander .
- Prosedyrekoder registreres og rapporteres etter vanlige regler.

Det kan kun kreves én egenandel pr rehabiliteringsprogram. I tillegg kan det tas egenandel for individuelle legekonsultasjoner før rehabiliteringsprogrammet, for eksempel en utredning av pasienten der rehabiliteringsbehovet kartlegges og programmet utformes.

### 5.12.2 Rehabilitering som innlagt

Her menes tverrfaglig, individuell rehabilitering som i hovedsak er døgnbehandling, men kan i avslutningsfase også være dagbehandling. Vanligvis gjelder dette rehabilitering etter akutt opphold i sykehus. Aktuelle pasientgrupper er slagpasienter, pasienter med bindevevssykdommer (som leddgikt), amputasjonspasienter, pasienter som har hatt operasjoner på større ledd (hofte, lår, bekken), pasienter med brudd på lårhals, bekken eller hofte og multitraumepasienter.

Andre typer pasienter som rehabiliteres uten innleggelse hører vanligvis hjemme under poliklinisk rehabilitering.

I rapporteringen brukes to ICD-10-koder som skal skille mellom kompleks og vanlig rehabilitering. Kriterier for hvilken av kodene som skal brukes er beskrevet i tabellen under:

*Tabell 4 Kriterier for hvilke koder som skal benyttes ved koding av rehabilitering*

Krav i henhold til rehabilitering	Z50.89	Z50.80
	Vanlig	Kompleks
Min. antall spesialiserte helsefaggrupper <sup>1</sup> i tverrfaglige team	4	6
Mållrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan	Ja	Ja
Samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen	Ja	Ja

<sup>1</sup> For eksempel lege, psykolog, ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, spesialpedagog, sykepleier.

Det forutsettes at tverrfaglig team jobber sammen om rehabiliteringen og består av helsefaggrupper som er relevante for den tilstanden som rehabiliteres.

For at koden for kompleks rehabilitering (Z50.80) kan brukes, gjelder følgende krav i tillegg:

- Arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet fram til utskrivning eller minimum fem virkedager.
- Pasienten har minimum en overnatting.
- Pasienten har i tillegg funksjonstrening, trening i kompensierende teknikker og tilpassing av hjelpemidler/miljø.
- Det foretas en vurdering av tiltak i forhold til personlig mestring i hjem, skole, arbeid og fritid.
- Arbeidet ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Innen fagområdene reumatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri kan habilitering/rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder.

Fordi rehabilitering kan organiseres ulikt skilles det mellom primær og sekundær rehabilitering. Med primær rehabilitering menes opphold i avdelinger eller institusjoner hvor hensikten med oppholdet hovedsakelig er selve rehabiliteringen. I disse tilfeller skal enten Z50.80 eller Z80.89 kodes som hovedtilstand og sykdomsdiagnose (indikasjon for rehabilitering) som annen tilstand. Sekundær rehabilitering karakteriseres ved at samme opphold omfatter både akuttbehandling og rehabilitering. Den akutte sykdommen skal i disse tilfellene kodes som hovedtilstand, mens rehabilitering (Z50.80 eller Z50.89) skal kodes som annen tilstand.

### 5.12.3 Gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende

Gruppebaserte opplæringsprogrammer for pasienter og pårørende kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom følgende krav er oppfylt:

- Deltakerne til programmet skal være henvist fra lege.
- Programmet inneholder informasjon om sykdommen, behandlingsformer, egenbehandling og mestring, rettigheter og videre oppfølging.
- Der det er relevant for behandlingen kan et opplæringsprogram også inneholde kostholdsveiledning, røykeavvenning og aktivitetstiltak. Et rent røykesluttkurs representerer imidlertid ikke et slikt program.
- Programmet strekker seg over minimum 7 undervisningstimer.
- Deltakerne må delta på minimum 80 % av programmet.
- Programmet er tverrfaglig, inkluderer brukerkompetanse og er i stor grad basert på gjennomføring i små grupper.
- Det foreligger en konkret plan for hvordan primærhelsetjenesten/primær-

leger trekkes inn i gjennomføringen av programmene og den videre oppfølging av deltakerne.

- Opplæringsprogrammet gjennomføres i regi av et helseforetak og med en lege som er ansvarlig for medisinskfaglig innhold og opplegg for gjennomføring. Selve gjennomføringen av opplæringen kan utføres av annet kvalifisert helsepersonell.

Ved poliklinisk gruppebasert opplæring av pasienter eller pårørende er det alltid pasienten som opplæringstiltaket utføres til fordel for, som skal rapporteres gjennom NPR-meldingselementet «Pasient». Dette gjelder uavhengig av om det er pasienten selv, pasientens pårørende, eller både pasienten og pasientens pårørende som mottar selve opplæringen. I tillegg gjelder følgende regler:

- «Kontakttype» i NPR-meldingselementet «Kontakt» skal angis med kodeverdi 13 «Opplæring»
- Hovedtilstand angis i alle tilfeller der opplæringen gjelder sykdom som pasienten har. ICD-10-kode(r) som angis skal reflektere denne eller disse sykdommene. Det er ikke obligatorisk å gi hovedtilstand for kontakter som gjelder gruppebasert opplæring
- Aktuelle prosedyrekoder fra NCMP angis som følger:

Gruppebasert opplæring skal rapporteres med WPCK00 Lærings- og mestringsaktivitet vedrørende aktuelle tilstand, sammen med ZWWA30 Prosedyre rettet mot en gruppe pasienter. Denne koden skal benyttes uavhengig av om det er pasienten selv eller pårørende som møter på vegne av pasienten. Det kan gjerne suppleres med ZWWA40 Prosedyre rettet mot foreldre/pårørende.

Særkoden A0099 skal registreres en gang per program per pasient når ovennevnte krav er oppfylt.

## 5.13 Palliativ behandling

Egen ICD-10-kode (Z51.50) brukes for å identifisere behandling ved palliativt senter. Det er knyttet spesielle betingelser til bruken av denne koden. For at koden kan benyttes, skal det foreligge et spesifikt, organisert palliativt tilbud i form av et palliativt senter. Senteret skal ha et behandlingsopplegg for pasienten og dette skal være beskrevet i pasientens journal. Behandlingen skal gjelde innleggelse eller dagbehandling. Det palliative senteret skal inneholde et palliativt team, eventuelt en palliativ enhet. Se også mer detaljerte krav nedenfor.

- Palliativt team: Teamet skal tilby ambulant behandling i pasientens hjem, og sykehusets avdelinger skal kunne konsultere teamet. Det palliative teamet skal bestå av en sykepleier (minst en full stilling) og en lege. Legen skal ha palliasjon som hovedaktivitet. Det palliative teamet skal være tverrfaglig, det forutsettes derfor også at andre yrkesgrupper er representert i teamet. Relevante yrkesgrupper vil være: fysioterapeut, sosionom og prest knyttet til deltidsstilling eller på konsulentbasis. Minimum to av disse yrkesgruppene skal ha fast tilknytning til det palliative teamet/enheten
- 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 enn kreft. Det palliative teamet skal ha ansvar for behandling av pasienter innlagt på enheten
- Virksomheten må kunne dokumentere systematisk kartlegging av symptomer, f.eks. ved bruk av Edmonton Symptom Assessment system, ESAS
- Virksomheten må kunne dokumentere systematisk arbeid i forhold til inklusjon og ivaretagelse av pårørende
- Virksomheten må kunne dokumentere systematisk samarbeid med primærhelsetjenesten gjennom bruk av individuell plan

Ovennevnte kriterier må være oppfylt, og koding av palliativ behandling gjøres i henhold til nedenstående retningslinjer.

Koden Z51.50 «Behandling ved palliativt senter» skal benyttes:

- Som hovedtilstand/hoveddiagnose når palliativ behandling er det tiltaket eller hovedtiltaket som iverksettes under det aktuelle kontaktilfellet med helsetjenesten
- Som annen tilstand/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
- For polikliniske konsultasjoner benyttes ikke Z51.50 som hovedtilstand

## 5.14 Sterilisering

Når hovedformålet med poliklinisk helsehjelp er sterilisering uten medisinsk indikasjon, skal aktiviteten rapporteres som følger:

- ICD-10-koden Z30.2 «Sterilisering» angis som hovedtilstand
- Relevante prosedyrekoder angis for beskrivelse av inngrepets art
- Relevante takstkoder vedrørende pasientbetaling regulert i poliklinikkforskriften rapporteres (takstkode B10b eller B23d, avhengig av kjønn)
- Attributtet Debitor i NPR-meldingselementet Episode rapporteres med kodeverdi 30 «Selvbetalende norsk pasient og selvbetalende konvensjons-pasient»

Ved utført sterilisering der pasienten primært er innlagt av andre grunner enn sterilisering, skal ikke sterilisering kodes som hovedtilstand/hoveddiagnose, men som annen tilstand/bidiagnose.

## 5.15 Organdonasjon

Organdonasjon skal registreres med aktuelle koder i kapittel Y i NCSP.

## 5.16 Rapporteringsfrister til Norsk pasientregister

Data rapporteres til NPR 2. virkedag i måneden etter avsluttet tertial. Når NPR mottar data, vil disse bli kontrollert for logiske feil og mangler. Eventuelle feil vil bli tilbakemeldt til sykehusene, som i samme periode må foreta nødvendige etterregistreringer og korrigeringer. 1. og 2. tertial er frist for leveranse av endelig fil til NPR tre uker etter første innlevering, mens tilsvarende frist for 3. tertial er andre virkedag påfølgende måned.

Innkallingsbrev til institusjonene sendes om lag en måned før frist for første dataleveranse til NPR. Følgende frister gjelder for rapportering av aktivitetsdata for 2012:

*Tabell 5 Frister for rapportering av aktivitetsdata til NPR i 2012*

<b>Tertial og dato for rapporteringsfrist</b>	<b>Første dataleveranse</b>	<b>Andre og siste dataleveranse</b>
1. tertial (01.01–30.04)	3.5.2012	24.5.2012
2. tertial (01.01–31.08)	4.9.2012	25.9.2012
3. tertial (01.01–31.12)	3.1.2013	4.2.2013

Rapporteringen for 3. tertial omfatter data for hele året



## 5.17 Lukking av tertialer

Det ble fra 2004 innført låsing av tertialdata som benyttes til økonomiske beregninger i ISF. Denne ordningen videreføres i 2012.

Datafilene som leveres til NPR hvert tertial vil etter kontroll hos NPR være det endelige beregningsgrunnlaget for størrelsen på ISF-refusjonen. Registrert informasjon i sykehusenes PAS-system skal fortsatt oppdateres når dette er nødvendig, men etterregistreringene vil ikke påvirke de økonomiske beregningene i ISF. De vil derimot innvirke på kvalitet og kompletthet i nasjonal statistikk som er viktig for blant annet myndigheter og forskningsmiljøer.

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 pasienten er utskrevet.

## 5.18 Rapporteringsformat

Data skal være rapportert i henhold til den til en hver tid gjeldende versjon av NPR-meldingen, med mindre noe annet er avtalt med Norsk pasientregister. For utfyllende opplysninger vises til [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no).

## 5.19 Registrering og rapportering av kommunenummer

For hver innleggelse eller polikliniske konsultasjon skal det være registrert et kommunenummer som rapporteres sammen med øvrige opplysninger om aktuell behandlingsepisode. Rapporteringen finner sted gjennom attributtet Folkeregisterkommune (komNrHjem) til NPR-meldingselementet Episode. Registrering av kommunenummer skal finne sted slik:

- Kommunenummeret for kommunen der pasienten er registrert bosatt ved episodens begynnelse legges til grunn, i tråd med registrerte opplysninger i det sentrale folkeregister.
- Pasienter bosatt på Svalbard med hjemstedskommune i Norge, skal registreres med hjemstedskommune i Norge
- Pasienter som har hemmelig adresse kan registreres med kommunenummer til behandlende helseforetak
- Flykninger og asylsøkere er i forhold til spesialisthelsetjenesteloven å anse som bosatt i riket (jf. rundskriv I-58/2000) og skal derfor registreres med det kommunenummeret hvor de er bosatt i Norge

- Utenlandske statsborgere som jobber i Norge og betaler trygdeavgift her, må kodes med norsk kommunenummer og pasientens trygdenasjon
- Pasienter med bostedsadresse utenfor Norge registreres med kommunenummer etter nedenstående tabell.

*Tabell 6 Gjeldende kommunenummer for utenlandske statsborgere*

Kommune-nummer	Gruppe
9000	Utenlandske statsborgere uten konvensjonsavtale
9900	Utenlandske statsborgere med konvensjonsavtale (EU og EØS-land)
9999	Ukjent kommunenummer

## 5.20 Rapportering av opplysning om når en innlagt pasient er utskrivningsklar

Spesielt rapporteringskrav til Norsk pasientregister om at en innlagt pasient er utskrivningsklar følger av forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, § 13, tredje ledd. Det følger av denne bestemmelsen at rapportering skal finne sted av på hvilken dato følgende vilkår er oppfylt:

Pasienten er definert utskrivningsklar (§ 9);

*og*

kommunen har tidligere blitt varslet om et mulig behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning (§ 8);

*og*

sykehuset har varslet kommunen straks etter at pasienten ble definert som utskrivningsklar (§ 10);

*og*

kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten, eller kommunen har ikke svart sykehuset straks på varselet etter § 10.

Opplysning om på hvilken dato vilkårene er oppfylt, rapporteres for 2012 gjennom attributtet *Utskrivningsklar dato* (utskrKlarDato) til elementet *Avdelingsopphold* i NPR-meldingen.

Dersom vilkårene for rapportering av en pasient som utskrivningsklar er oppfylt på to eller flere ulike datoer innen samme avdelingsopphold, for eksempel i situasjoner der pasienten har blitt syk igjen mens vedkommende var utskrivningsklar på sykehuset, skal den første av de aktuelle datoene innen avdelingsoppholdet legges til grunn for rapporteringen.

## 5.21 Fristbruddpasienter

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).<sup>2</sup>

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

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

2) Pasientrettighetsloven, § 2.1, 4. ledd.

### 5.21.1 Registrering av pasienter som behandles ved norske institusjoner etter fristbrudd:

- All registrering skjer ved behandelende institusjon. Det er vesentlig at også henvisende institusjon identifiseres i rapporteringen gjennom NPR-meldingen.
- Debitor skal registreres med kode 70 «HELFO formidlet opphold ved fristbrudd»
- Henvist fra institusjon = Organisasjonsnummer 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 «Pasienten behandles ved annet sykehus/institusjon rekvirert av HELFO»
- Ventetid sluttdato = dato for viderehenvisning (når HELFO overtar)

### 5.21.2 Registrering av pasienter som behandles ved utenlandske institusjoner etter fristbrudd:

- All registrering skjer ved henvisende institusjon, eller det HF som RHF har satt til å administrere utenlandsbehandlinger. Også her er det vesentlig at henvisende institusjon identifiseres i registreringene.
- At pasienten behandles i utlandet synliggjøres ved at TilSted registreres med kode 5 «Utlandet».
- Debitor skal registreres med kode 70 «HELFO formidlet opphold ved fristbrudd»
- Henvist fra institusjon = Organisasjonsnummer 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 «Pasienten behandles ved annet sykehus/institusjon rekvirert av HELFO»
- Ventetid sluttdato = dato for viderehenvisning (når HELFO overtar)

Se for øvrig rundskriv IS-10/2009 fra Helsedirektoratet for mer informasjon om ventelisterapportering.

## 5.22 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 helseforetakene. Alle pasienter som behandles etter henvisning fra regionale helseforetak skal registreres som beskrevet nedenfor for at ISF-refusjon skal kunne utbetales.

- Opplysninger om behandlingen i utlandet skal registreres i datasystemet til sykehuset som henviser pasienten til utlandet
- Oppholdet merkes med verdien TilSted 5 «Utlandet»
- Opplysninger som kreves for DRG-gruppering er som for andre pasienter. For prosedyrer som ikke utføres i Norge er det ikke nødvendigvis prosedyrekoder og i disse tilfeller kodes kun pasientens diagnoser.

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

## 5.23 Polikliniske pasienter versus innlagte pasienter

For vanlige polikliniske konsultasjoner og kortvarig observasjon skal pasienten registreres i det pasientadministrative systemet som poliklinisk og omsorgsnivå poliklinikk skal benyttes. Pasienten skal ikke registreres som innlagt i det pasientadministrative systemet.

