

# Innsatsstyrt finansiering 2019

---

Regelverk

IS-2791



Publikasjonens tittel: Innsatsstyrt finansiering - regelverk 2019

Utgitt: 12/2019

Publikasjonsnummer: IS-2791

Utgitt av:	Helsedirektoratet
Kontakt:	Avdeling finansiering
Epost:	<a href="mailto:pbx150200hkfi@helsedir.no">pbx150200hkfi@helsedir.no</a>
Postadresse:	Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo
Besøksadresse:	Vitaminveien 4, 0483 Oslo
	<a href="http://www.helsedirektoratet.no">www.helsedirektoratet.no</a>

Illustrasjon: Mostphotos AB

Dette dokumentet inneholder regelverk for finansieringsordningen Innsatsstyrt finansiering (ISF) for 2019. Regelverket danner grunnlaget for utbetaling av midler gjennom ISF-ordningen. De regionale helseforetakene er ansvarlige for at regelverket gjøres kjent og følges i virksomhetene som utfører helsetjenester på vegne av dem.

ISF er en aktivitetsbasert bevilgning til de regionale helseforetak gjennom statsbudsjettet. ISF utgjør sammen med basisbevilgning til regionale helseforetak hovedgrunnlaget for finansiering av somatisk spesialisthelsetjeneste. Fra 2017 inngår ordningen også i grunnlaget for finansiering av polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.

Målgruppen for ISF-regelverket er primært de regionale helseforetak, helseforetakene og andre virksomheter som er omfattet av regelverket gjennom avtale med regionale helseforetak.

## **Del 1 Omtale av ISF-ordningen**

Innledningsvis i kapittel 1 gis en kort beskrivelse av ISF-ordningen, formålet, og ordningens virkemåte. I kapittel 2 beskrives endringer for ISF somatikk fra 2018 til 2019.

## **Del 2 Reglene**

- Kapittel 4: Generelle regler for Innsatsstyrt finansiering (ISF)
- Kapittel 5: Fellesbestemmelser om koding, registrering og rapportering
- Kapittel 6: Spesifikke rapporterings- og kodingsregler - somatikk
- Kapittel 7: Spesifikke rapporterings- og kodingsregler – psykisk helsevern og TSB
- Kapittel 8: Beregningsregler somatikk
- Kapittel 9: Beregningsregler psykisk helsevern og TSB

## **Tillegg til ISF-regelverk**

- Grunnlagsdokument for ISF-regelverk 2019
- DRG-liste somatikk
- DRG-liste psykisk helsevern og TSB
- STG-liste (Særtjenestegruppeliste) inkluderer både somatikk og psykisk helsevern og TSB
- TFG-liste (Tjenesteforløpsgruppeliste) somatikk

# INNHold

FORORD .....	3
INNHold .....	4
DEL I – GENERELT OM ORDNINGEN .....	12
1. OM INNSATSSTYRT FINANSIERING.....	13
1.1 Formål	13
1.2 Nærmere om ordningen og dens virkemåte	14
2. ENDRINGSOVERSIKT.....	16
2.1 Enhetspris	16
2.2 Endringer i DRG-systemet	16
2.3 Endringer i STG-systemet	16
2.4 Nytt nivå for aggregering og finansiering– Tjenesteforløpsgrupper (TFG)	17
2.5 Andre utvalgte endringer somatikk	17
2.6 Poliklinisk psykisk helsevern og TSB	17
2.7 Endringer i kostnadsvekter for somatikk	18
2.8 Kontroller av aktivitetsgrunnlaget	18

<b>3. [ UTGÅTT ] .....</b>	<b>19</b>
<b>DEL II - REGLENE .....</b>	<b>20</b>
<b>4. GENERELLE REGLER FOR INNSATSSTYRT FINANSIERING (ISF).....</b>	<b>21</b>
<b>4.1 Virkeområdet .....</b>	<b>21</b>
<b>4.2 Hovedregler om hvilke typer helsehjelp som inngår i beregningsgrunlaget for ISF-ordningen</b>	<b>21</b>
4.2.1 Fellesregler .....	21
4.2.2 Spesifikke regler for ISF Somatikk .....	22
4.2.3 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB .....	22
<b>4.3 Endringer i finansieringsmessige forutsetninger og utvidelse av beregningsgrunlaget for ISF23</b>	
4.3.1 Generelt.....	23
4.3.2 Endringer av finansieringsmessige forutsetninger for eksisterende tjenestetilbud .....	23
4.3.3 Mindre organisatoriske endringer.....	23
4.3.4 Somatikk – Utvidelse av eksisterende spesialisthelsetjenestetilbud .....	23
4.3.5 Psykisk helsevern og TSB – Utvidelse av eksisterende spesialisthelsetjenestetilbud .....	24
4.3.6 Spesialisthelsetjenester utført av kommuner .....	24
4.3.7 Generelle krav til søknader .....	25
<b>4.4 Informasjon om avtaler inngått med private virksomheter .....</b>	<b>25</b>
<b>4.5 Datagrunnlag og generelle rapporteringskrav .....</b>	<b>25</b>
<b>4.6 De regionale helseforetakene og helseforetakenes ansvar for datagrunnlaget .....</b>	<b>26</b>
<b>4.7 Helsedirektoratets ansvar for beregning og kontroll .....</b>	<b>26</b>
<b>4.8 Oppgjør .....</b>	<b>26</b>
<b>4.9 Enhetspris .....</b>	<b>26</b>
4.9.1 Fellesregler .....	26
4.9.2 Spesifikke regler for ISF Somatikk .....	26
4.9.3 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB .....	27
<b>4.10 Beregning av ISF-refusjon .....</b>	<b>27</b>
4.10.1 Fellesregler om beregning av ISF-poeng .....	27
4.10.2 Spesifikke regler for ISF Somatikk .....	28
4.10.3 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB .....	28
<b>4.11 Presisering av forholdet til andre regelverk m.v. ....</b>	<b>28</b>
<b>4.12 Relasjonen til Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten .....</b>	<b>29</b>

<b>5. FELLESBESTEMMELSER OM KODING, REGISTRERING OG RAPPORTERING.....</b>	<b>30</b>
5.1 Rapporteringsformat	30
5.2 Rapporteringsfrister til Norsk pasientregister	30
5.3 Registrering og rapportering av kommunenummer	30
5.4 Utførende helsepersonell	31
5.5 Rapportering av hvorvidt aktiviteten til en enhet kan inngå i beregningsgrunnlaget	32
5.6 Spesialisterklæringer initiert av andre instanser	32
5.7 Førerkort	32
5.8 Rapportering av opplysning om når en innlagt pasient er utskrivningsklar	32
5.9 Overføring mellom psykiatrisk og somatisk avdeling	33
<b>5.10 Fristbruddpasienter</b>	<b>33</b>
5.10.1 Registrering av pasienter som behandles ved norske institusjoner etter fristbrudd ...	33
5.10.2 Registrering av pasienter som gis helsehjelp ved utenlandske institusjoner etter fristbrudd	33
5.11 Pasienter behandlet i utlandet etter direkte henvisning fra de regionale helseforetak	34
5.12 Pasienter som er døde på innleggelsestidspunktet	34
5.13 Ambulante konsultasjoner	35
5.14 Indirekte aktiviteter	36
5.15 Permisjon under innleggelse	36
5.16 Hovedregler vedrørende medisinsk koding	36
5.17 Dokumentasjonskrav knyttet til medisinsk koding	36
5.18 Multippel koding	36
5.19 Koding av bilaterale inngrep	37
5.20 Koding av informasjon om episodens finansieringsmåte	37
5.21 Registrering i medisinske kvalitetsregistre	37
<b>6. SPESIFIKKE RAPPORTERINGS- OG KODINGSREGLER – SOMATIKK .....</b>	<b>39</b>
6.1 Helsehjelp som finner sted uten overnatting – Innleggelse versus poliklinikk	39

<b>6.2 Videokonsultasjoner</b>	<b>40</b>
<b>6.3 Telemedisinsk oppfølging av pasienter med pacemaker/ ICD</b>	<b>41</b>
<b>6.4 Strålebehandling</b>	<b>41</b>
6.4.1 Generelt.....	41
6.4.2 Polikliniske behandlingskontakter for ekstern strålebehandling.....	41
6.4.3 Polikliniske kontakter for planlegging og forberedelse til ekstern strålebehandling.....	42
6.4.4 Polikliniske behandlingskontakter for brakyterapi .....	42
6.4.5 Innleggelse der strålebehandling gjennomføres (gjelder både ekstern strålebehandling og brakyterapi) .....	42
<b>6.5 Dialysebehandling</b>	<b>42</b>
6.5.1 Dialysebehandling i sykehuset .....	42
6.5.2 Helsepersonelladministrert hemodialyse utenfor sykehus.....	43
6.5.3 Pasientadministrert peritonealdialyse og hemodialyse .....	43
<b>6.6 Fødsler og nyfødte</b>	<b>44</b>
6.6.1 Fødsler og barselopphold.....	44
6.6.2 Koding av blødning eller anemi som annen tilstand ved fødsel, keisersnitt og abort .....	46
<b>6.7 Assistert befruktning</b>	<b>46</b>
<b>6.8 Medikamentelt svangerskapsavbrudd</b>	<b>46</b>
<b>6.9 Legemiddelbehandling</b>	<b>47</b>
6.9.1 Kreftlegemiddelbehandling i sykehus .....	47
6.9.2 Infusjonsbehandling med særskilte (immunmodulerende) legemidler.....	47
6.9.3 Behandling av makuladegenerasjon eller makulødem .....	47
6.9.4 Behandling av Dupuytren's kontraktur/krokfinger uten kirurgi .....	48
6.9.5 Bruk av botulinumtoksin for ulike indikasjoner .....	48
6.9.6 Påfyll av baklofen ved ITB-behandling av dystoni og spastisitet.....	48
<b>6.10 Pasientadministrert legemiddelbehandling finansiert av regionale helseforetak</b>	<b>49</b>
<b>6.11 Nasjonale særkoder for legemiddelbehandling</b>	<b>49</b>
<b>6.12 Tverrfaglig utredning av sammensatte tilstander</b>	<b>49</b>
<b>6.13 Rehabilitering</b>	<b>50</b>
6.13.1 Poliklinisk rehabilitering .....	50
6.13.2 Rehabilitering som innlagt.....	51
<b>6.14 Pasientopplæring og tiltak i gruppe</b>	<b>53</b>
<b>6.15 Behandling rettet mot gruppe av pasienter</b>	<b>54</b>
<b>6.16 Palliativ behandling</b>	<b>55</b>
<b>6.17 Sterilisering</b>	<b>56</b>

6.18	Organdonasjon	56
6.19	Rituell omskjæring av gutter	56
6.20	Pasienter med visse øyeblikkelig hjelp-problemstillinger	56
6.21	Helsepersonelladministrert legemiddelbehandling utenfor sykehus- kommunalt utførte tjenester	57
6.22	Telemedisinsk oppfølging av pasienter med søvnapné som bruker CPAP	57
6.23	Asynkron telemedisinsk oppfølging og behandling av pasienter med kroniske sår	58
6.24	Oppfølging av pasienter basert på Patient Reported Outcomes	58
6.25	Fjernmonitorering eller asynkron telemedisinsk oppfølging av andre tilstander	59
<b>7.</b>	<b>SPESIFIKKE RAPPORTERINGS- OG KODINGSREGLER – PSYKISK HELSEVERN OG TSB....</b>	<b>60</b>
7.1	Strukturerte polikliniske dagtilbud	60
7.2	Nettbasert behandlingsprogram	61
7.3	Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam	62
7.4	Rapportering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	63
7.4.1	Polikliniske kontakter med utlevering eller observert inntak av LAR-legemiddel som hovedformål .....	63
7.4.2	Tertialvis rapportering av hvordan legemiddelbehandlingen i LAR finner sted .....	63
7.5	Rapportering av andre nasjonale særkoder med merknader	63
7.6	Videokonsultasjoner	68
<b>8.</b>	<b>BEREGNINGSREGLER SOMATIKK.....</b>	<b>69</b>
8.1	Kompensasjon for særdeles lang liggetid	69
8.2	Rehabilitering	69
8.2.1	Beregning av DRG-vekt for primær rehabilitering .....	69
8.2.2	Beregning av DRG-vekt for sekundær rehabilitering .....	71
8.3	Tilleggsrefusjon for organdonasjon	71
8.4	Poengtillegg for palliativ behandling	72
8.5	Pasientadministrert dialyse	72
8.6	Sterilisering	72



<b>8.7 Særtjenestegrupper for pasientadministrert legemiddelbehandling</b>	<b>73</b>
<b>8.8 Om utførende helsepersonell som vilkår for inkludering av polikliniske kontakter i beregningsgrunnlaget</b>	<b>73</b>
<b>8.9 Assistert befruktning</b>	<b>74</b>
<b>8.10 Pasienthotell, sykehotell m. m</b>	<b>74</b>
<b>8.11 Brannskadebehandling ved Haukeland universitetssjukehus</b>	<b>75</b>
<b>8.12 Pasientopplæring og behandling som skjer i gruppe</b>	<b>75</b>
8.12.1 Pasientopplæring og tiltak i gruppe .....	75
8.12.2 Behandling rettet mot en gruppe av pasienter .....	75
<b>8.13 Permisjoner</b>	<b>76</b>
<b>8.14 Rituell omskjæring av gutter</b>	<b>76</b>
<b>8.15 Stimulering til bruk av dagkirurgi</b>	<b>76</b>
<b>8.16 Poengtillegg for særskilte ambulante konsultasjoner</b>	<b>76</b>
<b>8.17 Aggregering til opphold (oppholdskonstruksjon) i somatikk</b>	<b>77</b>
<b>8.18 Poengfradrag for øyeblikkelig hjelp tilstander uten overnatting</b>	<b>77</b>
<b>8.19 Tjenesteforløpsgrupper (TFG)</b>	<b>77</b>
<b>9. BEREGNINGSREGLER – PSYKISK HELSEVERN OG TSB.....</b>	<b>78</b>
9.1 Poengtillegg for særskilte ambulante konsultasjoner	78
9.2 Flere kontakter samme dag. Aggregeringsregler	78
<b>DEL III - VEDLEGG .....</b>	<b>80</b>
<b>VEDLEGG A1 – DRG-LISTE SOMATIKK .....</b>	<b>81</b>
<b>VEDLEGG A2 – STG-LISTE SOMATIKK .....</b>	<b>116</b>
<b>VEDLEGG A3 – TFG-LISTE SOMATIKK .....</b>	<b>118</b>
<b>VEDLEGG B1 – DRG-LISTE PSYKISK HELSEVERN OG TSB.....</b>	<b>119</b>

**VEDLEGG B2 – STG-LISTE PSYKISK HELSEVERN OG TSB.....123**





# 1. OM INNSATSSTYRT FINANSIERING

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført for somatisk spesialisthelsetjeneste 1. juli 1997. Fra 2017 ble ordningen utvidet til også å omfatte ISF for polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. ISF er en aktivitetsbasert bevilgning til de regionale helseforetak (RHF-ene) gjennom statsbudsjettet. Finansieringen av RHF-ene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert bevilgning. For 2019 er aktivitetsbasert bevilgning for somatisk spesialisthelsetjeneste om lag 50 prosent og basisbevilgning om lag 50 prosent.

Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes blant annet av antall innbyggere i en region og alderssammensetning, og er uavhengig av aktivitet. ISF er derimot avhengig av hvor mange som får behandling og hvilke type pasienter/behandlinger. Til grunn for beregningen av ISF-refusjon ligger DRG-systemet (DRG står for Diagnose Relaterte Grupper) og STG-systemet (SærTjenesteGrupper).

ISF-bevilgningen er ment å dekke om lag 50 prosent av ordinære driftskostnader knyttet til aktiviteten for somatisk spesialisthelsetjeneste. For polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og TSB er ISF-andelen lavere. Utgangspunktet fra innføringsåret 2017 var takstgrunnlaget for 2016. Det er lagt opp til en gradvis økning av ISF-andelen på disse områdene. Kostnadsnivået for samme type tjeneste kan variere betydelig mellom ulike virksomheter. Beregning av ISF-bevilgning til regionale helseforetak tar ikke høyde for lokale variasjoner i kostnadsnivå. Regionale helseforetak står fritt til å tilpasse samlet finansiering av helseforetak og private institusjoner de har avtale med i tråd med behov og ønskede prioriteringer i regionen.

## 1.1 Formål

---

Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene (RHF-ene). ISF er derfor rettet mot RHF-ene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til RHF-ene avhengig av hvor mange, og hva slags, pasienter som får behandling. Formålet med ordningen er å stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt vil bevilgningene til RHF-ene bli lavere. Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt vil tilskuddene til RHF-ene bli høyere. Høyere aktivitet enn forutsatt blir bare kompensert gjennom ISF.

ISF skal understøtte ønsket faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten. Det pågår et utviklingsarbeid for at finansieringsordningen bedre skal understøtte sammenhengende forløp,

bruk av ny teknologi, innovasjon i tjenesteutforming og andre nye og effektive måter å organisere tjenestetilbudet på.

Refusjonene er i gjennomsnitt bare ment å dekke deler av kostnadene ved økt aktivitet. Resten må dekkes av basisbevilgningen til RHF-ene. ISF-ordningen er ikke et prioriteringsystem. Prioriteringer skal foretas ut fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter angir. Basisbevilgningen skal brukes til å understøtte ønsket prioritering. Finansieringsmodellen for RHF innebærer at helseregionene fordeler basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering til det enkelte HF. Det er viktig at finansieringen ikke er til hinder for god organisering av tilbudet på den enkelte avdeling eller mellom avdelinger. Den medisinske kodingen dokumenterer den helsehjelpen pasienten mottar. RHF-ene skal sikre at den medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.

Regelverket er ikke bestemmende for hvordan RHF-ene 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). Bevilgningens endelige størrelse fastsettes i tråd med dette prinsippet i forbindelse med endelig avregning for 2019.

## **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 pasienten er behandlet, påvirker refusjonen. Gjennom ISF vil mer ressurskrevende behandling gi høyere refusjon enn mindre ressurskrevende behandling.

Kategoriseringen gjøres basert på medisinsk og administrativ informasjon som sykehusene rutinemessig registrerer.

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

Selv om nasjonale DRG-vekter beregnes på detaljert kostnads- og aktivitetsinformasjon fra mange sykehus, er ikke beregningene robuste nok til å videreføres til den enkelte pasient eller den enkelte avdeling. Til dels er kostnadsvektene utarbeidet basert på informasjon fra HF 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.). ISF-refusjonen bør derfor legges på et sykehusnivå og ikke direkte ned på et avdelingsnivå.

ISF-refusjonen er ment å dekke en bestemt andel av kostnadene, mens resten dekkes gjennom øvrige midler. Det er heller ikke slik at alle tiltak i spesialisthelsetjenesten er omfattet av DRG-systemet og ISF-refusjon. Pasientbehandling skal skje basert på pasientens behov og i henhold til lovverk og pasientrettigheter. ISF-ordningen skal ikke være styrende her, og finansiering av pasientbehandling må ses i lys av de samlede bevilgningene.

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

## 2. ENDRINGSOVERSIKT

Her gis en kort oversikt over de viktigste endringene i ISF-ordningen for 2019, sammenlignet med 2018. Endringene er beskrevet nærmere i dokumentet: «**ISF 2019 - Grunnlagsdokumentet**» som publiseres sammen med regelverket.

### 2.1 Enhetspris

---

Enhetsprisen per DRG-poeng i somatikk er satt til 44 654 kroner.

E

Enhetsprisen per DRG-poeng i psykisk helsevern og TSB er satt til 2 747 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.

### 2.2 Endringer i DRG-systemet

---

Omfanget av endringer i DRG struktur og grupperingsregler for somatikk er begrenset. De største endringene er gjort i HDG 5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene og i HDG 8 Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev knyttet til proteseoperasjoner. En detaljert beskrivelse av endringer finnes i dokumentet "ISF 2019 - Grunnlagsdokumentet".

For psykisk helsevern og TSB gjøres det ingen endringer i DRG-logikken for 2019.

### 2.3 Endringer i STG-systemet

---

Det gjøres i hovedsak endringer i STG-logikken for 2019 for følgende områder

- Legemiddelbehandling (nye indikasjonsgrupper)
- Flere STG-er for digital oppfølging av pasienter
- STG for registrering i medisinske kvalitetsregister

Fra 2019 vil oppgjørdata fra H-resept danne ISF-grunnlaget for pasientadministrert legemiddelbehandling som grupperes til STG. Informasjonsgrunnlaget blir data fra resepten som hentes ut i apotek og regler for koding av pasientadministrert legemiddelbehandling endres som følge av dette.



Endringene er beskrevet i detalj i dokumentet "ISF 2019 - Grunnlagsdokumentet".

## 2.4 Nytt nivå for aggregering og finansiering– Tjenesteforløpsgrupper (TFG)

---

Det etableres et nytt aggregeringsnivå for å samle og finansiere samme type helsetjenester i og utenfor sykehus. I 2019 gjelder dette dialyse og utvalgte diagnosegrupper for legemiddelbehandling. En nærmere beskrivelse av bakgrunn og teknisk løsning er gitt i grunnlagsdokumentet.

## 2.5 Andre utvalgte endringer somatikk

---

**Øyeblikkelig hjelp tilstander.** Fra 2019 har en videreutviklet modellen der en har en ytterligere harmonisering av finansieringen mellom behandling av utvalgte øyeblikkelig hjelp tilstander som skjer som poliklinikk, dag- eller døgnbehandling. I 2019 faller krav om bruk av særkoder bort.

**Digitale tjenester.** STG-systemet er utvidet til å inkludere flere tjenester som utføres med innføring av ny teknologi og utførelsemåte i spesialisthelsetjenesten.

**Bruk av data fra oppgjørsordningen for H-resept.** Fra 2019 er det lagt opp til at data fra oppgjørsordningen for H-resept skal brukes som grunnlag for ISF-finansieringen.

For **videokonsultasjoner** innen somatikk inkluderes fra 2019 også andre helsepersonellgrupper enn lege i ISF-grunnlaget.

**Pilot- ISF for registrering i utvalgte medisinske kvalitetsregistre.** Det innføres en prøveordning i ISF, hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrerte pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre. Målet er å stimulere til økt dekningsgrad i kvalitetsregistrene.

**Pilot- ISF for utvalgte prosedyrer for avtalespesialister-** det tas sikte på, som en forsøksordning, å utvide ISF-ordningen til også å omfatte enkelte prosedyrer utført av avtalespesialister.  
Se grunnlagsdokumentet for fullstendig oversikt.

## 2.6 Poliklinisk psykisk helsevern og TSB

---

Det er ingen endringer i reglene for poliklinisk psykisk helsevern og TSB fra 2018 til 2019. Det er imidlertid gjort mindre endringer i strukturen i regelverket slik at det skal være enklere å få oversikt bl.a. gjennom å samle oversikt over aktuelle koder. Videre er det lagt inn en del presiseringer og merknader til enkelte av særkodene.

## **2.7 Endringer i kostnadsvekter for somatikk**

---

Kostnadsvektene er beregnet med basis i innrapporterte gjennomsnittskostnader pr DRG fra alle helseforetak. Kostnadene er basert på helseforetakenes egne beregninger av KPP-data (Kostnad per pasient). Se grunnlagsdokumentet for nærmere omtale av beregning av kostnadsvekter for 2019.

## **2.8 Kontroller av aktivitetsgrunlaget**

---

NPR kontrollerer innrapporterte aktivitetsdata og rapporterer hvert tertial tilbake til sykehusene for å kvalitetssjekke datagrunlaget.

Kode- og registreringspraksis ved sykehusene analyseres også i forbindelse med beregning av ISF-oppgjøret.

Helsedirektoratet gjennomfører kontroller for å sikre at ISF-utbetalingene er i tråd med regelverket og etter intensjonene med ordningen.

Avregningsutvalget er et rådgivende utvalg som bistår Helsedirektoratet i spørsmål knyttet til medisinsk kodepraksis og kvalitetskontroll av innrapporterte data i spesialisthelsetjenesten. Alle kan fremme saker til utvalget. Der det er aktuelt med dokumentkontroll av rapporterte data vil RHF varsles i brev om dette.

Eksempler på forhold som følges opp gjennom nærmere analyser:

- Unødig oppstyking av opphold
- Endringer i kodepraksis
- Avvikende 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. [ UTGÅTT ]**



# 4. GENERELLE REGLER FOR INNSATSSTYRT FINANSIERING (ISF)

## 4.1 Virkeområdet

---

Regelverket gjelder for beregning av ISF fra staten til RHFene. Regelverket gjelder for aktivitet avsluttet i 2019.

Regelverket regulerer ikke hvordan RHFene finansierer HF eller private aktører som RHF inngår drifts- eller kjøpsavtaler med.

Særskilte rapporteringskrav 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 nedenstående krav til utført helsehjelp for at aktiviteten skal inngå i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen.

### 4.2.1 Fellesregler

- a) Helsehjelpen må være spesialisthelsetjeneste, jf. spesialisthelsetjenesteloven.
- b) Helsehjelpen må være rettet mot personer som er bosatt i Norge og omfattet av «sørge for»-ansvaret til RHF. Behandling av pasienter som ikke er bosatt i Norge, inngår ikke i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen.
- c) Helsehjelpen må være avsluttet i 2019.
- d) Helsehjelpen må være definert og klassifiserbar innen de kategoriseringssystemer for spesialisthelsetjenester som ISF-ordningen baserer seg på: DRG (Diagnoserelaterte grupper) og STG (Særtjenestegrupper).
- e) Helsehjelpen må være organisert og utført av et HF eller annen virksomhet som har drifts- eller kjøpsavtale med RHF om gjennomføring av relevant aktivitet, eller av virksomhet som er godkjent for relevante tjenester innen ordningen Fritt

behandlingsvalg. Helsetjenester utført innen rammen av driftsavtaler mellom RHF og avtalespesialister inngår ikke i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen. Unntak fra dette er pasientadministrert legemiddelbehandling. Dagkirurgisk aktivitet utført av avtalespesialister i henhold til særskilt avtale med RHF inngår i ISF-beregningsgrunnlaget under forutsetning av at det ikke samtidig er krevet takstrefusjon for samme aktivitet gjennom HELFO. Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan inngå i beregningsgrunnlaget når kravene i punkt 4.3 og øvrige regler er oppfylt.

- f) Virksomheter og enheter 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 RHF.
- g) Helsehjelpens hovedinnhold kan ikke være polikliniske laboratorietjenester eller radiologiske tjenester.
- h) Behandling utført i utlandet inngår i beregningsgrunnlaget når kostnadene til behandlingen dekkes av RHF og vilkårene i regelverket for øvrig er oppfylt.
- i) Helsehjelp som finansieres gjennom privat betaling, særskilte prosjekt- og forskningsmidler, eller gjennom andre alternative finansieringsordninger, inngår ikke i beregningsgrunnlaget.
- j) Helsehjelpens hovedinnhold kan ikke være gjennomføring av behandling og utredning med metoder som etter vurdering i Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten er forutsatt ikke tatt i bruk.

#### 4.2.2 Spesifikke regler for ISF Somatikk

- k) Helsehjelpen kan ikke være ledd i psykisk helsevern eller TSB.
- l) Helsehjelpen må finne sted gjennom direkte kontakt i sanntid mellom pasient og helsepersonell. Unntak gjelder for videokonsultasjoner utført av helsepersonell og noen typer medisinsk avstandsoppfølging.

#### 4.2.3 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB

- m) Helsehjelpen kan ikke være somatisk tjeneste utført av somatisk avdeling.
- n) Helsehjelpen må være utført av enhet som rubriseres som avdeling innen psykisk helsevern eller TSB innen rammen av koder angitt i rundskriv IK 44/89.
- o) Helsehjelpen kan ikke være innleggelse på døgn- eller dagbasis (rapportert til NPR som avdelingsopphold).

- p) Helsehjelp basert på telefonkontakt kan inngå i beregningsgrunnlaget når telefonsamtalen har karakter av konsultasjon og dette kommer til erstatning for en ordinær poliklinisk konsultasjon. Kortere samtaler der saksopplysninger innhentes, møteavtaler fastsettes etc. medregnes ikke.
- q) Indirekte helsehjelp kan inngå i beregningsgrunnlaget når dette finner sted i form av samarbeids- og oppfølgingsmøter med kommunale eller andre relevante instanser utenom spesialisthelsetjenesten (herunder oppfølgingsamtaler per telefon) eller gjennom konsultasjoner med pasientens foresatte/pårørende.

### **4.3 Endringer i finansieringsmessige forutsetninger og utvidelse av beregningsgrunnlaget for ISF**

---

#### **4.3.1 Generelt**

ISF-ordningen er en aktivitetsbasert inntektsmodell fra staten til regionale helseforetak (RHF). Utvidelser av ISF-beregningsgrunnlaget skal skje kontrollert og innenfor de rammer Stortinget vedtar gjennom statsbudsjettet.

#### **4.3.2 Endringer av finansieringsmessige forutsetninger for eksisterende tjenestetilbud**

Tjenestetilbud som er forutsatt rammefinansiert eller finansiert gjennom andre ordninger enn ISF, skal ikke inngå i beregningsgrunnlaget for ISF i 2019.