Dersom pasienten blir innlagt ved sykehuset samme dag som den polikliniske konsultasjonen har funnet sted, skal pasienten registreres i det pasientadministrative systemet for innlagte.

Reglene ovenfor følger av forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak (poliklinikkforskriften).

Innleggelses rapporteres som Avdelingsopphold i NPR-meldingen. Polikliniske tjenester rapporteres som Kontakter i NPR-meldingen.

En dagbehandling er behandling av en pasient enten poliklinisk eller ved dagopphold. Behandlingen i disse tilfellene er mer omfattende enn en vanlig poliklinisk kontakt og det har tidligere vært naturlig å forutsette at disse pasientene skulle ha tilgang til seng. I de fleste tilfeller plasseres helsehjelpen automatisk i DRG-systemet basert på medisinsk informasjon. I enkelte tilfeller hvor helsehjelp ikke er tilstrekkelig definert brukes tidsgrense (5 timer) fortsatt.

Eksempel: Et dagkirurgisk inngrep forutsetter forberedende aktiviteter som diskusjon med operatør, anestesilege, eventuelt indremedisiner eller annen helsepersonell. Slike aktiviteter kan gjøres preoperativt samme dag som selve operasjonen, men også en eller noen dager før selve inngrepet. Selv om disse forberedelsene samlet sett tidsmessig overstiger 5 timer, betyr ikke dette at det dreier seg om dagbehandling.

Likeledes er flere avtalte polikliniske kontakter under samme dag fortsatt polikliniske kontakter selv om disse samlet sett utgjør mer enn 5 timer.

## 5.24 Ambulant behandling

Med ambulant behandling menes polikliniske kontakter som gjennomføres av spesialisthelsetjenesten, utenfor rammen av ordinære fysiske lokaler i spesialisthelsetjenesten, og med bruk av virksomhetens eget personell. Polikliniske kontakter som gjennomføres i pasientens hjem eller i sykehjem er eksempler på aktivitet som regnes som ambulant behandling.

Aktiviteten skal rapporteres på samme måte som kontakter gjennomført i virksomhetens ordinære lokaler, dog med følgende regler for rapportering av attributtet Sted for aktivitet innen NPR-meldingselementet Kontakt:

- Aktivitet som utføres i pasientens hjem, herunder i sykehjem eller annen institusjon hvis pasienten er registrert bosatt der, rapporteres med kodeverdi 4 «Hjemme hos pasienten».
- Annen aktivitet utført i sykehjem, annen institusjon eller virksomhet med primær basis i primærhelsetjenesten, eller på andre steder utenfor spesialisthelsetjenesten, rapporteres med kodeverdi 2 «Hos ekstern instans» eller 5 «Annet ambulant sted».

## 5.25 Telemedisinske kontakter

Når videokonferanseutstyr er benyttet ved gjennomføring av en poliklinisk konsultasjon, undersøkelse eller behandling for å kompensere for fysisk avstand mellom pasient og lege, dreier det seg om telemedisinsk helsehjelp. En slik telemedisinsk kontakt mellom pasient og lege foregår på to fysiske steder samtidig; der pasienten er, og der legen er. Dette medfører følgende rapporteringsmessige forutsetninger:

- Rapportering av poliklinisk helsehjelp som utføres telemedisinsk skal ikke medvirke til at helsehjelpen telles som to polikliniske opphold i beregningsgrunnlaget.
- Det polikliniske oppholdet skal primært rapporteres fra den virksomhet der legen gjennomfører videokonferanse med pasienten.
- Attributtet Sted for aktivitet innen NPR-meldingselementet Kontakt skal rapporteres med kodeverdi 3 «Telemedisinsk behandling (der behandlende lege er)».
- Medisinsk koding og øvrig aktivitetsregistrering i tilknytning til kontakten skal gjøres på samme måte som om det var tale om en ordinær poliklinisk kontakt. Dette innbefatter medisinsk koding av mindre prosedyrer som utføres av personell i fysisk kontakt med pasienten, men som forutsetter legens telemedisinske medvirkning.
- Eventuell rapportering av aktiviteten fra det stedet pasienten befinner seg forutsetter at Sted for aktivitet registreres med kodeverdi 6 «Telemedisinsk behandling (der pasienten er)». Slike kontakter inkluderes ikke i beregningsgrunnlaget og skal ikke være gjenstand for DRG-gruppering.
- Kontakter som finner sted mellom pasient og lege per telefon skal ikke rapporteres som telemedisinske kontakter. Hvis slike telefonkontakter rapporteres, forutsettes det at attributtet Kontakttype innen NPR-meldingselementet Kontakt er angitt med kodeverdi 5 «Indirekte pasientkontakt», og at attributtet Indirekte aktiviteter (pollIndir) er angitt med kodeverdi 12 «Telefon».

## 5.26 Overføringer mellom psykiatrisk og somatisk avdeling

Når pasienter overføres fra somatisk til psykiatrisk avdeling, skal pasientene registreres med kodeverdi 8 «Annen psykiatrisk enhet ved egen helseinstitusjon» i NPR-meldingselementet TilSted.

Ved overføring fra psykiatrisk enhet til somatisk avdeling skal kodeverdi 7 «Annen somatisk enhet ved egen helseinstitusjon» brukes.

## 5.27 Pasienter som er døde på innleggelsestidspunktet

Pasient som er død ved ankomst til sykehuset kodes med inntilstand 2 «Død ved ankomst».

## 5.28 Rapportering av hvorvidt aktiviteten til en enhet kan inngå i beregningsgrunnlaget

For alle Episodeelementer (Avdelingsopphold og Kontakter) i NPR-meldingen skal det være spesifisert hvilken enhet som har utført aktuell helsehjelp. Denne spesifikasjonen finner sted gjennom angivelse av attributtet Enhet identifikator tjenesteenhet (tjenesteenhetID). Denne attributtverdien refererer til en bestemt enhet, rapportert som elementtype Enhet.

For hver tjenesteenhet som en episode referer til, skal det være angitt om enhetens aktivitet er forutsatt å være del av beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen eller ikke. Dette gjøres gjennom attributtet ISF refusjon (isfRefusjon).

## 6. Spesielle beregningsregler

### 6.1 Kompensasjon for særdeles lang liggetid

Det gis tillegg for opphold som grupperes til en DRG med trimpunkt > 20 dager hvor liggetid er over 10 dager lengre enn trimpunktet. Slike opphold utløser et dagtillegg på 0,09 poeng til pasienten er utskrivingsklar eller maks 100 dager.

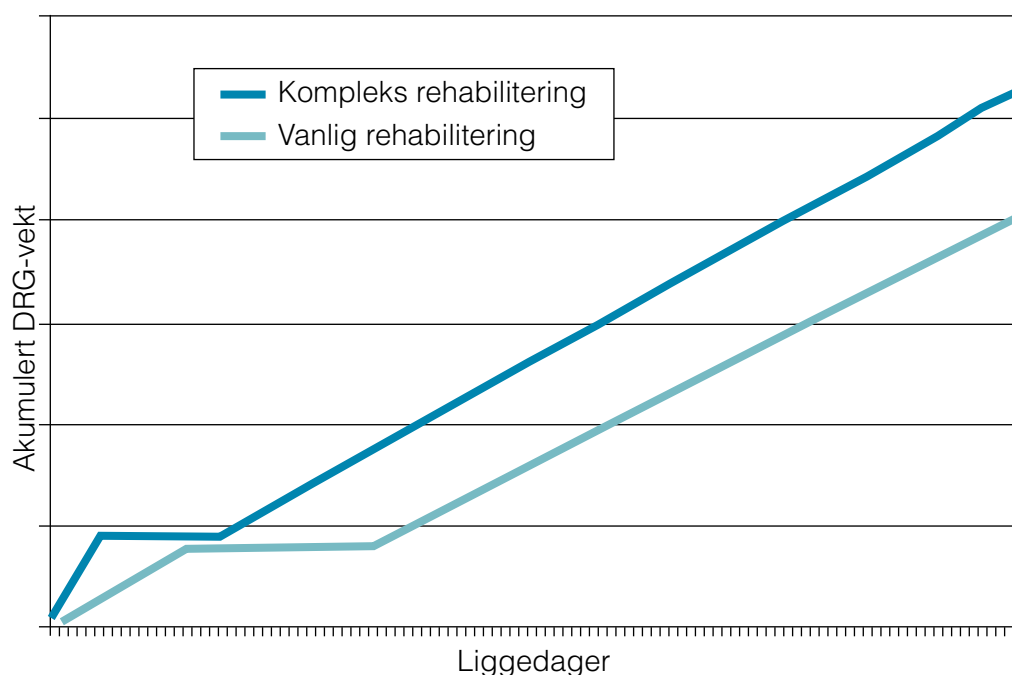
### 6.2 Rehabilitering

Modellen som benyttes ved beregning av ISF-refusjon for rehabilitering tar hensyn til liggetid og bruk av personellressurser. Beregningen baseres på registrerte diagnoser og liggetid.

#### 6.2.1 Beregning av DRG-vekt for primær rehabilitering

Med primær rehabilitering menes opphold i avdelinger eller institusjoner hvor hensikten med oppholdet hovedsakelig er selve rehabiliteringen. DRG-vekt for primær rehabilitering beregnes etter egen modell. Se figur og tabeller nedenfor.

**Figur 1: DRG-vekt for kompleks- og vanlig rehabilitering**





**Tabell 7 Beregning av DRG-vekt for kompleks rehabilitering (DRG 462A)**

	Fra dag	Til dag	Vekt
Dagvekt (basis)	0	0	0,150
+			
Dagtillegg	1	5	+0,320
Dagtillegg	6	18	+0,000
Dagtillegg	19	Utskrivingsdato*	+0,100

**Tabell 8 Beregning av DRG-vekt for vanlig rehabilitering (DRG 462B)**

	Fra dag	Til dag	Vekt
Dagvekt (basis)	0	0	0,120
+			
Dagtillegg	1	15	+0,100
Dagtillegg	16	35	+0,000
Dagtillegg	36	Utskrivingsdato*	+0,090

\*Dersom det er registrert en utskrivingsklardato for pasienten, legges den til grunn for beregningen.

Departementet innførte i sin tid 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 til de regionale helseforetakene der andelen kompleks rehabilitering overstiger 45 prosent.

### 6.2.2 Beregning av DRG-vekt for sekundær rehabilitering

Sekundær rehabilitering karakteriseres ved at samme helsehjelpsepisode omfatter både akuttbehandling og rehabilitering. I dette tilfellet gis det tilleggsrefusjon avhengig av liggetid. Refusjon for sekundær rehabilitering beregnes for opphold i følgende DRGer:

**Tabell 9 DRGer der det beregnes poeng for sekundær rehabilitering**

DRG	Tekst	Trim-punkt	Vekt	Tillegg pr dag over trimpunkt
1A	Intrakraniell operasjon for svulst i sentralnervesystemet	21	3,762	0,18
1B	Annen intrakraniell vaskulær operasjon	50	5,909	0,18
1C	Operasjon for intrakraniell aneurisme, vaskulær anomali eller hemangiom	13	4,268	0,18
1D	Intrakraniell cerebrospinal fluid shuntoperasjon	22	3,138	0,18
1E	Annen kraniotomi unntatt ved traume	33	3,879	0,18
2A	Annen kraniotomi ved traume	43	4,480	0,18
2B	Operasjon for kronisk subduralt hematom	10	2,156	0,18
14A	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA m/bk	21	1,770	0,18
14B	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA u/bk	21	1,051	0,18
27	Alvorlig traumatisk hjerneskade	15	1,439	0,18

113	Amputasjon av underekstr, ekskl. tå v/sikr. Svikt	30	3,328	0,18
209C	Utskifting av hofteluddprotese	28	7,346	0,18
209D	Innsetting av hofteluddsprotese m/bk	19	4,233	0,18
209E	Innsetting av hofteluddsprotese u/bk	19	3,464	0,18
209F	Utskifting av protese i kne eller ankel	28	6,453	0,18
209G	Innsetting av protese i kne eller ankel	19	3,158	0,18
210	Hofte-/ lårbensopr, ekskl. større ledd, > 17 år m/bk	19	2,534	0,18
211	Operasjon på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17 år u/bk	19	1,571	0,18
213	Amputasjoner pga traume eller sykdommer i bevegelsesapparatet	30	3,354	0,18
214A	Kombinert fremre/ bakre spondylodese	28	5,896	0,18
214B	Fremre eller bakre spondylodese m/bk	33	5,066	0,18
235	Lårbensbrudd	14	1,011	0,18
236	Brudd på hofte og bekken	14	0,938	0,18
240N	Vaskulitter og systemiske bindevevssykdommer m/bk	21	1,245	0,18
241N	Vaskulitter og systemiske bindevevssykdommer u/bk	21	0,903	0,18
242B	Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer m/bk	21	1,357	0,18
242C	Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk	21	0,733	0,18
442	Operasjoner etter skade ITAD m/bk	51	4,253	0,18
471N	Bilaterale eller flere store leddproteseoperasjoner i ekstremiteter	37	5,263	0,18
485	Større hofte/lårbensop & replantasjoner ved HDG 24	30	6,837	0,18
486	Operasjoner ved signifikant multitraume ITAD	30	7,532	0,18
487	Signifikant multitraume ITAD	30	2,102	0,18

For opphold hvor pasienten rehabiliteres på samme avdeling som akuttopp- hold, eller under samme sykehusopphold på rehabiliteringsavdeling i samme institusjon, beregnes tilleggsvekt for sekundær rehabilitering som følger:

Dagtillegg x antall rehabiliteringsliggedager (= liggedager over trimpunkt for aktuell DRG) inntil utskrivningsdato

Dersom det er registrert en utskrivningsklardato for pasienten, legges den til grunn for beregningen.

I 2012 er dagtillegget for sekundær rehabilitering 0,18 DRG-poeng pr dag og resultatet av beregningen legges til vekten for aktuell DRG.

## 6.3 Tilleggsrefusjon for organdonasjon

Det gis tillegg for organdonasjon i form av økt korrigert vekt. Tilleggsrefu- sjonen utløses kun ved registrert uttak av organer. I kostnadsgrunnlaget er imidlertid også preservasjoner som ikke resulterer i organuttak medregnet. Tillegget for en organdonasjon er 5,940 poeng.

**Tabell 10 Prosedyre/behandling ved organdonasjon**

Prosedyre/behandling	Aktuell prosedyrekode
Uttak av hjerte for transplantasjon	YFA00
Uttak av hjerte til dominotransplantasjon	YFA10
Uttak av hjerte og lunge til transplantasjon	YFA20
Uttak av hjerte til homotransplantat	YFA50
Annet inngrep ved uttak av organer for transplantasjon av hjerte eller hjerte og lunge	YFA99
Uttak av lunge fra kadaverdonor (Av en eller begge lunger)	YGA00
Uttak av lever fra kadaverdonor	YJA10
Uttak av pancreas til øycelletransplantat	YJD00
Reseksjon av pancreas fra kadaverdonor	YJD20
Uttak av pancreas fra kadaverdonor	YJD30
Uttak av nyre fra kadaverdonor	YKA02
Uttak av tynntarm for transplantasjon	YJB00
Uttak av ventrikkel og tynntarm for transplantasjon	YJC00

## 6.4 Tilleggsrefusjon for palliativ behandling

Det gis en tilleggsrefusjon for palliativ behandling for innleggelser og dagbehandling utover den ordinære ISF-refusjonen. Et viktig moment er at det i denne sammenheng er snakk om tilleggsrefusjon for pasienter hvor sentral del av formålet med sykehusoppholdet er palliativ behandling.

Følgende tillegg i DRG-poeng gjelder per sykehusopphold for palliativ behandling i 2012:

- 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.

Også dagbehandling som gjøres ambulant er omfattet av ordningen, så sant øvrige krav er oppfylt, se avsnitt 5.13. Ambulant aktivitet som kan sidestiltes med polikliniske konsultasjoner i sykehus omfattes ikke av ordningen med tilleggsrefusjon. For disse konsultasjonene skal ikke Z51.50 benyttes som hovedtilstand.

## 6.5 Hjemmebasert peritonealdialyse

Helsehjelp i form av hjemmebasert peritonealdialyse inngår ved beregning av ISF-refusjon til regionale helseforetak gjennom et periodebasert aktivitetsmål. ISF-refusjonen utmåles som tilleggsrefusjon ved siden av beregninger som gjøres på grunnlag av DRG-poeng. Antall måneder hver pasient mottar helsehjelp i form av hjemmebasert peritonealdialyse i løpet av aktivitetsåret 2012, er bestemmende for ISF-refusjonens størrelse.

Særkode A0093 Hjemmebasert posedialyse benyttes som indikator på gjennomført behandling én hel måned. Hver forekomst av denne særkoden medfører økning av korrigerede DRG-poeng tilsvarende 0,907.

## 6.6 Sterilisering

Fra 1. januar 2002 ble det innført full egenbetaling for sterilisering av menn og 50 prosent egenbetaling for sterilisering av kvinner. Dette har konsekvenser for ISF-refusjon for sterilisering.

Når hovedformålet med poliklinisk helsehjelp er sterilisering uten medisinsk indikasjon, skal aktiviteten ikke gi ISF-refusjon.

Når sterilisering er hovedårsaken til innleggelsen (selv om det er på medisinsk indikasjon), gis ikke heller ISF-refusjon. For sterilisering gjelder følgende refusjonsregler:

- Vekten for opphold gruppert til DRG 362 eller DRG 362O Sterilisering via laparoskopi blir satt til null.
- Opphold gruppert til DRG 361 eller DRG 361O Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi hvor hoveddiagnose er Z30.2 Sterilisering får vekt lik null.
- Vekten for DRG 351 eller DRG 351O Sterilisering av menn blir satt til null.

Ved utført sterilisering der pasienten primært er innlagt av andre grunner enn sterilisering, vil refusjon utbetales ut fra den DRG oppholdet blir gruppert til.

## 6.7 Pasientadministrert behandling med særskilte legemidler

Hver pasient som i løpet av 2012 rapporteres å ha mottatt en H-resept på spesifisert legemiddel inkluderes i beregningsgrunnlaget. Behandlingen identifiseres basert på koder for tilstand/diagnose og prosedyre (Utstedelse av H-resept). For hver indikasjon er det beregnet en gjennomsnittlig lege-

middelkostnad per gruppe basert på aktivitetsdata fra NPR for 2010 og fremforhandlende legemiddelpriser av LIS for 2011. Denne gjennomsnittskostnaden danner grunnlag for beregning av vektene for de 4 gruppene. De beregnede vektene for 2012 presenteres i tabell 11 nedenfor.

**Tabell 11 Vekter for pasientadministrert legemiddelbehandling**

Gruppe	Vekt	
A	Særskilte legemidler for behandling av pasienter med revmatologiske lidelser	3,389
B	Særskilte legemidler for behandling av pasienter med mage-/tarmlidelser	3,627
C	Særskilte legemidler for behandling av pasienter med hudlidelser	3,441
D	Særskilte legemidler for behandling av pasienter med neurologiske lidelser	3,063

## 6.8 Om utførende helsepersonell som vilkår for inkludering av polikliniske kontakter i beregningsgrunnlaget

Inklusjon av en poliklinisk kontakt i beregningsgrunnlaget er avhengig av hvilken eller hvilke kategorier av personell som er rapportert som utførende for den polikliniske kontakten.

Alle polikliniske kontakter der lege inngår som utførende helsepersonell inkluderes i beregningsgrunnlaget. Dersom oppholdet grupperer til prose-dyrestyrte DRGer, inkluderes alle helsepersonellgrupper. Også andre utvalgte DRGer inngår i beregningsgrunnlaget uavhengig av type utførende helsepersonell, dette dreier seg om DRG 914P, 914Q, 908R, 997O, 998O og 462O.

For øvrige polikliniske kontakter er kravene avhengig av DRG-kategoriseringen av de polikliniske kontaktene, etter følgende regler:

- Sykepleier eller jordmor: 901A, 901B, 901C, 901D, 901E, 901O, 902O, 903A, 903B, 903C, 903O, 904A, 904B, 904C, 904D, 904O, 905A, 905B, 905C, 905D, 905E, 905O, 906A, 906B, 906C, 906O, 907A, 907B, 907O, 908A, 908B, 908C, 908D, 908E, 908F, 908O, 909A, 909B, 909C, 909D, 909E, 909O, 910A, 910B, 910C, 910O, 911A, 911B, 911C, 911O, 912A, 914O, 917, 917O og 930A

- Psykolog: 901A, 901B, 901C, 901D, 901E, 901O, 919O og 923O

Bestemmelsene gitt her er ikke normerende for hva som er å betrakte som faglig riktig, fornuftig eller forsvarlig organisering av spesialisthelsetjenester.

Selvstendige konsultasjoner utført av fysioterapeuter inngår ikke i ISF-ordningen i 2012, men er finansiert gjennom basistildelingen som i 2011.

## 6.9 Assistert befruktning

Assistert befruktning gir ISF-refusjon med unntak av tilfeller der takst B50 (pasientbetaling) er registrert.

## 6.10 Pasienthotell, sykehotell m. m

Det er pasientens status som innlagt eller ikke innlagt som er avgjørende med hensyn til regler for finansiering, ikke hvor pasienten ligger (på sengepost eller pasienthotell). Pasienten kan derimot ikke legges inn på sykehotell fordi dette ikke har status som sykehus, og dermed kan det heller aldri utløses ISF-refusjon for opphold ved sykehotell.

I finansieringsordningen gjelder samme regler for pasienthotell som for en ordinær sengepost/poliklinikk. Pasienter som er innlagte (av medisinske grunner) vil kunne utløse ISF-refusjon for døgnopphold uavhengig av om de er plassert på ordinær sengepost eller på pasienthotell. Tilsvarende gis det ikke refusjon for overnattingen for pasienter som er til dagbehandling eller poliklinisk behandling. I disse tilfeller er ikke pasientene innlagt og det utløses kun ISF-refusjon for dagbehandling eller poliklinikk.

## 6.11 LUCAS-studien

Særkode 1XX02 «Behandling med studiemedikament i LUCAS-studien» skal alltid registreres når bevacizumab eller ranibizumab administreres som ledd i denne studien. I alle andre tilfeller der de aktuelle medikamentene gis, forutsettes det kjent hvilket legemiddel som gis slik at de spesifikke ATC-koder/særkoder kan registreres i stedet. Polikliniske kontakter i LUCAS studien vil grupperes til DRG 802P og gis et tillegg i vekten på 0,137.

## 6.12 Brannskadebehandling ved Haukeland universitetssjukehus

Ordningen med egne vekter for brannskadebehandling ved Haukeland universitetssjukehus gjelder også i 2012.

### Tabell 12

#### Vekter for brannskadebehandling ved Haukeland universitetssjukehus

DRG 457	Omfattende forbrenninger uten operativ behandling	6,905
DRG 458	Mindre omfattende forbrenninger med hudtransplantasjon	11,470
DRG 458O	Mindre omfattende forbrenninger med hudtransplantasjon, dagkirurgisk behandling	5,735
DRG 459	Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/ annen operasjon	6,680
DRG 459O	Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/ annen operasjon, dagkirurgisk behandling	3,340
DRG 460	Mindre omfattende forbrenninger uten operativ behandling	2,160
DRG 472	Omfattende forbrenninger med operativ behandling	16,440
DRG 472O	Omfattende forbrenninger med operativ behandling, dagkirurgisk behandling	8,220

## 6.13 Grupperettet pasientopplæring

Gruppebaserte opplæringsprogrammer for pasienter og pårørende kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom visse krav er oppfylt, jf. kapittel 5.12.3.

Dersom krav til grupperettet pasientopplæring i ISF er oppfylt skal særkode A0099 benyttes. Særkoden skal kun registreres en gang pr program pr pasient. Programmet er definert som en helsehjelpsepisode og det kan kun kreves en egenandel pr program, selv om programmet går over flere dager.

Grupperettet pasientopplæring i ISF grupperes til DRG 998O.

## Vedlegg A

# DRG-oversikt og kostnadsvekker

Enhetspris i 2012 er kr. 38 209

<b>Type</b>	K = kirurgisk DRG, M = medisinsk DRG
<b>m/bk og u/bk</b>	Med og uten komorbiditet eller komplikasjoner
<b>AMI</b>	Akutt myokardinfarkt (hjerteinfarkt)
<b>NICU</b>	Neonatal intensive care unit (Nyfødt intensiv enhet)
<b>ITAD</b>	Ikke tildelt annen DRG (ikke tildelt DRG tidligere i grupperingsalgoritmen)



## Hoveddiagnosegruppe 1: Sykdommer i nervesystemet

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
1A	Intrakraniell operasjon for svulst i sentralnervesystemet	3,762	21	K	Nei
1B	Annen intrakraniell vaskulær operasjon	5,909	50	K	Nei
1C	Operasjon for intrakraniell aneurisme, vaskulær anomali eller hemangiom	4,268	13	K	Nei
1D	Intrakraniell cerebrospinal fluid shuntoperasjon	3,138	22	K	Nei
1E	Annen kraniotomi unntatt ved traume	3,879	33	K	Nei
2A	Annen kraniotomi ved traume	4,480	43	K	Nei
2B	Operasjon for kronisk subduralt hematom	2,156	10	K	Nei
3O	Kraniotomi, dagkirurgisk behandling	1,078	1	K	Nei
3P	Stereotaktisk intrakraniell strålebehandling	0,628	1	K	Nei
4	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	3,098	21	K	Nei
4O	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter, dagkirurgisk behandling	1,931	1	K	Nei
5	Operasjoner på ekstrakranielle kar	2,897	19	K	Nei
5O	Operasjoner på ekstrakranielle kar, dagkirurgisk behandling	1,448	1	K	Nei
6	Operasjoner ved karpaltunnelsyndrom	0,410	8	K	Nei
6O	Operasjoner ved karpaltunnelsyndrom, dagkirurgisk behandling	0,227	1	K	Nei
7	Perifere, hjerne- & andre nerveop m/bk	2,402	35	K	Nei
8	Perifere, hjerne- & andre nerveop u/bk	1,393	8	K	Nei
8O	Perifere, hjerne- & andre nerveop, dagkirurgisk behandling	0,820	1	K	Nei
9	Sykdommer i og skader på ryggmargen	1,661	18	M	Ja
10	Svulster i nervesystemet m/bk	1,626	26	M	Ja
11	Svulster i nervesystemet u/bk	0,987	15	M	Ja
12	Degenerative sykdommer i nervesystemet	0,949	14	M	Ja
13	Multipel sklerose & cerebellar ataksi	0,795	11	M	Ja
14A	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA m/bk	1,770	21	M	Ja
14B	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA u/bk	1,051	21	M	Ja
15	TIA og okklusjon av precerebrale arterier	0,594	7	M	Ja
16	Uspesifikke karsykdommer i hjernen m/bk	0,684	11	M	Ja
17	Uspesifikke karsykdommer i hjernen u/bk	0,508	6	M	Ja
18	Sykdommer i hjernenerver & perifere nerver m/bk	1,046	16	M	Ja
19	Sykdommer i hjernenerver & perifere nerver u/bk	0,704	10	M	Ja
20	Infeksjon i nervesystemet ekskl viral meningitt	2,725	34	M	Ja
21	Viral meningitt	1,125	12	M	Ja
23	Ikke-traumatisk koma & stupor	0,609	6	M	Ja
24	Kramper & hodepine > 17 år m/bk	0,887	12	M	Ja
25	Kramper & hodepine > 17 år u/bk	0,462	6	M	Ja
26	Kramper & hodepine 0–17 år	0,742	7	M	Ja
27	Alvorlig traumatisk hjerneskade	1,439	15	M	Ja
28	Traumatisk hjerneskade > 17år m/bk	1,296	11	M	Ja
29	Traumatisk hjerneskade > 17år u/bk	0,508	6	M	Ja
30	Traumatisk hjerneskade 0–17 år	1,045	5	M	Ja
31	Hjernerystelse > 17 år m/bk	0,428	8	M	Ja
32	Hjernerystelse > 17 år u/bk	0,356	3	M	Ja
33	Hjernerystelse 0–17 år	0,309	2	M	Ja
34	Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	1,521	20	M	Ja
35	Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk	0,864	9	M	Ja

409A	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved svulst i sentralnervesystemet	0,058	0		Ja
570	Innsetting eller bytte av nevrologisk stimuleringsutstyr	3,879	8	K	Nei
570O	Innsetting eller bytte av nevrologisk stimuleringsutstyr, dagkirurgisk behandling	2,140	1	K	Nei
801H	Poliklinisk behandling av nevrologiske lidelser med infusjon av særskilte legemidler	0,406	0		Nei
801J	Poliklinisk kontakt med påfyll av baklofen ved ITB-behandling av dystoni og spastisitet	0,070	0		Ja
801R	Lokal smertebehandling	0,049	0		Ja
801T	Justering av implantert infusjonsutstyr eller shunt	0,024	0		Ja
801U	Nevropsykologisk undersøkelse	0,063	0		Ja
801W	Poliklinisk behandling av dystoni og spastisitet med lokal injeksjon av botulinumtoksin	0,081	0		Ja
901A	Poliklinisk konsultasjon vedrørende hodepine	0,051	0		Ja
901B	Poliklinisk konsultasjon vedrørende epilepsi og andre krampetilstander	0,049	0		Ja
901C	Poliklinisk konsultasjon vedr sykdom i perifere nerver	0,045	0		Ja
901D	Poliklinisk konsultasjon vedr MS, degenerative og visse andre nevr lidelser	0,057	0		Ja
901E	Annen poliklinisk konsultasjon vedr smerterelaterte tilstander	0,042	0		Ja
901O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nervesystemet	0,058	0		Ja
DD01	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 01	0,091	1	M	Ja

### Hoveddiagnosegruppe 2: Øyesykdommer

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
36A	Andre inngrep på øyets bakre strukturer	0,731	6	K	Nei
36B	Større inngrep ved netthinneløsning	2,042	8	K	Nei
36C	Brakyterapi av øyet	4,894	13	K	Nei
36D	Andre større inngrep på øyet	1,560	8	K	Nei
36O	Op på corpus vitreum, choroidea, retina, dagkirurgisk behandling	0,579	1	K	Nei
37	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye	1,575	8	K	Nei
37O	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye, dagkirurgisk behandling	0,796	1	K	Nei
38	Intraokulære op hovedsaklig på regnbuehinne ITAD	1,030	9	K	Nei
38O	Intraokulære op hovedsaklig på regnbuehinne ITAD, dagkirurgisk behandling	0,482	1	K	Nei
39	Operasjoner på linsen	0,845	9	K	Nei
39O	Operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling	0,438	1	K	Nei
40N	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer > 17 år	0,578	8	K	Nei
41	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer 0–17 år	0,579	4	K	Nei
41O	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer, dagkirurgisk behandling	0,296	1	K	Nei
42	Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD	1,093	11	K	Nei
42O	Op for glaukom & op på glasslegemet ITAD, dagkirurgisk behandling	0,387	1	K	Nei
43	Hyphema, kontusjonsskader i øyeregionen	0,568	6	M	Ja
44	Alvorlige akutte øyefeksjoner	1,260	19	M	Ja
45	Nevrologiske øyesykdommer	0,814	9	M	Ja
46	Øyesykdommer ITAD > 17 år m/bk	0,937	13	M	Ja

47	Øyesykdommer ITAD > 17 år u/bk	0,512	9	M	Ja
48	Øyesykdommer ITAD 0–17 år	0,582	13	M	Ja
409B	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved svulst i øre, nese, hals, øye og ansikt	0,058	0		Ja
802P	Annen poliklinisk utredning og behandling av øyetilstander med spesifiserte tiltak	0,035	0		Ja
802U	Poliklinisk behandling av AMD med lokal medikamentinjeksjon eller fotodynamisk metode	0,257	0		Ja
902O	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre øyesykdommer	0,028	0		Ja
DD02	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 02	0,125	1	M	Ja