Unntak gjelder dersom Helsedirektoratet etter søknad fra RHF har godkjent endring før aktivitetsåret 2019 påbegynnes. Endringer kan kun godkjennes av Helsedirektoratet dersom virkningen ikke gir budsjettmessige konsekvenser av betydning. Når endringen gir budsjettvirkninger for staten, forutsettes at RHF har søkt Helsedirektoratet om dette innen 1. mars året før og at endringen er hensyntatt i grunnlaget for statsbudsjettet.

Helsedirektoratet legger i sin saksbehandling vekt på hvorvidt det aktuelle tjenestetilbudet innholds- og kostnadmessig harmoniserer med eksisterende tjenestekategorier innen ISF-ordningen, eventuelt om det er grunnlag for utvidelse med nye tjenestekategorier.

#### **4.3.3 Mindre organisatoriske endringer**

Mindre organisatoriske endringer som finner sted ved rapporteringsenheter og som ikke påvirker finansieringsmåten for aktuell aktivitet (ramme versus aktivitetsbasert finansiering), utløser ingen søknadsplikt.

#### **4.3.4 Somatikk – Utvidelse av eksisterende spesialisthelsetjenestetilbud**

Organisatoriske eller andre endringer som medfører at en virksomhet øker sitt reelle behandlingsvolum av tjenester som allerede er omfattet av ISF, utløser ingen søknadsplikt.

Unntak fra hovedregelen gjøres gjeldende på områder der det er særskilt risiko for manglende samsvar mellom tjenesteinnhold og kostnadsnivå for nytt og eksisterende tjenestetilbud. Unntak gjelder også på områder i grenseflaten mellom spesialisthelsetjenestens og den kommunale helse- og omsorgstjenestens «sørge for»-ansvar. Vesentlige utvidelser på følgende områder medfører derfor søknadsplikt:

- Rehabilitering og habilitering, bortsett fra rehabilitering i akuttfasen etter sykehusinnleggelse.
- Konservative behandlingstilbud for overvekt (før, etter, eller i stedet for kirurgisk behandling).
- Tjenestetilbud der hovedinnholdet er trening eller opplæring eller kombinasjon av dette.
- Tjenestetilbud som i stor grad finner sted som grupperettede aktiviteter, herunder fysisk trening og aktivitet i gruppe.
- Tjenestetilbud som gjennomføres i samarbeid med kommunen eller som omfatter tjenester som kommunen har «sørge for»-ansvar for.

#### 4.3.5 Psykisk helsevern og TSB – Utvidelse av eksisterende spesialisthelsetjenestetilbud

Endringer innen eksisterende polikliniske enheter som medfører at en virksomhet øker sitt reelle behandlingsvolum av tjenester som allerede er omfattet av ISF, utløser ingen søknadsplikt.

#### 4.3.6 Spesialisthelsetjenester utført av kommuner

Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan kun inngå i beregningsgrunnlaget for ISF når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Aktuelle avtaler skal være forankret i generell samarbeidsavtalestruktur mellom tjenestenivåene, og skal inneholde bestemmelser som sikrer tilstrekkelig aktivitetsrapportering til NPR.

Når følgende kriterier er oppfylt, kreves ingen søknad for at kommunalt utførte tjenester skal kunne inngå i ISF-beregningsgrunnlaget:

- Hovedinnholdet i tjenestene er velavgrensede spesialisthelsetjenester som kan identifiseres på en sikker måte basert på rapportert prosedyreinnhold.

I øvrige tilfeller forutsetter inklusjon i beregningsgrunnlaget særskilt godkjenning etter søknad til Helsedirektoratet. Krav til søknadens innhold:

- Utkast til eller inngått avtale mellom partene skal foreligge, forankret i generell samarbeidsavtalestruktur.
- Avtaleteksten skal synliggjøre hvordan partene sikrer at omfattet tjenesteinnhold er spesialisthelsetjenester og hvordan dette skilles fra tilgrensende kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Det skal foreligge informasjon om behandlingsvolum og finansieringsmåte for eksisterende tjenestetilbud som skal flyttes, slik at eventuell endring kan finne sted budsjettnøytralt.

Helsedirektoratets vurderingskriterier ved behandling av søknader:

- Oppfyllelse av generelle innholdskrav til søknaden.



- Avtaleinnholdets egnethet til å sikre et robust skille mellom spesialisthelsetjenester og annet tilgrensende tjenestetilbud under kommunens ansvar.
- Avtaleinnholdets egnethet til å sikre riktig aktivitetsrapportering til NPR.
- Samlet risiko for at hensynet til budsjettneutralitet ikke blir ivaretatt.

#### 4.3.7 Generelle krav til søknader

RHF har søknadsansvaret. Helseledelsen behandler ikke søknader fremsatt av andre enn RHF.

Årlig søknadsfrist er 1. mars for endringer som berører ISF-beregningsgrunnlaget i etterfølgende budsjettår.

### 4.4 Informasjon om avtaler inngått med private virksomheter

---

Regionale helseforetak skal gi Helseledelsen informasjon om nye drifts- og kjøpsavtaler med private virksomheter der behandlingsaktiviteten forutsettes omfattet av ISF-ordningen.

Følgende opplysninger skal meldes til Helseledelsen så snart avtale er inngått:

- Fagområde
- Tjenestetype (døgn, dag og/eller poliklinikk)
- Avtalepartens navn og organisasjonsnummer i henhold til Enhetsregisteret
- Navn og underenhetsnummer til de behandlingsstedene som skal utføre tjenester i tråd med avtalen

### 4.5 Datagrunnlag og generelle rapporteringskrav

---

ISF beregnes på grunnlag av data utlevert fra NPR. Data skal rapporteres til registeret i tråd med bestemmelser i Norsk pasientregisterforskrift (NPR-forskriften) og pålegg gitt i medhold av denne, samt nærmere bestemmelser i regelverket her.

Datagrunnlaget for ISF-ordningen låses tertialvis i tråd med rapporteringsfristene i kapittel 5. Data rapportert etter aktuelle frister legges ikke til grunn. Helseledelsen kan gjøre unntak fra rapporteringsfristene dersom dette er av vesentlig betydning for å oppnå tilstrekkelig kompletthet eller kvalitet i beregningsgrunnlaget, og så sant RHF og rapporterende virksomhet ikke er å laste for mangler i data rapportert innen frist.

Helsehjelp som ikke skal inngå i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen, jf. kap. 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.

## **4.6 De regionale helseforetakene og helseforetakenes ansvar for datagrunnlaget**

---

RHF-ene har ansvar for at egne HF 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 nasjonale kodingsregler og bestemmelser i regelverket her, ansvar for kvalitetskontroll av data og for at rapporteringsfrister overholdes.

Mangler som skyldes feil eller andre forhold hos systemleverandører fritar ikke RHF eller rapporterende virksomheter fra ansvaret for korrekt rapportering.

## **4.7 Helsedirektoratets ansvar for beregning og kontroll**

---

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å beregne ISF i tråd med bestemmelsene i regelverket. Helse- og omsorgsdepartementet skal sørge for nødvendige kontrollmekanismer for å sikre at utbetalingene gjennom ISF-ordningen gjenspeiler reell aktivitet og er i tråd med Stortingets forutsetninger for øvrig.

## **4.8 Oppgjør**

---

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utbetaler ISF til RHF gjennom månedlige à konto-beløp.

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

## **4.9 Enhetspris**

---

### **4.9.1 Fellesregler**

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

### **4.9.2 Spesifikke regler for ISF Somatikk**

Beregnet enhetspris for ISF Somatikk 2019 er 44 654 kroner.

Enhetsprisen kan justeres i forbindelse med årsavregning dersom omfang av registreringsendringer avviker fra det som er lagt til grunn ved fastsettelse av enhetsprisen. Omfanget av registreringsendringer estimeres med utgangspunkt i etablert indeksdekomponeringsmodell for somatiske innleggelser.

### 4.9.3 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB

Enhetspris for ISF psykisk helsevern og TSB i 2019 er satt til 2 747 kroner.

Enhetsprisen kan justeres i forbindelse med årsavregning dersom det påvises at aktivitetsgrunnlaget er påvirket av utilsiktede registreringsendringer eller dersom målt aktivitet i ISF-poeng ikke reflekterer faktisk aktivitetsnivå i sektoren.

## 4.10 Beregning av ISF-refusjon

---

### 4.10.1 Fellesregler om beregning av ISF-poeng

ISF-refusjon til RHF beregnes med utgangspunkt i tre hovedformer for aktivitet:

Opphold:	Innleggelser og polikliniske konsultasjoner m.v., gruppert i DRG-systemet (Diagnoserelaterte grupper)
Særtjenester:	Visse andre tjenester som spesialisthelsetjenesten har ansvar for, gruppert i STG-systemet (Særtjenestegrupper)
Tjenesteforløp:	Kategorisering av behandlingsaktivitet i et forløpsperspektiv, basert på tidsavgrenset aggregering av utvalgte Opphold og Særtjenester. Gjelder i 2019 kun visse typer legemiddelbehandling og dialysebehandling. Grupperes i TFG-systemet (Tjenesteforløpsgrupper).

Aktivitetsmål knyttet til Opphold beregnes som ISF-poeng på grunnlag av:

- Etablering av Opphold basert på rapporterte Episoder eller sammenslåing av disse
- DRG-tilordning for det enkelte Opphold
- Fastsatte DRGBasisPoeng for DRG-ene ( $\text{DRGBasisPoeng} = \text{Kostnadsvekt} \pm \text{eventuelle korreksjonsfaktorer}$ )
- Poengtillegg eller -fradrag i henhold til særskilte beregningsregler
- Spesifikke regler om inklusjon eller eksklusjon av Opphold fra beregningsgrunnlaget
- Eventuell nullstilling av ISF-poeng dersom Oppholdet inngår i poenggivende Tjenesteforløp

Aktivitetsmål knyttet til Særtjenester beregnes som ISF-poeng på grunnlag av

- Etablering av Særtjenester basert på informasjon om langvarige spesialisthelsetjenester i rapporterte Episoder eller andre datakilder
- STG-tilordning for den enkelte Særtjeneste
- Fastsatte STGBasisPoeng for STG-ene ( $\text{STGBasisPoeng} = \text{Kostnadsvekt} \pm \text{eventuelle korreksjonsfaktorer}$ )
- Spesifikke regler om inklusjon eller eksklusjon av Særtjenester fra beregningsgrunnlaget

- e. Eventuell nullstilling av ISF-poeng dersom Særtjenesten inngår i poenggivende Tjenesteforløp

Aktivitetsmål knyttet til Tjenesteforløp beregnes som ISF-poeng på bakgrunn av

- a. Etablering av Tjenesteforløp basert på informasjon om spesifikt tjenesteinnhold på Oppholds- og Særtjenestenivå
- b. TFG-tilordning for det enkelte Tjenesteforløp
- c. Fastsatte TFGBasispoeng for den enkelte TFG

$\sum$ ISFPoeng er sum av ISF-poeng for alle Opphold, Særtjenester og Tjenesteforløp.

Helsedirektoratet operasjonaliserer beregningene gjennom programvaren NPK (Norsk pasientklassifisering). Helsedirektoratet fastsetter detaljerte beregningsregler gjennom

- spesifikasjon av beregningsreglene for NPK, fastsatt i dokumentet «NPK Beregningsregler»;
- årlig oppdatering av DRG-,STG- og TFG-systemet og relaterte kostnadsberegninger;
- konfigurasjonsdatasett for programvaren NPK.

#### 4.10.2 Spesifikke regler for ISF Somatikk

ISF-refusjon =  $\sum$ ISF-poeng X Enhetspris X ISF-andel, der ISF-andel = 50 %

#### 4.10.3 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB

ISF-refusjon =  $\sum$ ISF-poeng X Enhetspris

### 4.11 Presisering av forholdet til andre regelverk m.v.

---

Regler i lov eller forskrift har forrang fremfor ISF-regelverket ved motstridende bestemmelser.

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

HOD stiller gjennom oppdragsdokumentene krav og vilkår til de midlene Stortinget bevilger til RHFene. Slike krav har forrang fremfor bestemmelsene i ISF-regelverket ved motstridende bestemmelser.

ISF-regelverket har forrang fremfor rapporteringsveiledere for NPR i tilfelle av motstrid.

#### **4.12 Relasjonen til Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten**

---

Behandling og utredning med metoder som etter vurdering i Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten er forutsatt ikke tatt i bruk, skal som hovedregel ikke påvirke beregnet ISF-refusjon på en spesifikk måte. Det betyr at slike metoder ikke gis spesifikk innvirkning på DRG-grupperingsresultater eller poengberegningsregler. Kostnader til slike metoder tas ikke særskilt hensyn til ved beregning av kostnadsvekter m.v.

# 5. FELLESBESTEMMELSER OM KODING, REGISTRERING OG RAPPORTERING

## 5.1 Rapporteringsformat

---

Data skal være rapportert i henhold til den til en hver tid gjeldende versjon av NPR-meldingen, med mindre annet er avtalt med Helsedirektoratet v/ Norsk pasientregister.

## 5.2 Rapporteringsfrister til Norsk pasientregister

---

Data rapporteres til NPR 2. virkedag i måneden etter avsluttet tertial. For 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. Følgende frister gjelder for rapportering av aktivitetsdata for 2019:

<b>Tertial</b>	<b>Dataperiode</b>	<b>Første dataleveranse</b>	<b>Andre og siste dataleveranse</b>
1	01.01–30.04	03.05.2019	24.05.2019
2	01.01–31.08	03.09.2019	24.09.2019
3	01.01–31.12	03.01.2020	04.02.2020

## 5.3 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
- Flyktninger og asylsøkere er ifølge spesialisthelsetjenesteloven å anse som bosatt i riket (jf. rundskriv I-3/2017) og skal derfor registreres med det kommunenummeret hvor de er bosatt i Norge
- Pasienter med bostedsadresse utenfor Norge registreres med kommunenummer etter nedenstående tabell

Kommune- nummer	Pasientgruppe
9000	Pasienter uten bosted i Norge, fra land uten konvensjonsavtale
9900	Pasienter uten bosted i Norge, fra land med konvensjonsavtale (gjelder blant annet EU og EØS-land)
9999	Ukjent kommunenummer

## 5.4 Utførende helsepersonell

---

Opplysninger om utførende helsepersonell for polikliniske kontakter (Episoder som rapporteres som Kontakt i NPR-meldingen), skal registreres og rapporteres i tråd med egne retningslinjer, jf. brev til regionale helseforetak og utøvende virksomheter 27.6.2008 (Helsedirektoratets saksnummer: 08/3697-4).

Følgende legges til grunn vedrørende hvilke personer som skal rapporteres i relasjon til en gitt konsultasjon:

- Rapporteringen avgrenses vanligvis til den personen som ansees å ha vært viktigst i den direkte interaksjonen med pasienten. Flere enn én kan angis når flere personer ansees å ha vært like delaktige, eller når det er ønskelig for å få frem bredden i hvem som har deltatt aktivt. Dette kan for eksempel være aktuelt ved tverrfaglige behandlingsopplegg. Det kan også være hensiktsmessig når annet personell enn den som ansees viktigst har utført prosedyrer som rapporteres.
- Det er kun personell fra helsetjenesten som i løpet av den aktuelle konsultasjonen har kommunisert, hatt fysisk kontakt, eller har hatt annen direkte interaksjon med pasienten, som kan rapporteres. Kommunikasjon eller annen gjennomføring av helsehjelp i sanntid ved bruk av telemedisinske metoder, kan regnes som en direkte interaksjon mellom pasient og personell.
- Personer som ikke har deltatt direkte i helsehjelpen i det aktuelle tidsrommet gjennom kommunikasjon, fysisk kontakt eller annen interaksjon med pasienten, rapporteres ikke.
- Personell som har et systemmessig eller faglig oppfølgingsansvar for helsehjelpen som ytes, eller som har et forberedelses- eller oppfølgingsansvar i relasjon til kontakten, rapporteres kun i den grad de også har hatt direkte interaksjon med pasienten i tidsrommet for den aktuelle konsultasjonen.
- Personer med merkanthet eller enkle pleiemessige støttefunksjoner, rapporteres ikke.

## **5.5 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 og om aktivitet ved denne enheten er godkjent som beregningsgrunnlag for ISF-refusjon eller ikke.

Dette gjøres i NPR-meldingen gjennom referanse av type Avdeling fra hver enkelt Episode til en Enhet.

For hver Enhet som refereres som Avdeling, 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).

## **5.6 Spesialisterklæringer initiert av andre instanser**

---

Der hvor andre instanser / parter har bedt om en spesialisterklæring og betaler for dette, for eksempel i forbindelse med en yrkesskade e.l., skal dette ikke inngå i beregningsgrunnlaget for ISF. Dette gjelder både for de forhold hvor det kun skrives en erklæring basert på en dokumentasjonsgjennomgang og der det gjøres en personlig undersøkelse, kartlegging/utredning og utferdigelse av en erklæring.

Episoder som finansieres av andre instanser i.f.m. nevnte spesialisterklæringer, skal rapporteres med debitorcode 99 (Annet).

## **5.7 Førerkort**

---

Når hovedformålet med kontakten med spesialisthelsetjenesten er vurdering av vilkårene for førerkort, eller utstedelse av attest eller erklæring i denne forbindelse, skal episodens hovedtilstand være Z02.4 («Undersøkelse for førerkort») som kode nr. 1 og uten multipl koding. Prosedyrekode WMAC00 «Kartlegging og vurdering av helsekrav til å inneha førerkort» skal legges til.

## **5.8 Rapportering av opplysning om når en innlagt pasient er utskrivningsklar**

---

Spesielt rapporteringskrav til NPR 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 det skal rapporteres 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.

Utfyllende rapporteringsbestemmelser følger av spesifikasjonen av NPR-meldingen.

For virksomheter som ikke kan rapportere mer enn én utskrivningsklardato per avdelingsopphold, gjelder følgende: Dersom vilkårene for rapportering av en pasient som utskrivningsklar er oppfylt på to eller flere ulike datoer innen samme avdelingsopphold, skal den første av de aktuelle datoene innen avdelingsoppholdet legges til grunn for rapporteringen.

ISF-refusjon beregnes med liggetid fram til dato hvor pasienten er meldt utskrivningsklar.

## 5.9 Overføring 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.

## 5.10 Fristbruddpasienter

---

### 5.10.1 Registrering av pasienter som behandles ved norske institusjoner etter fristbrudd

All registrering som vedrører behandling av pasienten skjer ved behandlende 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

### 5.10.2 Registrering av pasienter som gis helsehjelp ved utenlandske institusjoner etter fristbrudd

All registrering skjer ved henvisende institusjon, eller det HF som RHF har satt til å administrere utenlandsbehandlinger.

- 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.

### **5.11 Pasienter behandlet i utlandet etter direkte henvisning fra de regionale helseforetak**

---

ISF-ordningen omfatter også pasienter som henvises fra RHFene til behandling i utlandet. Ansvar for pasienter som omfattes av pasientrettighetsloven, og dermed rett til behandling i utlandet er lagt til RHFene. Alle pasienter som behandles etter henvisning fra RHF 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.

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

### **5.12 Pasienter som er døde på innleggsestidspunktet**

---

Personer som konstateres avdøde innen ankomst til mottakelse ved sykehuset, skal ikke rapporteres til NPR. Det samme gjelder for barn som er dødfødt.

Dersom en person forsøkes gjenopplivet, og gjenopplivningsforsøket ikke avsluttes før ankomsten i mottakelsen, og personen der konstateres avdød, regnes personen som ankommet sykehuset i live.

Dersom opphold der pasienten er død ved ankomst til sykehuset allikevel rapporteres til Norsk pasientregister skal pasienten kodes med inntilstand 2 «Død ved ankomst». Dette gjelder også dødfødte.

## 5.13 Ambulante konsultasjoner

---

Med ambulante konsultasjoner menes polikliniske kontakter som gjennomføres av spesialisthelsetjenesten, utenfor rammen av ordinære fysiske lokaler i spesialisthelsetjenesten, og med bruk av virksomhetens eget personell.

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

Nasjonal særkode B0015 Ambulant konsultasjon særskilt begrunnet i pasientens behov kan registreres og rapporteres når behandler(e) oppsøker pasienten ambulant og dette er begrunnet i pasientens behov. Særkoden gir et poengtillegg per konsultasjon, jfr. kap 9.1.

Følgende kriterier må alle være oppfylt for registrering av særkode B0015:

1. Det må være snakk om en konsultasjon eller konsultasjonslignende kontakt.
2. Konsultasjonen må være rettet mot pasienten, foresatte eller andre nærstående personer som naturlig inngår i utredning og behandling av pasienten.
3. Konsultasjonen må finne sted ambulant ("utenfor rammen av ordinære fysiske lokaler i spesialisthelsetjenesten").
4. Konsultasjonen må gjennomføres "med bruk av virksomhetens eget personell".
5. Årsaken til at ambulant tjenesteform er valgt, må være begrunnet i minst ett av følgende hensyn
  - Å sikre pasienten tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester.
  - Forsvarlig og omsorgsfull behandling.
  - Tilstrekkelig utredning og kartlegging av behandlingmessige muligheter.
  - Samarbeid med kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Aktivitet som skjer i satelittavdelinger regnes i denne sammenheng ikke som en ambulant tjeneste. Dette likestilles med en avdeling. Det kan også foregå ambulant virksomhet fra en satelittavdeling, f.eks i pasientens hjem.

*Hvem kan den ambulante konsultasjonen være rettet mot?*

Særkode B0015 er primært ment benyttet i.f.m. med ambulante konsultasjoner eller konsultasjonslignende kontakter med pasienten i egen person. Det må imidlertid legges til grunn et noe videre perspektiv på hvordan pasienten kan være representert i.f.m. en konsultasjon, jf. øvrig innretning av regelverket for ISF psykisk helsevern og TSB. Ambulante konsultasjoner med foresatte eller andre nærstående personer som naturlig inngår i utredning og behandling av pasienten, inngår dermed også. Det følger av ovenstående at samarbeids- og koordineringsmøter med kommunalt og øvrig tjenesteapparat, uten pasient/foresatte til stede faller utenfor formålet med særkode B0015.

## **5.14 Indirekte aktiviteter**

---

Indirekte aktiviteter skal i den grad de rapporteres til NPR rapporteres med «Kontakttype»=5 («Indirekte pasientkontakt») og med nærmere spesifisering av aktivitetstypen gjennom spesifisering av «Indirekte aktiviteter». Dette gjelder bl.a. møter med andre tjenesteytere, administrative telefonsamtaler, utforming av brev eller erklæringer, samt andre situasjoner der det ikke finner sted en konsultasjon eller konsultasjonslignende hendelse med pasienten fysisk tilstede.

## **5.15 Permisjon under innleggelse**

---

I tilfeller der helsehjelpen foregår over to eller flere dager, uten at pasienten overnatter i sykehusavdeling, skal behandlingsaktiviteten ikke rapporteres som ett sammenhengende avdelingsopphold med permisjon. Slike tilfeller skal i stedet registreres og rapporteres dag for dag.

## **5.16 Hovedregler vedrørende medisinsk koding**

---

Medisinsk koding av aktivitet som inngår i grunnlaget for beregning av ISF skal finne sted i tråd med "Regler og veiledning for koding" fra Direktoratet for e-helse. Dette regelverket oppdateres årlig.

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

## **5.17 Dokumentasjonskrav knyttet til medisinsk koding**

---

Det skal være samsvar mellom 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/dokumentkontroll av hva som har hatt reell betydning og ikke.

## **5.18 Multippel koding**

---

Fra og med 2016 er det bare parkoding med sverd-/stjernekode som skal rapporteres som multippel koding ved hovedtilstand. Stjernekode rapporteres i NPR-meldingen inn som kode nr

2, mens sverdkoden (eller en annen kode som oppfører seg som sverdkode sammen med den aktuelle stjernekode) rapporteres som kode nr 1. Ingen annen form for multiplenkoding skal benyttes i 2019.

## 5.19 Koding av bilaterale inngrep

---

Koden ZXA10 skal *kun* brukes for å markere bilaterale operative inngrep. Bilaterale diagnostiske prosedyrer skal ikke kodes med ZXA10. For bilaterale bildeundersøkelser brukes ZTX0XC Bilateral bildediagnostisk undersøkelse.

## 5.20 Koding av informasjon om episodens finansieringsmåte

---

For hver episode skal det være kodet informasjon om de finansierings- og avtalemessige forutsetningene for gjennomføringen av helsehjelpen. Rapportering finner sted gjennom attributtet *Debitor* i NPR-meldingen.

## 5.21 Registrering i medisinske kvalitetsregistre

---

Helsedirektoratet har lagt til rette for en prøveordning over 2 år hvor RHF-ene gis ISF-finansiering per registrerte pasient per år i utvalgte kvalitetsregistre. Hensikten med piloten er å se om virkemiddelet bidrar til å øke kompletthet og dermed kvaliteten i utvalgte medisinske kvalitetsregistre der det er for dårlig kompletthet. Det er lagt opp til en ISF-refusjon på om lag 200 kroner per pasient registrert per år for de registrene som omfattes av piloten.

Som en del av prøveordningen opprettes det 12 nye særkoder, en for hvert av de medisinske kvalitetsregistre som inkluderes i piloten. Aktiviteten vil grupperes til en ny særtjenestegruppe, XS04 Registrering i medisinske kvalitetsregistre.

- Registrering av at rapportering til gitt medisinsk kvalitetsregister er gjort skal kodes med særkode for det aktuelle kvalitetsregisteret (se tabell)
- Indikasjon (ICD-10-kode) skal kodes som hovedtilstand

Registreringen kan skje i forbindelse med en helsehjelpsepisode (poliklinisk kontakt eller innleggelse), men kan også registreres i etterkant av oppholdet gjennom en indirekte kontakt:

Ved indirekte kontakt angis i tillegg:

- Kontakttype=5 Indirekte pasientkontakt
- Sted for aktivitet=1 På egen helseinstitusjon
- Indirekte aktiviteter=21 Teknisk episode

Oversikt over særkoder for de enkelte kvalitetsregistre:

Særkoder	Tekst
B0030	Registrering i Nasjonalt kvalitetsregister for føflekkreft
B0031	Registrering i Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft
B0032	Registrering i Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft
B0033	Registrering i Nasjonalt register for KOLS
B0034	Registrering i Norsk diabetesregister for voksne
B0035	Registrering i Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten
B0036	Registrering i Norsk register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer
B0037	Registrering i Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi
B0038	Registrering i Nasjonalt barnehofteregister
B0039	Registrering i Norsk hjertesviktregister
B0040	Registrering i Gastronet
B0041	Registrering i Norsk gynekologisk endoskopiregister

# 6. SPESIFIKKE RAPPORTERINGS- OG KODINGSREGLER – SOMATIKK

## 6.1 Helsehjelp som finner sted uten overnatting – Innleggelse versus poliklinikk

---

Reglene her gjelder helsehjelpsepisoder som finner sted i løpet av én dag uten at pasienten overnatter. Reglene gjelder også kortvarige episoder som bryter døgnskillet. Episoder for gjennomføring av dialysebehandling omfattes ikke av bestemmelsene her.

Episoder som angitt i første ledd skal som hovedregel rapporteres som polikliniske kontakter (episodetype Kontakt i NPR-meldingen).

Følgende fire unntak medfører at episoden likevel skal rapporteres som innleggelse (episodetype Avdelingsopphold i NPR-meldingen):

1. Episodevarighet i sykehus fem timer eller mer har vært nødvendig på grunn av pasientens medisinske behov og kravene til forsvarlig og omsorgsfull behandling.
  - Nødvendig tid til diagnostiske og eventuelt terapeutiske tiltak medregnes. Medisinsk begrunnet observasjonstid medregnes også.
  - Tid medgått til venting på helsepersonell eller venting på gjennomføring av supplerende undersøkelser og tiltak medregnes ikke, jf. også presiseringer i siste ledd. Tid medgått til organisering av hjemtransport og lignende administrative forhold medregnes heller ikke.
  - Vurdering av om vilkårene for unntaket er oppfylt skal baseres på faglige skjønn, og det forutsettes ikke egne registreringer av tid medgått til ulike delprosesser eller av ventetid i løpet av episoden.
2. Pasienten er ankommet sykehuset for øyeblikkelig hjelp, men dør i sykehuset i løpet av første dag.
3. Pasienten overføres til annet sykehus for innleggelse i løpet av første dag.
4. Når det følger av annet regelverk eller av spesifikke bestemmelser i regelverket her at pasienten skal betraktes som innlagt.

Følgende forhold medfører ikke i seg selv at episoden skal registreres som innleggelse:

- Venting, forsinkelser, logistikkproblemer eller kapasitetsbrist har medført at helsehjelpsepisoden har vart mer enn fem timer.

- Pasienten har blitt tilordnet eller oppholdt seg i seng.
- Pasienten har blitt tilbudt mat eller drikke.
- Pasienten har blitt kledd i sykehustøy, påført armbånd eller gjennomgått lignende standardtiltak vanligvis forbundet med innleggelse.
- Pasienten har blitt registrert som innlagt i PAS/EPJ forut for eller ved ankomst sykehuset.
- Pasienten har blitt fysisk flyttet fra akuttmottak til observasjonsenhet eller annen sengepost.

## 6.2 Videokonsultasjoner

---

For ISF-beregningsformål foreligger en videokonsultasjon når alle følgende vilkår er oppfylt:

- a) det er benyttet videokonferanseutstyr slik at det er mulig for pasient og lege å se hverandre gjennom videooverføring
- b) kommunikasjonen finner sted i sanntid (direkte forbindelse)
- c) videokonferansen gjør det mulig å kommunisere med lege på annet fysisk sted enn der pasienten befinner seg
- d) hovedformålet er gjennomføring av konsultasjon, undersøkelse eller behandling for å kompensere for fysisk avstand.