### Hoveddiagnosegruppe 3: Øre-, nese- og halssykdommer

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
49A	Større operasjoner på ØNH ekskl cochleaimplantat	3,233	20	K	Nei
49B	Cochleaimplantat	7,629	5	K	Nei
50N	Kirurgisk fjerning av ørespyttkjertelen (glandula parotis)	1,207	5	K	Nei
51N	Kirurgisk inngrep på spyttkjertel, bortsett fra fjerning av ørespyttkjertelen	0,930	4	K	Nei
51O	Op på spyttkjertler ekskl fjerning av spyttkjertler, dagkirurgisk behandling	0,385	1	K	Nei
52	Operasjoner for leppe- og ganespalte	1,606	8	K	Nei
53A	Operasjoner på bihuler	0,601	4	K	Nei
53B	Operasjoner på temporalben, mastoideus og indre øre	1,007	6	K	Nei
54O	Operasjoner på bihuler, dagkirurgisk behandling	0,311	1	K	Nei
54P	Operasjoner på temporalben, mastoideus og indre øre, dagkirurgisk behandling	0,622	1	K	Nei
55	Diverse operasjoner på øre/nese/hals	0,724	4	K	Nei
55O	Diverse større op på øre/nese/hals, dagkirurgisk behandling	0,194	1	K	Nei
55P	Andre mindre op på øre/nese/hals, dagkirurgisk behandling	0,146	1	K	Nei
56	Plastiske operasjoner på nesene	0,660	3	K	Nei
56O	Plastiske operasjoner på nesene, dagkirurgisk behandling	0,369	1	K	Nei
57	Tons./adenoid op ekskl -ektomi > 17år	0,679	5	K	Nei
58	Tons./adenoid op ekskl -ektomi 0–17 år	0,609	4	K	Nei
59	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi >17år	0,447	3	K	Nei
60	Tonsillektomi og/eller adenoidektomi 0–17 år	0,523	3	K	Nei
60O	Operasjoner på tonsiller og/eller adenoid vev, dagkirurgisk behandling	0,217	1	K	Nei
63	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	1,290	8	K	Nei
63O	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD, dagkirurgisk behandling	0,657	1	K	Nei
64	Ondartede sykdommer i øre, nese, hals	1,764	28	M	Ja
65	Svimmelhet	0,472	6	M	Ja
66	Neseblødning	0,528	7	M	Ja
67	Epiglottitt	1,456	13	M	Ja
68	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon > 17 år m/bk	0,627	9	M	Ja
69	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon > 17 år u/bk	0,470	6	M	Ja
70A	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon 0–17 år m/bk	0,648	5	M	Ja
70B	Otitis media & øvre luftveisinfeksjon 0–17 år u/bk	0,493	4	M	Ja
71	Laryngotrakeitt	0,363	4	M	Ja
72	Neseskade & medfødt nesedeformitet	0,271	6	M	Ja
73	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år	0,492	8	M	Ja

74	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD 0–17 år	0,775	8	M	Ja
168	Prosedyrer i munnhulen m/bk	1,656	11	K	Nei
169	Prosedyrer i munnhulen u/bk	0,892	7	K	Nei
169O	Prosedyrer i munnhulen, dagkirurgisk behandling	0,340	1	K	Nei
185	Tann/munnhulesykd. ekskl tannuttrekking > 17år	0,682	11	M	Ja
186	Tann/munnhulesykd. ekskl tannuttrekking 0–17 år	0,577	8	M	Ja
187A	Tannuttrekking & restaurering	0,485	6	M	Ja
187E	Tannimplantatbehandling	0,143	0		Ja
187O	Annen poliklinisk tannbehandling	0,031	0		Ja
482	Tracheostomi ved sykdommer i ansikt, munnhule eller hals	10,000	64	K	Nei
482O	Tracheostomi ved sykdommer i ansikt, munnhule eller hals, dagkirurgisk behandling	5,000	1	K	Nei
520	Obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS)	0,251	2	M	Ja
521	Operativ korreksjon av obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS)	0,376	2	K	Nei
521O	Operativ korreksjon av obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS), dagkirurgisk behandling	0,222	1	K	Nei
701O	Poliklinisk endoskopi av øvre luftveier	0,022	0		Ja
702O	Endoskopi av nedre luftveier	0,086	0		Ja
803P	Større ØNH-inngrep	0,038	0		Ja
803R	Diagnostisk intervensjon ved søvnapné	0,023	0		Ja
803S	ØNH-biopsi	0,027	0		Ja
803T	Andre ØNH-intervensjoner	0,025	0		Ja
803U	Hørselsforbedrende intervensjoner	0,024	0		Ja
803V	Mindre prosedyre relatert til tenner og tannkjøtt	0,028	0		Ja
803W	Sammensatte diagnostiske intervensjoner for ØNH-problemer	0,029	0		Ja
803Y	Lokale diagnostiske intervensjoner for ØNH-problemer	0,023	0		Ja
903A	Poliklinisk konsultasjon vedr betennelsestilstander i ØNH-regionen	0,025	0		Ja
903B	Poliklinisk konsultasjon vedr sykdommer og skader i kjeve, tenner eller munnhule	0,030	0		Ja
903C	Poliklinisk konsultasjon vedr søvnapne	0,027	0		Ja
903O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i øre-nese-hals	0,032	0		Ja
DD03	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 03	0,109	1	M	Ja

#### Hoveddiagnosegruppe 4: Sykdommer i åndedretsorganene

DRG	DRG-navn	Vekt	Trippkt	Type	KMF
75	Større thoraxop, visse op på perikard/trachea/diafragma m.m.	3,671	26	K	Nei
75O	Større thoraxoperasjoner, dagkirurgisk behandling	0,588	1	K	Nei
76	Op på åndedrettssystemet ITAD m/bk	3,219	39	K	Nei
77	Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk	1,521	14	K	Nei
77O	Op på åndedrettssystemet ITAD, dagkirurgisk behandling	0,395	1	K	Nei
78	Lungeemboli, luftemboli og fettembolisyndrom	1,539	15	M	Ja
79	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst >17år m/bk	2,494	29	M	Ja
80	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst >17 år u/bk	1,668	25	M	Ja
81	Infeksjoner & inflammasjoner i åndedr.syst 0–17 år	2,095	18	M	Ja
82	Svulster i åndedrettssystemet	1,371	20	M	Ja
83	Større thoraxskader m/bk	1,878	17	M	Ja
84	Større thoraxskader u/bk	0,865	7	M	Ja
85	Pleuritis exudativa m/bk	1,243	17	M	Ja
86	Pleuritis exudativa u/bk	0,958	10	M	Ja

87	Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt	1,512	15	M	Ja
88	Kroniske obstruktive lungesykdommer (KOLS)	1,011	11	M	Ja
89	Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk	1,485	17	M	Ja
90	Lungebetennelse & pleuritt > 17 år u/bk	0,735	10	M	Ja
91A	Lungebetennelse & pleuritt 0–17 år m/bk	1,483	9	M	Ja
91B	Lungebetennelse & pleuritt 0–17 år u/bk	0,851	6	M	Ja
92	Interstitielle lungesykdommer m/bk	1,301	24	M	Ja
93	Interstitielle lungesykdommer u/bk	0,861	15	M	Ja
94	Pneumothorax m/bk	1,724	18	M	Ja
95	Pneumothorax u/bk	0,678	9	M	Ja
96	Bronkitt og astma > 17 år m/bk	1,088	9	M	Ja
97	Bronkitt og astma > 17 år u/bk	0,917	6	M	Ja
98A	Bronkitt og astma 0–17 år m/bk	1,190	9	M	Ja
98B	Bronkitt og astma 0–17 år u/bk	0,942	6	M	Ja
99	Funn og symptomer fra åndedretsorganer m/bk	0,677	8	M	Ja
100	Funn og symptomer fra åndedretsorganer u/bk	0,363	4	M	Ja
101	Sykdommer i åndedretsorganer ITAD m/bk	1,085	13	M	Ja
102	Sykdommer i åndedretsorganer ITAD u/bk	0,677	8	M	Ja
409C	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved lungekreft	0,058	0		Ja
475A	Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte	3,240	32	M	Ja
475B	Sykdommer i åndedretsorganer med PEEP support	2,197	23	M	Ja
475O	Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling	0,137	1	M	Ja
495	Lungetransplantasjon	22,981	73	K	Nei
495O	Lungetransplantasjon, dagkirurgisk behandling	11,490	1	K	Nei
804P	Lokale intervensjoner i toraks	0,095	0		Ja
804R	Lungefunksjonsundersøkelse	0,047	0		Ja
904A	Poliklinisk konsultasjon vedr astma og bronkitt	0,042	0		Ja
904B	Poliklinisk konsultasjon vedr KOLS	0,057	0		Ja
904C	Poliklinisk konsultasjon vedr svulst i lunger, bronkier eller mediastinum	0,053	0		Ja
904D	Poliklinisk konsultasjon vedr infeksjon i nedre luftveier	0,044	0		Ja
904O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nedre luftveier/ lunge	0,050	0		Ja
DD04	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 04	0,116	1	M	Ja

### Hoveddiagnosegruppe 5: Sykdommer i sirkulasjonsorganene

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
103	Hjertetransplantasjon inkl ekstrakorporal/ assistert sirkulasjon	32,993	95	K	Nei
103O	Hjertetransplantasjon, dagkirurgisk behandling	16,497	1	K	Nei
104A	Operasjoner på hjerteklaff u/bk	5,195	11	K	Nei
104B	Operasjoner på flere hjerteklaffer eller en hjerteklaffoperasjon m/bk	5,988	26	K	Nei
104C	Kateterbasert aortaklaffimplantasjon (TAVI)	7,018	26	K	Nei
104O	Operasjoner på hjerteklaff inkl hjertekateterisering, dagkirurgisk behandling	2,597	1	K	Nei
107A	Koronar bypass uten hjertekateterisering eller komplekse ledsagende prosedyrer u/bk	2,218	10	K	Nei
107B	Koronar bypass med hjertekateterisering	3,230	17	K	Nei
107C	Koronar bypass med komplekse ledsagende prosedyrer eller m/bk	3,751	22	K	Nei
107O	Koronar bypass uten hjertekateterisering, dagkirurgisk behandling	1,071	1	K	Nei

108	Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD	3,508	25	K	Nei
108O	Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD, dagkirurgisk behandling	0,752	1	K	Nei
109N	Operasjoner på thorakalt aortaaneurisme	4,208	21	K	Nei
110	Større kardiovaskulære op m/bk	5,538	30	K	Nei
110O	Større kardiovaskulære op, dagkirurgisk behandling	1,618	1	K	Nei
111	Større kardiovaskulære op u/bk	2,911	18	K	Nei
112A	Annen perkutan kardiovaskulær prosedyre	3,824	13	K	Nei
112B	Perkutan ablationsbehandling for hjertearytmi	3,069	4	K	Nei
112C	PCI uten AMI u/bk	2,151	4	K	Nei
112D	PCI uten AMI m/bk	3,020	6	K	Nei
112E	PCI med AMI u/bk	2,534	6	K	Nei
112F	PCI med AMI m/bk	2,654	11	K	Nei
112O	Perkutane op på hjerte og store intratorakale kar, dagkirurgisk behandling	1,680	1	K	Nei
113	Amputasjon av underekstr ekskl tå v/ sirk.svikt	3,328	30	K	Nei
113O	Amputasjon av underekstr ekskl tå v/ sirk.svikt, dagkirurgisk behandling	1,664	1	K	Nei
114	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt	2,090	18	K	Nei
114O	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt, dagkirurgisk behandling	1,045	1	K	Nei
115A	Fjerning av permanent pacemaker eller defibrillator	1,261	11	K	Nei
115B	Implantasjon eller bytte av pacemaker	2,837	15	K	Nei
115C	Innsetting eller bytte av defibrillator	5,365	21	K	Nei
115O	Revisjon eller fjerning av permanent pacemaker ved AMI, hjertesvikt eller sjokk, dagkirurgisk behandling	0,446	1	K	Nei
119	Inngrep for åreknuter	0,871	9	K	Nei
119O	Inngrep for åreknuter, dagkirurgisk behandling	0,330	1	K	Nei
120	Operasjoner på sirkulasjonsorganene ITAD	1,663	19	K	Nei
120O	Operasjoner på sirkulasjonsorganene ITAD, dagkirurgisk behandling	0,534	1	K	Nei
121	Sirk.sykdom m/ AMI & kardiov komplik i live etter 4 dager	1,594	17	M	Ja
122	Sirk.sykdom m/ AMI u/kardiov komplik i live etter 4 dager	0,909	9	M	Ja
123	Akutt myokardinfarkt (AMI), liggetid < 4 dager, utskrevet død	0,444	3	M	Ja
124	Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre m/ kompliserende hjertelidelse	1,085	13	M	Ja
125	Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/ kompliserende hjertelidelse	0,396	6	M	Ja
125O	Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre, dagmedisinsk behandling	0,229	1	M	Ja
126	Akutt & subakutt endokarditt	5,386	53	M	Ja
127	Hjertesvikt & ikke-traumatisk sjokk	1,413	16	M	Ja
128	Årebetennelse i de dype vener	0,748	9	M	Ja
129	Hjertestans uten kjent årsak	1,113	19	M	Ja
130	Sykdommer i de perifere kar m/bk	1,049	16	M	Ja
131	Sykdommer i de perifere kar u/bk	0,735	9	M	Ja
132	Antatt ateroskler hjertesykdom m/bk	0,781	8	M	Ja
133	Antatt ateroskler hjertesykdom u/bk	0,443	5	M	Ja
134	Hypertensjon	0,662	7	M	Ja
135	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff > 17år m/bk	1,001	15	M	Ja
136	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff > 17år u/bk	0,531	8	M	Ja
137	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff 0–17 år	1,611	20	M	Ja
138	Hjertearytmier & ledningsforstyrrelser m/bk	0,937	10	M	Ja
139	Hjertearytmier & ledningsforstyrrelser u/bk	0,426	5	M	Ja
140	Angina pectoris	0,551	7	M	Ja

141	Synkope og kollaps m/bk	0,583	8	M	Ja
142	Synkope og kollaps u/bk	0,414	4	M	Ja
143	Brystsmerter	0,342	5	M	Ja
144	Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk	1,372	17	M	Ja
145	Sirkulasjonssykdommer ITAD u/bk	0,833	9	M	Ja
478	Karkirurgisk operasjon ITAD m/bk	2,152	20	K	Nei
479	Karkirurgisk operasjon ITAD u/bk	1,588	9	K	Nei
479O	Karkirurgisk operasjon ITAD, dagkirurgisk behandling	0,626	1	K	Nei
805P	Elektrokonvertering av hjertearytmi	0,085	0		Ja
805R	Diagnostisk prøve av perifer sirkulasjon	0,035	0		Ja
805S	Fysiologisk hjerteundersøkelse	0,033	0		Ja
905A	Pol konsultasjon vedr atrieflimmer og andre rytme- eller ledningsforstyrrelser	0,037	0		Ja
905B	Poliklinisk konsultasjon vedr hypertensjon	0,029	0		Ja
905C	Pol konsultasjon vedr angina pectoris og iskemisk hjertesykdom, unntatt AMI	0,047	0		Ja
905D	Poliklinisk konsultasjon vedr hjertesvikt	0,037	0		Ja
905E	Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdom i perifere blodkar	0,027	0		Ja
905O	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre kretsløpsykdommer	0,040	0		Ja
DD05	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 05	0,115	1	M	Ja

### Hoveddiagnosegruppe 6: Sykdommer i fordøyelsesorganene

DRG	DRG-navn	Vekt	Trippkt	Type	KMF
146	Reseksjonsinngrep på rectum m/bk	3,860	31	K	Nei
147	Reseksjonsinngrep på rectum u/bk	2,786	14	K	Nei
147O	Reseksjonsinngrep på rectum, dagkirurgisk behandling	1,393	1	K	Nei
148	Større operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	4,279	36	K	Nei
149	Større operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	2,242	16	K	Nei
149O	Større operasjoner på tynntarm & tykktarm, dagkirurgisk behandling	0,826	1	K	Nei
150	Operasjon for tarmadheranser m/bk	4,674	24	K	Nei
151	Operasjon for tarmadheranser u/bk	1,963	13	K	Nei
151O	Operasjon for tarmadheranser, dagkirurgisk behandling	0,981	1	K	Nei
152	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm m/bk	2,242	22	K	Nei
153	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm u/bk	1,452	13	K	Nei
153O	Mindre operasjoner på tynntarm & tykktarm, dagkirurgisk behandling	0,523	1	K	Nei
154A	Større operasjoner på spiserør, magesekk & tolvf. > 17 år m/bk	5,879	36	K	Nei
154B	Andre operasjoner på spiserør, magesekk & tolvf. > 17 år m/bk	5,313	35	K	Nei
155A	Større operasjoner på spiserør, magesekk & tolvf. > 17 år u/bk	2,912	15	K	Nei
155B	Andre operasjoner på spiserør, magesekk & tolvf. > 17 år u/bk	1,630	10	K	Nei
156	Op på spiserør, magesekk & tolvf. 0–17 år	2,838	17	K	Nei
156O	Operasjoner på spiserør, magesekk & tolvf., dagkirurgisk behandling	0,513	1	K	Nei
157	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm m/bk	1,267	16	K	Nei
158	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm u/bk	0,574	6	K	Nei
158O	Enkle tarmop & op på anus & fremlagt tarm, dagkirurgisk behandling	0,201	1	K	Nei
159	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år m/bk	2,056	16	K	Nei
160	Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år u/bk	0,999	7	K	Nei

160O	Brokkop ekskl inguinal & femoral, dagkirurgisk behandling	0,486	1	K	Nei
161	Inguinal & femoral brokkop > 17år m/bk	1,036	7	K	Nei
162	Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	0,760	4	K	Nei
162O	Inguinal & femoral brokkop, dagkirurgisk behandling	0,275	1	K	Nei
162P	Bilateral inguinal & femoral brokkop, dagkirurgisk behandling	0,430	1	K	Nei
163	Lyskebrokkoperasjon 0–17 år	0,600	5	K	Nei
166N	Appendektomi med kompliserende hovedtilstand	1,131	9	K	Nei
167	Appendektomi uten kompliserende hovedtilstand	0,783	4	K	Nei
167O	Appendektomi, dagkirurgisk behandling	0,361	1	K	Nei
170	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD m/bk	3,484	32	K	Nei
171	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD u/bk	1,106	9	K	Nei
171O	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD, dagkirurgisk behandling	0,332	1	K	Nei
172	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene m/bk	1,401	21	M	Ja
173	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene u/bk	0,761	13	M	Ja
174N	Komplisert magesår eller blødning i fordøyelseskanalen	1,085	12	M	Ja
175N	Ukomplisert magesår eller blødning i fordøyelseskanalen	0,564	7	M	Ja
179	Inflammatoriske tarmsykdommer	1,026	14	M	Ja
180	Gastrointestinal passasjehindring m/bk	0,790	13	M	Ja
181	Gastrointestinal passasjehindring u/bk	0,427	6	M	Ja
182	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år m/bk	0,710	12	M	Ja
183	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år u/bk	0,415	6	M	Ja
184A	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse 0–17 år m/bk	0,719	8	M	Ja
184B	Øsofagitt, gastroenteritt & diverse 0–17 år u/bk	0,545	5	M	Ja
188	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD > 17år m/bk	1,101	17	M	Ja
189	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD > 17år u/bk	0,456	7	M	Ja
190	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD 0–17 år	0,603	11	M	Ja
409E	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved kreft i fordøyelsesorganer	0,058	0		Ja
703O	Endoskopisk innlegging av stent i magetarmkanalen	0,347	0		Ja
704O	Terapeutisk enteroskopi	0,076	0		Ja
706O	Terapeutisk endoskopi av øvre magetarmkanal	0,074	0		Ja
707O	Terapeutisk rektoskopi	0,053	0		Ja
707P	Poliklinisk behandling av hemoroider	0,034	0		Ja
709O	Enteroskopi	0,054	0		Ja
710O	Koloskopi	0,072	0		Ja
711O	Poliklinisk endoskopi av øvre magetarmkanal	0,058	0		Ja
712O	Poliklinisk sigmoidoskopi	0,051	0		Ja
720O	Kombinert gastrointestinal endoskopi	0,087	0		Ja
806H	Poliklinisk behandling av mage-tarmlidelser med infusjon av særskilte legemidler	0,571	0		Nei
806P	Mindre gastroenterologisk abdominal prosedyre	0,069	0		Ja
806R	Fysiologisk gastrointestinal undersøkelse	0,056	0		Ja
806S	Mindre invasiv gastrointestinal biopsi	0,104	0		Ja
906A	Poliklinisk konsultasjon vedr svulst i fordøyelseskanalen	0,046	0		Ja
906B	Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk tarmsykdom	0,047	0		Ja
906C	Poliklinisk konsultasjon vedr smerte i mageregionen	0,037	0		Ja
906O	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre fordøyelsessykdommer	0,034	0		Ja
DD06	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 06	0,115	1	M	Ja



**Hoveddiagnosegruppe 7: Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel**

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
191A	Transplantasjon av bukspyttkjertel, med eller uten nyretransplantasjon	12,251	26	K	Nei
191B	Op på bukspyttkj/lever & portosyst shuntop m/bk	5,137	40	K	Nei
191O	Transplantasjon av bukspyttkjertel, med eller uten nyretransplantasjon, dagkirurgisk behandling	2,568	1	K	Nei
192	Op på bukspyttkj/lever & portosyst shuntop u/bk	4,280	21	K	Nei
192O	Op på bukspyttkj/lever & portosyst shuntop, dagkirurgisk behandling	2,140	1	K	Nei
193	Op på galleveier uten samtidigolecystektomi m/bk	2,782	27	K	Nei
194	Op på galleveier uten samtidigolecystektomi u/bk	1,673	15	K	Nei
195	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang m/bk	5,708	29	K	Nei
196	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang u/bk	5,361	11	K	Nei
197	Åpenolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang m/bk	3,897	42	K	Nei
198	Åpenolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang u/bk	1,773	13	K	Nei
199	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj m/ ondartet svulst	3,037	25	K	Nei
200	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj u/ ondartet svulst	3,260	46	K	Nei
200O	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj, dagkirurgisk behandling	1,630	1	K	Nei
201	Op på lever, galleveier & bukspyttkjertel ITAD	2,850	39	K	Nei
201O	Op på lever, galleveier & bukspyttkjertel ITAD, dagkirurgisk behandling	1,425	1	K	Nei
202	Cirrhose & alkoholisk leversykdom	1,668	20	M	Ja
203	Ondartede svulster i lever/galleveier & bukspyttkjertel	1,159	18	M	Ja
204	Sykdommer i bukspyttkjertel ekskl ondartede svulster	1,368	17	M	Ja
205	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholutløste m/bk	1,929	22	M	Ja
206	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholutløste u/bk	0,844	10	M	Ja
207	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede m/bk	1,340	17	M	Ja
208	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede u/bk	0,601	8	M	Ja
480	Levertransplantasjon	29,757	90	K	Nei
480O	Levertransplantasjon, dagkirurgisk behandling	14,879	1	K	Nei
493	Laparoskopiskolecystektomi u/ eksplor av gallegang m/bk	1,915	21	K	Nei
494	Laparoskopiskolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	1,236	9	K	Nei
494O	Laparoskopiskolecystektomi u/ eksplor av gallegang, dagkirurgisk behandling	0,482	1	K	Nei
713O	Innlegging av stent i gallegang ved ERCP	0,442	0		Ja
714O	Terapeutisk endoskopi av gallegang	0,138	0		Ja
715O	Endoskopi av gallegang	0,156	0		Ja
807P	Gastrointestinal biopsi for lever- og galleveistilstand	0,064	0		Ja
907A	Poliklinisk konsultasjon vedr hepatitt og andre ikke-maligne leverlidelser	0,052	0		Ja
907B	Poliklinisk konsultasjon vedr galleveislidelser	0,019	0		Ja
907O	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i lever og galleveier	0,042	0		Ja
DD07	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 07	0,146	1	M	Ja

**Hoveddiagnosegruppe 8: Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev**

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
209C	Utskifting av hoftelddsprotese	7,346	28	K	Nei
209D	Innsetting av hoftelddsprotese m/bk	4,233	19	K	Nei

209E	Innsetting av hofteleddsprotese u/bk	3,464	19	K	Nei
209F	Utskifting av protese i kne eller ankel	6,453	28	K	Nei
209G	Innsetting av protese i kne eller ankel	3,158	19	K	Nei
209O	Store leddingrep på underekstremitet, ikke reoperasjon, dagkirurgisk behandling	1,979	1	K	Nei
210	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år m/bk	2,534	19	K	Nei
211	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år u/bk	1,571	19	K	Nei
212	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop 0–17 år	2,013	16	K	Nei
212O	Op på bekken/hofte/femur ekskl hofteledd, dagkirurgisk behandling	0,631	1	K	Nei
213	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet	3,354	30	K	Nei
213O	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet, dagkirurgisk behandling	0,444	1	K	Nei
214A	Kombinert fremre/ bakre spondylodese	5,896	28	K	Nei
214B	Fremre eller bakre spondylodese m/bk	5,066	33	K	Nei
214C	Operasjoner på kolumna ekskl. spondylodese m/bk	2,636	21	K	Nei
215B	Fremre eller bakre spondylodese u/bk	2,801	11	K	Nei
215C	Operasjoner på kolumna ekskl. spondylodese u/bk	1,380	9	K	Nei
215O	Operasjoner på kolumna ekskl. spondylodese, dagkirurgisk behandling	0,624	1	K	Nei
216	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet & bindevevet	1,427	18	K	Nei
216O	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet & bindevevet, dagkirurgisk behandling	0,414	1	K	Nei
217	Sårrev & hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykdom i HDG 8	4,285	48	K	Nei
217O	Sårrev & hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykdom i HDG 8, dagkirurgisk behandling	0,609	1	K	Nei
218	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år m/bk	2,687	24	K	Nei
219	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	1,633	13	K	Nei
220	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop 0–17 år	0,943	8	K	Nei
220O	Op på humerus & kne/legg/fot, dagkirurgisk behandling	0,554	1	K	Nei
221	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop m/bk	2,128	24	K	Nei
222	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	0,887	10	K	Nei
222O	Annen operasjon på kne eller legg, dagkirurgisk behandling	0,337	1	K	Nei
222P	Større operasjon på kne eller legg, dagkirurgisk behandling	0,415	1	K	Nei
223	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese m/bk	1,575	13	K	Nei
223O	Større op på humerus/albue/underarm, dagkirurgisk behandling	0,691	1	K	Nei
224	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk	0,970	6	K	Nei
224O	Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese, dagkirurgisk behandling	0,582	1	K	Nei
225	Operasjoner på ankel & fot	1,278	10	K	Nei
225O	Operasjoner på ankel og fot, dagkirurgisk behandling	0,709	1	K	Nei
226	Bløtdelsoperasjoner ITAD m/bk	1,706	24	K	Nei
227	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	0,726	7	K	Nei
227O	Bløtdelsoperasjoner ITAD, dagkirurgisk behandling	0,308	1	K	Nei
228	Op på håndledd/hånd/tommel m/bk eller leddprotese håndledd/hånd	1,212	11	K	Nei
228O	Større op på håndlegg/hånd/tommel, dagkirurgisk behandling	0,398	1	K	Nei
229	Op på håndledd/hånd u/bk eller sårrevisjon på overekstremitet	0,709	6	K	Nei
229O	Op på håndledd/ hånd ekskl større leddop, dagkirurgisk behandling	0,313	1	K	Nei
230	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur	0,817	12	K	Nei
230O	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur, dagkirurgisk behandling	0,283	1	K	Nei
231	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	0,698	9	K	Nei

231O	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur, dagkirurgisk behandling	0,232	1	K	Nei
232	Artroskopi	1,096	15	K	Nei
232O	Artroskopi, dagkirurgisk behandling	0,252	1	K	Nei
233	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD m/bk	2,950	29	K	Nei
234	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	1,178	11	K	Nei
234O	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD, dagkirurgisk behandling	0,507	1	K	Nei
235	Lårbeinsbrudd	1,011	14	M	Ja
236	Brudd på hofte & bekken	0,938	14	M	Ja
237	Forstuving & luksasjon av hofte, bekken & lår	0,553	8	M	Ja
238	Osteomyelitt	2,963	34	M	Ja
239	Patologiske brudd & ondartede svulster i HDG 8	1,146	20	M	Ja
240N	Vaskulitter og systemiske bindevevssykdommer m/bk	1,245	21	M	Ja
241N	Vaskulitter og systemiske bindevevssykdommer u/bk	0,903	21	M	Ja
242A	Infeksiøs artritt og bursitt	3,503	42	M	Ja
242B	Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer m/bk	1,357	21	M	Ja
242C	Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk	0,733	21	M	Ja
242D	Annen artritt	0,856	11	M	Ja
242E	Artroser m/bk	0,619	11	M	Ja
242F	Artroser u/bk	0,428	7	M	Ja
243	Ryggliedelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen	0,719	11	M	Ja
244	Andre beinsykdommer m/bk	0,760	18	M	Ja
245	Andre beinsykdommer u/bk	0,396	9	M	Ja
247	Uspesifikke tilst & sympt fra muskel-skjelettsyst/bindevev ITAD	0,455	7	M	Ja
248	Tilstander i muskler, sener, seneskjeder, fascie & bursa ITAD	0,674	10	M	Ja
249	Komplik/følgetilst/etterbehandling av tilstander i HDG 8	0,782	16	M	Ja
250	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd, fot > 17 år m/bk	0,787	12	M	Ja
251	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd, fot > 17 år u/bk	0,347	6	M	Ja
252	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd fot 0–17 år	0,317	2	M	Ja
253	Brudd/forstuving/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot >17 år m/bk	0,808	16	M	Ja
254	Brudd/forstuving/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot > 17 år u/bk	0,456	10	M	Ja
255	Brudd/forstuving/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot 0–17 år	0,345	4	M	Ja
256	Sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev ITAD	0,827	11	M	Ja
471N	Bilaterale eller flere store leddproteseoperasjoner i ekstremiteter	5,263	37	K	Nei
491	Proteseop & replantasjon i skulder/albue/håndledd	4,453	15	K	Nei
491O	Proteseop og replantasjon i skulder/albue/håndledd, dagkirurgisk behandling	3,189	1	K	Nei
808H	Polikli behandling av revmatologiske lidelser med infusjon av særskilte legemidler	0,435	0		Nei
808S	Påsetting av prefabrikert ortose	0,034	0		Ja
808U	Muskel- og skjelettbiopsi	0,025	0		Ja
808V	Poliklinisk leddpunksjon	0,040	0		Ja
808W	Lukket reposisjon av brudd og luksasjon eller leddmobilisering	0,046	0		Ja
808Y	Ortopedisk bandasjering	0,027	0		Ja
908A	Pol kons vedr brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken	0,027	0		Ja
908B	Poliklinisk konsultasjon vedrørende artrose	0,023	0		Ja
908C	Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk leddsykdom	0,025	0		Ja
908D	Poliklinisk konsultasjon vedr systemiske bindevevssykdommer	0,033	0		Ja
908E	Poliklinisk konsultasjon vedr tendinitt, myositt og bursitt	0,019	0		Ja

908F	Poliklinisk konsultasjon vedr lidelser og skader i rygg og nakke	0,040	0		Ja
908O	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i bevegelsesapparatet	0,017	0		Ja
908R	Ortopedisk diagnostisk ultralyd	0,022	0		Ja
DD08	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 08	0,086	1	M	Ja

### Hoveddiagnosegruppe 9: Sykdommer i hud og underhud

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
263	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt m/bk	5,236	46	K	Nei
264	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt u/bk	2,687	26	K	Nei
265	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt m/bk	2,348	37	K	Nei
266	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt u/bk	1,071	13	K	Nei
266O	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt dagkirurgisk behandling	0,295	1	K	Nei
267	Perianale inngrep & operasjoner for sakralcyste	0,484	5	K	Nei
267O	Perianale inngrep & operasjoner for sakralcyste, dagkirurgisk behandling	0,192	1	K	Nei
268	Plastiske op på hud og underhud	1,079	16	K	Nei
268O	Plastiske op på hud og underhud, dagkirurgisk behandling	0,404	1	K	Nei
269	Op på hud og underhud ITAD m/bk	2,184	25	K	Nei
270	Op på hud og underhud ITAD u/bk	0,718	9	K	Nei
270O	Op på hud og underhud ITAD, dagkirurgisk behandling	0,257	1	K	Nei
271	Kroniske sår i huden	1,377	22	M	Ja
272	Alvorlig hudsykdom m/bk	1,563	22	M	Ja
273	Alvorlig hudsykdom u/bk	1,265	22	M	Ja
277	Infeksjoner i hud og underhud > 17 år m/bk	1,236	15	M	Ja
278	Infeksjoner i hud og underhud > 17 år u/bk	0,615	9	M	Ja
279	Infeksjoner i hud og underhud 0–17 år	0,970	9	M	Ja
280	Skade av hud og underhud > 17 år m/bk	0,720	12	M	Ja
281	Skade av hud og underhud > 17 år u/bk	0,378	7	M	Ja
282	Skade av hud og underhud 0–17 år	0,276	3	M	Ja
283	Lettere hudsykdom m/bk	1,709	22	M	Ja
284	Lettere hudsykdom u/bk	0,666	15	M	Ja
409F	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved hudkreft	0,058	0		Ja
809H	Poliklinisk behandling av hudlidelser med infusjon av særskilte legemidler	0,560	0		Nei
809J	Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon	0,021	0		Ja
809P	Fotodynamisk behandling av hudlidelse	0,049	0		Ja
809R	Annen lysbehandling	0,006	0		Ja
809S	Basal sårbehandling	0,031	0		Ja
809T	Mindre hudprosedyre	0,031	0		Ja
909A	Poliklinisk konsultasjon vedrørende mindre hudskader	0,033	0		Ja
909B	Poliklinisk konsultasjon vedrørende kroniske sår	0,020	0		Ja
909C	Poliklinisk konsultasjon vedrørende svulster i hud og underhud	0,028	0		Ja
909D	Poliklinisk konsultasjon vedr psoriasis og andre papuloskvamøse lidelser	0,020	0		Ja
909E	Poliklinisk konsultasjon vedr eksem og dermatitt	0,024	0		Ja
909O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i hud og underhud	0,026	0		Ja
DD09	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 09	0,088	1	M	Ja