Det forutsettes at det videokonferanseutstyret som benyttes tilfredsstillende kravene til sikkerhetsnivå, jf. Norm for informasjonssikkerhet.

Videokonsultasjoner rapporteres slik:

- Kontakten fra den virksomhet der helsepersonell i spesialisthelsetjenesten gjennomfører videokonferanse med pasienten (der pasienten ikke er) skal rapporteres med attributtet Sted for aktivitet innen NPR-meldingselementet Kontakt med kodeverdi 3 «Telemedisinsk behandling (der behandler 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 behandlerens telemedisinske medvirkning.
- Rapportering av aktiviteten fra det stedet pasienten befinner seg skal finne sted fra den virksomhet i spesialisthelsetjenesten som har pasienten hos seg. Dersom pasienten befinner seg hjemme, hos fastlege eller annen kommunal instans, eller på annet sted utenfor spesialisthelsetjenesten, rapporteres dette ikke til NPR som egen kontakt i tillegg. Kontakter i spesialisthelsetjenesten med pasienten til stede, og med samtidig videokonsultasjon med annen del av spesialisthelsetjenesten, rapporteres med Sted for aktivitet = 6 «Telemedisinsk behandling (der pasienten er)».

Kontakter som finner sted mellom pasient og behandler per telefon skal registreres som telefonkonsultasjoner og ikke som videokonsultasjoner. Hvis slike telefonkontakter rapporteres, forutsettes det at attributtet Kontakttype innen NPR-meldings-elementet Kontakt er angitt med kodeverdi 5 «Indirekte pasientkontakt», og at attributtet Indirekte aktiviteter (pollndir) er angitt med kodeverdi 12 «Telefonsamtale med pasient». Det finnes også ulike andre registreringsmåter



for telemedisinsk oppfølging som ikke er videokonsultasjoner. For registreringsregler her vises til andre kapittel i dette regelverket.

### **6.3 Telemedisinsk oppfølging av pasienter med pacemaker/ ICD**

---

Den kontinuerlige aktiviteten knyttet til fjernmonitorering og oppfølging av pasienter med implantert pacemaker eller ICD inngår i gruppering til særtjenestegruppe (STG). En slik fjernmonitorering vil inkludere telefonisk, elektronisk eller skriftlig kommunikasjon med pasienten, og vil dekke all aktivitet knyttet til en slik oppfølging.

Aktiviteten skal rapporteres gjennom indirekte kontakter, og følgende regler gjelder for registreringen:

- Indikasjon (ICD-10 kode) skal kodes som hovedtilstand. Her vil dette være koden for grunnlidelsen, så sant den fortsatt er til stede (se koderegelverket om pacemakerkontroller)
- Prosedyrekode FPFE44 Avlesning og tolkning av fjernrapporterte data fra pacemaker og ICD
- Kontakten registreres som en indirekte aktivitet
- Registrering og rapportering må skje minst én gang pr tertial

Det forutsettes at kontakter der pasienten har fysisk oppmøte i sykehusavdeling/poliklinikk, eller der kontakten tilfredsstiller de krav som stilles til videokonsultasjon, registreres og finansieres på samme måte som i dag.

### **6.4 Strålebehandling**

---

#### **6.4.1 Generelt**

HF 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.

#### **6.4.2 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.

### 6.4.3 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 prosedyrekodene fra underkapittel WEGX i kapittel W i NCMP skal registreres for å synliggjøre hvilken type planleggingsaktivitet som finner sted.
- Øvrig planleggingsprosess, herunder indirekte aktiviteter knyttet til inntegning av målvolumer m.v. etter at pasientens kontakt med sykehuset er avsluttet, skal ikke rapporteres som egne kontakter.
- Kontakter for gjennomføring av pustetrening, tilpasning av fikseringsutstyr m.v. forutsettes ikke som en del av beregningsgrunnlaget, og skal ikke rapporteres som ISF-aktivitet. Dersom kontakter der slike aktiviteter er hovedformålet rapporteres, skal attributtet Debitor være kodet med kode 99 Annet.

### 6.4.4 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.

### 6.4.5 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 rapporteres i separat NPR-meldingsfil fra stråleterapienheten. Fremmøtene til strålebehandling mens pasienten er innlagt rapporteres med omsorgsnivå=8. Dette for å skille aktiviteten fra øvrig strålebehandling og for å kunne ekskludere aktiviteten fra ISF-grunnlaget. Tilstands- og prosedyreinformasjon kodes etter vanlige regler.

## 6.5 Dialysebehandling

---

### 6.5.1 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 Ekstrakorporeal 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.

Der pasienten er innlagt for annen årsak enn dialyse, men der dialyse utføres under oppholdet, kodes dette med prosedyre for dialyse og årsak til dialysen kodes under annen tilstand med relevant ICD-10 kode. Det er for finansieringsformål tilstrekkelig å kode dialyse én gang under oppholdet.

### 6.5.2 Helsepersonelladministrert hemodialyse utenfor sykehus

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

Hemodialyse med helsepersonell til stede og 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 ambulant sted».

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

### 6.5.3 Pasientadministrert peritonealdialyse og hemodialyse

Informasjon om at spesialisthelsetjenesten tilrettelegger for og finansierer pasientadministrert peritonealdialyse eller hemodialyse baseres på rapportering av de nasjonale særkodene

- A0093 Pasientadministrert peritonealdialyse
- A0094 Pasientadministrert hemodialyse

Særkodene A0093 og A0094 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 særkodene kan knyttes til ordinære behandlingsepisoder som finner sted (innleggelser eller polikliniske konsultasjoner), eller til særskilte kontakter som rapporteres for dette formålet alene.

Dersom kodene 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 posedialyse gjennomføres.
- En av særkodene A0093 og A0094 rapporteres en gang per måned per pasient.

Dersom rapporteringen finner sted i tilknytning til ordinære behandlingsepisoder, gjelder ordinære rapporteringskrav for disse. Indikasjonen for hjemmebasert peritonealdialyse skal fremgå av hovedtilstand eller andre tilstander. Prosedyrekoder for den pasientadministrerte dialysebehandlingen skal ikke registreres, kun aktuell særkode.

## 6.6 Fødsler og nyfødte

---

### 6.6.1 Fødsler og barselopphold

#### Registrering av mor i forbindelse med fødsel

##### Ved ukompliserte forløp

- Når mor føder i sykehus:
  - Z37.- skal alltid være hovedtilstand ved den avdelingen der fødselen finner sted
  - Z37.- skal brukes som hovedtilstand bare én gang i forbindelse med fødsel
- Dersom mor føder utenfor sykehus og så innlegges:
  - «Z39.0 Pleie og undersøkelse umiddelbart etter forløsning» brukes som kode for hovedtilstand
- Dersom mor overflyttes til annen avdeling /institusjon:
  - Kodes som ved fødsel utenfor sykehus.
- Z37.- skal **ikke** registreres som Annen tilstand
- Prosedyrekoder registreres der disse er utført ved aktuell helsehjelpsepisode. MAX20 Manuell fødselshjelp ved hodefødsel, MAG00 Manuell fødselshjelp ved setefødsel eller MAX 00 Episiotomi skal brukes ved normalfødsler
- «Innmåte hastegrad» vurderes på lik linje med andre innleggelser

##### Ved kompliserende tilstander

- Når mor føder i sykehus:
  - Hovedtilstand skal alltid være Z37.- ved den avdelingen der fødselen finner sted
  - Kompliserende tilstander registreres som Annen tilstand
- Dersom mor føder utenfor sykehus og så innlegges:
  - Den tilstanden som krevde mest helsehjelp registreres som hovedtilstand
  - «Z39.0 Pleie og undersøkelse umiddelbart etter forløsning» brukes som kode for annen tilstand
- Dersom mor overflyttes til annen avdeling /annen institusjon:
  - Kodes som ved fødsel utenfor sykehus

- Dersom mor dør:
- Komplikasjonen som førte til død skal registreres som hovedtilstand
- Z37.- registreres som Annen tilstand
- Z37.- skal registreres som Annen tilstand bare dersom mor dør
- Prosedyrekoder registreres der disse er utført ved aktuell helsehjelpsepisode. MAX20 Manuell fødselshjelp ved hodefødsel, MAG00 Manuell fødselshjelp ved setefødsel eller MAX 00 Episiotomi skal brukes ved normalfødsler.
- «Innmåte hastegrad» vurderes på lik linje med andre innleggelser.

Når mor må være innlagt sammen med sykt barn, men selv ikke er syk, brukes koden Z76.3 «Frisk ledsager til syk person»

## **Registrering av barnet etter fødsel**

### Friskt barn

- Kode «Z38.- Levendefødte barn etter fødested»
  - Koden registreres som hovedtilstand én gang for barnet ved den avdelingen der fødselen skjer, eller ved første avdeling hvor barnet innlegges når fødsel har skjedd utenfor sykehus
- Dersom barnet deretter overføres til en ny avdeling eller institusjon bruker den nye avdelingen disse kodene ved utskrivning:
  - Hovedtilstand: Z00.11 Rutinemessig helseundersøkelse av nyfødt
  - Z38.- registreres IKKE
  - Når helseinstitusjonen må ta hele eller deler av omsorgen for et friskt barn på grunn av sykdom hos mor brukes koden Z76.2 «Helsemessig tilsyn med og pleie av annet friskt spedbarn eller barn» i stedet for Z00.11.
- «Innmåte hastegrad» vurderes på lik linje med andre innleggelser.
- «Inntilstand» skal være 3 «født i sykehus» for det nyfødte barnet.

### Ved komplikasjoner hos barnet

- Ved den avdelingen der barnet er født eller først innlagt etter fødsel:
  - Z38,- brukes som hovedtilstand
  - Komplikasjoner kodes med aktuelle koder for dette som Annen tilstand
- Ved overflytting til andre avdelinger eller institusjoner:
  - Den tilstanden som har krevd mest helsehjelp registreres som hovedtilstand
  - Z38,- registreres IKKE.
  - Dødfødsel: Ikke krav om rapportering av dette til NPR.
  - Hvis ønske om registrering i eget journalsystem: Bruk kode «P95 Fosterdød, uspesifisert årsak»
- «Innmåte hastegrad» vurderes på lik linje med andre innleggelser.
- «Inntilstand» skal være 3 «født i sykehus» for det nyfødte barnet.

**6.6.2 Koding av blødning eller anemi som annen tilstand ved fødsel, keisersnitt og abort**  
I forbindelse med fødsel og keisersnitt kan følgende ICD-10-koder kun rapporteres som annen tilstand dersom blødningen er målt til mer enn 1000 ml eller dersom den fødende er behandlet med transfusjon eller jerninfusjon:

- O67.8 Annen spesifisert blødning under fødsel
- O67.9 Uspesifisert blødning under fødsel
- O72.0 Blødning i tredje stadium
- O72.1 Annen umiddelbar blødning etter fødsel
- O72.2 Forsinket og sekundær blødning etter fødsel

Koden O99.0 Anemi som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid brukes til å rapportere alle typer anemi som kompliserer svangerskap, fødsel eller barseltid slik de fremkommer av D50-D64 i ICD-10. I forbindelse med fødsel eller keisersnitt der det foreligger en posthemoragisk anemi som hos ikke-gravide ville vært kodet D62, rapporteres dette kun der minst ett av følgende kriterier er oppfylt:

- blødning er målt til mer enn 1000 ml
- den fødende er behandlet med transfusjon med fullblod, røde blodlegemer eller andre blodkomponenter
- den fødende er behandlet med jerninfusjon.

Regler for koding av blødning ved abort og utskrapning følger samme regler som ved blødning etter svangerskap/keisersnitt og inkluderer også bruk av koden O08.1.

## **6.7 Assistert befruktning**

---

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

- Utført assistert inseminasjon kodes med aktuelle NCMP-kode(r) og rapporteres hver gang behandlingen skjer.
- Utført overføring av egg eller embryo kodes med aktuelle NCSP-kode(r) og rapporteres hver gang behandlingen skjer.

Takstkoden B53 (assistert befruktning, for kvar einskild av totalt tre freistnader) 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 følger av denne.

## **6.8 Medikamentelt svangerskapsavbrudd**

---

- For kodingsregler ved medikamentelt svangerskapsavbrudd, se [Regler og veiledning for koding](#) som publiseres av direktoratet for e-helse.

## 6.9 Legemiddelbehandling

---

En del av legemiddelbehandlingen i spesialisthelsetjenesten har særskilte registrerings- og rapporteringsregler. Dette dreier seg i hovedsak om kostbar legemiddelbehandling. Koding av legemiddelbehandling i sykehus forutsetter at legemiddelbehandlingen har relevans for helsehjelpsepisoden og forutsetter at administrasjonen av legemiddelbehandlingen har økonomisk betydning for helseforetaket.

### 6.9.1 Kreftlegemiddelbehandling i sykehus

Regelverket skiller mellom sykehusadministrert poliklinisk eventuelt med kortvarige opphold og pasientadministrert kreftlegemiddelbehandling. For pasientadministrert kreftlegemiddelbehandling se kap. 6.10. Reglene gjelder registrering og rapportering av behandlingsepisoder hvor gjennomføring av medikamentell svulstbehandling er hovedformålet. Her menes medikamentell svulstbehandling som gjøres poliklinisk eller som kortvarig innleggelse (0–2 liggedager). Reglene gjelder både godartede og ondartede svulster. Med svulster her menes både solide og ikke-solide svulster.

- Indikasjon (ICD-10 kode) skal kodes som hovedtilstand.
- Administrasjonsmåte (NCMP-kode) skal kodes som prosedyrekode. Der hvor det foreligger en særkode for aktuell medikamentell behandling skal denne registreres. Der hvor særkode ikke finnes, skal ATC-kode benyttes. Oppdatert liste med særkoder finner man på Helsedirektoratets hjemmeside.

Kravet om spesifisering gjelder ikke legemidler for hydrering, korreksjon av saltbalanse, antiemetika eller væsker for utblanding av cytostatika.

### 6.9.2 Infusjonsbehandling med særskilte (immunmodulerende) legemidler

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

- Pasientens sykdom (indikasjon) som hovedtilstand
- NCMP-kode WBGM00 for å angi infusjon
- Særkode for aktuelt legemiddel eventuelt ATC-kode i tillegg

Tilsvarende behandling gitt for andre tilstander registreres på samme måte.

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

### 6.9.3 Behandling av makuladegenerasjon eller makulaødem

Poliklinisk behandling av makuladegenerasjon eller makulaødem med medikamentinjeksjon i øyet skal kodes med:

- Indikasjon som hovedtilstand
- CKD 05 Injeksjon av medikament i corpus vitreum
- Særkode for aktuelt legemiddel, eventuelt ATC-kode der særkode ikke eksisterer

Poliklinisk behandling av makuladegenerasjon med fotodynamisk teknikk skal kodes med:

- Indikasjon som hovedtilstand
- Aktuell NCMP-kode (WBGGM) for å angi måten legemiddel er administrert på
- Særkode for aktuelt legemiddel eller ATC-kode der særkode ikke eksisterer
- ZXC15 som prosedyrekode for å angi at fotodynamisk teknikk er benyttet

#### 6.9.4 Behandling av Dupuytren's kontraktur/krokfinger uten kirurgi

Når denne tilstanden behandles over to dager med injeksjon av kollagenase (Xiapex) i fascien første dag, og overrivning av Dupuytren'sstrengen andre dag kodes det slik:

Dag 1:

- Hovedtilstand M72.0 Dupuytren's kontraktur
- Aktuell NCMP-kode for å angi måten legemiddel er administrert på, WBGGM70 Injeksjon i muskelfeste/ sene/ fascie/ bursa
- Særkode for aktuelt legemiddel

Dag 2:

- Hovedtilstand M72.0 Dupuytren's kontraktur
- Hvis håndortose kodes dette i tillegg med aktuelle NCSP kode

#### 6.9.5 Bruk av botulinumtoksin for ulike indikasjoner

Botox-behandling kan gis for ulike indikasjoner. NCMP-koder som brukes for å angi administrasjonsmåte kan variere for de ulike indikasjonene.

Poliklinisk behandling med lokal injeksjon av botulinumtoksin skal kodes med:

- Pasientens sykdom (indikasjon) som hovedtilstand
- NCMP-koder for å angi injeksjonen (for eksempel ACGX90 lokal injeksjon av nevrotoksisk substans eller CEX00 Terapeutisk injeksjon i øyemuskel ved behandling for skjeling)
- Særkode for aktuelt legemiddel, 3AX01 Behandling med legemiddel M03AX01 Botulinum toxin
- Dersom behandlingen gjøres elektromyografiledet benyttes prosedyrekode AXFE15 elektromyografiveiledet injeksjon, + særkode 3AX01

#### 6.9.6 Påfyll av baklofen ved ITB-behandling av dystoni og spastisitet

Påfyll av baklofen ved ITB-behandling av dystoni og spastisitet skal kodes med:

- Indikasjon som hovedtilstand
- NCMP-kode WBGC11 for påfyll
- Særkode for aktuelt legemiddel

Dosejusteringen skal kodes med WBGC12, og man skal ikke benytte særkode for legemiddel dersom påfyll ikke gjøres samtidig.



## 6.10 Pasientadministrert legemiddelbehandling finansiert av regionale helseforetak

---

Fra 2019 er det ikke lenger spesifikke koderegler eller behov for å kode særkoder for pasientadministrert legemiddelbehandling i sykehusenes pasientadministrative systemer.

Datagrunnlaget for ISF for pasientadministrert legemiddelbehandling er endret og samles inn til NPR fra oppgjørssystemet for H-resept. Data i oppgjørssystemet stammer fra spesialisthelstjenestens registreringer av E-resepter. Det er informasjon fra reseptene som hentes ut på apotek og faktureres RHFene som gjenbrukes som ISF-grunnlag. Koding av resepten i tråd med krav i H-reseptforskriften blir derfor avgjørende for riktig ISF-grunnlag.

Virksomheter i spesialisthelsetjenesten som registrerer E-resepter er ansvarlig for at registrert informasjon er tilstrekkelig som grunnlag for kategorisering av behandlingsaktiviteten, herunder gjennom identifikasjon av pasienten, behandlingsindikasjon (tilstandsinformasjon ICD-10 i feltet «refusjonskode») og spesifisering av legemiddel (ATC-kode).

## 6.11 Nasjonale særkoder for legemiddelbehandling

---

De nasjonale særkodene for legemiddelbehandling bærer samme informasjon som korresponderende ATC-koder. Særkoder er fra 2019 kun aktuelle for registrering av legemiddelbehandling i sykehus da disse særkodene fortsatt er grunnlaget for gruppering til utvalgte DRGer. En oppdatert oversikt over særkoder til bruk for sykehusbehandling finnes på Helsedirektoratets nettsider. For pasientadministrert legemiddelbehandling skal oppgjørdata fra apotekene benyttes i STG-gruppering fra 2019, og det vil for finansieringsformål derfor ikke være nødvendig med registrering av særkoder for disse legemidlene. Dette vil også gjelde særkoden WL000 Utstedelse av H-resept på legemiddel som ikke lenger vil være i bruk.

## 6.12 Tverrfaglig utredning av sammensatte tilstander

---

Med tverrfaglig utredning menes tilbud som er etablert for utredning av pasienter med smertetilstander, kognitiv svikt, forsinket utvikling eller lignende. Formålet med utredningen skal være å fastsette en diagnose og en plan for videre behandling. Det forutsette tverrfaglig involvering av minst 3 faggrupper, hvorav en lege eller psykolog med klinisk spesialistkompetanse relevant for tilstanden som utredes. Der pasienten allerede har en kjent diagnose er dette utenfor formålet.

Videre gjelder at pasienten skal være tilstede under utredningen, med andre ord skal det foreligge en direkte kontakt i sanntid. Møtevirksomhet om pasienten inngår ikke i beregningsgrunnlaget og skal heller ikke rapporteres som tverrfaglig utredning med denne koden.

Tverrfaglig utredning skal kodes som følger:

- Pasientens tilstand (ICD-10) skal kodes som hovedtilstand.
- WMAA10 Tverrfaglig utredning etter ovennevnte krav

Ovennevnte regel omfatter tverrfaglige utredningen som skjer koordinert samme dag. Der hvor utredningen skjer oppstykket over flere dager skal dette registreres som ordinære konsultasjoner. Da skal ikke særkode WMAA10 Tverrfaglig utredning benyttes. Disse kontaktene grupperes da til andre DRG-er enn DRG 9970.

## 6.13 Rehabilitering

---

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

Den ytre rammen av hva som skal finansieres er at tjenesten er spesialisthelsetjeneste. Dette innebærer at det som normalt er en tjeneste som ytes på kommunalt nivå ikke skal finansieres gjennom ISF-ordningen.

### 6.13.1 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. Henvisningen skal ligge i pasientens journal.
- Rehabiliteringsprogrammet skal være individuelt tilpasset den enkelte pasient, og en tilrettelagt plan skal være utarbeidet for den enkelte pasient før oppstart av rehabiliteringsprogrammet. Programmets lengde skal ha en rimelig lengde i forhold til aktuell tilstand som rehabiliteres og skal fremkomme i planen til den enkelte pasient.
- Innholdet i programmet skal være individrettet, men inntil 80 prosent av tjenesteinnholdet kan gjennomføres som individrettet behandling i gruppe.
- Det skal i plan beskrives hvordan primærhelsetjeneste/primærlege involveres i videre oppfølging av pasienten.
- Programmet skal inneholde minst en individuell kontakt med lege for samtale og/eller behandling.
- Lege skal være ansvarlig for innhold og gjennomføring. Det skal fremgå av journalen hvilken lege som er ansvarlig. Ansvarlig lege skal ha hatt personlig kontakt med pasienten. Dette kan skje i sammenheng med den individuelle legekontakt alle pasienter skal ha, jfr forrige punkt.

- Minst tre ulike typer helsepersonellgrupper, relevant for aktuell tilstand, skal være involvert i programmet og det skal være et tverrfaglig samarbeid om rehabiliteringen.
- 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 per rehabiliteringsprogram. I tillegg kan det tas egenandel for individuelle legekonsultasjoner før rehabiliteringsprogrammet, for eksempel en utredning av pasienten der rehabiliteringsbehovet kartlegges og programmet utformes.

De samme reglene gjelder innenfor habilitering i somatisk spesialisthelsetjeneste.

### 6.13.2 Rehabilitering som innlagt

Her menes tverrfaglig, individuell rehabilitering som er døgnbehandling, men som i avslutningsfasen også kan være dagbehandling. Dette gjelder rehabilitering etter akutt opphold i sykehus. Aktuelle pasientgrupper er slagpasienter, pasienter med revmatisk lidelse (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 tverrfaglig uten innleggelse i sykehus hører som hovedregel hjemme under poliklinisk rehabilitering.

Deler av døgnrehabilitering innen spesialisthelsetjenesten er forutsatt finansiert gjennom basisbevilgningen, se pkt. 4.2.1 f) i regelverket.

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

Tabell 3 Kriterier for hvilke koder som skal benyttes ved koding av rehabilitering

Krav i henhold til rehabilitering	Z50.89 Enkel	Z50.80 Kompleks
Min. antall spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team	4	6
Målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan	Ja	Ja
Samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen	Ja	Ja

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

Hver helsefaggruppe skal ha bidratt i vesentlige deler av det aktuelle rehabiliteringsoppholdet, uavhengig av om det er enkel eller kompleks rehabilitering.

For at koden for enkel rehabilitering (Z50.89) kan brukes, gjelder det krav om at arbeidet ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering.

Innen fagområdene revmatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri kan rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder. Spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten i sanntid under oppholdet.

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 revmatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri kan rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder. Spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten i sanntid under oppholdet.

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 Z50.89 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.

For habilitering i somatisk spesialisthelsetjenesten gjelder samme krav.

For annen rehabilitering som innlagt og som ikke oppfyller kravene nevnt over skal kodene Z50.9 eller Z50.8 benyttes. For å registrere Z50.9 gjelder for øvrig de samme prosessuelle kravene som er omtalt under kapittel 6.13.1.

#### 6.13.2.1 Helsefaggruppe

Det er et minimumskrav at man skal være et helsepersonell som beskrevet i Helsepersonelloven § 3 for å kunne telle som en helsefaggruppe. Dette er «personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49».

Det presiseres at listen over personell med autorisasjon er omfattende, og det er således ikke alt helsepersonell som er listet her som er aktuelt for rehabilitering. Det skal foreligge en sammenheng mellom personellens tjeneste og rehabiliteringen, altså en direkte relevans.

I tillegg er det et krav at tjenestene som blir utført er forskjellig i sin natur. Dette fordi en helsefaggruppe i noen tilfeller yter den samme tjenesten ovenfor pasienten, og at det derfor ikke er forskjell i tjenesten selv om det er forskjell i type helsepersonell. Eksempel på dette er pleie og omsorg som kan ytes av en rekke autoriserte helsepersonell, men som reelt sett er samme type tjeneste. Disse utgjør da en helsefaggruppe.

I tillegg godkjennes to helsefaggrupper som ikke omfattes av ovennevnte definisjon; 1) Sosionom og 2) spesialpedagog / pedagog.

## 6.14 Pasientopplæring og tiltak i gruppe

---

Pasientopplæringsprogrammer og andre tiltak i gruppe for pasienter og pårørende kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom følgende krav er oppfylt:

- Deltakerne til programmet skal være henvist fra lege. Henvisningen skal ligge i pasientens journal
- 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/ primærleger trekkes inn i gjennomføringen av programmene og den videre oppfølging av deltakere
- Opplæringsprogrammet gjennomføres i regi av et HF og med en lege som er ansvarlig for medisinsk faglig innhold og opplegg for gjennomføring. Selve gjennomføringen av opplæringen kan utføres av annet kvalifisert helsepersonell i spesialisthelsetjenesten

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.

- NCMP koder, 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.

## 6.15 Behandling rettet mot gruppe av pasienter

---

DRG 996O og 996P gjelder for behandling og tiltak som skjer i gruppe, men som faller utenfor reglene i DRG 862O poliklinisk rehabilitering og DRG 998O Grupperettet pasientopplæring. Dette kan bl.a. dreie seg om behandling av visse lidelser som er hensiktsmessig å gjøre i gruppe selv om fokuset er individrettet. Eksempel kan være behandling etter akutttopphold der det fra et faglig ståsted er hensiktsmessig å utføre det i gruppe f.eks. såkalte hjerteskolet, eller annen behandling som krever spesialisthelsetjeneste, men hvor behandlingsopplegget ikke er innenfor kravene til ovennevnte DRG-er.

Følgende krav forutsettes oppfylt:

- Deltakere i konsultasjoner/behandlingstiltak som foregår i gruppe skal være henvist fra lege. Henvisningen skal ligge i pasientens journal.
- Det forutsettes at der det er gruppekonsultasjoner som går over en periode skal det foreligge en plan for dette, og hvor det faglige behandlingsopplegget i spesialisthelsetjenesten beskrives. I en slik plan skal det også beskrives på hvilken måte kommunehelsetjenesten involveres.
- Det forutsettes at det er en individuell tilnærming til den enkelte pasient og hvor behandlingstilbudet krever kompetanse fra spesialisthelsetjenesten i en gitt avgrenset periode.
- Behandlingen kan både gis av en enkelt behandler og/eller i tverrfaglig team
- For øvrig gjelder at dette ikke omfatter tjenester hvor ansvaret i hovedsak ligger i kommunehelsetjenesten. Dette kan være forebyggende aktiviteter som f.eks. rene røykesluttkurs, kurs for overvektige, rene treningsaktiviteter, tjenester for kronikergrupper mv. som ikke krever spesialisthelsetjenester.
- Behandlingstilbudet gjennomføres som hovedregel i regi av et helseforetak og med en lege som ansvarlig for medisinsk faglig innhold og opplegg for gjennomføring. Selve gjennomføringen kan utføres av annet kvalifisert helsepersonell i spesialisthelsetjenesten.

Registrerings- og rapporteringsregler:

Hovedtilstand og prosedyrekode registreres på vanlig måte, i tillegg skal prosedyrekode ZWWA30 Prosedyre rettet mot en gruppe pasienter benyttes når behandling/konsultasjon skjer i en gruppe. En gruppe kan være fra 2 til flere deltakere. Annen fysisk behandling kodes med Z50.1 etter regler gitt i kodeveiledningen, og slik aktivitet inngår ikke i denne DRG-en. Se også kapittel 8.12.2.

## 6.16 Palliativ behandling

Definisjon av palliativt senter i sykehus slik det fremgår av Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (IS-2285), legges til grunn for reglene gitt her. Reglene nedenunder gjelder også for palliative tilbud til pasienter med andre alvorlige sykdommer enn kreft.

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen<sup>1</sup> definerer "palliativt senter i sykehus" slik på overordnet nivå:

"Består av et tverrfaglig behandlingsteam (palliativt team) med ambulant funksjon til hjemmebesøk og konulentvirksomhet i sykehuset avdelinger. Teamet innehar bred kompetanse i palliasjon. Palliativt team er en obligatorisk del av et palliativt senter."

Fra 2019 skal kode for pasientens sykdom være kode for hovedtilstand, og kode Z51.5 Palliativ behandling legges til når helsehjelpen *i hovedsak er palliasjon*. Denne rekkefølgen på kodene skal benyttes av alle enheter som gir palliasjon, også for enheter som ikke har palliativt senter.