**Hoveddiagnosegruppe 10: Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer**

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
285	Amputasjoner av underekstr pga sykdom i HDG 10	2,050	36	K	Nei
285O	Amputasjoner av underekstr pga sykdom i HDG 10, dagkirurgisk behandling	1,024	1	K	Nei
286	Operasjoner på binyrer & hypofyse	2,311	14	K	Nei
286O	Operasjoner på binyrer & hypofyse, dagkirurgisk behandling	1,155	1	K	Nei
288A	Gastrointestinale operasjoner for adipositas	1,867	6	K	Nei
288B	Andre operasjoner for adipositas	1,171	7	K	Nei
288O	Gastrointestinale operasjoner for adipositas, dagkirurgisk behandling	0,931	1	K	Nei
288P	Andre operasjoner for adipositas, dagkirurgisk behandling	0,646	1	K	Nei
289	Operasjoner på biskjoldbruskkjertelen	1,228	6	K	Nei
289O	Operasjoner på biskjoldbruskkjertelen, dagkirurgisk behandling	0,666	1	K	Nei
290	Operasjoner på skjoldbruskkjertelen	1,277	6	K	Nei
290O	Operasjoner på skjoldbruskkjertelen, dagkirurgisk behandling	0,639	1	K	Nei
291	Eksisjon av median halsfistel eller cyste	0,938	5	K	Nei
291O	Eksisjon av median halsfistel eller cyste, dagkirurgisk behandling	0,470	1	K	Nei
292	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD m/bk	3,664	36	K	Nei
293	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD u/bk	1,032	10	K	Nei
293O	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD, dagkirurgisk behandling	0,153	1	K	Nei
294	Diabetes > 35 år	0,762	10	M	Ja
295	Diabetes < 36 år	1,560	12	M	Ja
296	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17år m/bk	0,905	15	M	Ja
297	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17år u/bk	0,471	8	M	Ja
298	Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD 0–17 år	0,832	8	M	Ja
299	Medfødte stoffskiftesykdommer	0,824	15	M	Ja
300	Indresekretoriske sykdommer m/bk	1,072	15	M	Ja
301	Indresekretoriske sykdommer u/bk	0,618	9	M	Ja
810R	Registrering av hormonprofil	0,052	0		Ja
910A	Poliklinisk konsultasjon vedrørende diabetes mellitus	0,050	0		Ja
910B	Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdom i skjoldbruskkjertelen	0,032	0		Ja
910C	Poliklinisk konsultasjon vedrørende fedme og overvekt	0,042	0		Ja
910O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre endokrine/ernærings-/stoffskiftesykdommer	0,047	0		Ja
DD10	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 10	0,156	1	M	Ja

**Hoveddiagnosegruppe 11: Nyre og urinveissykdommer**

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
302	Nyretransplantasjon	11,738	32	K	Nei
302O	Nyretransplantasjon, dagkirurgisk behandling	5,869	1	K	Nei
303	Nyre/ureterop & større blæreop pga ondartet svulst	3,042	25	K	Nei
304	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst m/bk	2,375	23	K	Nei
305	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst u/bk	1,783	11	K	Nei
305O	Nyre/ureterop & større blæreop ekskl onda svulst, dagkirurgisk behandling	0,578	1	K	Nei
308	Operasjoner på urinblæren ITAD m/bk	1,279	14	K	Nei
309	Operasjoner på urinblæren ITAD u/bk	0,754	6	K	Nei
309O	Mindre operasjoner på urinblære ITAD, dagkirurgisk behandling	0,348	1	K	Nei
310	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata m/bk	0,935	9	K	Nei

311	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk	0,635	6	K	Nei
311O	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata, dagkirurgisk behandling	0,280	1	K	Nei
312	Operasjoner på urinrør > 17 år m/bk	1,095	7	K	Nei
313	Operasjoner på urinrør > 17 år u/bk	0,444	4	K	Nei
314	Operasjoner på urinrør 0–17 år	1,025	9	K	Nei
314O	Operasjoner på urinrør, dagkirurgisk behandling	0,193	1	K	Nei
315	Operasjoner på nyrer & urinveier ITAD	1,467	16	K	Nei
315O	Operasjoner på nyrer & urinveier ITAD, dagkirurgisk behandling	0,381	1	K	Nei
316	Nyresvikt	1,650	19	M	Ja
317	Dialysebehandling	0,097	8	M	Ja
317O	Dialysebehandling, dagmedisinsk behandling	0,093	1	M	Ja
318	Svulster i nyrer & urinveier m/bk	1,488	19	M	Ja
319	Svulster i nyrer & urinveier u/bk	0,562	10	M	Ja
320	Infeksjoner i nyrer & urinveier > 17 år m/bk	1,132	14	M	Ja
321	Infeksjoner i nyrer & urinveier > 17 år u/bk	0,654	11	M	Ja
322	Infeksjoner i nyrer & urinveier 0–17 år	1,129	8	M	Ja
323	Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling	0,704	10	M	Ja
323O	Stein i urinveiene og/eller ESWL behandling, dagmedisinsk behandling	0,252	1	M	Ja
324	Stein i urinveiene u/bk	0,377	5	M	Ja
325	Symptomer fra nyrer & urinveier > 17 år m/bk	0,576	9	M	Ja
326	Symptomer fra nyrer & urinveier > 17 år u/bk	0,397	7	M	Ja
327	Symptomer fra nyrer & urinveier 0–17 år	0,634	5	M	Ja
329N	Urethrastriktur	0,333	9	M	Ja
331	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD > 17 år m/bk	1,072	17	M	Ja
332	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD > 17 år u/bk	0,532	8	M	Ja
333	Sykdom i nyrer & urinveier ITAD 0–17 år	0,688	12	M	Ja
716O	Terapeutisk endoskopi av urinveiene	0,081	0		Ja
717O	Endoskopi av øvre urinveier	0,025	0		Ja
718O	Endoskopi av nedre urinveier	0,023	0		Ja
811P	Punksjon av nyre eller retroperitoneum	0,039	0		Ja
811R	Polikliniske urologiske tiltak, hovedsakelig diagnostiske	0,029	0		Ja
811S	Mindre prosedyre på nedre urinveier	0,032	0		Ja
911A	Poliklinisk konsultasjon vedrørende nyresvikt	0,050	0		Ja
911B	Poliklinisk konsultasjon vedrørende svulst i urinveiene	0,035	0		Ja
911C	Poliklinisk konsultasjon vedr oppfølging av nyretransplanterte	0,039	0		Ja
911O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nyre og urinveier	0,025	0		Ja
DD11	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 11	0,078	1	M	Ja

### Hoveddiagnosegruppe 12: Sykdommer i mannlige kjønnsorganer

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
334	Større operasjoner i det mannlige bekken m/bk	2,204	17	K	Nei
335	Større operasjoner i det mannlige bekken u/bk	1,577	8	K	Nei
335O	Større operasjoner i det mannlige bekken, dagkirurgisk behandling	0,789	1	K	Nei
336	Transurethral prostatectomi m/bk	0,957	10	K	Nei
337	Transurethral prostatectomi u/bk	0,739	6	K	Nei
337O	Transurethral prostatectomi, dagkirurgisk behandling	0,208	1	K	Nei
338	Op på skrotalinnhold ved ondartede sykdommer	0,922	10	K	Nei
339	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd > 17 år	0,715	6	K	Nei

340	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd 0–17 år	0,513	4	K	Nei
340O	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd, dagkirurgisk behandling	0,310	1	K	Nei
341	Operasjoner på penis	0,805	10	K	Nei
341O	Operasjoner på penis, dagkirurgisk behandling	0,269	1	K	Nei
342	Omskjæring > 17 år	0,541	5	K	Nei
343	Omskjæring 0–17 år	0,387	4	K	Nei
343O	Omskjæring, dagkirurgisk behandling	0,192	1	K	Nei
344	Op på mannlige kjønnsorg ved ondartet svulst ITAD	1,086	11	K	Nei
345	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD	0,831	5	K	Nei
345O	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD, dagkirurgisk behandling	0,227	1	K	Nei
346	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk	1,028	17	M	Ja
347	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk	0,450	8	M	Ja
348	Godartet hypertrofi av prostata m/bk	0,584	9	M	Ja
349	Godartet hypertrofi av prostata u/bk	0,329	6	M	Ja
350	Inflammasjon i mannlige kjønnsorganer	0,508	8	M	Ja
351	Sterilisering av menn	0,000	0	K	Nei
351O	Sterilisering av menn, dagkirurgisk behandling	0,000	1	K	Nei
352	Sykdommer i mannlige kjønnsorganer ITAD	0,325	5	M	Ja
409I	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved svulst i mannlige kjønnsorganer	0,058	0		Ja
409P	Brakyterapi ved prostatakraft	1,291	0	K	Nei
812P	Mindre prosedyrer på mannlige kjønnsorgan	0,027	0		Ja
912A	Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i mannlige kjønnsorgan	0,032	0		Ja
912O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i mannlige kjønnsorganer	0,022	1		Ja
DD12	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 12	0,082	1	M	Ja

### Hoveddiagnosegruppe 13: Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
353	Eksentrasjon av bekkenet, radikal hysterektomi & vulvektomi	3,084	14	K	Nei
353O	Eksentrasjon av bekkenet, radikal hysterektomi & vulvektomi, dagkirurgisk behandling	1,542	1	K	Nei
354	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd m/bk	3,374	19	K	Nei
355	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd u/bk	2,130	10	K	Nei
355O	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd, dagkirurgisk behandling	0,652	1	K	Nei
356	Rekonstruktive gynekologiske inngrep	1,727	5	K	Nei
356O	Rekonstruktive gynekologiske inngrep, dagkirurgisk behandling	0,810	1	K	Nei
357	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom	2,498	14	K	Nei
357O	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom, dagkirurgisk behandling	0,732	1	K	Nei
358	Op på uterus/adn ved godartede sykd m/bk	2,019	11	K	Nei
359	Op på uterus/adn ved godartede sykd u/bk	1,246	6	K	Nei
359O	Op på uterus/adn ved godartede sykd i ovar/adn, dagkirurgisk behandling	0,343	1	K	Nei
360	Operasjoner på vagina, cervix & vulva ekskl vulvektomi	0,629	11	K	Nei
360O	Operasjoner på vagina, cervix & vulva ekskl vulvektomi, dagkirurgisk behandling	0,190	1	K	Nei

361	Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi	0,859	5	K	Nei
361O	Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi, dagkirurgisk behandling	0,305	1	K	Nei
362	Sterilisering via laparoskopi eller annen endoskopisk sterilisering	0,000	2	K	Nei
362O	Sterilisering via laparoskopi eller annen endoskopisk sterilisering, dagkirurgisk behandling	0,000	1	K	Nei
363	Utskraping & konisering ved ondartet sykdom	0,609	7	K	Nei
364	Utskraping & konisering ekskl ondartet sykdom	0,426	4	K	Nei
364O	Utskraping & konisering, dagkirurgisk behandling	0,139	1	K	Nei
365	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD	1,300	16	K	Nei
365O	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD, dagkirurgisk behandling	0,290	1	K	Nei
366	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer m/bk	1,155	21	M	Ja
367	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer u/bk	0,703	13	M	Ja
368	Infeksjoner i kvinnelige kjønnsorganer	0,525	8	M	Ja
369	Tilstander i kvinnelige kjønnsorganer ITAD	0,350	5	M	Ja
719O	Hysteroskopi og salpingoskopi	0,018	0		Ja
813R	Assistert befruktning	0,181	0		Ja
813S	Gynekologisk biopsi	0,016	0		Ja
813T	Annen poliklinisk gynekologisk prosedyre	0,020	0		Ja
913A	Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i kvinnelige kjønnsorganer	0,018	0		Ja
913B	Poliklinisk konsultasjon vedrørende infertilitet	0,025	0		Ja
913O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	0,018	0		Ja
DD13	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 13	0,115	1	M	Ja

#### Hoveddiagnosegruppe 14: Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
370	Keisersnitt m/bk	1,948	16	K	Nei
371	Keisersnitt u/bk	1,186	9	K	Nei
371O	Keisersnitt, dagkirurgisk behandling	0,593	1	K	Nei
372	Vaginal fødsel m/bk	0,683	9	M	Nei
373	Vaginal fødsel u/bk	0,411	6	M	Nei
373O	Vaginal fødsel, dagopphold	0,411	1	M	Nei
374	Vaginal fødsel m/sterilisering og/eller evakuering	0,841	10	K	Nei
375	Vaginal fødsel m/ op ekskl sterilisering & evakuering	1,213	12	K	Nei
375O	Vaginal fødsel m/ op ekskl sterilisering & evakuering, dagopphold	0,606	1	K	Nei
376	Sykdommer etter forløsning & abort u/ operasjon	0,574	6	M	Ja
377N	Sykdommer etter forløsning & abort m/ operasjon	0,543	6	K	Nei
377O	Sykdommer etter forløsning & abort m/ operasjon, dagkirurgisk behandling	0,192	1	K	Nei
378N	Operasjoner ved ekstrauterin graviditet	0,817	3	K	Nei
378O	Operasjoner ved ekstrauterin graviditet, dagkirurgisk behandling	0,453	1	K	Nei
379	Truende abort	0,469	16	M	Ja
380	Abort uten kirurgisk inngrep & tilst etter abort	0,234	4	M	Ja
381	Spontan el medik utløst abort inkl revisjon	0,296	3	K	Nei
381O	Abort, dagkirurgisk behandling	0,119	1	K	Nei
382	Falske rier	0,285	11	M	Ja
383	Sykdommer i svangerskapet ITAD m/bk	0,484	11	M	Ja



384	Sykdommer i svangerskapet ITAD u/bk	0,303	8	M	Ja
814P	Annen helsehjelp ifm spontanabort og komplikasjoner etter abort	0,026	0		Ja
814R	Andre forløsningsprosedyrer	0,025	0		Ja
814S	Medikamentell svangerskapsavbrytelse	0,053	0		Ja
914O	Poliklinisk konsultasjon vedrørende svangerskap, fødsel og barseltid	0,021	0		Ja
914P	Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide	0,017	0		Ja
914Q	Fosterdiagnostiske undersøkelser	0,032	0		Ja
DD14	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 14	0,081	1	M	Ja

### Hoveddiagnosegruppe 15: Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
385A	Nyfødt, døde 0–2 d. gml eller overf. til annen inst. 0–5 d. etter fødsel	0,762	5		Nei
385B	Oppfølging av neonatalproblemer eller forsinket neonatalproblem	1,414	25		Nei
386N	Nyfødt, fødselsvekt under 1000 g	21,593	119		Nei
387N	Nyfødt, fødselsvekt 1000–1499 g	14,239	65		Nei
388A	Nyfødt, fødselsvekt 1500–2499g eller annen immaturitet, med multiple problemer	6,690	53		Nei
388B	Nyfødt, fødselsvekt 1500–2499g eller annen immaturitet, uten multiple problemer	3,342	22		Nei
388C	Alvorlig respirasjonsproblem hos nyfødt med lav fødselsvekt (<2500g)	10,624	60		Nei
389A	Nyfødt, fødselsvekt minst 1500 g, med større operasjon	8,090	48		Nei
389B	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med multiple problemer	3,515	29		Nei
389C	Alvorlig respirasjonsproblem hos nyfødt uten lav fødselsvekt (>2499g)	3,327	13		Nei
390	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem	0,866	8		Nei
391	Frisk nyfødt	0,367	5		Nei
391O	Frisk nyfødt, dagopphold	0,367	1		Nei
915O	Behandling av nyfødte og perinatale tilstander uten signifikant prosedyre	0,021	0		Nei
DD15	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 15	0,146	1	M	Nei