Nasjonale særkoder som beskrevet under skal registreres og rapporteres av virksomheter som har et palliativt senter, men kun når det utføres tiltak i regi av dette palliative senteret. Registrering og rapportering av særkodene forutsetter at det kan fremlegges dokumentasjon på at palliativt senter er etablert i virksomheten.

Kode	Tekst	Vilkår
B0020	Innleggelse i palliativ enhet innen palliativt senter (dag- eller døgntillegging)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pasienten har vært innlagt i palliativ enhet innen palliativt senter</li><li>▪ Gjelder kun ved avdelingsopphold</li><li>▪ Kan være innleggelse på døgntillegging eller dagbasis</li></ul>
B0021	Palliativ behandling av innlagt pasient i regi av palliativt senter (innleggelse utenom palliativ enhet)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pasient er innlagt i annen enhet enn palliativ enhet.</li><li>▪ Palliasjon utgjør vesentlig del av behandlingen og finner sted i regi av det palliative teamet i virksomheten.</li></ul>
B0022	Ambulant dagbehandling i regi av palliativt senter	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Den palliative behandlingen gjennomføres ambulant</li><li>▪ Tjenestetilbudet tilsvarer palliativ dagbehandling gitt i sykehus</li></ul>
B0023	Poliklinisk palliativ behandling i regi av palliativt senter	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Registreres ved ordinære polikliniske kontakter utført av palliativt team (konsultasjoner og kontakter som ikke oppfyller forutsetningen om dagbehandling (jf. regler om skille mellom poliklinisk behandling og innleggelse i kapittel 6.1.)</li></ul>
B0024	Rådgivning og samarbeid mellom palliativt senter og kommunal helse- og omsorgstjeneste	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Palliativt team har rådgitt, koordinert seg med eller på annen måte samarbeidet med representant(er) for kommunens helse- og omsorgstjeneste om palliasjon av pasient.</li><li>▪ Omfanget av samhandlingen går utover vanlig koordinering og administrasjon av ressursinnsats</li></ul>

Palliativt team kan utøve sitt ansvar i samarbeid med øvrig helsepersonell, både når pasient er innlagt i egen enhet, i øremerkede senger, ordinære avdelinger, i institusjon og hjemme. I tilfeller der en av teamets medlemmer gjør en selvstendig konsultasjon eller tilsyn utenfor de

<sup>1</sup> <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen> (Utgitt 26.03.2015, IS-2285)

strukturelle kravene som stilles her skal ikke særkodene benyttes, og særskilt tilleggsfinansiering i ISF kan ikke utløses.

## 6.17 Sterilisering

---

Når hovedformålet med helsehjelpen er sterilisering, 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 konvensjonspasient»

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

## 6.18 Organdonasjon

---

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

## 6.19 Rituell omskjæring av gutter

---

Rituell omskjæring skal kodes med prosedyrekode KGV20 «rituell omskjæring». Dersom formålet med kontakten er rituell omskjæring skal hovedtilstand være Z41.2 «Kontakt med helsetjenesten for rutinemessig eller rituell omskjæring av gutt eller mann». Dersom rituell omskjæring utføres som del av den totale helsehjelpen velges hovedtilstand og øvrige tilstander ut fra vanlige kodingsregler.

## 6.20 Pasienter med visse øyeblikkelig hjelp-problemstillinger

---

Polikliniske øyeblikkelig hjelp pasienter innen angitte grupper/fagområder vil gruppere til 980 DRG-er. Dette gjelder selv om oppholdet har en varighet mindre enn 5 timer. Følgende grupper/fagområder inkluderes:

- akutte brystmerter eller mistanke om akutt alvorlig hjertesykdom
- akutte magesmerter
- mistanke om DVT
- akutt hodepine eller hjernerystelse
- akutt neseblødning
- akutte forgiftninger eller allergiske reaksjoner (F-diagnoser er ikke inkludert her)
- akutt dyspne, hoste eller lignende akutte symptomer fra åndedrettet



Grupperingen vil basere seg på bruk av den administrative koden for hastegrad akutt.

I tillegg til gruppering til 980-DRG-ene vil det for de aktuelle polikliniske akuttoppholdene med varighet mindre enn 5 timer gjøres en justering av poengberegningsregler mellom døgn/dag og akutt poliklinikk slik at disse oppholdene får noe lavere vekt enn dagoppholdene i samme DRG, men høyere enn det de hadde i sine respektive poliklinikk DRG-er.

DRG-poengene tas fra spesifikke døgn DRG-er for de ovennevnte fagområdene (kriteriene for utvalg av døgn DRG-ene er høy andel øyeblikkelig hjelp og relativt lav liggetid under 2 døgn), se grunnlagsdokumentet for utdypende informasjon.

## **6.21 Helsepersonelladministrert legemiddelbehandling utenfor sykehuskommunalt utførte tjenester**

---

I ISF-regelverk kapittel 4.2.1 og 4.3.6 omtales hva slags type tjenester som kan inngå i Innsatsstyrt finansiering, herunder spesialisthelsetjenester som utføres av personell ansatt i kommunehelsetjenesten.

Slik behandling skal registreres som en poliklinisk kontakt. Dette også dersom det er annet helsepersonell enn helseforetakets egne som er tilstede og yter helsehjelpen. Helsepersonell kan da for eksempel være fastlege, sykehjemslege eller annet personell som handler på vegne av et helseforetak.

Det skal framgå av attributtet "Sted for aktivitet" i NPR-meldingselementet «Kontakt» hvor denne behandlingen har funnet sted. Helsepersonelladministrert legemiddelbehandling som utføres andre steder enn i sykehusets lokaler rapporteres med kodeverdi 2 «hos ekstern instans» eventuelt kodeverdi 4 "hjemme hos pasienten".

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

Særkode for ambulant behandling skal IKKE registreres dersom det er helsepersonell ansatt utenfor spesialisthelsetjenesten/sykehuset som står for helsehjelpen.

## **6.22 Telemedisinsk oppfølging av pasienter med søvnapné som bruker CPAP**

---

Den kontinuerlige aktiviteten knyttet til oppfølging av pasienter med søvnapné som bruker CPAP inngår i gruppering til særtjenestegruppe (STG). En slik fjernmonitorering vil inkludere telefonisk, elektronisk eller skriftlig kommunikasjon med pasienten, og vil dekke all aktivitet knyttet til en slik oppfølging.

Følgende regler gjelder for registreringen:

- Indikasjon (ICD-10 kode) skal kodes som hovedtilstand.
- Prosedyrekode GXAV40 Avlesing og tolkning av fjernrapporterte data fra CPAP eller BIPAP/NIV
- Kontakten registreres som en indirekte aktivitet
- Registrering og rapportering må skje minst én gang pr tertial

Det forutsettes at kontakter der pasienten har fysisk oppmøte i sykehusavdeling/poliklinikk, eller der kontakten tilfredsstiller de krav som stilles til videokonsultasjon, registreres og finansieres på samme måte som i dag. Aktivitet der pasienten ikke er tilstede i poliklinikk eller sykehus knyttet til slik oppfølging skal derfor ikke registreres slik at denne inngår i DRG 520 .

### **6.23 Asynkron telemedisinsk oppfølging og behandling av pasienter med kroniske sår**

---

Telemedisinsk aktivitet knyttet til oppfølging av pasienter med kroniske sår og der pasienten ikke møter fysisk i poliklinikken eller har direkte kontakt gjennom videoutstyr dekkes gjennom ny STG . Aktiviteten kan også omfatte kontakter der helsepersonell i kommunehelsetjenesten rådfører seg med spesialisthelsetjenesten vedrørende behandling av kroniske sår. Aktiviteten som inngår i denne STG-en kan være asynkron ved at bilder sendes inn og svar gis senere.

Følgende regler gjelder for registreringen:

- Indikasjon (ICD-10 kode) skal kodes som hovedtilstand
- B0029 Asynkron telemedisinsk oppfølging og behandling av sårKontakten registreres som en indirekte aktivitet
- Registrering og rapportering må skje hver gang spesialisthelsetjenesten blir konsultert

### **6.24 Oppfølging av pasienter basert på Patient Reported Outcomes**

---

Oppfølging av pasienter der det benyttes systemer for selvrapporing av sykdomsaktivitet (PRO) for pasienter med kroniske leddbetennelsesykdommer, epilepsi eller andre tilstander skal registreres og rapporteres til NPR.

Særkoden B0028 Digital, skjemabasert pasientoppfølging og monitorering basert på Patient Reported Outcomes er forutsatt registrert én gang per tertial per pasient som oppfølges i tråd med denne metoden. Særkoden er generelt innrettet selv om aktiviteten vil grupperes til ulike STG-er.

## 6.25 Fjernmonitorering eller asynkron telemedisinsk oppfølging av andre tilstander

---

Den kontinuerlige aktiviteten knyttet til oppfølging av pasienter med ulike lidelser inngår i gruppering til særtjenestegruppe (STG). Dette kan være fjernmonitorering eller annen asynkron aktivitet og vil inkludere telefonisk, elektronisk eller skriftlig kommunikasjon med pasienten, og vil dekke all aktivitet knyttet til en slik oppfølging. Tilstander som ikke er dekket gjennom mer spesifikke STG-er og som ikke er beskrevet særskilt i egne kapitler registreres slik:

- Indikasjon (ICD-10 kode) skal kodes som hovedtilstand.
- Særkode B0042 Fjernmonitorering eller asynkron telemedisinsk oppfølging av andre tilstander
- Kontakten registreres som en indirekte aktivitet
- Registrering og rapportering må skje minst én gang pr tertial

Det forutsettes at kontakter der pasienten har fysisk oppmøte i sykehusavdeling/poliklinikk, eller der kontakten tilfredsstiller de krav som stilles til videokonsultasjon, registreres og finansieres på samme måte som i dag.

# 7. SPESIFIKKE RAPPORTERINGS- OG KODINGSREGLER – PSYKISK HELSEVERN OG TSB

Dette kapitlet omhandler spesifikke rapporterings- og kodingsregler som har betydning for hvordan aktiviteten grupperes i DRG- og STG-systemet, og som dermed har betydning for ISF. Ellers gjelder generelle regler for koding av helsehjelp uavhengig av om det har direkte betydning for ISF eller ei. Se [Regler og veiledning for koding](#) som publiseres av direktoratet for e-helse. Aktivitetsdata innrapportert til Norsk pasientregister brukes til mange formål.

## 7.1 Strukturerte polikliniske dagtilbud

---

Med *strukturerte polikliniske dagtilbud* menes sammensatte polikliniske tjenestetilbud som skiller seg vesentlig fra ordinære polikliniske konsultasjoner og gruppebehandlinger, både innholdsmessig og med hensyn til ressursinnsats.

Ved gjennomføring av strukturerte polikliniske dagtilbud skal en av følgende nasjonale særkoder rapporteres minst én gang. Dette skal gjøres i tilknytning til rapporterte episoder for pasienten aktuell dag:

- B0005 Strukturert poliklinisk dagtilbud, hovedsaklig diagnostisk formål
- B0006 Strukturert poliklinisk dagtilbud, hovedsaklig terapeutisk formål

Kodene for strukturert poliklinisk dagtilbud kan kun registreres og rapporteres når følgende kriterier er oppfylt for det samlede tilbud pasienten mottar én og samme dag:

1. Hovedinnholdet i tilbudet skal være spesialisthelsetjenester.
2. Tjenesteutformingen skal være kunnskapsbasert slik at dokumentert nytte står i forhold til kostnadene. Dokumentasjon av kunnskapsgrunnlaget skal på oppfordring kunne forelegges Helsedirektoratet. Dokumentasjonskravet ansees også oppfylt når det dreier seg om intensivering av polikliniske tjenester samme dag og som inngår i Pakkeforløp.
3. Effektiv samlet personelltid per pasient må overstige 2,5 timer per dag. I vurderingen av personelltid skal følgende legges til grunn:

- a. Kun tidsbruk for spesialisthelsetjenestens eget personell tas i betraktning, ikke deltagere fra f.eks. kommune eller andre eksterne aktører.
  - b. Kun tid medgått til utførelse av klart definerte spesialisthelsetjenester medregnes. Tidsbruk relatert til spesialiserte treningstilbud kan medregnes når denne delen av tilbudet oppfyller kravene om å være spesialisthelsetjeneste med dokumentert nytte. Tid medgått til bl.a. gjennomføring av annen fysisk trening og andre enklere rehabiliteringsoppgaver medregnes ikke.
  - c. Ved gruppeaktiviteter fordeles personelltiden likt på pasientene i gruppen.
  - d. Vente- og egentid for pasienten medregnes ikke.
  - e. Reisetid medregnes ikke.
  - f. Vurderingen skal gjøres basert på skjønn og ikke detaljerte tidsregistreringer.
4. Tilbudet må for pasienten fremstå som noen annet enn en ordinær konsultasjon med mange samtidige behandlere, herunder forstått at tilbudet til pasienten strekker seg over mer enn 2,5 timer samme dag.

Merknad:

Det har vært en del spørsmål om beregning av personelltid. Samlet personelltid på  $\geq 2,5$  timer viser til samlet personelltid per pasient per dag for deltagende behandlere. Ved gruppetiltak fordeles personelltiden likt på pasientene i gruppen.

Tidsbruk er bare ett av flere kriterier for bruk av særkode B0005 og B0006, og alle kriteriene må være oppfylt (ikke bare kravene til personelltid).

## 7.2 Nettbasert behandlingsprogram

---

Den nasjonale særkoden **B0017** (Nettbasert behandlingsprogram) skal registreres når en pasient har gjennomført et helhetlig nettbasert behandlingsprogram. Det registreres én særkode for hvert gjennomførte behandlingsprogram.

Det legges til grunn at behandling for samme sykdom eller problemstilling er del av samme behandlingsprogram, selv om dette strekker seg over lengre tid.

Forutsetninger knyttet til det nettbaserte behandlingsprogrammet for at særkoden skal kunne registreres:

- Det nettbaserte behandlingsprogrammet er en integrert del av et poliklinisk utrednings- og behandlingsforløp.
- Det nettbaserte behandlingsprogrammet kommer til erstatning for noen av de polikliniske konsultasjonene som ellers ville funnet sted i behandlingen av pasienten.
- Det er minst én utredningssamtale på poliklinikken før pasienten skal i gang med den nettbaserte behandlingen og det er avslutningssamtale etter gjennomføring av programmet.
- Behandlingen finner sted gjennom et system som tilfredsstillende gjeldende krav til informasjonssikkerhet beskrevet i Norm for informasjonssikkerhet.

### 7.3 Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam

---

Den nasjonale særkoden **B0016** (Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam) skal registreres når pasienten følges opp og behandles av et etablert ACT-team eller ACT-funksjonen i et FACT-team.

Særkoden skal også registreres i tilfeller der pasienten følges opp og behandles gjennom andre ambulante og oppsøkende team som har likhetstrekk med ACT-team med hensyn til pasientmålgruppe og metode.

Særkoden kan registreres en gang per kalendermåned. Pasienten må ha fått ACT- eller ACT-lignende oppfølging minimum halvparten av kalendermåned for at særkoden skal kunne registreres. For FACT-team innebærer dette at pasienten må ha blitt fulgt opp gjennom teamets ACT-funksjon i minst halvparten av kalendermåned.

Krav til teamorganiseringen for at særkode skal kunne registreres:

- Teamet skal tilby utredning og integrert behandling av samtidige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.
- Teamene skal være opprettet gjennom gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.
- Behandlings- og oppfølgingsansvar skal ligge hos teamet.
- Psykolog og lege/psykiater må inngå i teamet. Tverrfaglig sammensetting av sosial- og helsefaglig personell samt andre med relevant kompetanse. Teamet bør ha minst 5 behandlere for å oppnå reell tverrfaglighet.
- Få pasienter per behandler. (ca. 10 pasienter per behandler er gjeldende anbefalinger i ACT-modellen).
- Hovedarbeidsformen skal være ambulant, vanligvis slik at minst 80 prosent av pasientkontakten bør foregå utenfor kontoret.
- Teamet skal ivareta pasientens behov for kontinuitet i behandlingen. Dette innebærer å tilby ikke-tidsbegrenset behandling/ rehabilitering.
- Teamet skal kunne være tilgjengelig når pasienten trenger det (også hver dag i perioder) eller sikre annen tilgjengelighet.

Det legges til grunn at ACT-team og ACT-funksjonen av FACT-team følger faglige standarder, jf. ACT-håndbok 2. utgave. Håndboken skal ligge til grunn for etablering av ACT- og FACT-team.

I tilfeller der særkoden registreres relatert til team som ikke er ACT- eller FACT-team, skal ansvarlig helseforetak sende følgende informasjon til Helsedirektoratet første gang koden registreres:

- Kopi av samarbeidsavtale med kommunen som danner grunnlag for teamet.

- Annen dokumentasjon som beskriver hvordan de ovenstående kravene til teamorganiseringen er ivarettatt, herunder om personellsammensetning og pasientmålgruppe.

## **7.4 Rapportering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR)**

---

Formålet med rapporteringsreglene her er å legge grunnlag for lik aktivitetsbasert finansiering for gjennomføringen av legemiddelbehandling som ledd i LAR, uavhengig av hvordan tjenestetilbudet er organisert.

### **7.4.1 Polikliniske kontakter med utlevering eller observert inntak av LAR-legemiddel som hovedformål**

Polikliniske kontakter med utlevering eller observert inntak av LAR-legemiddel som hovedformål skal rapporteres slik at disse kontaktene kan holdes adskilt fra kontakter med konsultativt innhold. Hovedtilstand for kontaktene skal være Z50.30, i tråd med spesifikke kodingsregler gitt av Direktoratet for e-helse.

### **7.4.2 Tertianvis rapportering av hvordan legemiddelbehandlingen i LAR finner sted**

For pasienter som er gjenstand for legemiddelbehandling gjennom LAR skal det minst én gang per tertial rapporteres en nasjonal særkode som angir på hvilken måte behandlingen gjennomføres.

Kategorier:

- B0001 Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – Utlevering og inntak i apotek
- B0002 Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – Utlevering og inntak i regi av kommunal tjeneste
- B0003 Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – Utlevering og inntak i spesialistpoliklinikk
- B0004 Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – Annen gjennomføringsform

Særkodene kan registreres i tilknytning til hvilken som helst Episode innen et tertial der pasienten er gjenstand for aktuell behandling, eventuelt som en teknisk Episode. Den administrasjonsform som dominerer i aktuelt tertial avgjør valg av særkode.

## **7.5 Rapportering av andre nasjonale særkoder med merknader**

---

Følgende særkoder skal registreres og rapporteres i tråd med nedenstående kodespesifikke regler.

Kode	Tekst	Vilkår
B0008	Konsultasjon med foresatte eller pårørende til pasient med psykisk eller rusrelatert lidelse, uten pasienten tilstede	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapporteres i tilknytning til indirekte kontakt.</li> <li>▪ Rapporteres ikke når pasienten deltar i samme konsultasjon (direkte kontakt).</li> <li>▪ Kan rapporteres i indirekte kontakt som finner sted samtidig som pasienten har egen konsultasjon (rapportert som selvstendig direkte kontakt).</li> </ul>
B0009	Oppfølgings- og samarbeidsmøte med kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet knyttet til psykisk eller rusrelatert lidelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapporteres i tilknytning til indirekte kontakt</li> <li>▪ Møte som beskrevet er hovedformålet med kontakten.</li> <li>▪ Kan også rapporteres når pasienten selv, foresatte eller pårørende deltar i møtet, så sant det er møte med tjenesteytere utenfor spesialisthelsetjenesten som er hovedformålet med kontakten.</li> <li>▪ Kan ikke rapporteres for møter med andre tjenesteytere i spesialisthelsetjenesten.</li> </ul>
B0010	Oppfølgings- og samarbeidssamtale per telefon med kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet knyttet til psykisk eller rusrelatert lidelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapporteres i tilknytning til indirekte kontakt</li> <li>▪ Kan ikke rapporteres for samtaler med andre tjenesteytere i spesialisthelsetjenesten.</li> </ul>
B0011	Telefonkonsultasjon med pasient eller pasientens foresatte for psykisk eller rusrelatert lidelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapporteres i tilknytning til indirekte kontakt</li> <li>▪ Telefonsamtale med reelt helsehjelpsinnhold og karakter av konsultasjon.</li> <li>▪ Rapporteres ikke ved kortere samtaler der saksopplysninger innhentes, møteavtaler fastsettes etc.</li> </ul>
B0012	Testing og kartlegging med bruk av standardiserte verktøy med normert eller anbefalt tidsbruk 75 minutter eller mer for vurdering av psykisk eller rusrelatert tilstand	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gjennomføring av testing og kartlegging med bruk av standardiserte verktøy med normert eller anbefalt tidsbruk 75 minutter eller mer.</li> <li>▪ Tidskravet gjelder for testene/verktøyene samlet når flere anvendes innen samme kontakt.</li> <li>▪ Virksomheten skal på forespørsel kunne fremlegge dokumentasjon av kunnskapsgrunnlaget for anvendte tester/verktøy.</li> <li>▪ Virksomheten skal på forespørsel kunne fremlegge dokumentasjon på den normerte/anbefalte tidsbruken per test.</li> </ul>
B0013	Gruppebehandling av pasienter med psykisk eller rusrelatert lidelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapporteres når helsehjelpen er rettet mot flere pasienter.</li> </ul>
B0014	Familierettede polikliniske tjenestetilbud for pasient med psykisk eller rusrelatert lidelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapporteres når helsehjelpen er rettet mot pasienten og pasientens nærfamilie i samme kontakt.</li> <li>▪ Nærfamiliens samtidige deltagelse har vært nødvendig for diagnostikk og/eller behandling av pasienten.</li> <li>▪ Pasientens perspektiv legges til grunn for vurdering av om nærfamilien har deltatt eller ikke.</li> </ul>
B0015	Ambulante konsultasjoner	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapporteres når behandler(e) oppsøker pasienten/pårørende ambulant og dette er begrunnet i pasientens behov, se kapittel 5.13</li> </ul>
B0018	Fysisk trening som nødvendig del av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern og TSB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapporteres i tilknytning til egne kontakter som dekker den fysiske treningen. Eventuelle konsultative tilbud samme dag rapporteres som egne kontakter.</li> <li>▪ Gjennomføring av det fysiske treningstilbudet i spesialisthelsetjenesten, og ikke i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er begrunnet i pasientens behov.</li> </ul>
B0019	Observasjon av pasient i sitt nærmiljø (hjem, barnehage, skole)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapporteres i tilknytning til egne kontakter som dekker observasjonen. Eventuelle konsultative tilbud samme dag rapporteres som egne kontakter.</li> <li>▪ Rapportering forutsetter at det er et planlagt og målrettet tiltak, og ikke av tilfeldig eller kortvarig karakter.</li> </ul>



I det følgende gis en oversikt over merknader til enkelte av særkodene. Dette følger også av dokumentet "ISF-2018 presiseringer og avklaringer" som ble publisert på våre nettsider sammen med ISF-regelverket for 2018.

Merknader til:

**B0008** Konsultasjon med foresatte eller pårørende til pasient med psykisk eller rusrelatert lidelse, uten pasienten tilstede

I ISF-regelverket punkt 7.5, «Rapportering av andre særkoder», er det for særkode B0008 lagt til grunn at slik aktivitet registreres som indirekte kontakter.

Ulike helseforetak har henvendt seg til Helsedirektoratet og påpekt at slike kontakter også registreres som direkte kontakter, og at det mangler kodealternativer i kodeverket *Indirekte aktiviteter* (OID=8454) for angivelse av slik aktivitet.

Det er uten betydning for DRG-grupperingsresultat eller poengberegning om slike kontakter registreres som direkte eller indirekte innen psykisk helsevern og TSB. Slike kontakter kan også i 2019 registreres som direkte kontakter i tråd med tidligere praksis.

**B0009** Oppfølgings- og samarbeidsmøte med kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet knyttet til psykisk eller rusrelatert lidelse

Jf. punktet «Kontakttype ved konsultasjon med foresatte eller pårørende». Tilsvarende spørsmålsstilling er gjort gjeldende i tilfeller med oppfølgings- og samarbeidsmøter, der det i ISF-regelverket punkt 7.5 er lagt til grunn at særkode B0009 rapporteres i tilknytning til indirekte kontakter. Ulike helseforetak har problematisert tilfeller der pasienten eller pårørende deltar i møtene, og der det er etablert praksis at møtene rapporteres som direkte kontakter.

Det er uten betydning for DRG-grupperingsresultat eller poengberegning om slike kontakter registreres som direkte eller indirekte innen psykisk helsevern og TSB. Møter der også pasienten eller foresatt/pårørende deltar, kan også i 2019 registreres som direkte kontakter i tråd med tidligere praksis.

**B0013** Gruppebehandling av pasienter med psykisk eller rusrelatert lidelse  
Prosedyrekode ZWWA30 (Prosedyre rettet mot en gruppe av pasienter) er mye lik Særkode B0013 (Gruppebehandling av pasienter med psykisk eller rusrelatert lidelse). Det er stilt spørsmål ved om begge må registreres, eller om de er utvekselbare.

De to kodene har samme egenskaper i DRG-grupperingssystemet, og vil påvirke DRG-grupperingen på samme måte.

ZWAA30 er primært en tilleggskode, med følgende føring gitt i prosedyrekodeverkets kapittel Z: «*Tilleggs-koder skal kun brukes sammen med ordinære prosedyrekoder. Tilleggs-koder skal aldri stå som første kode for en prosedyre, bare gi tilleggsinformasjon om prosedyren.*»

ZWAA30 forutsetter således et noe høyere presisjonsnivå enn B0013, med en forventning om at det også spesifiseres med egen kode hvilken prosedyre som er utført overfor gruppen.

Det er ikke nødvendig å registrere begge kodene; B0013 alene er tilstrekkelig. Dersom man i stedet ønsker å spesifisere det som konkret har funnet sted med en egnet prosedyre- eller særkode, og angi at prosedyren har involvert flere pasienter samtidig med ZWAA30 som tilleggskode, er det anledning til dette.

Det forutsettes uansett at enten B0013 eller ZWAA30 inngår blant registrerte koder når det er snakk om grupperettede tiltak.

**B0012** Testing og kartlegging med bruk av standardiserte verktøy med normert eller anbefalt tidsbruk 75 minutter eller mer for vurdering av psykisk eller rusrelatert tilstand  
Her er forutsetningene til bruk av særkode B0012 at samlet normert tidsbruk er minimum 75 minutter. Dette gjelder innenfor samme kontakt.

I tilfeller der testingen fordeles over to eller flere separate konsultasjoner, registreres disse hver for seg som ordinære konsultasjoner uten å registrere B0012.

Hensikten med B0012 i ISF er å finansiere mer omfattende testing i løpet av en dag, relatert til mer omfattende ressursbruk. Der testen gjøres over 2 dager (og som to kontakter), og med lavere normert tidsbruk enn 75 min pr dag er således ikke kriteriet for B0012 oppfylt i ISF.

NCMP-koder kan fremdeles benyttes for å synliggjøre bruk av test(er) selv om ikke kravet for å benytte særkode B0012 er oppfylt.

**B0014** Familierettede polikliniske tjenestetilbud for pasient med psykisk eller rusrelatert lidelse  
Familiebehandling (særkode B0014). Det forutsettes som hovedregel at nærfamilien deltar sammen med pasienten og at familiens samtidige deltakelse er nødvendig for utredning og/eller behandling av pasienten.

Det kan også være tilfeller der pasienten ikke kan/bør delta. Særkoden kan også benyttes i slike tilfeller så fremt øvrig nærfamilie fremdeles deltar.

I tilfeller der to eller flere familier deltar sammen skal dette registreres som gruppebehandling (særkode B0013).

**B0015** Ambulante konsultasjoner. Rapporteringsreglene for ambulante konsultasjoner ble f.o.m. 2018 gjort like for somatikk og psykisk helsevern/TSB. Reglene som i 2017 kun gjaldt psykisk helsevern og TSB, ble av den grunn flyttet fra kapittel 7 til kapittel 5 i ISF-regelverket.

*Hvem kan den ambulante konsultasjonen være rettet mot?*

Særkoden er, i tråd med kodeteksten, primært ment benyttet i.f.m. med ambulante konsultasjoner eller konsultasjonslignende kontakter med pasienten i egen person. Det må imidlertid legges til grunn et noe videre perspektiv på hvordan pasienten kan være representert

i.f.m. en konsultasjon, jf. øvrig innretning av regelverket for ISF psykisk helsevern og TSB. Ambulante konsultasjoner med foresatte eller andre nærstående personer som naturlig inngår i utredning og behandling av pasienten, inngår dermed også. Det følger av ovenstående at samarbeids- og koordineringsmøter med kommunalt og øvrig tjenesteapparat, uten pasient/foresatte til stede faller utenfor formålet med særkode B0015.

*Forholdet til undervilkåret "Samarbeid med kommunens helse- og omsorgstjeneste"*

ISF-regelverket punkt 5.13, siste ledd, angir ulike hensyn som hver for seg kan være begrunnelse for at en konsultasjon finner sted ambulant og ikke i virksomhetens ordinære lokaler. Det siste av de nevnte fire hensynene er "*Samarbeid med kommunens helse- og omsorgstjeneste*". Enkelte har forstått det slik at alle samarbeidskontakter med kommunens helse- og omsorgstjeneste dermed oppfyller vilkårene for registrering av særkoden B0015. Det er ikke korrekt tolking. Regelverkslogikken innebærer at følgende kriterier må være oppfylt for registrering av særkode B0015:

1. Det må være snakk om en konsultasjon eller konsultasjonslignende kontakt.
2. Konsultasjonen må være rettet mot pasienten, foresatte eller andre nærstående personer som naturlig inngår i utredning og behandling av pasienten.
3. Konsultasjonen må finne sted ambulant ("utenfor rammen av ordinære fysiske lokaler i spesialist-helsetjenesten").
4. Konsultasjonen må gjennomføres "med bruk av virksomhetens eget personell".
5. Årsaken til at ambulant tjenesteform er valgt, må være begrunnet i minst ett av de fire hensynene angitt i regelverket.

Gjennomføring av samarbeidsaktiviteter er m.a.o. ikke nok i seg selv; kravene til konsultasjon rettet mot pasient/foresatte osv., samt øvrige vilkår må også være oppfylt.

*Samarbeidsmøte med kommunale helse- og omsorgstjenester og ambulant konsultasjon med pasient/foresatt samme dag*

Slike tilfeller kan regnes som to separate tiltak. Dette kan registreres som to kontakter med hhv. særkode B0009 og B0015. Aktiviteten vil telles som to poenggivende "opphold", jf. grunnlagsdokumentet for ISF-regelverket for 2018 kapittel 2.4. Se også ISF-regelverkets kapittel 7.5 vedr krav til bruk av B0009, og kapittel 5.13 vedrørende krav til særkode B0015. Merk også at særkode B0015 ikke skal registreres på samarbeidsmøtet, kun på selve konsultasjonen.

*B0015 ved konsultasjoner innen ACT-team, palliative team og andre team med utstrakt ambulant virksomhet?*

Det er ikke lagt til grunn begrensninger på registrering av særkode B0015 for ambulante konsultasjoner utført av ACT-team eller lignende team som har ambulant virksomhet som sentral arbeidsmetode. Alle kravene for registrering av særkoden må være oppfylt, jf. ovenstående gjennomgang (herunder forutsetningen om bruk av spesialisthelsetjenestens eget personell i konsultasjonen).

**Kombinasjon av særkoder.** Flere særkoder kan registreres i kombinasjon med hverandre, så lenge kravene til hver enkelt kode er oppfylt.

Som hovedregel vil alle kontakter for samme pasient samme dag slås sammen, med noen unntak. Jf. aggregeringsreglene som fremkommer i kapittel 9.2.

## 7.6 Videokonsultasjoner

---

Forutsetningene og praktisering av reglene vedrørende videokonsultasjoner er som hovedregel de samme for somatikk og psykisk helsevern/TSB (jfr kapittel 6.2):

- Kontaktene skjer i sanntid mellom behandler og pasient.
- Kontaktene erstatter ordinære kontakter i en poliklinikk med videokonferanseutstyr som avstandskompenserende tiltak mellom behandler og pasient.
- Videokonferanseutstyr må tilfredstille sikkerhetskrav, jf. Norm for informasjonssikkerhet.
- ISF-regelverket regulerer *ikke* hvilke typer utstyr eller hvilke leverandører som kan anvendes, så lenge det er snakk om teknologi som muliggjør konsultasjoner med overføring av lyd og bilde i sanntid.
- Kontaktene grupperes på samme måte som vanlige konsultasjoner basert på tilstands- og prosedyrekoding.
- ISF-regelverket detaljregulerer ikke hvordan registreringen skal finne sted. Dersom videokonsultasjonene rapporteres som indirekte kontakter er det forutsatt at kodeverdien for angivelse av den indirekte aktivitetstypen er "telemedisin" (kode 11 i kodeverket "indirekte aktiviteter", OID=8454).

Telefonkonsultasjoner (lyd i sanntid, men uten video) regnes ikke som videokonsultasjoner. Telefonkonsultasjoner skal registreres som indirekte kontakter. Innen psykisk helsevern og TSB benyttes særkode B0011, som gir gruppering til egen DRG, og tellende aktivitet i ISF-beregningsgrunnlaget. Det er ikke lagt til grunn særkoderegistrering for telefonkonsultasjoner innen somatikk, og slike kontakter teller heller ikke med i ISF-beregningsgrunnlaget.

## 8. BEREGNINGSREGLER SOMATIKK

### 8.1 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 utskrivningsklar eller maks 100 dager.

Det er første utskrivningsklardato (laveste datoverdi) som legges til grunn i tilfeller der pasienten har blitt meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme opphold.

### 8.2 Rehabilitering

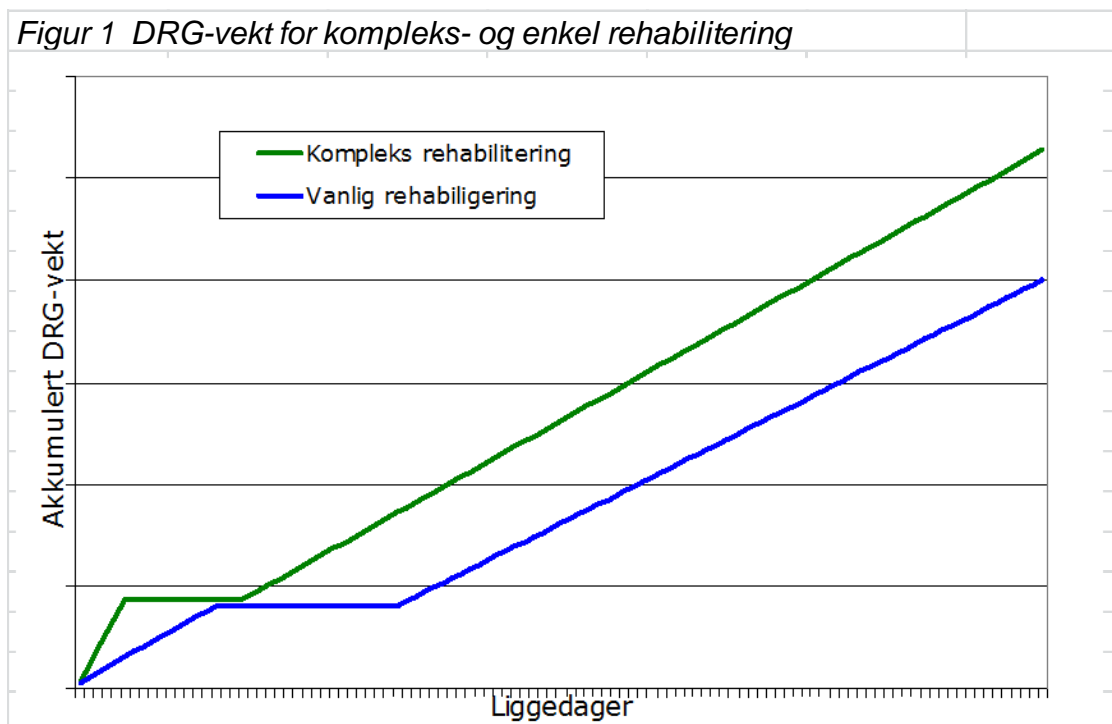
---

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

#### 8.2.1 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 enkel rehabilitering



Tabell 4 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	Utskrivningsdato*	0,100

Tabell 5 Beregning av DRG-vekt for enkel 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	Utskrivningsdato*	0,090

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

HOD innførte i sin tid rehabiliteringsløsningen basert på anbefalinger fra fagmiljøene. Dette innebar forutsetninger om en andel på 70 prosent enkel rehabilitering og 30 prosent kompleks rehabilitering. Det gjøres et trekk i utbetalingen til RHFene der andelen kompleks rehabilitering overstiger 45 prosent.

### 8.2.2 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 DRG-er presentert i DRG-oversikten.

For opphold hvor pasienten rehabiliteres på samme avdeling som akuttopphold, 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.

Dagtillegget for sekundær rehabilitering er 0,180 DRG-poeng per dag og resultatet av beregningen legges til vekten for aktuell DRG.

## 8.3 Tilleggsrefusjon for organdonasjon

---

Det gis tilleggsrefusjon knyttet til organuttak for avdøde donorer. Også kostnader for preservasjoner som ikke resulterer i organuttak er medregnet i tillegget som er 5,940 poeng.

Tabell 7. 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 avdød donor (Av en eller begge lunger)	YGA00
Uttak av lever fra avdød donor	YJA10
Uttak av pancreas til øycelletransplantat	YJD00
Reseksjon av pancreas fra avdød donor	YJD20
Uttak av pancreas fra avdød donor	YJD30
Uttak av nyre fra avdød donor	YKA02
Uttak av tynntarm for transplantasjon	YJB00
Uttak av ventrikkel og tynntarm for transplantasjon	YJC00

## 8.4 Poengtillegg for palliativ behandling

---

Det beregnes poengtillegg for palliativ behandling når slik behandling gjennomføres i regi av palliativt senter og finner sted som vesentlig del av tjenestetilbudet under innleggelse med overnatting.

Følgende tillegg i DRG-poeng gjelder per opphold for palliativ behandling i 2019:

- Døgnopphold: 0,660 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.

## 8.5 Pasientadministrert dialyse

---

Helsehjelp i form av pasientadministrert peritonealdialyse og hemodialyse inngår ved beregning gjennom et periodebasert aktivitetsmål. Antall måneder hver pasient mottar helsehjelp i form av pasientadministrert dialyse i løpet av aktivitetsåret 2017, er bestemmende for beregning av ISF.

Særkodene A0093 Pasientadministrert peritonealdialyse og A0094 Pasientadministrert hemodialyse benyttes som indikator på gjennomført behandling én hel måned.

Ovennevnte særkoder A0093 og A0094 bærer informasjon om at spesialisthelsetjenesten utleverer dialysevæsker og annet utstyr, eller andre tiltak som er nødvendig for gjennomføring av behandlingen. For særtjenestegruppene vises til «STG-liste for somatikk».

Fra 2019 vil dialyse være omfattet av finansiering gjennom tjenesteforløp. Se grunnlagsdokumentet. Rapporteringsreglene vil være de samme som før.

## 8.6 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 eller innleggelse er sterilisering, skal aktiviteten ikke gi ISF-refusjon. Samme regler gjelder for sterilisering på medisinsk indikasjon.

For sterilisering gjelder følgende refusjonsregler:

- Vekten for opphold gruppert til DRG 362 eller DRG 3620 Sterilisering via laparoskopi blir satt til null.
- Opphold gruppert til DRG 361 eller DRG 3610 Gynekologisk laparoskopi & sterilisering via laparotomi hvor hovedtilstand 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.

## **8.7 Særtjenestegrupper for pasientadministrert legemiddelbehandling**

---

Fra 2019 vil behandlingen identifiseres basert på koder for tilstand, samt informasjon om ATC-kode og annen administrativ informasjon i oppgjørssystemet for H-resept. Poengberegningsreglene er basert på årlig refusjon per pasient. Særtjenestegruppe HS01, FS01, JS01 og AS01 sees i sammenheng. Dette innebærer at en kun kan gruppere til én av disse STG-gruppene. For de andre STG-gruppene (eksempelvis kreft) kan en gruppere til flere avhengig av indikasjon.

De beregnede vektene for 2019 presenteres i «STG-liste for somatikk».

Fra 2019 vil pasientadministrert legemiddelbehandling for de fire områdene dekket av HS01, FS01, JS01 og AS01 være omfattet av finansiering gjennom tjenesteforløp. Se grunnlagsdokumentet.

## **8.8 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 eller tannlege inngår som utførende helsepersonell inkluderes i beregningsgrunnlaget. Dersom oppholdet grupperer til prosedyrestyrte DRG-er, inkluderes alle helsepersonellgrupper. Også andre utvalgte DRG-er inngår i beregningsgrunnlaget uavhengig av type utførende helsepersonell, dette dreier seg om DRG 914P, 914Q, 908R, 997O og 998O. I tillegg er innleggelse uten overnatting med i beregningsgrunnlaget uavhengig av type utførende helsepersonell (se kapittel 6.1 ift «innleggelse vs poliklinikk»).

DRG 996P Behandlingstiltak rettet mot en gruppe pasienter i utvalgte HDG-er vil ta høyde for at ikke all aktivitet for fysioterapeuter, ergoterapeuter og klinisk ernæringsfysiologer inngår i ISF-ordningen. Avgrensingen er relatert til de hoveddiagnosegrupper som framgår av opplistingen av DRG-er under. DRG 996O og DRG 996P må ses under ett, da de inneholder samme type aktivitet men er teknisk nødvendig for å kunne håndtere de begrensninger som ligger for de nevnte helsepersonellgrupper.

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

Fysioterapeuter:

DRG 901A, 901B, 901C, 901D, 901E, 901O (HDG 1)  
DRG 905A, 905B, 905C, 905D, 905E, 905O (HDG 5)  
DRG 908A, 908B, 908C, 908D, 908E, 908F, 908G, 908H, 908O (HDG 8)  
DRG 915O (HDG 15)

Ergoterapeuter:

DRG 901A, 901B, 901C, 901D, 901E, 901O (HDG 1)  
DRG 908A, 908B, 908C, 908D, 908E, 908F, 908G, 908H, 908O (HDG 8)

Klinisk ernæringsfysiologer:

DRG 906A, 906B, 906C, 906O (HDG 6)  
DRG 907A, 907B, 907O (HDG 7)  
DRG 910A, 910B, 910C, 910O (HDG 10)

Audiografer:

DRG 903A, 903B, 903C, 903O (HDG 3)  
DRG 915O (HDG 15)

Psykologer:

DRG 901A, 901B, 901C, 901D, 901E, 901O (HDG 1)  
DRG 919O (HDG 19)  
DRG 923O (HDG 23)

Sykepleier eller jordmor:

Alle DRG-er inngår med unntak av DRG 923O.

Optikere og ortoptister:

DRG 902O (HDG 2)

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

## **8.9 Assistert befruktning**

---

Assistert befruktning gir ISF-refusjon med unntak av tilfeller der takst B53 (assistert befruktning, for kvar einskild av totalt tre freistnader) er registrert.

## **8.10 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.

## 8.11 Brannskadebehandling ved Haukeland universitetssjukehus

Det er egne vekter for brannskadebehandling ved Haukeland Universitetssjukehus. De er som følger:

Tabell 8. Vekter for brannskadebehandling ved Haukeland universitetssjukehus

DRG	DRG-navn	Vekt
457	Omfattende forbrenninger uten operativ behandling	4,970
458	Mindre omfattende forbrenninger med hudtransplantasjon	7,438
458O	Mindre omfattende forbrenninger med hudtransplantasjon, dagkirurgisk behandling	3,121
459	Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen operasjon	4,758
459O	Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling	1,966
460	Mindre omfattende forbrenninger uten operativ behandling	1,663
472	Omfattende forbrenninger med operativ behandling	11,714
472O	Omfattende forbrenninger med operativ behandling, dagkirurgisk behandling	5,857

## 8.12 Pasientopplæring og behandling som skjer i gruppe

### 8.12.1 Pasientopplæring og tiltak i gruppe

Gruppebaserte opplæringsprogrammer for pasienter og pårørende kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom visse krav er oppfylt, jf. Kapittel 6.13.

Dersom krav til grupperettet pasientopplæring i ISF er oppfylt skal særkode A0099 benyttes. Særkoden skal kun registreres en gang per program per pasient. Programmet er definert som en helsehjelpsepisode og det kan kun kreves én egenandel per program, selv om programmet går over flere dager. Grupperettet pasientopplæring i ISF grupperes til DRG 998O Poengtillegget er 0,023 pr pasient pr program.

### 8.12.2 Behandling rettet mot en gruppe av pasienter

Behandling av pasienter i gruppe kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom visse krav er oppfylt, jf. Kapittel 6.14. Slike kontakter vil grupperes til DRG 996O eller 996P.

Hovedtilstand og prosedyrekode skal registreres på vanlig måte, i tillegg skal prosedyrekode ZWWA30 Prosedyre rettet mot en gruppe pasienter benyttes når behandling/konsultasjon av enkeltpasienter skjer i en gruppe. En gruppe kan være fra 2 til flere deltakere. Flere planlagte behandlingstiltak regnes som et program og det kan kun kreves en egenandel pr program.

Annen fysikalsk behandling kodes med Z50.1 etter regler gitt i kodeveiledningen, og slik aktivitet inngår ikke i denne DRG-en. Aktivitet som ikke vil være tellende som enkeltkontakter som følge av helsepersonellregelen vil heller ikke være tellende dersom aktiviteten organiseres som behandling i gruppe.

### **8.13 Permisjoner**

---

Når pasienter gis helgepermisjoner skal det rapporteres som ett, ikke flere, opphold. Det korrigeres i ISF-avregningen dersom en pasient er registrert ut fredag/lørdag og inn planlagt søndag/mandag, der begge oppholdene er døgnopphold. Trekket tilsvarer vekten til det oppholdet som har lavest vekt.

### **8.14 Rituell omskjæring av gutter**

---

For inngrep omfattet av lov om rituell omskjæring av gutter skal det kreves egenbetaling. Egenbetaling skal kreves uavhengig av om inngrepet skjer i forbindelse med innleggelse i sykehus eller ved poliklinisk behandling ved institusjon. Egenbetaling skal kreves uavhengig av om inngrepet foretas av HF eller av spesialist med avtale med RHF om å utføre inngrepet på vegne av HF.

Rituell omskjæring av gutter kodet med prosedyrekode KGV20 «rituell omskjæring» vil gi en reduksjon i ISF refusjonen tilsvarende 0,179 DRG-poeng for å ta høyde for egenbetalingen.

### **8.15 Stimulering til bruk av dagkirurgi**

---

Fra 2018 ble utvalgte DRGer med samme tjenesteinnhold (prosedyrer) og der pasientene er sammenlignbare (lav liggetid) gi samme ISF-refusjon uavhengig av om pasienten behandles dagkirurgisk eller med døgninnleggelse. Hensikten er å understøtte målsetningen om mindre variasjon i andel dagkirurgi. For 2019 utvides utvalget med et nytt område innen gynekologi (DRG 359/3590).

### **8.16 Poengtillegg for særskilte ambulante konsultasjoner**

---

Opphold som gjennomføres ambulant grunnet særskilte behov hos pasienten, medfører beregning av poengtillegg: «PoengtilleggSærskiltAmbulantKonsultasjon».

Poengtillegget er 0,013 per ambulante konsultasjon.

## 8.17 Aggregering til opphold (oppholdskonstruksjon) i somatikk

---

Det er opphold (sykehusopphold) som er grunnlag for ISF-refusjon, selv om det som rapporteres inn er episoder (avdelingsopphold eller kontakter). Dersom pasienten har oppholdt seg ved kun én avdeling i løpet av oppholdet, blir dette likt episoden/ avdelingsoppholdet. Dersom det rapporteres inn flere episoder for pasienten i løpet av ett og samme opphold, vil episodene bli slått sammen til ett opphold.

Følgende prinsipper gjelder for etablering av opphold basert på rapporterte episoder:

- Hovedtilstanden på oppholdet velges som hovedregel fra episoden med høyest kostnadsvekt. Dersom to eller flere episoder har samme kostnadsvekt brukes episodens varighet for å avgjøre hovedtilstanden
- Øvrige tilstander fra de ulike episodene inngår som bitilstander på oppholdet
- Prosedyrekoder overføres som hovedregel kun fra den episoden som oppholdets hovedtilstand hentes fra (hovedepisoden). Her finnes det unntak for eksempelvis nyfødte og multitraume der alle prosedyrekoder overføres

Dersom det blant episodene kun finnes polikliniske kontakter gjelder følgende regel i tillegg

- Dersom det rapporteres flere kontakter på samme pasient på samme dag, og utførende helsepersonell på alle disse lege eller tannlege vil kontaktene bli selvstendige opphold etter oppholdskonstruksjon/ aggregering

For detaljert beskrivelse av regler knyttet til oppholdskonstruksjon vises til [NPK beregningsregler](#) kapittel 5, 6 og 7.

## 8.18 Poengfradrag for øyeblikkelig hjelp tilstander uten overnatting

---

Øyeblikkelig hjelp aktivitet som har hovedtilstand som inngår i ØH-utvalget som blir gruppert til DRG 980A-980X (ØH-relaterte tilstander uten overnatting) og som har liggetid mindre enn 5 timer, gis et poengfradrag. Poengfradraget er i 2019 0,10 poeng.

## 8.19 Tjenesteforløpsgrupper (TFG)

---

Finansieringen fra tjenesteforløpsgruppene er basert på beregnede gjennomsnittskostnader (KPP-data) per DRG og STG, og disse er vektet sammen til ny gjennomsnittskostnad per pasient per periode per tjenesteforløpsgruppe (TFG).

TFG vil gi grunnlag for ISF-poeng.

## 9. BEREGNINGSREGLER – PSYKISK HELSEVERN OG TSB

### 9.1 Poengtillegg for særskilte ambulante konsultasjoner

---

Polikliniske kontakter som gjennomføres ambulant grunnet særskilte behov hos pasienten, medfører beregning av poengtillegg: «PoengtilleggSærskiltAmbulantKonsultasjon».

Tillegget baserer seg på særkode B0015 Ambulant behandling særskilt begrunnet i pasientens behov.

Poengtillegget er 0,106 per ambulante konsultasjon.

### 9.2 Flere kontakter samme dag. Aggregeringsregler

---

Følgende prinsipper gjelder i 2019 for etablering av opphold basert på rapporterte episoder/kontakter for tjenester som ytes innenfor én og samme dag:

- Tjenester rapportert innen én episode/kontakt danner ikke grunnlag for mer enn ett opphold
- Dersom det er registrert minst ett avdelingsopphold som helt eller delvis dekker aktuell dag, knyttes alle kontakter denne dagen til avdelingsoppholdet og danner ett opphold, uten unntak (dette betraktes som innleggelse, og oppholdet omfattes ikke av ISF-ordningen)
- Dersom særkode for strukturert poliklinisk dagtilbud er registrert, slås alle episodene/kontaktene denne dagen sammen til ett opphold, uavhengig av unntak angitt nedenunder.
- Hovedregel i øvrige tilfeller: Alle registrerte kontakter slås sammen til ett opphold.
- Unntak fra hovedregelen om sammenslåing: Episoder/kontakter gruppert til følgende DRG-er blir ikke slått sammen med andre kontakter (slik at flere tellende opphold kan oppstå for samme pasient samme dag):

TD03A	Familierettede polikliniske tilbud - Voksne
TD03B	Familierettede polikliniske tilbud - Barn og unge
TD72B	Observasjonstiltak i skole og barnehage m.v. - Barn og unge

TD93A	Samarbeid- og oppfølgingsmøte med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten – Voksne
TD93B	Samarbeid- og oppfølgingsmøte med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten – Barn og unge
TD95A	Oppfølgingssamtale per telefon med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten – Voksne
TD95B	Oppfølgingssamtale per telefon med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten – Barn og unge
TD96A	Konsultasjon med pårørende – Voksne
TD96B	Konsultasjon med foresatte/pårørende – Barn og unge
TD97	Poliklinisk fysisk trening som ledd i spesialisthelsetjenester til pasienter med psykiske eller rusrelaterte lidelser

Unntakene nevnt ovenfor forutsetter at aktuelle deltjenester registreres som separate kontakter samme dag. Det legges alltid til grunn at direkte og indirekte aktiviteter registreres hver for seg slik at den enkelte kontakt enten representerer direkte eller indirekte tjenesteinnhold.

Enhetspris per DRG-poeng 2019:

- Somatikk 44 654 kroner
- Psykisk helsevern og TSB 2 747 kroner

Begreper:

Kostnadsvekt	Kostnadsbaserte vekter med basis i innrapporterte gjennomsnittskostnader pr DRG pr HF (KPP)
DRG-basispoeng	Vekter som danner grunnlag for finansiering og som er et resultat av ISF-regelverk for 2019
m/bk og u/bk	Med og uten komorbiditet eller komplikasjoner
AMI	Akutt Myokardinfarkt (hjerteinfarkt)
NICU	Neonatal Intensive Care Unit (nyfødt intensivenhet)
ITAD	Ikke tildelt annen DRG



# VEDLEGG A1 – DRG-LISTE SOMATIKK

## Hoveddiagnosegruppe 1: Sykdommer i nervesystemet

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
1A	1	Intrakraniell operasjon for svulst i sentralnervesystemet	4,258	4,258	21	K
1B	1	Annen intrakraniell vaskulær operasjon	9,482	9,482	50	K
1C	1	Operasjon for intrakraniell aneurisme, vaskulær anomali eller hemangiom	5,569	5,569	13	K
1D	1	Intrakraniell cerebrospinal fluid shuntoperasjon	4,266	4,266	22	K
1E	1	Annen kraniotomi unntatt ved traume	4,008	4,008	33	K
2A	1	Annen kraniotomi ved traume	6,284	6,284	43	K
2B	1	Operasjon for kronisk subduralt hematom	2,176	2,176	10	K
3N	1	Stereotaktisk intrakraniell strålebehandling	0,728	0,728	6	M
3O	1	Kraniotomi, dagkirurgisk behandling	0,205	0,205	1	K
3P	1	Stereotaktisk intrakraniell strålebehandling, dagmedisinsk behandling	0,022	0,022	1	M
4	1	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	4,095	4,095	33	K
4O	1	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter, dagkirurgisk behandling	0,492	0,492	1	K
5	1	Operasjoner på ekstrakranielle kar	3,202	3,202	19	K
5O	1	Operasjoner på ekstrakranielle kar, dagkirurgisk behandling	1,269	1,269	1	K
6	1	Operasjoner ved karpaltunnelsyndrom	0,848	0,181	3	K
6O	1	Operasjoner ved karpaltunnelsyndrom, dagkirurgisk behandling	0,176	0,181	1	K
7	1	Perifere, hjerne- og andre nerveop m/bk	2,939	2,939	26	K
8	1	Perifere, hjerne- og andre nerveop u/bk	1,518	1,518	7	K
8O	1	Perifere, hjerne- og andre nerveop, dagkirurgisk behandling	0,347	0,347	1	K
9	1	Sykdommer i og skader på ryggmargen	1,965	1,965	31	M
10	1	Svulster i nervesystemet m/bk	1,572	1,572	18	M
11	1	Svulster i nervesystemet u/bk	1,048	1,048	13	M

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
12	1	Degenerative sykdommer i nervesystemet	1,050	1,050	12	M
13	1	Multippel sklerose og cerebellar ataksi	1,123	1,123	10	M
14A	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA m/bk	2,123	2,123	21	M
14B	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA u/bk	1,377	1,377	21	M
15	1	TIA og okklusjon av precerebrale arterier	0,692	0,692	5	M
16	1	Uspesifikke karsykdommer i hjernen m/bk	0,730	0,730	0	M
17	1	Uspesifikke karsykdommer i hjernen u/bk	0,730	0,730	9	M
18	1	Sykdommer i hjernenerver og perifere nerver m/bk	1,259	1,259	14	M
19	1	Sykdommer i hjernenerver og perifere nerver u/bk	0,864	0,864	8	M
20	1	Infeksjon i nervesystemet ekskl viral meningitt	2,668	2,668	31	M
21	1	Viral meningitt	1,068	1,068	12	M
23	1	Ikke-traumatisk koma og stupor	0,894	0,894	7	M
24	1	Kramper og hodepine >17 år m/bk	0,987	0,987	10	M
25	1	Kramper og hodepine >17 år u/bk	0,591	0,550	5	M
26	1	Kramper og hodepine 0-17 år	0,711	0,662	7	M
27	1	Alvorlig traumatisk hjerneskade	1,322	1,322	15	M
28	1	Traumatisk hjerneskade >17 år m/bk	1,023	1,023	7	M
29	1	Traumatisk hjerneskade >17 år u/bk	0,817	0,817	3	M
30	1	Traumatisk hjerneskade 0-17 år	0,876	0,876	6	M
31	1	Hjernerystelse >17 år m/bk	0,537	0,500	5	M
32	1	Hjernerystelse >17 år u/bk	0,464	0,432	3	M
33	1	Hjernerystelse 0-17 år	0,384	0,358	10	M
34	1	Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	1,232	1,232	15	M
35	1	Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk	0,731	0,731	6	M
570	1	Innsetting eller bytte av annet nevrologisk stimuleringsutstyr	3,080	3,080	13	K
5700	1	Innsetting eller bytte av nevrologisk stimuleringsutstyr, dagkirurgisk behandling	2,729	2,729	1	K
571	1	Innsetting av intrakraniell- eller vagusstimulator	9,913	9,913	13	K
801H	1	Poliklinisk behandling av nevrologiske lidelser med infusjon av særskilte legemidler	0,369	0,369	0	
801J	1	Poliklinisk kontakt med påfyll av baklofen ved ITB-behandling av dystoni og spastisitet	0,090	0,090	0	

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
801R	1	Lokal smertebehandling	0,112	0,112	0	
801T	1	Justering av implantert infusjonsutstyr eller shunt	0,041	0,041	0	
801U	1	Nevropsykologisk undersøkelse	0,222	0,222	0	
801W	1	Poliklinisk behandling av tilstander i nervesystemet med lokal injeksjon av botulinumtoksin	0,085	0,085	0	
801X	1	Poliklinisk kontakt for nevrofysiologisk undersøkelse og testing	0,000	0,000	0	
851A	1	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved svulst i sentralnervesystemet	0,034	0,034	0	
901A	1	Poliklinisk konsultasjon vedrørende hodepine	0,052	0,052	0	
901B	1	Poliklinisk konsultasjon vedrørende epilepsi og andre krampetilstander	0,058	0,058	0	
901C	1	Poliklinisk konsultasjon vedr sykdom i perifere nerver	0,050	0,050	0	
901D	1	Poliklinisk konsultasjon vedr MS, degenerative og visse andre nevro lidelser	0,059	0,059	0	
901E	1	Annen poliklinisk konsultasjon vedr smerterelaterte tilstander	0,058	0,058	0	
901O	1	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nervesystemet	0,065	0,065	0	
980A	1	ØH-relaterte tilstander i nervesystemet uten overnatting	0,114	0,204	0	