### Hoveddiagnosegruppe 16: Sykdommer i blod, bloddannede organer og immunapparat

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
392	Op på milten pga sykdom i HDG 16 > 17 år	2,794	17	K	Nei
393	Op på milten pga sykdom i HDG 16 0–17 år	2,850	9	K	Nei
393O	Op på milten pga sykdom i HDG 16, dagkirurgisk behandling	1,425	1	K	Nei
394	Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD	1,477	13	K	Nei
394O	Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD, dagkirurgisk behandling	0,282	1	K	Nei
395	Sykdommer i røde blodlegemer > 17 år	0,639	11	M	Ja
396	Sykdommer i røde blodlegemer 0–17 år	0,993	8	M	Ja
397	Koagulasjonsforstyrrelser	0,757	10	M	Ja
398	Retikuloendoteliale & immunologiske sykd ITAD m/bk	1,521	18	M	Ja
399	Retikuloendoteliale & immunologiske sykd ITAD u/bk	0,805	10	M	Ja
409M	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved hematologisk kreft	0,058	0		Ja
816P	Transfusjon av andre blodkomponenter	0,139	0		Ja
816R	Transfusjon av fullblod eller røde blodlegemer	0,079	0		Ja

916O	Poliklinisk konsultasjon vedr sykdommer ved bloddannelse eller i immunsystemet	0,048	0		Ja
DD16	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 16	0,144	1	M	Ja
<b>Hoveddiagnosegruppe 17: Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster</b>					
DRG	DRG-navn	Vekt	Trippkt	Type	KMF
400	Større operasjoner ved lymfom & leukemi	2,565	24	K	Nei
401	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD m/bk	4,487	40	K	Nei
402	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD u/bk	1,201	13	K	Nei
402O	Op ved lymfom & ikke-akutt leukemi ITAD, dagkirurgisk behandling	0,348	1	K	Nei
403	Lymfom & ikke-akutt leukemi m/bk	2,063	27	M	Ja
404	Lymfom & ikke-akutt leukemi u/bk	0,902	13	M	Ja
405	Akutt leukemi 0–17 år	2,585	29	M	Ja
406	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi m/bk	2,458	25	K	Nei
407	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi u/bk	1,890	17	K	Nei
407O	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi, dagkirurgisk behandling	0,945	1	K	Nei
408	Andre op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom & leukemi	1,471	17	K	Nei
408O	Op ved myeloprolif sykd eller udiff ondartet sykdom, dagkirurgisk behandling	0,371	1	K	Nei
409K	Brakyterapi ved svulst	0,622	0		Ja
409Y	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved andre tilstander	0,058	0		Ja
410A	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, uspesifisert	0,214	4	M	Ja
410B	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 1	0,363	5	M	Ja
410C	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 2	0,617	3	M	Ja
410D	Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 3	1,071	3	M	Ja
411N	Observasjon eller behandling knyttet til tidligere eller mistenkt kreftsykdom	0,776	11	M	Ja
413	Sykdommer i HDG 17 ITAD m/bk	1,878	24	M	Ja
414	Sykdommer i HDG 17 ITAD u/bk	0,915	14	M	Ja
473	Akutt leukemi > 17 år	3,041	37	M	Ja
481A	Annen stamcelletransplantasjon	6,690	38	K	Nei
481B	Allogen stamcelletransplantasjon > 17 år	39,126	74	K	Nei
481C	Allogen stamcelletransplantasjon 0–17 år	39,126	74	K	Nei
481O	Annen stamcelletransplantasjon, dagkirurgisk behandling	3,345	1	K	Nei
481P	Allogen stamcelletransplantasjon, dagkirurgisk behandling	19,564	1	K	Nei
492	Kjemoterapi m/akutt leukemi som bidiagnose	0,878	5	M	Ja
492O	Kjemoterapi m/akutt leukemi som bidiagnose, dagmedisinsk behandling	0,316	1	M	Ja
817S	Fullblods tapping, eller uttak av beinmarg	0,045	0		Ja
850A	Poliklinisk kontakt for ordinær planlegging av stråleterapi	0,000	0		Ja
850B	Poliklinisk kontakt for planlegging av stråleterapi med IMRT eller andre spesielle metoder	0,000	0		Ja
850C	Poliklinisk kontakt for enkel simulering og annen planlegging av stråleterapi	0,000	0		Ja
917A	Pol kons vedr lymfom, leukemi, myelomatose og visse andre benmargssykdommer	0,049	0		Ja
917O	Poliklinisk konsultasjon vedr myeloproliferative tilstander eller udifferensierte svulster	0,032	0		Ja
DD17	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 17	0,104	1	M	Ja

**Hoveddiagnosegruppe 18: Infeksiøse og parasittære sykdommer**

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
415	Op ved sykdommer i HDG 18	3,752	39	K	Nei
415O	Op ved sykdommer i HDG 18, dagkirurgisk behandling	0,414	1	K	Nei
416N	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år	2,232	24	M	Ja
417N	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 0–17 år	2,782	29	M	Ja
418	Postop & posttraumatiske infeksjoner tilhørende HDG 18	0,891	16	M	Ja
419	Feber av ukjent årsak > 17 år m/bk	0,935	12	M	Ja
420	Feber av ukjent årsak > 17 år u/bk	0,552	10	M	Ja
421	Virussykdommer > 17 år	0,769	10	M	Ja
422	Virussykdommer og feber av ukjent årsak 0–17 år	0,717	6	M	Ja
423	Sykdommer i HDG 18 ITAD	1,574	19	M	Ja
489	HIV m/ betydelig HIV relatert sykdom	2,223	35	M	Ja
490	HIV med eller uten bidiagnose	1,333	12	M	Ja
918O	Behandling av infeksjons- og parasittsykdommer uten signifikant prosedyre	0,046	0		Ja
DD18	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 18	0,133	1	M	Ja

**Hoveddiagnosegruppe 19: Psykiske lidelse og rusproblemer**

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
424N	Operasjoner på pasienter med sykdom i HDG19	1,857	15	K	Nei
424O	Operasjoner på pasienter med sykdom i HDG19, dagkirurgisk behandling	0,407	1	K	Nei
426A	Bipolare lidelser, < 60 år	0,388	11	M	Ja
426B	Bipolare lidelser, > 59 år	0,962	13	M	Ja
426C	Andre forstyrrelser i stemningsleie < 60 år	0,378	6	M	Ja
426D	Andre forstyrrelser i stemningsleie > 59 år	0,757	18	M	Ja
427A	Angstlidelse	0,488	8	M	Ja
427B	Varige personlighetsforstyrrelser	0,329	6	M	Ja
427C	Akutt stressreaksjon	0,179	10	M	Ja
427D	Andre nevrososer	0,583	7	M	Ja
428N	Personlighetsforstyrrelser	0,572	4	M	Ja
429A	Organiske betingede mentale forstyrrelser m/bk	1,243	21	M	Ja
429B	Organiske betingede mentale forstyrrelser u/bk	0,800	12	M	Ja
430A	Schizofreni < 30 år	0,678	2	M	Ja
430B	Schizofreni 30–59 år	0,378	13	M	Ja
430C	Schizofreni > 59 år	0,678	9	M	Ja
430D	Kroniske ikke-schizofrene psykoser	0,614	12	M	Ja
430E	Kortvarige ikke-schizofrene psykoser	0,956	11	M	Ja
430F	Andre psykoser	0,578	13	M	Ja
431A	Mental retardasjon	2,159	12	M	Ja
431B	Nevropsykiatriske forstyrrelser	0,682	8	M	Ja
431C	Andre mentale forstyrrelser hos barn	0,439	5	M	Ja
432A	Spiseforstyrrelser	1,748	33	M	Ja
432B	Andre spesifiserte mentale forstyrrelser	0,603	4	M	Ja
432C	Andre uspesifiserte mentale forstyrrelser	0,378	3	M	Ja
436A	Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk m/bk	0,682	9	M	Ja
436B	Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk u/bk	0,348	5	M	Ja
436C	Psykose som skyldes misbruk	0,296	6	M	Ja

919O	Behandling av mental tilstand uten signifikant prosedyre	0,059	0		Ja
DD19	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 19	0,115	1	M	Ja

### Hoveddiagnosegruppe 21: Skade, forgiftninger og toksiske effekter av medikamenter/ andre stoffer, medikamentmisbruk og organiske sinnslidelser fremkalt av disse

DRG	DRG-navn	Vekt	Trippkt	Type	KMF
439	Hudtransplantasjon etter skade	3,243	42	K	Nei
439O	Hudtransplantasjon etter skade, dagkirurgisk behandling	0,414	1	K	Nei
441A	Håndkirurgiske inngrep etter skade	0,822	12	K	Nei
441B	Store håndkirurgiske inngrep etter skade	2,777	18	K	Nei
441O	Håndkirurgiske inngrep etter skade, dagkirurgisk behandling	0,339	1	K	Nei
442	Operasjoner etter skade ITAD m/bk	4,253	51	K	Nei
442O	Større operasjoner for behandlingskomplikasjon, dagkirurgisk behandling	1,345	1	K	Nei
443	Operasjoner etter skade ITAD u/bk	1,287	15	K	Nei
443O	Andre større op etter skader, dagkirurgisk behandling	0,508	1	K	Nei
444	Traume > 17 år m/bk	0,822	16	M	Ja
445	Traume > 17 år u/bk	0,418	7	M	Ja
446	Traume 0–17 år	0,360	6	M	Ja
447	Allergiske reaksjoner > 17 år	0,385	4	M	Ja
448	Allergiske reaksjoner 0–17 år	0,416	3	M	Ja
449	Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel >17 m/bk	0,685	7	M	Ja
450	Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel >17 u/bk	0,316	3	M	Ja
451	Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel 0–17 år	0,385	2	M	Ja
452A	Komplikasjoner ved kirurgisk behandling m/bk	1,237	16	K	Nei
452B	Komplikasjoner ved annen behandling m/bk	0,880	16	M	Ja
453A	Komplikasjoner ved kirurgisk behandling u/bk	0,922	9	K	Nei
453B	Komplikasjoner ved annen behandling u/bk	0,466	8	M	Ja
454	Sykdommer i HDG 21 ITAD m/bk	1,600	14	M	Ja
455	Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk	0,339	4	M	Ja
921O	Poliklinisk konsultasjon vedr skader/ forgiftninger/ skadelige medikamentvirkninger	0,034	0		Ja
DD21	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 21	0,115	1	M	Ja

### Hoveddiagnosegruppe 22: Forbrenninger<sup>3</sup>

DRG	DRG-navn	Vekt	Trippkt	Type	KMF
456	Forbrenninger, overført til annen akutenhet, liggetid < 6 dager	0,878	5		Ja
457	Omfattende forbrenninger uten operativ behandling	6,868	48	M	Ja
458	Mindre omfattende forbrenninger med hudtransplantasjon	2,890	42	K	Nei
458O	Mindre omfattende forbrenninger med hudtransplantasjon, dagkirurgisk behandling	1,445	1	K	Nei
459	Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen operasjon	2,317	23	K	Nei
459O	Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling	0,519	1	K	Nei
460	Mindre omfattende forbrenninger uten operativ behandling	0,813	15	M	Ja
472	Omfattende forbrenninger med operativ behandling	7,365	59	K	Nei
472O	Omfattende forbrenninger med operativ behandling, dagkirurgisk behandling	3,683	1	K	Nei

922O	Behandling av brannskader uten signifikant prosedyre	0,027	1		Ja
DD22	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 22	0,208	1	M	Ja

<sup>3)</sup> For brannskadebehandling ved Haukeland sykehus gjelder egne vekter.

### Hoveddiagnosegruppe 23: Faktorer som påvirker helsetjenesten – andre kontakter med helsetjenesten

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
461	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23	1,219	14	K	Nei
461O	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling	0,529	1	K	Nei
462A	Rehabilitering, kompleks <sup>4</sup>	0,150	0	M	Ja
462B	Rehabilitering, vanlig	0,120	0	M	Ja
462C	Rehabilitering, annen	0,427	18	M	Ja
462O	Poliklinisk rehabilitering	0,032	0	M	Ja
463	Symptomer og funn m/bk	0,869	12	M	Ja
464	Symptomer og funn u/bk	0,605	9	M	Ja
465	Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	1,324	26	M	Ja
466	Etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose	0,743	12	M	Ja
467	Påvirkninger på helsetilstanden ITAD	0,499	10	M	Ja
483	Tracheostomi ekskl for sykd i ansikt, munnhule eller hals	25,093	85	K	Nei
823S	Allergologisk provokasjonstest	0,046	0		Ja
823U	Hyperbar oksygenbehandling	0,073	0		Ja
877O	Andre polikliniske kontakter for gjennomføring av middels omfattende prosedyrer	0,041	0		Ja
923O	Pol kons vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/kontakt med helsetjenesten	0,017	0		Ja
997O	Tverrfaglig utredning	0,101	0		Ja
998O	Grupperettet pasientopplæring	0,031	0		Ja
DD23	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 23	0,094	1	M	Ja

<sup>4)</sup> Som dagbehandling gis kompleks rehabilitering samme vekt som vanlig rehabilitering.

### Hoveddiagnosegruppe 24: Signifikant multitraume

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
484	Kraniotomi ved signifikant multitraume	20,313	32	K	Nei
485	Større op hoftelårbensop & replantasjoner ved HDG 24	6,837	30	K	Nei
486	Operasjoner ved signifikant multitraume ITAD	7,532	30	K	Nei
486O	Operasjoner ved signifikant multitraume ITAD, dagkirurgisk behandling	3,766	1	K	Nei
487	Signifikant multitraume ITAD	2,102	30	M	Ja
DD24	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 24	1,126	1	M	Ja

### Hoveddiagnosegruppe 30: Sykdommer i bryst

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
257	Total mastektomi ved ondartet svulst m/bk	1,303	15	K	Nei
258	Total mastektomi ved ondartet svulst u/bk	0,985	6	K	Nei
258O	Total mastektomi ved ondartet svulst, dagkirurgisk behandling	0,455	1	K	Nei
259	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst m/bk	0,884	6	K	Nei

260	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk	0,645	4	K	Nei
260O	Subtotal mastektomi ved ondartet svulst, dagkirurgisk behandling	0,332	1	K	Nei
261	Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon	0,789	5	K	Nei
261O	Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon, dagkirurgisk behandling	0,457	1	K	Nei
262	Mammabiopsi & lokal eksisjon ved godartede sykdommer	0,574	4	K	Nei
262O	Mammabiopsi & lokal eksisjon ved godartede sykdommer, dagkirurgisk behandling	0,207	1	K	Nei
274	Ondartet sykdom i bryst m/bk	1,283	19	M	Ja
275	Ondartet sykdom i bryst u/bk	0,695	12	M	Ja
276	Godartet sykdom i bryst	0,467	6	M	Ja
409N	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved brystkreft	0,058	0		Ja
501A	Rekonstruksjon av bryst m/bk	3,805	14	K	Nei
501B	Rekonstruksjon av bryst u/bk	1,715	9	K	Nei
501O	Rekonstruksjon av bryst, dagkirurgisk behandling	1,266	1	K	Nei
502	Mastektomi med rekonstruksjon av bryst v/ondartet svulst	2,947	10	K	Nei
509	Andre operasjoner på bryst	0,726	3	K	Nei
509O	Andre operasjoner på bryst, dagkirurgisk behandling	0,307	1	K	Nei
930A	Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i bryst	0,038	0		Ja
930O	Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdommer i bryst	0,030	0		Ja
DD30	Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 30	0,115	1	M	Ja

### Hoveddiagnosegruppe 99: Kategorier utenom hoveddiagnose

DRG	DRG-navn	Vekt	Trimpkt	Type	KMF
468	Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen	4,646	48	K	Nei
468O	Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen, dagkirurgisk behandling	0,965	1	K	Nei
470	Ikke grupperbar pga manglende opplysninger	0,000	0		Nei
477	Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen	1,905	24	K	Nei
477O	Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen, dagkirurgisk behandling	0,341	1	K	Nei

## Vedlegg B

# Aktivitetsgrunnlaget på overordnet nivå

Tabellen under oppsummerer hovedprinsippene for hvilken aktivitet som utløser ISF-refusjon til det regionale helseforetaket hvor pasient er bosatt.