### Hoveddiagnosegruppe 2: Øyesykdommer

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
36C	2	Brakyterapi av øyet	3,712	3,712	13	K
36D	2	Andre større inngrep på øyet	1,443	1,443	10	K
36E	2	Inngrep på retina og glasslegeme	1,454	1,454	5	K
36O	2	Op på corpus vitreum, choroidea, retina, dagkirurgisk behandling	0,445	0,445	1	K
36P	2	Transplantasjon av cornea, dagkirurgisk behandling	0,212	0,212	1	K
36R	2	Laserprosedyrer på iris og kammervinkel, dagkirurgisk behandling	0,097	0,097	1	K
36S	2	Prosedyrer for intraokulært trykk, dagkirurgisk behandling	0,227	0,227	1	K
37	2	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye	1,735	1,735	10	K
37O	2	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye, dagkirurgisk behandling	0,418	0,418	1	K
39	2	Operasjoner på linsen	0,912	0,221	4	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
39P	2	Bilaterale operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling	0,212	0,221	1	K
39Q	2	Unilaterale operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling	0,176	0,185	1	K
40	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer	1,253	1,253	5	K
41O	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer, dagkirurgisk behandling	0,197	0,197	1	K
41P	2	Operasjoner for skjeling, dagkirurgisk behandling	0,499	0,499	1	K
42	2	Intraokulære operasjoner på regnbuehinne, på glasslegeme og for glaukom	1,364	1,364	10	K
42O	2	Op for glaukom og op på glasslegemet ITAD, dagkirurgisk behandling	0,241	0,241	1	K
42P	2	Andre prosedyrer på øyets fremre segment, dagkirurgisk behandling	0,092	0,092	1	K
43	2	Hypheema, kontusjonsskader i øyeregionen	0,961	0,961	6	M
44	2	Alvorlige akutte øyefeksjoner	1,578	1,578	12	M
45	2	Nevrologiske øyesykdommer	0,824	0,824	7	M
46	2	Øyesykdommer ITAD >17 år m/bk	0,962	0,962	9	M
47	2	Øyesykdommer ITAD >17 år u/bk	0,814	0,814	8	M
48	2	Øyesykdommer ITAD 0-17 år	1,122	1,122	14	M
802P	2	Annen poliklinisk utredning og behandling av øyetilstander med spesifiserte tiltak	0,037	0,037	0	
802U	2	Poliklinisk behandling av AMD og makulødem med lokal medikamentinjeksjon eller fotodynamisk metode	0,075	0,075	0	
851C	2	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved svulst i øre, nese, hals, øye og ansikt	0,035	0,035	0	
902O	2	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre øyesykdommer	0,027	0,027	0	

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

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
49A	3	Større operasjoner på ØNH ekskl cochleaimplantat	2,893	2,893	12	K
49B	3	Cochleaimplantat	4,158	4,158	5	K
49C	3	Utskifting eller oppgradering av taleprosessor for cochleaimplantat	2,249	2,249	3	K
50N	3	Kirurgisk fjerning av ørespyttkjertelen (glandula parotis)	1,919	1,919	4	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
51N	3	Kirurgisk inngrep på spyttkjertel, bortsett fra fjerning av ørespyttkjertelen	1,334	0,374	5	K
51O	3	Op på spyttkjertler ekskl fjerning av spyttkjertler, dagkirurgisk behandling	0,091	0,374	1	K
52	3	Operasjoner for leppe- og ganespalte	1,890	1,890	8	K
53A	3	Operasjoner på bihuler	1,097	0,587	5	K
53B	3	Operasjoner på temporalben, masteoideus og indre øre	1,627	1,627	7	K
54O	3	Operasjoner på bihuler, dagkirurgisk behandling	0,421	0,587	1	K
54P	3	Operasjoner på temporalben, masteoideus og indre øre, dagkirurgisk behandling	0,555	0,555	1	K
55	3	Diverse operasjoner på øre/nese/hals	1,269	1,269	4	K
55O	3	Diverse større op på øre/nese/hals, dagkirurgisk behandling	0,405	0,405	1	K
55P	3	Andre mindre op på øre/nese/hals, dagkirurgisk behandling	0,165	0,165	1	K
56	3	Plastiske operasjoner på nesene	1,108	0,494	3	K
56O	3	Plastiske operasjoner på nesene, dagkirurgisk behandling	0,378	0,494	1	K
59N	3	Operasjoner på tonsiller eller adenoid vev >17 år	0,776	0,360	3	K
60N	3	Operasjoner på tonsiller eller adenoid vev 0-17 år	0,799	0,799	3	K
60O	3	Operasjoner på tonsiller og/eller adenoid vev, dagkirurgisk behandling	0,312	0,360	1	K
63	3	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	1,585	1,585	7	K
63O	3	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD, dagkirurgisk behandling	0,311	0,311	1	K
64	3	Ondartede sykdommer i øre, nese, hals	2,270	2,270	26	M
65	3	Svimmelhet	0,623	0,623	5	M
66	3	Neseblødning	0,663	0,339	6	M
67	3	Epiglottitt	1,394	1,394	8	M
68	3	Otitis media og øvre luftveisinfeksjon >17 år m/bk	0,891	0,891	8	M
69	3	Otitis media og øvre luftveisinfeksjon >17 år u/bk	0,571	0,571	5	M
70A	3	Otitis media og øvre luftveisinfeksjon 0-17 år m/bk	0,896	0,896	5	M
70B	3	Otitis media og øvre luftveisinfeksjon 0-17 år u/bk	0,554	0,554	4	M
71	3	Laryngotrakeitt	0,541	0,541	4	M
72	3	Neseskade og medfødt nesedeformitet	0,580	0,580	3	M
73	3	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD >17 år	0,800	0,800	6	M

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
74	3	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD 0-17 år	0,726	0,726	4	M
168	3	Prosedyrer i munnhulen m/bk	2,239	2,239	14	K
169	3	Prosedyrer i munnhulen u/bk	1,352	1,352	6	K
1690	3	Prosedyrer i munnhulen, dagkirurgisk behandling	0,094	0,094	1	K
185	3	Tann/munnhulesykd. ekskl tannuttrekking >17 år	0,907	0,907	10	M
186	3	Tann/munnhulesykd. ekskl tannuttrekking 0-17 år	0,803	0,803	5	M
187A	3	Tannuttrekking og restaurering	0,902	0,902	4	M
1870	3	Annen poliklinisk tannbehandling	0,198	0,198	1	
482	3	Tracheostomi eller vevstransplantasjon ved sykdommer i ansikt, munnhule eller hals	8,872	8,872	67	K
520	3	Obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS)	0,176	0,176	3	M
521	3	Operativ korreksjon av obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS)	0,584	0,197	2	K
5210	3	Operativ korreksjon av obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS), dagkirurgisk behandling	0,154	0,197	1	K
7010	3	Poliklinisk endoskopi av øvre luftveier	0,029	0,029	1	
803N	3	Annen poliklinisk utredning og behandling av ØNH-tilstander med spesifiserte tiltak	0,045	0,045	0	
803R	3	Diagnostisk intervensjon ved søvnapné	0,025	0,025	0	
803T	3	Tannimplantatbehandling	0,281	0,281	0	
803U	3	Hørselsundersøkelser og hørselsforbedrende tiltak	0,024	0,024	0	
903A	3	Poliklinisk konsultasjon vedr betennelsestilstander i ØNH-regionen	0,036	0,036	0	
903B	3	Poliklinisk konsultasjon vedr sykdommer og skader i kjeve, tenner eller munnhule	0,037	0,037	0	
903C	3	Poliklinisk konsultasjon vedr søvnapne	0,022	0,022	0	
903O	3	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i øre-nese-hals	0,030	0,030	0	
980C	3	ØH-relaterte øre-nese-hals-tilstander uten overnatting	0,107	0,211	0	

#### Hoveddiagnosegruppe 4: Sykdommer i åndedretsorganene

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
75	4	Større thoraxop, visse op på perikard/trachea/diafragma m.m.	4,323	4,323	27	K
750	4	Større thoraxoperasjoner, dagkirurgisk behandling	0,194	0,194	1	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
76	4	Op på åndedrettssystemet ITAD m/bk	4,689	4,689	31	K
77	4	Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk	2,060	2,060	10	K
77O	4	Op på åndedrettssystemet ITAD, dagkirurgisk behandling	0,213	0,213	1	K
78	4	Lungeemboli, luftemboli og fettembolisyndrom	1,108	1,108	11	M
79	4	Infeksjoner og inflammasjoner i åndedr.syst >17 år m/bk	2,343	2,343	25	M
80	4	Infeksjoner og inflammasjoner i åndedr.syst >17 år u/bk	1,377	1,377	15	M
81	4	Infeksjoner og inflammasjoner i åndedr.syst 0-17 år	2,260	2,260	17	M
82	4	Svulster i åndedrettssystemet	1,294	1,294	15	M
83	4	Større thoraxskader m/bk	1,570	1,570	12	M
84	4	Større thoraxskader u/bk	0,765	0,765	6	M
85	4	Pleuritis exudativa m/bk	1,441	1,441	16	M
86	4	Pleuritis exudativa u/bk	0,899	0,899	12	M
87	4	Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt	1,172	1,172	14	M
88	4	Kroniske obstruktive lungesykdommer (KOLS)	0,865	0,865	12	M
89	4	Lungebetennelse og pleuritt >17 år m/bk	1,256	1,256	12	M
90	4	Lungebetennelse og pleuritt >17 år u/bk	0,828	0,828	7	M
91A	4	Lungebetennelse og pleuritt 0-17 år m/bk	1,335	1,335	8	M
91B	4	Lungebetennelse og pleuritt 0-17 år u/bk	0,842	0,842	5	M
92	4	Interstitielle lungesykdommer m/bk	1,363	1,363	19	M
93	4	Interstitielle lungesykdommer u/bk	0,928	0,928	10	M
94	4	Pneumothorax m/bk	1,937	1,937	18	M
95	4	Pneumothorax u/bk	1,092	1,092	9	M
96	4	Bronkitt og astma >17 år m/bk	0,982	0,982	11	M
97	4	Bronkitt og astma >17 år u/bk	0,631	0,631	10	M
98A	4	Bronkitt og astma 0-17 år m/bk	1,212	1,212	7	M
98B	4	Bronkitt og astma 0-17 år u/bk	0,716	0,716	5	M
99	4	Funn og symptomer fra åndedretsorganer m/bk	0,706	0,706	7	M
100	4	Funn og symptomer fra åndedretsorganer u/bk	0,481	0,446	4	M
101	4	Sykdommer i åndedretsorganer ITAD m/bk	1,135	1,135	11	M
102	4	Sykdommer i åndedretsorganer ITAD u/bk	0,649	0,649	5	M

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
475A	4	Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte	7,254	7,254	32	M
475B	4	Sykdommer i åndedretsorganer med PEEP support	2,740	2,740	22	M
475O	4	Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling	0,092	0,092	1	M
495	4	Lungetransplantasjon	23,197	23,197	64	K
702O	4	Endoskopi av nedre luftveier	0,093	0,093	1	
804P	4	Lokale intervensjoner i toraks	0,087	0,087	0	
804R	4	Lungefunksjonsundersøkelse	0,063	0,063	0	
851D	4	Poliklinisk eksternt strålebehandling ved lungekreft	0,036	0,036	0	
856D	4	Poliklinisk medikamentell behandling av lungekreft	0,398	0,398	0	
904A	4	Poliklinisk konsultasjon vedr astma og bronkitt	0,054	0,054	0	
904B	4	Poliklinisk konsultasjon vedr KOLS	0,055	0,055	0	
904C	4	Poliklinisk konsultasjon vedr svulst i lunger, bronkier eller mediastinum	0,047	0,047	0	
904D	4	Poliklinisk konsultasjon vedr infeksjon i nedre luftveier	0,067	0,067	0	
904O	4	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nedre luftveier/ lunge	0,054	0,054	0	
980D	4	ØH-relaterte tilstander i nedre luftveier uten overnatting	0,124	0,176	0	

#### Hoveddiagnosegruppe 5: Sykdommer i sirkulasjonsorganene

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
103	5	Hjertetransplantasjon og implantasjon av VAD	42,823	42,823	83	K
104A	5	Operasjoner på hjerteklaff u/bk	5,178	5,178	13	K
104B	5	Operasjoner på flere hjerteklaffer eller en hjerteklaffoperasjon m/bk	6,905	6,905	25	K
104D	5	Kateterbasert implantasjon av hjerteklaff	8,530	8,530	19	K
104O	5	Operasjoner på hjerteklaff inkl hjertekateterisering, dagkirurgisk behandling	2,581	2,581	1	K
107A	5	Koronar bypass uten hjertekateterisering eller komplekse ledsagende prosedyrer u/bk	4,516	4,516	10	K
107B	5	Koronar bypass med hjertekateterisering	6,419	6,419	18	K
107C	5	Koronar bypass med komplekse ledsagende prosedyrer eller m/bk	6,271	6,271	21	K



DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
107O	5	Koronar bypass, dagkirurgisk behandling	2,238	2,238	1	K
108	5	Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD	6,637	6,637	35	K
108O	5	Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD, dagkirurgisk behandling	0,076	0,076	1	K
109N	5	Operasjoner på thorakalt aortaaneurisme	8,147	8,147	25	K
110	5	Større kardiovaskulære op m/bk	5,870	5,870	27	K
110O	5	Større kardiovaskulære op, dagkirurgisk behandling	0,383	0,383	1	K
111	5	Større kardiovaskulære op u/bk	3,264	3,264	10	K
112A	5	Annen perkutan kardiovaskulær prosedyre	1,590	1,590	17	K
112B	5	Perkutan ablationsbehandling for hjertearytmi	1,745	1,745	4	K
112C	5	PCI uten AMI u/bk	0,928	0,928	4	K
112D	5	PCI uten AMI m/bk	1,396	1,396	9	K
112E	5	PCI med AMI u/bk	1,282	1,282	5	K
112F	5	PCI med AMI m/bk	1,880	1,880	11	K
112P	5	Perkutan ablasjonsbehandling for hjertearytmi, dagkirurgisk behandling	0,618	0,618	1	K
112Q	5	Annen perkutan kardiovaskulær prosedyre, dagkirurgisk behandling	0,618	0,618	1	K
113	5	Amputasjon av underekstr ekskl tå v/ sirk.svikt	5,021	5,021	30	K
113O	5	Amputasjon av underekstr ekskl tå v/ sirk.svikt, dagkirurgisk behandling	0,212	0,212	1	K
114	5	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt	2,125	2,125	35	K
114O	5	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt, dagkirurgisk behandling	0,224	0,224	1	K
115A	5	Fjerning av permanent pacemaker eller defibrillator	1,790	1,790	12	K
115B	5	Implantasjon eller bytte av pacemaker	1,668	1,668	12	K
115C	5	Innsetting eller bytte av defibrillator	3,002	3,002	17	K
115O	5	Revisjon eller fjerning av permanent pacemaker ved AMI, hjertesvikt eller sjokk, dagkirurgisk behandling	0,155	0,155	1	K
116O	5	Implantasjon eller bytte av pacemaker, dagkirurgisk behandling	0,717	0,717	1	K
117O	5	Innsetting eller bytte av defibrillator, dagkirurgisk behandling	1,027	1,027	1	K
119	5	Inngrep for åreknuter	1,001	0,244	4	K
119O	5	Inngrep for åreknuter, dagkirurgisk behandling	0,229	0,244	1	K
120	5	Operasjoner på sirkulasjonsorganene ITAD	1,569	1,569	11	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
1200	5	Operasjoner på sirkulasjonsorganene ITAD, dagkirurgisk behandling	0,301	0,301	1	K
121	5	Sirk.sykdom m/ AMI og kardiov komplik i live etter 4 dager	1,210	1,210	12	M
122	5	Sirk.sykdom m/ AMI u/kardiov komplik i live etter 4 dager	0,665	0,665	6	M
123	5	Akutt myokardinfarkt (AMI), liggetid < 4 dager, utskrevet død	0,577	0,577	3	M
124	5	Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre m/ kompliserende hjertelidelse	1,326	1,326	11	M
125	5	Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/ kompliserende hjertelidelse	0,771	0,771	6	M
1250	5	Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre, dagmedisinsk behandling	0,330	0,330	1	M
126	5	Akutt og subakutt endokarditt	4,551	4,551	44	M
127	5	Hjertesvikt og ikke-traumatisk sjokk	1,361	1,361	15	M
128	5	Årebetennelse i de dype vener	0,654	0,654	6	M
129	5	Hjertestans uten kjent årsak	1,437	1,437	17	M
130	5	Sykdommer i de perifere kar m/bk	1,049	1,049	12	M
131	5	Sykdommer i de perifere kar u/bk	0,778	0,778	6	M
132	5	Antatt ateroskler hjertesykdom m/bk	0,695	0,695	10	M
133	5	Antatt ateroskler hjertesykdom u/bk	0,464	0,403	8	M
134	5	Hypertensjon	0,601	0,601	6	M
135	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff >17 år m/bk	1,221	1,221	14	M
136	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff >17 år u/bk	0,704	0,704	7	M
137	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff 0-17 år	1,554	1,554	14	M
138	5	Hjertearytmier og ledningsforstyrrelser m/bk	0,868	0,868	8	M
139	5	Hjertearytmier og ledningsforstyrrelser u/bk	0,507	0,440	4	M
140	5	Angina pectoris	0,602	0,602	6	M
141	5	Synkope og kollaps m/bk	0,651	0,651	6	M
142	5	Synkope og kollaps u/bk	0,497	0,431	4	M
143	5	Brystsmerter	0,398	0,345	3	M
144	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk	1,358	1,358	15	M
145	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD u/bk	0,778	0,778	12	M
478	5	Karkirurgisk operasjon ITAD m/bk	2,396	2,396	14	K
479	5	Karkirurgisk operasjon ITAD u/bk	1,631	1,631	6	K
4790	5	Karkirurgisk operasjon ITAD, dagkirurgisk behandling	0,453	0,453	1	K
805P	5	Elektrokonvertering av hjertearytmi	0,157	0,157	0	
905A	5	Pol konsultasjon vedr atrieflimmer og andre rytme- eller ledningsforstyrrelser	0,040	0,040	0	

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
905B	5	Poliklinisk konsultasjon vedr hypertensjon	0,044	0,044	0	
905C	5	Pol konsultasjon vedr angina pectoris og iskemisk hjertesykdom, unntatt AMI	0,050	0,050	0	
905D	5	Poliklinisk konsultasjon vedr hjertesvikt	0,037	0,037	0	
905E	5	Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdom i perifere blodkar	0,039	0,039	0	
905O	5	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre kretsløpsykdommer	0,046	0,046	0	
980E	5	ØH-relaterte hjerte- og kartilstander uten overnatting	0,105	0,214	0	

### Hoveddiagnosegruppe 6: Sykdommer i fordøyelsesorganene

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
146	6	Reseksjonsinngrep på rectum m/bk	5,198	5,198	26	K
147	6	Reseksjonsinngrep på rectum u/bk	3,457	3,457	13	K
147O	6	Reseksjonsinngrep på rectum, dagkirurgisk behandling	0,366	0,366	1	K
148	6	Større operasjoner på tynntarm og tykktarm m/bk	4,889	4,889	34	K
149	6	Større operasjoner på tynntarm og tykktarm u/bk	2,720	2,720	12	K
149O	6	Større operasjoner på tynntarm og tykktarm, dagkirurgisk behandling	0,403	0,403	1	K
150	6	Operasjon for tarmadheranser m/bk	3,878	3,878	24	K
151	6	Operasjon for tarmadheranser u/bk	2,294	2,294	12	K
151O	6	Operasjon for tarmadheranser, dagkirurgisk behandling	0,565	0,565	1	K
152	6	Mindre operasjoner på tynntarm og tykktarm m/bk	2,389	2,389	15	K
153	6	Mindre operasjoner på tynntarm og tykktarm u/bk	1,743	1,743	8	K
153O	6	Mindre operasjoner på tynntarm og tykktarm, dagkirurgisk behandling	0,287	0,287	1	K
154A	6	Større operasjoner på spiserør, magesekk og tolvf. >17 år m/bk	8,509	8,509	83	K
154B	6	Andre operasjoner på spiserør, magesekk og tolvf. >17 år m/bk	6,030	6,030	32	K
155A	6	Større operasjoner på spiserør, magesekk og tolvf. >17 år u/bk	4,189	4,189	14	K
155B	6	Andre operasjoner på spiserør, magesekk og tolvf. >17 år u/bk	2,188	2,188	11	K
156	6	Op på spiserør, magesekk og tolvf. 0-17 år	3,232	3,232	14	K
156O	6	Operasjoner på spiserør, magesekk og tolvf., dagkirurgisk behandling	0,384	0,384	1	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
157	6	Enkle tarmop og op på anus og fremlagt tarm m/bk	1,506	1,506	13	K
158	6	Enkle tarmop og op på anus og fremlagt tarm u/bk	0,885	0,394	5	K
158O	6	Enkle tarmop og op på anus og fremlagt tarm, dagkirurgisk behandling	0,254	0,394	1	K
159	6	Brokkop ekskl inguinal og femoral >17 år m/bk	2,011	2,011	12	K
160	6	Brokkop ekskl inguinal og femoral >17 år u/bk	1,394	0,820	5	K
160O	6	Brokkop ekskl inguinal og femoral, dagkirurgisk behandling	0,494	0,820	1	K
161	6	Inguinal og femoral brokkoperasjon >17 år m/bk	1,168	0,812	7	K
162	6	Inguinal og femoral brokkoperasjon >17 år u/bk	1,039	0,683	3	K
162O	6	Inguinal og femoral brokkoperasjon, dagkirurgisk behandling	0,551	0,683	1	K
162P	6	Bilateral inguinal og femoral brokkop eller kombinerte brokkop, dagkirurgisk behandling	0,653	0,653	1	K
163	6	Lyskebrokkoperasjon 0-17 år	1,083	1,083	7	K
166N	6	Appendektomi med kompliserende hovedtilstand	1,912	1,912	9	K
167	6	Appendektomi uten kompliserende hovedtilstand	1,206	1,191	4	K
167O	6	Appendektomi, dagkirurgisk behandling	0,660	1,191	1	K
170	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD m/bk	3,459	3,459	20	K
171	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD u/bk	1,528	1,528	8	K
171O	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD, dagkirurgisk behandling	0,488	0,488	1	K
172	6	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene m/bk	1,421	1,421	16	M
173	6	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene u/bk	0,783	0,783	9	M
174N	6	Komplisert magesår eller blødning i fordøyelseskanalen	1,239	1,239	11	M
175N	6	Ukomplisert magesår eller blødning i fordøyelseskanalen	0,753	0,753	6	M
179	6	Inflammatoriske tarmsykdommer	1,154	1,154	15	M
180	6	Gastrointestinal passasjehindring m/bk	1,001	1,001	10	M
181	6	Gastrointestinal passasjehindring u/bk	0,629	0,629	5	M
182	6	Øsofagitt, gastroenteritt og diverse >17 år m/bk	0,884	0,884	10	M
183	6	Øsofagitt, gastroenteritt og diverse >17 år u/bk	0,531	0,482	5	M

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
184A	6	Øsofagitt, gastroenteritt og diverse 0-17 år m/bk	1,014	1,014	12	M
184B	6	Øsofagitt, gastroenteritt og diverse 0-17 år u/bk	0,598	0,542	4	M
188	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD >17 år m/bk	1,245	1,245	21	M
189	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD >17 år u/bk	0,712	0,712	6	M
190	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD 0-17 år	0,760	0,760	6	M
703O	6	Endoskopisk innlegging av stent i magetarmkanalen	0,318	0,318	1	
704O	6	Terapeutisk enteroskopi	0,089	0,089	1	
706O	6	Terapeutisk endoskopi av øvre magetarmkanal	0,109	0,109	1	
707O	6	Terapeutisk rektoskopi	0,126	0,126	1	
707P	6	Poliklinisk behandling av hemoroider	0,038	0,038	1	
709O	6	Enteroskopi	0,073	0,073	1	
710O	6	Koloskopi	0,067	0,067	1	
711O	6	Poliklinisk endoskopi av øvre magetarmkanal	0,061	0,061	1	
712O	6	Poliklinisk sigmoidoskopi	0,060	0,060	1	
720O	6	Kombinert gastrointestinal endoskopi	0,115	0,115	1	
806H	6	Poliklinisk behandling av mage-tarmmidler med infusjon av særskilte legemidler	0,233	0,233	0	
806P	6	Mindre gastroenterologisk abdominal prosedyre	0,041	0,041	0	
806R	6	Fysiologisk gastrointestinal undersøkelse	0,045	0,045	0	
851F	6	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved kreft i fordøyelsesorganer	0,033	0,033	0	
856F	6	Poliklinisk medikamentell behandling av kreft i fordøyelsesorganer	0,158	0,158	0	
906A	6	Poliklinisk konsultasjon vedr svulst i fordøyelseskanalen	0,047	0,047	0	
906B	6	Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk tarmsykdom	0,071	0,071	0	
906C	6	Poliklinisk konsultasjon vedr smerte i mageregionen	0,062	0,062	0	
906O	6	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre fordøyelsessykdommer	0,046	0,046	0	
980F	6	ØH-relaterte tilstander i fordøyelsessystemet uten overnatting	0,097	0,206	0	

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

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
191A	7	Transplantasjon av bukspyttkjertel, med eller uten nyretransplantasjon	17,504	17,504	33	K
191B	7	Op på bukspyttkj/lever og portosyst shuntop m/bk	5,344	5,344	30	K
192	7	Op på bukspyttkj/lever og portosyst shuntop u/bk	3,141	3,141	21	K
192O	7	Op på bukspyttkj/lever og portosyst shuntop, dagkirurgisk behandling	0,562	0,562	1	K
193	7	Op på galleveier foruten kun kolecystektomi m/bk	2,451	2,451	19	K
194	7	Op på galleveier foruten kun kolecystektomi u/bk	1,503	1,503	9	K
195	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang m/bk	3,549	3,549	22	K
196	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang u/bk	1,323	1,323	9	K
197	7	Åpen kolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang m/bk	4,126	4,126	20	K
198	7	Åpen kolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang u/bk	2,379	2,379	17	K
199	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj m/ ondartet svulst	2,623	2,623	26	K
200	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj u/ ondartet svulst	3,235	3,235	35	K
200O	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj, dagkirurgisk behandling	0,237	0,237	1	K
201	7	Op på lever, galleveier og bukspyttkjertel ITAD	3,491	3,491	36	K
201O	7	Op på lever, galleveier og bukspyttkjertel ITAD, dagkirurgisk behandling	0,562	0,562	1	K
202	7	Cirrhose og alkoholisk leversykdom	1,725	1,725	19	M
203	7	Ondartede svulster i lever/galleveier og bukspyttkjertel	1,354	1,354	14	M
204	7	Sykdommer i bukspyttkjertel ekskl ondartede svulster	1,369	1,369	17	M
205	7	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholutløste m/bk	2,125	2,125	23	M
206	7	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholutløste u/bk	0,968	0,968	10	M
207	7	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede m/bk	1,407	1,407	13	M
208	7	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede u/bk	0,765	0,739	7	M
480	7	Levertransplantasjon	32,586	32,586	88	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
493	7	Endoskopisk eller laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang m/bk	2,094	2,094	18	K
494	7	Endoskopisk eller laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	1,279	1,030	6	K
4940	7	Endoskopisk eller laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang, dagkirurgisk behandling	0,599	1,030	1	K
7130	7	Innlegging av stent i gallegang ved ERCP	0,280	0,280	1	
7140	7	Terapeutisk endoskopi av gallegang	0,174	0,174	1	
7150	7	Endoskopi av gallegang	0,148	0,148	1	
807P	7	Gastrointestinal biopsi	0,121	0,121	0	
856G	7	Poliklinisk medikamentell behandling av kreft i lever, galleveier og bukspyttkjertel	0,115	0,115	0	
907A	7	Poliklinisk konsultasjon vedr hepatitt og andre ikke-maligne leverlidelser	0,043	0,043	0	
907B	7	Poliklinisk konsultasjon vedr galleveislidelser	0,048	0,048	0	
907O	7	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i lever og galleveier	0,060	0,060	0	