	<b>Somatisk aktivitetstype</b>	<b>ISF-refusjon fra eier til regionale helseforetak</b>
Helseforetak	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Ja
Helseforetak	Poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet	Nei
Private ideelle sykehus med avtale	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Ja
Private institusjoner med sykehusgodkjenning og kjøpsavtale med RHF	Dag- og døgnbehandling	Ja
Private avtalespesialister	Dagkirurgi	Ja
Private avtalespesialister	Poliklinikk	Nei
Behandling i utlandet	Døgnbehandling	Ja
Utenlandske og privatbetalende pasienter	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Nei
«Raskere tilbake»	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Nei

Unntak fra denne tabellen er 3 private poliklinikker som har avtale med regionale helseforetak og som inngår i ISF-ordningen.

# Vedlegg C

## Nærmere om DRG-systemet og kostnadsvekker

### C.1 DRG-systemet

DiagnoseRelaterte Grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. Basert på medisinske og administrative opplysninger om pasienten, blir hvert enkelt sykehusopphold plassert i en, og bare en, DRG.

DRG gir en oversiktlig beskrivelse av sykehusets aktivitet og pasientsammensetning. DRG bærer både medisinsk og økonomisk informasjon, og gjør det mulig å sammenligne sykehus selv om disse skulle behandle helt ulike pasienter. DRG brukes blant annet for å vurdere effektivitet og i aktivitetsbaserte finansieringsordninger som ISF.

DRG skal håndtere en kompleks virkelighet hvor pasienter har tusenvis av ulike diagnoser og like mange ulike behandlinger. Alle behandlede pasienter klassifiseres ved dette systemet i om lag 870 ulike grupper. Hver enkelt DRG er videre plassert i en av 24 hoveddiagnosegrupper (HDG). Hensikten er gruppering innenfor et organsystem.

DRG opererer på populasjonsnivå. Det kan derfor være stor spennvidde innenfor en og samme DRG. Dette gjelder både ressursbruk og aktivitet. For enkeltpasienter eller undergrupper er det derfor vanlig at ressursbruk er forskjellig fra gjennomsnittet. DRG opererer med alle sykehusets kostnader, herunder medisinsk service og administrasjon med mer. Det er dermed flere som har «aksjer» i DRG-poeng som sykehuset genererer, ikke bare den avdelingen som skriver ut pasienten.

Grupperingen til DRG gjøres ut i fra de data som uansett registreres om pasientene i sykehusenes pasientadministrative datasystem. Dette skjer ved hjelp av et dataprogram og man kan derfor ikke selv «velge» en DRG. 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.



## C.2. Prinsippene for DRG-grupperingen

DRG-plassering av et sykehusopphold er et resultat av to trinn:

- DRG-gruppering av avdelingsopphold/ dagopphold/ konsultasjoner
- Aggregering fra avdelingsopphold til sykehusopphold med ny DRG-gruppering

### C.2.1. DRG-gruppering av avdelingsopphold

I de aller fleste tilfeller blir oppholdet først plassert i en av hoveddiagnosegruppene (HDG) etter den registrerte hovedtilstanden. Unntak er noen særdeles ressurskrevende prosedyrer (f.eks. transplantasjoner) hvor hoveddiagnose ikke påvirker DRG-plasseringen. Innenfor HDGene baseres videre grupperingen på prosedyrekoder, bidiagnosekoder, alder og utskrivningsstatus.

Manualen for NordDRG, som viser grupperingslogikken i detalj, finnes på nettsiden [www.nordcase.org/](http://www.nordcase.org/)

### C.2.2. Aggregering fra avdelingsopphold til sykehusopphold og ny DRG-gruppering – hovedprinsipper

Det er sykehusopphold og ikke avdelingsopphold som er grunnlag for ISF-refusjon, selv om avdelingsoppholdene rapporteres til NPR. Etter at avdelingsoppholdene er DRG-gruppert, skjer det derfor 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 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:

- Som hovedregel velges det avdelingsoppholdet med høyest DRG-vekt som sykehusopphold (=«bærende opphold»).
- Dersom to avdelingsopphold har samme DRG-vekt, velges det avdelingsoppholdet som har lengst liggetid som sykehusopphold.
- Hovedtilstanden fra avdelingsoppholdet med høyest DRG-vekt settes som hovedtilstand i sykehusoppholdet.
- Tilstander (både hoved- og bitilstander) fra øvrige opphold overføres til sykehusoppholdet.
- Prosedyrekoder fra bærende opphold overføres alltid til sykehusoppholdet. Prosedyrekoder fra andre avdelingsopphold vil som hovedregel ikke bli overført.

- Administrative data om innleggelsen tas fra første episode (avdelingsopphold/ kontakt), mens administrative data om utskrivningen tas fra siste episode (avdelingsopphold/ kontakt).
- Dersom det ved aggregering inngår avdelingsopphold med 0 liggedager, vil disse oppholdene inngå i aggregeringen som døgnopphold.
- Liggetiden for sykehusoppholdet blir summen av liggetiden for avdelings- og postoppholdene, og beregnes som differansen mellom utskrivningsdato og innskrivingsdato.
- Enkelte diagnosekoder blir gitt prioritet ved overføring til sykehusopphold. Dette gjelder koder for hjerteinfarkt, fødselsvekt, rehabilitering og palliativ behandling. Når sykehusoppholdet omfatter sekundær rehabilitering velges avdelingskoden for avdelingsoppholdet med høyest korrigert DRG-vekt som avdelingskode for sykehusoppholdet. ICD-10 koden for akutt-oppholdet velges som hoveddiagnosekode og rehabiliteringskoden som bidiagnosekode, slik at DRG for sykehusoppholdet blir akuttlidelsen.
- For aggregering innenfor hoveddiagnosegruppene 15 og 24 (nyfødte og multitraume), samt opphold med hjertekateterisering, gjelder egne aggregeringsregler. Disse er beskrevet i egne kulepunkt under.
- For hoveddiagnosegruppe 15 (Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden) er en rekke dataelementer essensielle i forhold til riktig DRG-plassering. Dette gjelder diagnosekoder som beskriver fødselsvekt, intensivprosedyrer («NICU») og operasjoner. Aggregeringsreglene for HDG15 vil derfor skille seg noe ut fra det som er vanlig i NPK. Som hovedtilstand velges hovedtilstand fra bærende opphold (dvs. hovedtilstanden fra avdelingsoppholdet med høyest kostnadsvekt). Dette er likt med hvordan også andre opphold behandles. Bitilstander 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 (Signifikant multitraume) overføres alle prosedyrer som er registrert til sykehusoppholdet ved aggregeringen.
- For hoveddiagnosegruppe 5 (sykdommer i sirkulasjonsorganene) er det noen hjerteprosedyrer (som hjertekateterisering) som er utført i løpet av samme sykehusopphold som etterfølgende hjerteoperasjon. Disse skal også ivaretas ved aggregeringen. Aggregeringsreglene for DRG 107A, B og C er 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.

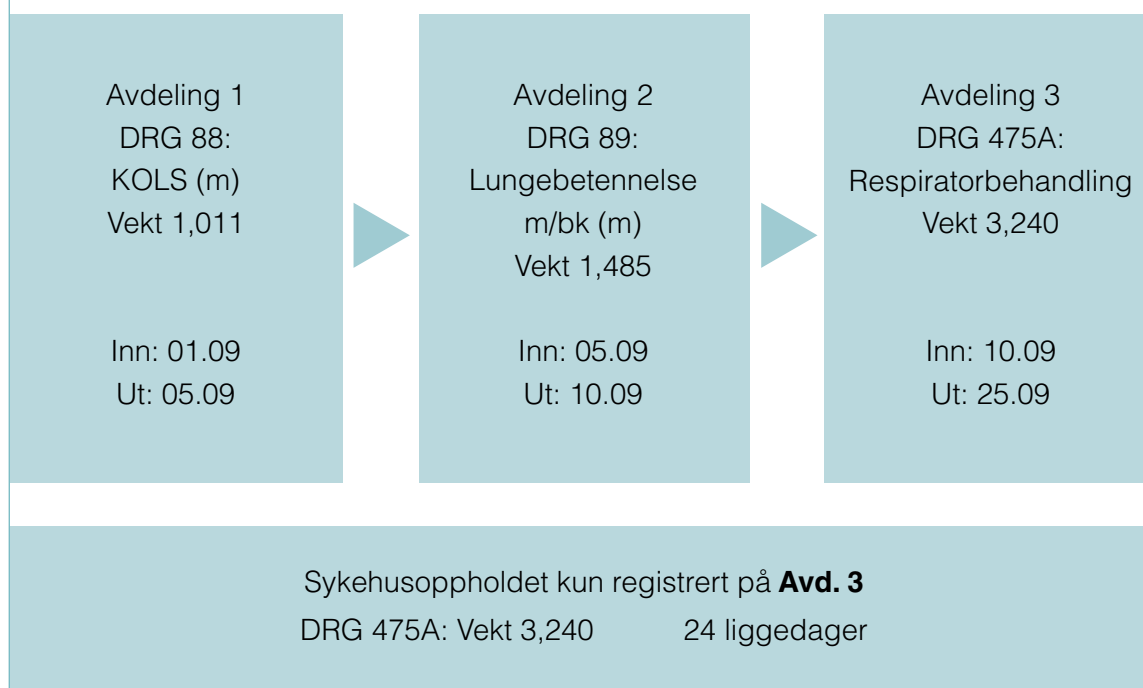
Overlappende avdelingsopphold, dvs. der utskrivningsdato fra avdeling A

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.

Dersom det ved aggregering inngår avdelingsopphold med liggedager = 0 skal slike avdelingsopphold grupperes med grupperingsoppholdstid = 2 og dette grupperingsresultatet benyttes ved aggregering.

Eksempel på aggregering av sykehusopphold:

### **C.2.3. Aggregering av polikliniske kontakter**



For polikliniske kontakter er det et krav at minst ett utførende helsepersonell rapporteres. Den polikliniske kontaktens DRG plassering kontrolleres mot krav om utførende helsepersonell for de DRGer hvor dette er aktuelt (se liste i kapittel 6.8).

Dersom det rapporteres flere polikliniske kontakter for samme pasient på samme dag og ved samme institusjon (HF), gjøres et utvalg av hvilke polikliniske kontakter som skal inngå i beregningsgrunnlaget. Aggregering av polikliniske kontakter som skal inngå i beregningsgrunnlaget skiller seg fra aggregering av avdelingsopphold for innlagte pasienter ved at det i dette tilfelle ikke er snakk om å konstruere nytt opphold ved hjelp av opplysninger fra de aktuelle polikliniske konsultasjonene.

Aggregering av polikliniske kontakter – hovedprinsipper:

- For polikliniske kontakter med lege eller tannlege som utførende helsepersonell foretas ikke en aggregering. Disse inngår i beregningsgrunnlaget som selvstendige kontakter.
- Dersom minst én poliklinisk kontakt er med annet helsepersonell enn lege/tannlege, kontrolleres denne mot en eventuelt forutgående lege/tannlege konsultasjon (subsidiært mot den første etterfølgende legekontakten). Dersom denne konsultasjonen har høyere DRG vekt enn lege/tannlegekonsultasjonen vil denne konsultasjonen velges og inngå i refusjonsgrunnlaget.
- Når ingen av kontaktene har lege som utførende helsepersonell, vil den kontakten som har den høyeste vekten inngå i beregningsgrunnlaget.

### C.3. Kostnadsvekter

#### C.3.1. Hva er kostnadsvekter?

En kostnadsvekt er en relativ størrelse som uttrykker hva alle opphold i en bestemt DRG i gjennomsnitt koster i forhold til gjennomsnittspasienten. Kostnadsvektene brukes til å beregne antall DRG poeng og danner basis for den aktivitetsbaserte finansieringen. Jo høyere vekt, jo flere DRG-poeng og høyere inntekt for behandling av pasientopphold i DRGen. De norske kostnadsvektene beregnes årlig med utgangspunkt i tilrettelagte pasient- og regnskapsdata fra et utvalg sykehus i Norge. For 2012 inngår 11 Helseforetak i datagrunnlaget.

Kostnadsvektene beregnes ved hjelp av en «top-down»-beregningsmodell hvor sykehusets driftskostnader fordeles til ulike DRGer ved hjelp av nasjonale «fordelingsnøkler». Ved top-down metoden beregnes en gjennomsnittlig kostnad per sykehusopphold per DRG. Det er mediankostnad per opphold eller per konsultasjon for hver DRG som danner grunnlag for de nasjonale kostnadsvektene. Når mediankostnaden per opphold per DRG sammenstilles med gjennomsnittskostnaden for alle DRGer får man et mål på hvor ressurskrevende de enkelte DRGene er i forhold til hverandre.

#### C.3.2. Endring i vekter fra 2011 til 2012

For 2012 er det beregnet nye kostnadsvekter basert på kostnads- og aktivitetsdata fra 2010. Tilrettelagte regnskapsdata fra sykehusene er koblet med aktivitetsdata fra sykehusene ved hjelp av en beregningsmodell hvor sykehusets kostnader fordeles ned til det enkelte sykehusopphold og polikliniske konsultasjon. Det beregnes en gjennomsnittlig kostnad per opphold og per konsultasjon i aktuelle DRGer for hvert sykehus i utvalget.

Siden det er kostnadsvariasjoner mellom sykehusene, innhentes det infor-

masjon fra flere sykehus for å sikre at flest mulig DRGer kan kostnadsberegnes og for å få et mest mulig robust grunnlag for kostnadsvektene.

Innføring av nytt vektsett skal ikke påvirke budsjettrammen nasjonalt, men kan gi omfordelingseffekter regionalt, lokalt og på pasientgruppenivå. Når nytt vektsett fastsettes sikres det at nytt vektsett gir samme antall DRG-poeng som gammelt vektsett på det samme aktivitetsgrunnlaget.

Beregningene av vekter blir gjort ut fra historisk informasjon om kostnader og pasientbehandling. Vektene er derfor korrigert for å ta høyde for endret grupperingslogikk.

Det er i 2011 gjennomført en kostnadsberegning av hjemmeadministrert peritonealdialyse og poliklinisk stråleterapi. Videre er kostnadsgrunnlaget for transplantatkirurgien oppdatert med ny kostnadsinformasjon fra Oslo universitetssykehus.

Hjemmeadministrert peritonealdialyse er i løpet av 2011 kostnadsberegnet med basis i kostnadsinformasjon og rapportert aktivitet fra våre samarbeidssykehus. Rapporteringen har skjedd ut fra en definert mal over hvilke ressurser som er medgått i behandlingen av disse pasientene.

For 2012-løsningen er stråleterapiaktiviteten kostnadsberegnet på linje med annen poliklinisk aktivitet. Fram til 2010 har alle disse oppholdene blitt gruppert til samme DRG, DRG 4090 og refusjonen har vært takstbasert avhengig av antall felt som har mottatt stråling. For 2011 ble det utviklet en ny DRG løsning for poliklinisk strålebehandling. Vektene for 2011 ble imidlertid beregnet med utgangspunkt i gjennomsnittlig refusjonsutbetaling i 2010 og var å anse som midlertidige.

I kostnadsberegningen for vektene i 2012 har vi fordelt rapporterte kostnader fra stråleterapienhetene på rapportert aktivitet for de samme enhetene. I arbeidet med å revidere DRG-logikken for poliklinisk stråleterapi er det et behov for å opprette planleggings-DRGer. Tilbakemeldingen fra referansegruppen er at om lag halvparten av ressursinnsatsen i stråleterapien er knyttet til individuell planlegging av behandlingen. Det er også i planleggingsfasen det er størst forskjell i ressursinnsats mellom ulike pasienter og behandlingsformer. På grunn av pågående systemutskiftninger vil dette først tre i kraft fra 2013. I tråd med tilbakemeldingen fra referansegruppen har vi antatt at ressursinnsatsen er lik for de DRGene som gjelder oppmøte for ekstern stråleterapi. Kostnadsvekten er derfor den samme for oppmøte til ekstern stråleterapi. For Brakyterapi er det imidlertid tatt hensyn til ekstrakostnader for ekstern strålekilde og at disse oppmøtene er mer krevende både med hensyn til tidsbruk og personell.

I DRG-logikken skilles det mellom DRGer for sykehusopphold med overnatting, DRGer for dagopphold og DRGer for polikliniske konsultasjoner. Vektene

gir uttrykk for kostnadsforskjell mellom disse DRGer. Når vi sammenligner vektene i 2012 med vektene for 2011 har vektene for både dag/døgn og de polikliniske DRGene gått opp med unntak av DRGer for poliklinisk strålebehandling og tilleggsrefusjon for hjemmeadministrert peritonealdialyse. Denne endringen i kostnadsvekter er basert på kostnadsberegninger utført i 2011.