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

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
209B	8	Komplisert utskifting av hofteprotese	7,005	7,005	28	K
209C	8	Utskifting av hofteleddsprotese	3,580	3,580	28	K
209D	8	Innsetting av hofteleddsprotese m/bk	2,567	2,567	17	K
209E	8	Innsetting av hofteleddsprotese u/bk	2,041	2,041	10	K
209F	8	Utskifting av protese i kne eller ankel	3,106	3,106	35	K
209H	8	Innsetting av protese i kne	2,095	2,095	17	K
209I	8	Innsetting av protese i ankel	3,503	3,503	17	K
209J	8	Komplisert utskifting av protese i kne eller ankel	5,838	5,838	35	K
209O	8	Store leddingrep på underekstremitet, ikke reoperasjon, dagkirurgisk behandling	0,628	0,628	1	K
210A	8	Større op på bekken/hofte/femur pga traume >17 år m/bk	5,719	5,719	19	K
210N	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop >17 år m/bk	2,514	2,514	19	K
211A	8	Større op på bekken/hofte/femur pga traume >17 år u/bk	3,485	3,485	19	K
211N	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop >17 år u/bk	1,613	1,613	19	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
212	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop 0-17 år	2,647	2,647	15	K
212O	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl hofteledd, dagkirurgisk behandling	0,449	0,449	1	K
213	8	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet	5,088	5,088	30	K
213O	8	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet, dagkirurgisk behandling	0,234	0,234	1	K
214A	8	Kombinert fremre/ bakre spondylodese	4,857	4,857	28	K
214B	8	Fremre eller bakre spondylodese m/bk	4,379	4,379	33	K
214C	8	Operasjoner på kolumna ekskl. spondylodese m/bk	1,968	1,968	14	K
215B	8	Fremre eller bakre spondylodese u/bk	2,159	2,159	8	K
215C	8	Operasjoner på kolumna ekskl. spondylodese u/bk	1,434	1,330	6	K
215O	8	Operasjoner på kolumna, dagkirurgisk behandling	0,446	1,330	1	K
216	8	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet og bindevevet	2,791	2,791	23	K
216O	8	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet og bindevevet, dagkirurgisk behandling	0,246	0,246	1	K
217	8	Sårrev og hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykdom i HDG 8	7,087	7,087	50	K
217O	8	Sårrev og hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykdom i HDG 8, dagkirurgisk behandling	0,203	0,203	1	K
218	8	Op på humerus og kne/legg/fot ekskl kneleddsop >17 år m/bk	3,153	3,153	20	K
219	8	Op på humerus og kne/legg/fot ekskl kneleddsop >17 år u/bk	2,139	2,139	11	K
220	8	Op på humerus og kne/legg/fot ekskl kneleddsop 0-17 år	1,402	1,402	6	K
220O	8	Op på humerus og kne/legg/fot, dagkirurgisk behandling	0,507	0,507	1	K
221	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop m/bk	3,050	3,050	23	K
222	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	1,455	0,659	7	K
222O	8	Annen operasjon på kne eller legg, dagkirurgisk behandling	0,438	0,659	1	K
222P	8	Større operasjon på kne eller legg, dagkirurgisk behandling	0,589	0,589	1	K
223	8	Større op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese m/bk	1,906	1,906	11	K
223O	8	Større op på humerus/albue/underarm, dagkirurgisk behandling	0,616	0,616	1	K



DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
224A	8	Bruddoperasjon på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk	1,341	1,095	5	K
224B	8	Operasjon på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese og bruddbehandling u/bk	1,342	0,758	5	K
224P	8	Bruddoperasjon på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese, dagkirurgisk behandling	0,597	1,095	1	K
224Q	8	Operasjon på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese og bruddbehandling, dagkirurgisk behandling	0,597	0,758	1	K
225	8	Operasjoner på ankel og fot	1,895	1,895	10	K
225O	8	Operasjoner på ankel og fot, dagkirurgisk behandling	0,524	0,524	1	K
226	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD m/bk	2,229	2,229	14	K
227	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	1,230	1,230	6	K
227O	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD, dagkirurgisk behandling	0,365	0,365	1	K
228	8	Op på håndledd/hånd/tommel m/bk eller leddprotese håndledd/ hånd	1,889	1,889	12	K
228O	8	Større op på håndledd/hånd/tommel, dagkirurgisk behandling	0,504	0,504	1	K
229	8	Op på håndledd/hånd u/bk eller sårrevisjon på overekstremitet	1,140	1,140	5	K
229O	8	Op på håndledd/ hånd ekskl større leddop, dagkirurgisk behandling	0,337	0,337	1	K
230	8	Lokal eksisjon og fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur	1,078	0,700	6	K
230O	8	Lokal eksisjon og fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur, dagkirurgisk behandling	0,413	0,700	1	K
231	8	Lokal eksisjon og fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	1,133	0,304	9	K
231O	8	Lokal eksisjon og fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur, dagkirurgisk behandling	0,232	0,304	1	K
232	8	Artroskopi	1,892	1,892	16	K
232O	8	Artroskopi, dagkirurgisk behandling	0,404	0,404	1	K
233	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD m/bk	4,077	4,077	33	K
234	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	1,706	1,706	8	K
234O	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD, dagkirurgisk behandling	0,504	0,504	1	K
235	8	Lårbeinsbrudd	1,194	1,194	14	M
236	8	Brudd på hofte og bekken	0,897	0,897	14	M

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
237	8	Forstuving og luksasjon av hofte, bekken og lår	0,646	0,646	7	M
238	8	Osteomyelitt	2,341	2,341	25	M
239	8	Patologiske brudd og ondartede svulster i HDG 8	1,572	1,572	16	M
240N	8	Vaskulitter og systemiske bindevevssykdommer m/bk	1,778	1,778	21	M
241N	8	Vaskulitter og systemiske bindevevssykdommer u/bk	1,026	1,026	21	M
242A	8	Infeksiøs artritt og bursitt	3,290	3,290	35	M
242B	8	Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer m/bk	1,078	1,078	21	M
242C	8	Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk	0,716	0,716	21	M
242D	8	Annen artritt	0,835	0,835	8	M
242E	8	Artroser m/bk	0,858	0,858	9	M
242F	8	Artroser u/bk	0,533	0,533	6	M
243	8	Rygglidelser, traumatiske tilstander og symptomer i ryggen	0,794	0,794	8	M
244	8	Andre beinsykdommer m/bk	1,166	1,166	11	M
245	8	Andre beinsykdommer u/bk	0,759	0,759	8	M
247	8	Uspesifikke tilst og sympt fra muskel-skjelettsyst/bindevev ITAD	0,515	0,308	6	M
248	8	Tilstander i muskler, sener, seneskjeder, fascie og bursa ITAD	1,007	1,007	10	M
249	8	Komplik/følgetilst/etterbehandling av tilstander i HDG 8	1,202	1,202	16	M
250	8	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd, fot >17 år m/bk	0,691	0,691	6	M
251	8	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd, fot >17 år u/bk	0,517	0,517	5	M
252	8	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd fot 0-17 år	0,652	0,652	2	M
253	8	Brudd/forstuving/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot >17 år m/bk	0,926	0,926	10	M
254	8	Brudd/forstuving/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot >17 år u/bk	0,593	0,593	6	M
255	8	Brudd/forstuving/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot 0-17 år	0,650	0,650	4	M
256	8	Sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev ITAD	0,895	0,895	9	M
471N	8	Bilaterale eller flere store leddproteseoperasjoner i ekstremiteter	3,273	3,273	37	K
491	8	Proteseop og replantasjon i skulder/albue/håndledd	3,021	3,021	12	K
491O	8	Proteseop og replantasjon i skulder/albue/håndledd, dagkirurgisk behandling	0,389	0,389	1	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
808H	8	Polikl behandling av revmatologiske lidelser med infusjon av særskilte legemidler	0,208	0,208	0	
808I	8	Ikke-kirurgisk behandling av Dupuytrens kontraktur	0,303	0,303	0	
808U	8	Muskel- og skjelettbiopsi	0,067	0,067	0	
808W	8	Lukket reposisjon av brudd og luksasjon eller leddmobilisering	0,076	0,076	0	
808Y	8	Ortopedisk bandasjering	0,048	0,048	0	
908A	8	Pol kons vedr brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken	0,046	0,046	0	
908B	8	Poliklinisk konsultasjon vedrørende artrose	0,038	0,038	0	
908C	8	Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk leddsykdom	0,048	0,048	0	
908D	8	Poliklinisk konsultasjon vedr systemiske bindevevssykdommer	0,058	0,058	0	
908E	8	Poliklinisk konsultasjon vedr tendinitt og bursitt	0,038	0,038	0	
908F	8	Poliklinisk konsultasjon vedr lidelser og skader i rygg og nakke	0,046	0,046	0	
908G	8	Poliklinisk konsultasjon vedr myositt	0,038	0,038	0	
908H	8	Poliklinisk konsultasjon vedr osteoporose	0,091	0,091	0	
908O	8	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i bevegelsesapparatet	0,031	0,031	0	
980H	8	ØH-relaterte muskel- og skjelettilstander uten overnatting	0,095	0,218	0	

### Hoveddiagnosegruppe 9: Sykdommer i hud og underhud

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
263	9	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt m/bk	5,251	5,251	46	K
264	9	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt u/bk	2,642	2,642	16	K
265	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt m/bk	2,568	2,568	20	K
266	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt u/bk	1,412	0,312	8	K
266O	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, dagkirurgisk behandling	0,184	0,312	1	K
267	9	Perianale inngrep og operasjoner for sakralcyste	0,902	0,454	5	K
267O	9	Perianale inngrep og operasjoner for sakralcyste, dagkirurgisk behandling	0,281	0,454	1	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
268	9	Plastiske op på hud og underhud	1,815	1,815	13	K
268O	9	Plastiske op på hud og underhud, dagkirurgisk behandling	0,201	0,201	1	K
269	9	Op på hud og underhud ITAD m/bk	2,675	2,675	22	K
270	9	Op på hud og underhud ITAD u/bk	1,159	1,159	9	K
270O	9	Op på hud og underhud ITAD, dagkirurgisk behandling	0,178	0,178	1	K
271	9	Kroniske sår i huden	1,808	1,808	29	M
272	9	Alvorlig hudsykdom m/bk	1,939	1,939	21	M
273	9	Alvorlig hudsykdom u/bk	1,595	1,595	18	M
277	9	Infeksjoner i hud og underhud >17 år m/bk	1,398	1,398	13	M
278	9	Infeksjoner i hud og underhud >17 år u/bk	0,836	0,807	7	M
279	9	Infeksjoner i hud og underhud 0-17 år	1,160	1,160	8	M
280	9	Skade av hud og underhud >17 år m/bk	0,762	0,762	7	M
281	9	Skade av hud og underhud >17 år u/bk	0,519	0,519	4	M
282	9	Skade av hud og underhud 0-17 år	0,570	0,570	3	M
283	9	Lettere hudsykdom m/bk	1,532	1,532	18	M
284	9	Lettere hudsykdom u/bk	0,999	0,999	12	M
530	9	Større plastikkirurgi etter stort vekttap (inkl. postbariatrisk kirurgi)	2,901	2,901	4	K
530O	9	Plastikkirurgi etter stort vekttap (inkl. postbariatrisk kirurgi)	0,561	0,561	1	K
531	9	Annen plastikkirurgi etter stort vekttap (inkl. postbariatrisk kirurgi)	1,451	1,451	4	K
809H	9	Poliklinisk behandling av hudlidelser med infusjon av særskilte legemidler	0,246	0,246	0	
809J	9	Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon	0,079	0,079	0	
809P	9	Fotodynamisk behandling av hudlidelse	0,038	0,038	0	
809R	9	Annen lysbehandling	0,009	0,009	0	
809S	9	Basal sårbehandling	0,035	0,035	0	
809T	9	Mindre hudprosedyre	0,056	0,056	0	
851J	9	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved hudkreft	0,034	0,034	0	
856J	9	Poliklinisk medikamentell behandling av malignt melanom	0,912	0,912	0	
909A	9	Poliklinisk konsultasjon vedrørende mindre hudskader	0,052	0,052	0	
909B	9	Poliklinisk konsultasjon vedrørende kroniske sår	0,029	0,029	0	
909C	9	Poliklinisk konsultasjon vedrørende svulster i hud og underhud	0,030	0,030	0	
909D	9	Poliklinisk konsultasjon vedr psoriasis og andre papuloskvamøse lidelser	0,037	0,037	0	

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
909E	9	Poliklinisk konsultasjon vedr eksem og dermatitt	0,028	0,028	0	
909O	9	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i hud og underhud	0,033	0,033	0	

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

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
285	10	Amputasjoner av underekstr pga sykdom i HDG 10	5,393	5,393	43	K
285O	10	Amputasjoner av underekstr pga sykdom i HDG 10, dagkirurgisk behandling	0,185	0,185	1	K
286	10	Operasjoner på binyrer og hypofyse	2,700	2,700	14	K
286O	10	Operasjoner på binyrer og hypofyse, dagkirurgisk behandling	1,342	1,342	1	K
288A	10	Gastrointestinale operasjoner for adipositas	1,252	1,244	3	K
288B	10	Andre operasjoner for adipositas	1,451	1,054	7	K
288O	10	Gastrointestinale operasjoner for adipositas, dagkirurgisk behandling	0,173	1,244	1	K
288P	10	Andre operasjoner for adipositas, dagkirurgisk behandling	0,690	1,054	1	K
289	10	Operasjoner på biskjoldbruskkjertelen	1,297	1,297	6	K
289O	10	Operasjoner på biskjoldbruskkjertelen, dagkirurgisk behandling	0,520	0,520	1	K
290	10	Operasjoner på skjoldbruskkjertelen	1,507	1,507	5	K
290O	10	Operasjoner på skjoldbruskkjertelen, dagkirurgisk behandling	0,289	0,289	1	K
292	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD m/bk	4,922	4,922	25	K
293	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD u/bk	2,770	2,770	9	K
293O	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD, dagkirurgisk behandling	0,062	0,062	1	K
294	10	Diabetes >35 år	1,103	1,103	9	M
295	10	Diabetes < 36 år	1,695	1,695	14	M
296	10	Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD >17 år m/bk	1,173	1,173	12	M
297	10	Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD >17 år u/bk	0,729	0,729	10	M
298	10	Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD 0-17 år	1,010	1,010	12	M
299	10	Medfødt stoffskiftesykdommer	1,262	1,262	17	M
300	10	Indresekretoriske sykdommer m/bk	1,436	1,436	15	M
301	10	Indresekretoriske sykdommer u/bk	0,786	0,786	7	M
810R	10	Registrering av hormonprofil	0,116	0,116	0	
910A	10	Poliklinisk konsultasjon vedrørende diabetes mellitus	0,037	0,037	0	

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
910B	10	Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdom i skjoldbruskkjertelen	0,043	0,043	0	
910C	10	Poliklinisk konsultasjon vedrørende fedme og overvekt	0,040	0,040	0	
910O	10	Poliklinisk konsultasjon vedr andre endokrine/ernærings-/stoffsiftesykdommer	0,051	0,051	0	

### Hoveddiagnosegruppe 11: Nyre og urinveissykdommer

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
302	11	Nyretransplantasjon	11,080	11,080	30	K
303	11	Nyre/ureterop og større blæreop pga ondartet svulst	3,731	3,731	20	K
304	11	Nyre/ureterop og større blæreop ekskl onda svulst m/bk	3,213	3,213	20	K
305	11	Nyre/ureterop og større blæreop ekskl onda svulst u/bk	2,419	2,419	10	K
305O	11	Nyre/ureterop og større blæreop, dagkirurgisk behandling	0,201	0,201	1	K
307N	11	Implantasjon av sfinkterprotese	2,961	2,961	4	K
307O	11	Implantasjon av sfinkterprotese, dagkirurgisk behandling	0,594	0,594	1	K
308	11	Operasjoner på urinblæren ITAD m/bk	1,445	1,121	11	K
309	11	Operasjoner på urinblæren ITAD u/bk	0,886	0,562	4	K
309O	11	Mindre operasjoner på urinblære ITAD, dagkirurgisk behandling	0,392	0,562	1	K
310	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata m/bk	1,123	1,042	8	K
311	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk	0,902	0,821	4	K
311O	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata, dagkirurgisk behandling	0,384	0,821	1	K
312	11	Operasjoner på urinrør >17 år m/bk	1,275	1,275	5	K
313	11	Operasjoner på urinrør >17 år u/bk	0,684	0,432	3	K
314	11	Operasjoner på urinrør 0-17 år	1,032	1,032	7	K
314O	11	Operasjoner på urinrør, dagkirurgisk behandling	0,317	0,432	1	K
315	11	Operasjoner på nyrer og urinveier ITAD	2,015	2,015	18	K
315O	11	Operasjoner på nyrer og urinveier ITAD, dagkirurgisk behandling	0,318	0,318	1	K
316	11	Nyresvikt	1,604	1,604	20	M
317	11	Dialysebehandling	0,102	0,102	8	M
317O	11	Dialysebehandling, dagmedisinsk behandling	0,102	0,102	1	M
318	11	Svulster i nyrer og urinveier m/bk	1,313	1,313	15	M
319	11	Svulster i nyrer og urinveier u/bk	0,716	0,716	6	M

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
320	11	Infeksjoner i nyrer og urinveier >17 år m/bk	1,229	1,229	11	M
321	11	Infeksjoner i nyrer og urinveier >17 år u/bk	0,806	0,779	7	M
322	11	Infeksjoner i nyrer og urinveier 0-17 år	1,201	1,160	7	M
323	11	Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling	0,877	0,877	7	M
323O	11	Stein i urinveiene og/eller ESWL behandling, dagmedisinsk behandling	0,132	0,132	1	M
324	11	Stein i urinveiene u/bk	0,590	0,570	4	M
325	11	Symptomer fra nyrer og urinveier >17 år m/bk	0,753	0,753	7	M
326	11	Symptomer fra nyrer og urinveier >17 år u/bk	0,583	0,583	5	M
327	11	Symptomer fra nyrer og urinveier 0-17 år	0,670	0,670	4	M
329N	11	Urethrastriktur	0,845	0,845	4	M
331	11	Sykdom i nyrer og urinveier ITAD >17 år m/bk	1,058	1,058	13	M
332	11	Sykdom i nyrer og urinveier ITAD >17 år u/bk	0,782	0,782	8	M
333	11	Sykdom i nyrer og urinveier ITAD 0-17 år	1,016	1,016	8	M
716O	11	Terapeutisk endoskopi av urinveiene	0,311	0,311	1	
717O	11	Endoskopi av øvre urinveier	0,068	0,068	1	
718O	11	Endoskopi av nedre urinveier	0,038	0,038	1	
811P	11	Punksjon av nyre eller retroperitoneum	0,363	0,363	0	
811R	11	Polikliniske urologiske tiltak, hovedsakelig diagnostiske	0,029	0,029	0	
811S	11	Mindre prosedyre på nyrer og urinveier	0,032	0,032	0	
856M	11	Poliklinisk medikamentell behandling av kreft i nyre og urinveier	0,195	0,195	0	
911A	11	Poliklinisk konsultasjon vedrørende nyresvikt	0,037	0,037	0	
911B	11	Poliklinisk konsultasjon vedrørende svulst i urinveiene	0,036	0,036	0	
911C	11	Poliklinisk konsultasjon vedr oppfølging av nyretransplanterte	0,035	0,035	0	
911O	11	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nyre og urinveier	0,040	0,040	0	

### **Hoveddiagnosegruppe 12: Sykdommer i mannlige kjønnsorganer**

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
334	12	Større operasjoner i det mannlige bekken m/bk	2,300	2,300	9	K
335	12	Større operasjoner i det mannlige bekken u/bk	2,047	2,047	5	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
335O	12	Større operasjoner i det mannlige bekken, dagkirurgisk behandling	0,656	0,656	1	K
336	12	Transurethral prostatectomi m/bk	1,177	1,177	7	K
337	12	Transurethral prostatectomi u/bk	1,020	1,002	3	K
337O	12	Transurethral prostatectomi, dagkirurgisk behandling	0,130	1,002	1	K
338	12	Op på skrotalinnhold ved ondartede sykdommer	1,074	1,074	5	K
339	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd >17 år	0,966	0,966	6	K
340	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd 0-17 år	0,901	0,546	2	K
340O	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd, dagkirurgisk behandling	0,481	0,546	1	K
341	12	Operasjoner på penis	1,555	1,555	8	K
341O	12	Operasjoner på penis, dagkirugisk behandling	0,252	0,252	1	K
342N	12	Omskjæring	0,798	0,324	4	K
343O	12	Omskjæring, dagkirurgisk behandling	0,303	0,324	1	K
344	12	Op på mannlige kjønnsorg ved ondartet svulst ITAD	1,422	1,422	9	K
345	12	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD	0,921	0,921	4	K
345O	12	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD, dagkirurgisk behandling	0,141	0,141	1	K
346	12	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk	1,291	1,291	15	M
347	12	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk	0,843	0,843	9	M
348	12	Godartet hypertrofi av prostata m/bk	0,550	0,550	7	M
349	12	Godartet hypertrofi av prostata u/bk	0,550	0,550	4	M
350	12	Inflammasjon i mannlige kjønnsorganer	0,808	0,808	8	M
351	12	Sterilisering av menn	0,000	0,000	0	K
351O	12	Sterilisering av menn, dagkirurgisk behandling	0,000	0,000	1	K
352	12	Sykdommer i mannlige kjønnsorganer ITAD	0,472	0,472	4	M
812P	12	Mindre prosedyrer på mannlige kjønnsorgan	0,036	0,036	0	
851N	12	Poliklinisk eksternt strålebehandling ved svulst i mannlige kjønnsorganer	0,035	0,035	0	
852N	12	Brakyterapi ved prostatakraft	0,649	0,649	0	K
856N	12	Poliklinisk medikamentell behandling av svulst i mannlige kjønnsorganer	0,221	0,221	0	
912A	12	Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i mannlige kjønnsorgan	0,035	0,035	0	



DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
9120	12	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i mannlige kjønnsorganer	0,035	0,035	0	

### Hoveddiagnosegruppe 13: Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
353	13	Eksentrasjon av bekkenet, radikal hysterektomi og vulvektomi	3,304	3,304	21	K
3530	13	Eksentrasjon av bekkenet, radikal hysterektomi og vulvektomi, dagkirurgisk behandling	0,081	0,081	1	K
354	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd m/bk	2,583	2,583	14	K
355	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd u/bk	1,641	1,641	5	K
3550	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd, dagkirurgisk behandling	0,395	0,395	1	K
356	13	Rekonstruktive gynekologiske inngrep	1,217	1,043	4	K
3560	13	Rekonstruktive gynekologiske inngrep, dagkirurgisk behandling	0,625	1,043	1	K
357	13	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom	2,744	2,744	12	K
3570	13	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom, dagkirurgisk behandling	0,500	0,500	1	K
358	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd m/bk	1,904	1,904	8	K
359	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd u/bk	1,442	0,733	4	K
3590	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd i ovar/adn, dagkirurgisk behandling	0,284	0,733	1	K
359Q	13	Intervensjoner på embryo eller prøverørsbehandling med mikroinjeksjon (ICSI), dagkirurgisk behandling	0,284	0,284	1	K
360	13	Operasjoner på vagina, cervix og vulva ekskl vulvektomi	1,075	1,075	8	K
3600	13	Operasjoner på vagina, cervix og vulva ekskl vulvektomi, dagkirurgisk behandling	0,187	0,187	1	K
361	13	Gynekologisk laparoskopi og sterilisering via laparotomi	1,128	1,128	5	K
3610	13	Gynekologisk laparoskopi og sterilisering via laparotomi, dagkirurgisk behandling	0,528	0,528	1	K
362	13	Sterilisering via laparoskopi eller annen endoskopisk sterilisering	0,000	0,000	2	K
3620	13	Sterilisering via laparoskopi eller annen endoskopisk sterilisering, dagkirurgisk behandling	0,000	0,000	1	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
363	13	Utskraping og konisering ved ondartet sykdom	0,900	0,900	5	K
364	13	Utskraping og konisering ekskl ondartet sykdom	0,646	0,126	3	K
364O	13	Utskraping og konisering, dagkirurgisk behandling	0,116	0,126	1	K
365	13	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD	1,775	1,775	13	K
365O	13	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD, dagkirurgisk behandling	0,494	0,494	1	K
366	13	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer m/bk	1,472	1,472	17	M
367	13	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer u/bk	0,847	0,847	12	M
368	13	Infeksjoner i kvinnelige kjønnsorganer	0,927	0,927	8	M
369	13	Tilstander i kvinnelige kjønnsorganer ITAD	0,625	0,604	6	M
719O	13	Hysteroskopi og salpingoskopi	0,062	0,062	1	
813R	13	Assistert befruktning	0,032	0,032	0	
813S	13	Gynekologisk biopsi	0,047	0,047	0	
813T	13	Annen poliklinisk gynekologisk prosedyre	0,066	0,066	0	
856O	13	Poliklinisk medikamentell behandling av svulst i kvinnelige kjønnsorganer	0,260	0,260	0	
913A	13	Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i kvinnelige kjønnsorganer	0,039	0,039	0	
913O	13	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	0,037	0,037	0	

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

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
370	14	Keisersnitt m/bk	1,979	1,979	14	K
371	14	Keisersnitt u/bk	1,416	1,416	8	K
371O	14	Keisersnitt, dagkirurgisk behandling	0,168	0,168	1	K
372	14	Vaginal fødsel m/bk	0,950	0,950	8	M
373	14	Vaginal fødsel u/bk	0,628	0,628	6	M
373O	14	Vaginal fødsel, dagopphold	0,105	0,105	1	M
374	14	Vaginal fødsel m/sterilisering og/eller evakuering	1,406	1,406	8	K
375	14	Vaginal fødsel m/ op ekskl sterilisering og evakuering	1,358	1,358	15	K
376	14	Sykdommer etter forløsning og abort u/ operasjon	0,757	0,757	5	M
377N	14	Sykdommer etter forløsning og abort m/ operasjon	1,017	1,017	5	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
377O	14	Sykdommer etter forløsning og abort m/ operasjon, dagkirurgisk behandling	0,214	0,214	1	K
378N	14	Operasjoner ved ekstrauterin graviditet	1,146	1,146	4	K
379	14	Truende abort	0,671	0,671	14	M
380	14	Abort uten kirurgisk inngrep og tilst etter abort	0,393	0,393	3	M
381	14	Spontan el medik utløst abort inkl revisjon	0,646	0,360	3	K
381O	14	Abort, dagkirurgisk behandling	0,260	0,360	1	K
382	14	Falske rier	0,374	0,374	5	M
383	14	Sykdommer i svangerskapet ITAD m/bk	0,706	0,706	10	M
384	14	Sykdommer i svangerskapet ITAD u/bk	0,493	0,493	6	M
814P	14	Annen helsehjelp ifm spontanabort og komplikasjoner etter abort	0,047	0,047	0	
814R	14	Andre forløsningsprosedyrer	0,078	0,078	0	
814S	14	Medikamentell svangerskapsavbrytelse	0,052	0,052	0	
914O	14	Poliklinisk konsultasjon vedrørende svangerskap, fødsel og barseltid	0,020	0,020	0	
914P	14	Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide	0,025	0,025	0	
914Q	14	Fosterdiagnostiske undersøkelser	0,023	0,023	0	

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

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
385A	15	Nyfødt, døde 0-2 d. gml eller overf. til annen inst. 0-5 d. etter fødsel	1,089	1,089	5	
385B	15	Oppfølging av neonatalproblemer eller forsinket neonatalproblem, fødselsvekt over 1000 g	1,408	1,408	15	
385C	15	Oppfølging av nyfødte med fødselsvekt under 1000 g	10,700	10,700	81	
386N	15	Nyfødt, fødselsvekt under 1000 g	28,298	28,298	128	
387N	15	Nyfødt, fødselsvekt 1000-1499 g	18,006	18,006	77	
388A	15	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499g eller annen immaturitet, med multiple problemer	10,026	10,026	66	
388B	15	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499g eller annen immaturitet, uten multiple problemer	2,933	2,933	19	
388C	15	Alvorlig respirasjonsproblem hos nyfødt med lav fødselsvekt (<2500g)	8,829	8,829	40	
389A	15	Nyfødt, fødselsvekt 1500 g eller mer, med større operasjon	12,248	12,248	55	
389B	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med multiple problemer	4,104	4,104	25	

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
389C	15	Alvorlig respirasjonsproblem hos nyfødt uten lav fødselsvekt (>2499g)	2,943	2,943	13	
390	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem	1,015	1,015	9	
391	15	Frisk nyfødt	0,574	0,574	5	
391O	15	Frisk nyfødt, dagopphold	0,109	0,109	1	
915O	15	Poliklinisk konsultasjon vedrørende perinatale tilstander uten signifikant prosedyre	0,027	0,027	0	

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

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
392	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 >17 år	6,175	6,175	24	K
393	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 0-17 år	2,535	2,535	9	K
393O	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16, dagkirurgisk behandling	0,922	0,922	1	K
394	16	Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD	1,979	1,979	18	K
394O	16	Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD, dagkirurgisk behandling	0,352	0,352	1	K
395	16	Sykdommer i røde blodlegemer >17 år	1,015	1,015	11	M
396	16	Sykdommer i røde blodlegemer 0-17 år	1,604	1,604	12	M
397	16	Koagulasjonsforstyrrelser	1,045	1,045	11	M
398	16	Retikuloendoteliale og immunologiske sykd ITAD m/bk	1,111	1,111	13	M
399	16	Retikuloendoteliale og immunologiske sykd ITAD u/bk	0,876	0,876	7	M
816P	16	Transfusjon av andre blodkomponenter	0,104	0,104	0	
816R	16	Transfusjon av fullblod eller røde blodlegemer	0,099	0,099	0	
916O	16	Poliklinisk konsultasjon vedr sykdommer ved bloddannelse eller i immunsystemet	0,053	0,053	0	

### Hoveddiagnosegruppe 17: Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
400	17	Større operasjoner ved lymfom og leukemi	3,299	3,299	21	K
401	17	Op ved lymfom og ikke-akutt leukemi ITAD m/bk	3,887	3,887	40	K
402	17	Op ved lymfom og ikke-akutt leukemi ITAD u/bk	1,562	1,562	9	K
402O	17	Op ved lymfom og ikke-akutt leukemi ITAD, dagkirurgisk behandling	0,356	0,356	1	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
403	17	Lymfom og ikke-akutt leukemi m/bk	2,118	2,118	23	M
404	17	Lymfom og ikke-akutt leukemi u/bk	1,314	1,314	10	M
405	17	Akutt leukemi 0-17 år	2,659	2,659	25	M
406	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom og leukemi m/bk	5,151	5,151	29	K
407	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom og leukemi u/bk	3,421	3,421	12	K
407O	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom og leukemi, dagkirurgisk behandling	0,198	0,198	1	K
408	17	Andre op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom og leukemi	1,804	1,804	14	K
408O	17	Op ved myeloprolif sykd eller udiff ondartet sykdom, dagkirurgisk behandling	0,255	0,255	1	K
411N	17	Observasjon eller behandling knyttet til tidligere eller mistenkt kreftsykdom	0,693	0,693	7	M
413	17	Sykdommer i HDG 17 ITAD m/bk	1,788	1,788	20	M
414	17	Sykdommer i HDG 17 ITAD u/bk	0,892	0,892	8	M
473	17	Akutt leukemi >17 år	3,829	3,829	35	M
481A	17	Annen stamcelletransplantasjon	5,575	5,575	32	K
481B	17	Allogen stamcelletransplantasjon >17 år	18,855	18,855	59	K
481C	17	Allogen stamcelletransplantasjon 0-17 år	37,184	37,184	104	K
481O	17	Annen stamcelletransplantasjon, dagkirurgisk behandling	2,779	2,779	1	K
481P	17	Allogen stamcelletransplantasjon, dagkirurgisk behandling	9,419	9,419	1	K
817S	17	Fullblods tapping, eller uttak av beinmarg	0,036	0,036	0	
851R	17	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved kreft i bloddannende organer og lymfatisk vev	0,037	0,037	0	
856R	17	Poliklinisk medikamentell behandling av kreft i bloddannende organer og lymfatisk vev	0,237	0,237	0	
917A	17	Pol kons vedr lymfom, leukemi, myelomatose og visse andre benmargssykdommer	0,042	0,042	0	
917O	17	Poliklinisk konsultasjon vedr myeloproliferative tilstander eller udifferensierte svulster	0,047	0,047	0	

**Hoveddiagnosegruppe 18: Infeksiøse og parasittære sykdommer**

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
415	18	Op ved sykdommer i HDG 18	4,446	4,446	35	K
415O	18	Op ved sykdommer i HDG 18, dagkirurgisk behandling	0,178	0,178	1	K
416N	18	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 >17 år	2,383	2,383	21	M
417N	18	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 0-17 år	2,617	2,617	13	M
418	18	Postop og posttraumatiske infeksjoner tilhørende HDG 18	1,242	1,242	14	M
419	18	Feber av ukjent årsak >17 år m/bk	1,295	1,295	10	M
420	18	Feber av ukjent årsak >17 år u/bk	0,706	0,706	7	M
421	18	Virussykdommer >17 år	0,850	0,850	9	M
422	18	Virussykdommer og feber av ukjent årsak 0-17 år	0,778	0,778	5	M
423	18	Sykdommer i HDG 18 ITAD	1,486	1,486	15	M
489	18	HIV m/ betydelig HIV relatert sykdom	3,297	3,297	30	M
490	18	HIV med eller uten bidiagnose	1,510	1,510	17	M
918O	18	Poliklinisk konsultasjon vedrørende infeksjons- og parasittsykdommer uten signifikant prosedyre	0,035	0,035	0	

**Hoveddiagnosegruppe 19: Psykiske lidelser og rusproblemer**

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
424N	19	Operasjoner på pasienter med sykdom i HDG19	2,598	2,598	18	K
424O	19	Operasjoner på pasienter med sykdom i HDG19, dagkirurgisk behandling	0,563	0,563	1	K
426A	19	Bipolare lidelser < 60 år	0,749	0,749	5	M
426B	19	Bipolare lidelser >59 år	0,749	0,749	9	M
426C	19	Andre forstyrrelser i stemningsleie < 60 år	0,749	0,749	6	M
426D	19	Andre forstyrrelser i stemningsleie >59 år	0,749	0,749	11	M
427A	19	Angstlidelse	0,749	0,749	5	M
427B	19	Varige personlighetsforstyrrelser	0,749	0,749	5	M
427C	19	Akutt stressreaksjon	0,749	0,749	5	M
427D	19	Andre nevrososer	0,749	0,749	10	M
428N	19	Personlighetsforstyrrelser	0,749	0,749	4	M
429A	19	Organiske betingede mentale forstyrrelser m/bk	1,149	1,149	13	M
429B	19	Organiske betingede mentale forstyrrelser u/bk	0,813	0,813	8	M
430A	19	Schizofreni <30 år	0,749	0,749	4	M
430B	19	Schizofreni 30-59 år	0,749	0,749	6	M
430C	19	Schizofreni >59 år	0,749	0,749	7	M

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
430D	19	Kroniske ikke-schizofrene psykoser	0,749	0,749	6	M
430E	19	Kortvarige ikke-schizofrene psykoser	0,749	0,749	6	M
430F	19	Andre psykoser	0,749	0,749	2	M
431A	19	Mental retardasjon	0,749	0,749	6	M
431B	19	Nevropsykiatriske forstyrrelser	0,749	0,749	9	M
431C	19	Andre mentale forstyrrelser hos barn	0,749	0,749	3	M
432A	19	Spiseforstyrrelser	2,252	2,252	30	M
432B	19	Andre spesifiserte mentale forstyrrelser	0,749	0,749	6	M
432C	19	Andre uspesifiserte mentale forstyrrelser	0,749	0,749	5	M
436A	19	Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk m/bk	0,697	0,697	6	M
436B	19	Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk u/bk	0,451	0,451	7	M
436C	19	Psykose som skyldes misbruk	0,749	0,749	4	M
919O	19	Poliklinisk konsultasjon vedrørende mentale tilstander uten signifikant prosedyre	0,090	0,090	0	
980T	19	ØH-relaterte rusmiddelfremkalte og psykiatriske tilstander som krever somatisk behandling uten overnatting	0,235	0,235	0	

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

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
439	21	Hudtransplantasjon etter skade	4,566	4,566	33	K
439O	21	Hudtransplantasjon etter skade, dagkirurgisk behandling	0,362	0,362	1	K
441A	21	Håndkirurgiske inngrep etter skade	1,671	1,671	8	K
441B	21	Store håndkirurgiske inngrep etter skade	5,961	5,961	16	K
441O	21	Håndkirurgiske inngrep etter skade, dagkirurgisk behandling	0,299	0,299	1	K
442	21	Operasjoner etter skade ITAD m/bk	5,439	5,439	51	K
442O	21	Større operasjoner for behandlingskomplikasjon, dagkirurgisk behandling	0,288	0,288	1	K
443	21	Operasjoner etter skade ITAD u/bk	1,686	1,686	9	K
443O	21	Andre større op etter skader, dagkirurgisk behandling	0,295	0,295	1	K
444	21	Traume >17 år m/bk	1,221	1,221	12	M
445	21	Traume >17 år u/bk	0,696	0,696	5	M
446	21	Traume 0-17 år	0,718	0,718	3	M
447	21	Allergiske reaksjoner >17 år	0,495	0,461	4	M

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
448	21	Allergiske reaksjoner 0-17 år	0,392	0,365	3	M
449	21	Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel >17 m/bk	0,825	0,768	6	M
450	21	Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel >17 u/bk	0,540	0,503	3	M
451	21	Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel 0-17 år	0,540	0,503	2	M
452A	21	Komplikasjoner ved kirurgisk behandling m/bk	1,837	1,837	15	K
452B	21	Komplikasjoner ved annen behandling m/bk	1,215	1,215	12	M
453A	21	Komplikasjoner ved kirurgisk behandling u/bk	1,302	1,302	6	K
453B	21	Komplikasjoner ved annen behandling u/bk	0,627	0,627	6	M
454	21	Sykdommer i HDG 21 ITAD m/bk	1,043	1,043	10	M
455	21	Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk	0,394	0,394	2	M
484	21	Kraniotomi ved signifikant multitraume	10,909	10,909	57	K
485	21	Større op hofter/lårbensop og replantasjoner ved HDG 21	5,841	5,841	30	K
486	21	Operasjoner ved signifikant multitraume ITAD	7,334	7,334	30	K
486O	21	Operasjoner ved signifikant multitraume ITAD, dagkirurgisk behandling	1,496	1,496	1	K
487	21	Signifikant multitraume ITAD	2,425	2,425	30	M
921O	21	Poliklinisk konsultasjon vedr skader/forgiftninger/ skadelige medikamentvirkninger	0,053	0,053	0	
980U	21	Skader, forgiftninger og utilsiktede medikamentvirkninger uten overnatting	0,181	0,252	0	

### **Hoveddiagnosegruppe 22: Forbrenninger**

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
456	22	Forbrenninger, overført til annen akutenhet, liggetid < 6 dager	1,030	1,030	4	
457	22	Omfattende forbrenninger uten operativ behandling	2,221	2,221	19	M
458	22	Mindre omfattende forbrenninger med hudtransplantasjon	4,732	4,732	33	K
458O	22	Mindre omfattende forbrenninger med hudtransplantasjon, dagkirurgisk behandling	0,481	0,481	1	K
459	22	Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen operasjon	1,933	1,933	20	K
459O	22	Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling	0,111	0,111	1	K



DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
460	22	Mindre omfattende forbrenninger uten operativ behandling	0,792	0,792	12	M
472	22	Omfattende forbrenninger med operativ behandling	5,590	5,590	54	K
472O	22	Omfattende forbrenninger med operativ behandling, dagkirurgisk behandling	0,684	0,684	1	K
922O	22	Poliklinisk konsultasjon vedr brannskader uten signifikant prosedyre	0,037	0,037	0	

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

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
461	23	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23	1,827	1,827	16	K
461O	23	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling	0,237	0,237	1	K
462A	23	Rehabilitering, kompleks	0,150	0,150	44	M
462B	23	Rehabilitering, vanlig	0,120	0,120	25	M
462C	23	Rehabilitering, annen	0,420	0,420	19	M
463	23	Symptomer og funn m/bk	0,912	0,912	11	M
464	23	Symptomer og funn u/bk	0,631	0,631	6	M
465	23	Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	2,169	2,169	21	M
466	23	Etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose	1,023	1,023	14	M
467	23	Påvirkninger på helsetilstanden ITAD	0,503	0,503	5	M
862B	23	Dagrehabilitering	0,120	0,120	0	
862O	23	Poliklinisk rehabilitering	0,035	0,035	0	
923O	23	Pol kons vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/ kontakt med helsetjenesten	0,017	0,017	0	
959W	23	Palliativ dagbehandling i regi av palliativt senter	0,108	0,108	0	
996O	23	Behandlingstiltak rettet mot en gruppe pasienter	0,017	0,017	0	
996P	23	Behandlingstiltak rettet mot en gruppe pasienter i utvalgte HDG-er	0,017	0,017	0	
997O	23	Tverrfaglig utredning	0,107	0,107	0	
998O	23	Grupperettet pasientopplæring	0,023	0,000	0	

### **Hoveddiagnosegruppe 30: Sykdommer i bryst**

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
257	30	Total mastektomi ved ondartet svulst m/bk	1,530	1,530	6	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
258	30	Total mastektomi ved ondartet svulst u/bk	1,316	1,316	5	K
258O	30	Total mastektomi ved ondartet svulst, dagkirurgisk behandling	0,946	0,946	1	K
259	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst m/bk	1,101	0,914	5	K
260	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk	0,991	0,804	4	K
260O	30	Subtotal mastektomi ved ondartet svulst, dagkirurgisk behandling	0,537	0,804	1	K
261	30	Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon	1,308	0,751	3	K
261O	30	Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon, dagkirurgisk behandling	0,603	0,751	1	K
262	30	Mammabiopsi og lokal eksisjon ved godartede sykdommer	0,729	0,348	2	K
262O	30	Mammabiopsi og lokal eksisjon ved godartede sykdommer, dagkirurgisk behandling	0,333	0,348	1	K
274	30	Ondartet sykdom i bryst m/bk	1,351	1,351	17	M
275	30	Ondartet sykdom i bryst u/bk	0,890	0,890	10	M
276	30	Godartet sykdom i bryst	0,686	0,686	6	M
501A	30	Rekonstruksjon av bryst m/bk	3,640	3,640	12	K
501B	30	Rekonstruksjon av bryst u/bk	1,720	1,720	7	K
501O	30	Rekonstruksjon av bryst, dagkirurgisk behandling	0,664	0,664	1	K
502	30	Mastektomi med rekonstruksjon av bryst v/ondartet svulst	2,904	2,904	11	K
509	30	Andre operasjoner på bryst	0,934	0,934	4	K
509O	30	Andre operasjoner på bryst, dagkirurgisk behandling	0,191	0,191	1	K
851K	30	Poliklinisk eksternt strålebehandling ved brystkreft	0,038	0,038	0	
856K	30	Poliklinisk medikamentell behandling av brystkreft	0,183	0,183	0	
930A	30	Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i bryst	0,037	0,037	0	
930O	30	Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdommer i bryst	0,037	0,037	0	

#### Hoveddiagnosegruppe 40: Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
410X	40	Medikamentell kreftbehandling av innlagte pasienter, inntil 2 overnattinger	0,619	0,619	3	M
483	40	Tracheostomi ekskl for sykd i ansikt, munnhule eller hals	24,996	24,996	108	K

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
483B	40	Invasiv sirkulasjonsstøtte	15,901	15,901	47	K
823R	40	Mindre prosedyrer vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/kontakten med helsetjenesten	0,036	0,036	0	
823S	40	Allergologisk provokasjonstest	0,049	0,049	0	
823T	40	Desensibilisering mot allergener	0,015	0,015	0	
823U	40	Hyperbar oksygenbehandling	0,051	0,051	0	
850A	40	Poliklinisk kontakt for ordinær planlegging av stråleterapi	0,359	0,359	0	
850B	40	Poliklinisk kontakt for kompleks planlegging av stråleterapi	0,390	0,390	0	
850C	40	Poliklinisk kontakt for simulering og annen enklere planlegging av stråleterapi	0,235	0,235	0	
851X	40	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved andre tilstander	0,035	0,035	0	
852X	40	Poliklinisk brakyterapi ved svulst	0,357	0,357	0	
856X	40	Poliklinisk medikamentell behandling av andre kreftformer	0,152	0,152	0	
8770	40	Andre polikliniske kontakter for gjennomføring av middels omfattende prosedyrer	0,063	0,063	0	
913B	40	Poliklinisk konsultasjon vedrørende infertilitet	0,030	0,030	0	
980X	40	Andre ØH-relaterte tilstander uten overnatting	0,135	0,193	0	
981X	40	Innleggelse uten overnatting for andre tilstander	0,161	0,161	0	

#### **Hoveddiagnosegruppe 99: Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosedyrekombinasjoner**

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
468	99	Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen	4,199	4,199	41	K
4680	99	Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen, dagkirurgisk behandling	0,396	0,396	1	K
470	99	Ikke grupperbar pga manglende opplysninger	0,000	0,000	1	
470P	99	Umulig dagkirurgisk behandling	0,000	0,000	1	
477	99	Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen	2,552	2,552	21	K
4770	99	Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen, dagkirurgisk behandling	0,268	0,268	1	K

## VEDLEGG A2 – STG-LISTE SOMATIKK

STG	HDG	STG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng
AS01	1	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved nevrologiske lidelser	2,098	2,098
AS02	1	Oppfølging og monitorering av pasienter med epilepsi basert på Patient Reported Outcomes	0,020	0,020
CS01	3	Telemedisinsk oppfølging av pasienter med søvnapné som bruker CPAP	0,013	0,013
DS01	4	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved behandling av lungekreft	2,803	2,803
DS02	4	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved alvorlig astma	2,277	2,277
ES01	5	Telemedisinsk oppfølging av pasienter med pacemaker/ICD	0,013	0,013
ES02	5	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved pulmonal arteriell hypertensjon (PAH)	4,876	4,876
FS01	6	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved mage-/tarm lidelser	1,980	1,980
FS02	6	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved behandling av kreft i fordøyelsesorgan	1,763	1,763
GS01	7	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved hepatitt C-infeksjon	1,543	1,543
GS02	7	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved behandling av kreft i lever, galleveier og bukspyttkjertel	1,556	1,556
GS03	7	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved hepatitt B-infeksjon	0,490	0,490
HS01	8	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved revmatologiske lidelser	1,071	1,071
HS02	8	Oppfølging og monitorering av pasienter med revmatologiske lidelser basert på Patient Reported Outcomes	0,020	0,020
JS01	9	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved hudlidelser	1,377	1,377
JS02	9	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved malignt melanom	5,611	5,611
JS03	9	Asynkron telemedisinsk oppfølging og behandling av pasienter med kroniske sår	0,008	0,008
KS01	30	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved brystkreft	3,735	3,735
LS01	10	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved veksthormonmangel	0,633	0,633
MS01	11	Pasientadministrert peritonealdialyse	0,600	0,600
MS02	11	Pasientadministrert hemodialyse	0,600	0,600

STG	HDG	STG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng
MS03	11	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved kreft i nyre og urinveier	3,192	3,192
NS01	12	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved kreft i mannlige kjønnsorgan	2,367	2,367
OS01	13	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved kreft i kvinnelige kjønnsorgan	5,266	5,266
RS01	17	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved blodkreft (follikulært lymfom, kronisk lymfatisk leukemi)	4,856	4,856
RS02	16	Pasientadministrert legemiddelbehandling med blodkoagulasjonsfaktorer	16,867	16,867
RS03	16	Pasientadministrert legemiddelbehandling med immunstimulerende legemidler	0,209	0,209
RS04	16	Pasientadministrert legemiddelbehandling med anemilegemidler	0,239	0,239
SS01	18	Pasientadministrert legemiddelbehandling for behandling og forebygging av HIV	1,261	1,261
XS02	40	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved andre kreftformer	1,826	1,826
XS03	40	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved kreft, mindre kostbare legemidler	0,090	0,090
XS04	40	Registrering i medisinske kvalitetsregistre	0,009	0,009
XS05	40	Oppfølging og monitorering av pasienter med andre tilstander basert på Patient Reported Outcomes	0,008	0,008
XS06	40	Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre tilstander	0,008	0,008
XS99	40	Annen pasientadministrert legemiddelbehandling	0,000	0,000
ZS470	99	Feilgrupperte særtjenester	0,000	0,000

## VEDLEGG A3 – TFG-LISTE SOMATIKK

TFG	HDG	STG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng
AT01	1	Behandling av MS og andre nevrologiske lidelser med særskilte legemidler	2,289	2,289
FT01	6	Behandling av inflammatoriske mage-/tarm lidelser med særskilte legemidler	1,676	1,676
HT01	8	Behandling av revmatologiske lidelser med særskilte legemidler	1,077	1,077
JT01	9	Behandling ved psoriasis og andre hudlidelser med særskilte legemidler	1,374	1,374
MT01	11	Dialysebehandling	1,095	1,095
XT99	40	Andre tjenesteforløp	0,000	0,000

# VEDLEGG B1 – DRG-LISTE PSYKISK HELSEVERN OG TSB

DRG	DRG-navn	Kostnads- vekt	DRG Basis- poeng
TD01A	Grupperettede tiltak - Psykoedukasjon i gruppe - Voksne	0,135	0,135
TD02A	Grupperettede tiltak - Andre grupperettede tiltak - Voksne	0,135	0,135
TD02B	Grupperettede tiltak - Andre grupperettede tiltak - Barn og unge	0,401	0,401
TD03A	Familierettede polikliniske tilbud - Voksne	0,153	0,153
TD03B	Familierettede polikliniske tilbud - Barn og unge	0,401	0,401
TD10A	Polikliniske konsultasjoner - Alkoholavhengighet - Voksne	0,153	0,153
TD11A	Polikliniske konsultasjoner - Opioidavhengighet - Voksne	0,153	0,153
TD12A	Polikliniske konsultasjoner - Cannabisavhengighet - Voksne	0,153	0,153
TD18A	Polikliniske konsultasjoner - Samtidig rusproblem og alvorlig psykisk lidelse - Voksne	0,153	0,153
TD18B	Polikliniske konsultasjoner - Samtidig rusproblem og alvorlig psykisk lidelse [Ikke ferdig definert] - Barn og unge	0,401	0,401
TD19A	Polikliniske konsultasjoner - Annen rusmiddelavhengighet - Voksne	0,153	0,153
TD20A	Polikliniske konsultasjoner - Schizofreni - Voksne	0,153	0,153
TD21A	Polikliniske konsultasjoner - Andre psykoser - Voksne	0,153	0,153
TD31A	Polikliniske konsultasjoner - Bipolar lidelse - Voksne	0,153	0,153
TD32A	Polikliniske konsultasjoner - Andre depressive tilstander - Voksne	0,153	0,153
TD32B	Polikliniske konsultasjoner - Depresjon - Barn og unge	0,401	0,401
TD33A	Polikliniske konsultasjoner - Alvorlig depresjon - Voksne	0,153	0,153
TD38A	Polikliniske konsultasjoner - Emosjonelle symptomer og tegn - Voksne	0,153	0,153
TD38B	Polikliniske konsultasjoner - Emosjonelle symptomer og tegn - Barn og unge	0,401	0,401
TD40A	Polikliniske konsultasjoner - Angst og fobiske lidelser - Voksne	0,153	0,153
TD40B	Polikliniske konsultasjoner - Angst og fobiske lidelser - Barn og unge	0,401	0,401
TD424N	Innleggelser - Operasjoner på pasienter med sykdom i HDG19	0,000	0,000
TD424O	Dagkirurgi - Operasjoner på pasienter med sykdom i HDG19	0,000	0,000
TD426A	Innleggelser - Bipolare lidelser < 60 år	0,000	0,000
TD426B	Innleggelser - Bipolare lidelser >59 år	0,000	0,000
TD426C	Innleggelser - Andre affektive lidelser < 60 år	0,000	0,000
TD426D	Innleggelser - Andre affektive lidelser > 59 år	0,000	0,000
TD427A	Innleggelser - Angstlidelse	0,000	0,000

DRG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng
TD427B	Innleggelser - Vedvarende belastnings- og tilpasningsforstyrrelser	0,000	0,000
TD427C	Innleggelser - Akutt stressreaksjon	0,000	0,000
TD427D	Innleggelser - Dissosiative og somatoforme lidelser	0,000	0,000
TD428N	Innleggelser - Personlighetsforstyrrelser	0,000	0,000
TD429A	Innleggelser - Organiske betingede mentale forstyrrelser m/bk	0,000	0,000
TD429B	Innleggelser - Organiske betingede mentale forstyrrelser u/bk	0,000	0,000
TD42A	Polikliniske konsultasjoner - Tvangslidelser - Voksne	0,153	0,153
TD42B	Polikliniske konsultasjoner - Tvangslidelser - Barn og unge	0,401	0,401
TD430A	Innleggelser - Schizofreni <30 år	0,000	0,000
TD430B	Innleggelser - Schizofreni 30-59 år	0,000	0,000
TD430C	Innleggelser - Schizofreni >59 år	0,000	0,000
TD430D	Innleggelser - Andre langvarige psykoselidelser	0,000	0,000
TD430E	Innleggelser - Andre kortvarige psykoselidelser	0,000	0,000
TD430F	Innleggelser - Andre psykoser	0,000	0,000
TD431A	Innleggelser - Utviklingshemming	0,000	0,000
TD431B	Innleggelser - Nevropsykiatriske forstyrrelser	0,000	0,000
TD431C	Innleggelser - Andre mentale forstyrrelser hos barn	0,000	0,000
TD432A	Innleggelser - Spiseforstyrrelser	0,000	0,000
TD432B	Innleggelser - Andre spesifiserte mentale forstyrrelser	0,000	0,000
TD432C	Innleggelser - Andre innleggelser relatert til tilstander i HDG 19	0,000	0,000
TD436A	Innleggelser - Tilstander relatert til rusmiddelmissbruk m/bk	0,000	0,000
TD436B	Innleggelser - Tilstander relatert til rusmiddelmissbruk u/bk	0,000	0,000
TD436C	Innleggelser - Rusutløst psykose	0,000	0,000
TD43A	Polikliniske konsultasjoner - PTSD og tilpasningsforstyrrelser m.v. - Voksne	0,153	0,153
TD43B	Polikliniske konsultasjoner - PTSD og tilpasningsforstyrrelser m.v - Barn og unge	0,401	0,401
TD499	Innleggelser - Somatiske og andre tilstander utenom HDG 19	0,000	0,000
TD50A	Poliklinisk ECT-behandling	0,374	0,374
TD60A	Polikliniske konsultasjoner - Personlighetsforstyrrelser - Voksne	0,153	0,153
TD70A	Nevropsykologisk undersøkelse - Voksne	0,183	0,183
TD70B	Nevropsykologisk undersøkelse - Barn og unge	0,481	0,481
TD71A	Annen omfattende testing og kartlegging med bruk av standardiserte verktøy - Voksne	0,183	0,183
TD71B	Annen omfattende testing og kartlegging med bruk av standardiserte verktøy - Barn og unge	0,481	0,481
TD72B	Observasjonstiltak i skole og barnehage m.v. - Barn og unge	0,481	0,481
TD801A	Diagnostiske, strukturerte polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser - Voksne	0,374	0,374
TD801B	Diagnostiske, strukturerte polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser - Barn og unge	0,870	0,870
TD802A	Terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser - Voksne	0,374	0,374



DRG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng
TD802B	Terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser - Barn og unge	0,870	0,870
TD80A	Polikliniske konsultasjoner - Alderspsykiatriske problemstillinger - Voksne	0,153	0,153
TD81A	Polikliniske konsultasjoner -Spiseforstyrrelser - Voksne	0,153	0,153
TD81B	Polikliniske konsultasjoner - Spiseforstyrrelser - Barn og unge	0,401	0,401
TD84B	Polikliniske konsultasjoner - Autisme og andre gjennomgripende utviklingsforstyrrelser - Barn og unge	0,401	0,401
TD85B	Polikliniske konsultasjoner - Psykisk utviklingshemming - Barn og unge	0,401	0,401
TD90A	Polikliniske konsultasjoner - ADHD o.l. - Voksne	0,153	0,153
TD90B	Polikliniske konsultasjoner - ADHD o.l. - Barn og unge	0,401	0,401
TD91B	Polikliniske konsultasjoner - Barn under 5 år	0,401	0,401
TD93A	Samarbeid- og oppfølgingsmøte med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten – Voksne	0,135	0,135
TD93B	Samarbeid- og oppfølgingsmøte med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten – Barn og unge	0,313	0,313
TD94A	Telefonkonsultasjon for psykiske eller rus- og avhengighetsrelaterte problemstillinger - Voksne	0,051	0,051
TD94B	Telefonkonsultasjon for psykiske eller rus- og avhengighetsrelaterte problemstillinger - Barn og unge	0,077	0,077
TD95A	Oppfølgingsamtale per telefon med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten – Voksne	0,051	0,051
TD95B	Oppfølgingsamtale per telefon med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten – Barn og unge	0,077	0,077
TD96A	Konsultasjon med pårørende – Voksne	0,153	0,153
TD96B	Konsultasjon med foresatte/pårørende – Barn og unge	0,401	0,401
TD97	Poliklinisk fysisk trening som ledd i spesialisthelsetjenester til pasienter med psykiske eller rusrelaterte lidelser	0,031	0,031
TD981	Innleggelser uten overnatting - Psykiske og rusrelaterte tilstander	0,000	0,000
TD98A	Polikliniske konsultasjoner - Uspesifiserte problemstillinger - Voksne	0,153	0,153
TD98B	Polikliniske konsultasjoner - Uspesifiserte problemstillinger - Barn og unge	0,401	0,401
TD99A	Andre polikliniske konsultasjoner innen PHV&TSB - Voksne	0,153	0,153
TD99B	Andre polikliniske konsultasjoner innen PHV&TSB - Barn og unge	0,401	0,401
TD99L	Poliklinisk oppmøte for utlevering eller administrasjon av LAR-legemiddel	0,000	0,000
XD90A	Polikliniske konsultasjoner - Andre problemstillinger - Voksne	0,153	0,153
XD90B	Polikliniske konsultasjoner - Andre problemstillinger - Barn og unge	0,401	0,401
XD981	Innleggelser uten overnatting - Andre tilstander	0,000	0,000
ZD468	Innleggelser - Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen	0,000	0,000
ZD468O	Dagkirurgi - Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen	0,000	0,000

<b>DRG</b>	<b>DRG-navn</b>	<b>Kostnads-vekt</b>	<b>DRG Basis-poeng</b>
ZD470	Feilgruppering - Ikke grupperbar pga manglende opplysninger	0,000	0,000
ZD470P	Feilgruppering - Umulig dagkirurgisk behandling	0,000	0,000
ZD477	Innleggelser - Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen	0,000	0,000
ZD477O	Dagkirurgi - Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen	0,000	0,000

## VEDLEGG B2 – STG-LISTE PSYKISK HELSEVERN OG TSB

STG	HDG	STG-navn	Kostnads- vekt	DRG Basis- poeng
TS01	19	Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam	0,752	0,752
TS02	19	Nettbasert behandlingsprogram	0,214	0,214
TS03	19	Kontinuerlig legemiddelbehandling som ledd i LAR	0,267	0,267