

Innsatsstyrt finansiering 2022

ISF-regelverk



Publikasjonens tittel: Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2022 (ISF-regelverket)

Utgitt: 12/2021

Utgitt av:	Helsedirektoratet
Kontakt:	Avdeling finansiering
Epost:	drginfo@helsedir.no
Postadresse:	Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo
Besøksadresse:	Vitaminveien 4, 0483 Oslo
	www.helsedirektoratet.no

Illustrasjon:	Mostphotos AB
---------------	---------------

Dette dokumentet inneholder regelverk for finansieringsordningen Innsatsstyrt finansiering (ISF) for 2022. 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 fra 2021 til 2022.

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 2022
- DRG-liste somatikk (DiagnoseRelaterteGrupper)
- STG-liste (Særtjenestegruppeliste)
- TFG-liste (Tjenesteforløpsgruppeliste) somatikk

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	17
2.4 Endringer i TFG-systemet	17
2.5 Utvalgte endringer somatikk	17
2.6 Endringer poliklinisk psykisk helsevern og TSB	20
2.7 Kostnadsvekter	20
2.8 Kontroller av aktivitetsgrunnlaget	20

3. [UTGÅTT]	22
DEL II - REGLENE	23
4. GENERELLE REGLER FOR INNSATSSTYRT FINANSIERING (ISF)	24
4.1 Virkeområdet	24
4.2 Regler om hvilke typer helsehjelp som inngår i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen	24
4.2.1 Fellesregler	24
4.2.2 Spesifikke regler for ISF Somatikk	26
4.2.3 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB	26
4.3 Endringer i finansieringsmessige forutsetninger i beregningsgrunnlaget for ISF	26
4.3.1 Generelt.....	26
4.3.2 Endringer av finansieringsmessige forutsetninger for eksisterende tjenestetilbud	26
4.3.3 Mindre organisatoriske endringer.....	26
4.3.4 Somatikk – Utvidelse av eksisterende spesialisthelsetjenestetilbud	27
4.3.5 Psykisk helsevern og TSB – Utvidelse av eksisterende spesialisthelsetjenestetilbud	27
4.3.6 Spesialisthelsetjenester utført av kommuner	27
4.3.7 Generelle krav til søknader	28
4.4 Informasjon om avtaler inngått med private virksomheter	28
4.5 Datagrunnlag og generelle rapporteringskrav	28
4.6 De regionale helseforetakene og helseforetakenes ansvar for datagrunnlaget	29
4.7 Helsedirektoratets ansvar for beregning og kontroll	29
4.8 Oppgjør	29
4.9 Enhetspris	29
4.9.1 Fellesregler	29
4.9.2 Spesifikke regler for ISF Somatikk	29
4.9.3 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB	30
4.9.4 Fellesregler om beregning av ISF-poeng	30
4.9.5 Spesifikke regler for ISF Somatikk	31
4.9.6 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB	31
4.10 Presisering av forholdet til andre regelverk m.v.	31
4.11 Relasjonen til Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten	31
4.12 Kort om forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta	32

5. FELLESBESTEMMELSER OM KODING, REGISTRERING OG RAPPORTERING	33
5.1 Rapporteringsformat	33
5.2 Rapporteringsfrister til Norsk pasientregister	33
5.3 Registrering og rapportering av kommunenummer	33
5.4 Utførende helsepersonell	34
5.5 Rapportering av hvorvidt aktiviteten til en enhet kan inngå i beregningsgrunlaget	35
5.6 Spesialisterklæringer initiert av andre instanser	35
5.7 Førerkort	35
5.8 Rapportering av opplysning om når en innlagt pasient er utskrivningsklar	35
5.9 Overføring mellom psykiatrisk og somatisk avdeling	36
5.10 Fristbruddpasienter	36
5.10.1 Pasienter som behandles ved norske institusjoner etter fristbrudd	36
5.10.2 Pasienter som gis helsehjelp ved utenlandske institusjoner etter fristbrudd	37
5.11 Pasienter behandlet i utlandet etter direkte henvisning fra de regionale helseforetak	37
5.12 Pasienter som er døde før ankomst til sykehuset	37
5.13 Ambulante konsultasjoner	38
5.14 Permisjon under innleggelse	38
5.15 Hovedregler vedrørende medisinsk koding	38
5.16 Dokumentasjonskrav knyttet til medisinsk koding	38
5.17 Multippel koding	39
5.18 Koding av bilaterale inngrep	39
5.19 Koding av informasjon om episodens finansieringsmåte	39
5.20 Registrering i medisinske kvalitetsregistre	39
5.21 Spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel	40
5.22 Oppfølging av pasienter basert på Patient Reported Outcome (PRO)	40
5.23 Fjernmonitorering eller asynkron telemedisinsk oppfølging	41
5.24 Videokonsultasjoner	42
5.25 Nettbasert behandlingsprogram	43

6. SPESIFIKKE RAPPORTERINGS- OG KODINGSREGLER – SOMATIKK	45
6.1 Helsehjelp som finner sted uten overnatting – Innleggelse versus poliklinikk	45
6.2 Telemedisinsk oppfølging av pasienter med pacemaker/ ICD	46
6.3 Strålebehandling	47
6.3.1 Generelt.....	47
6.3.2 Polikliniske behandlingskontakter for ekstern strålebehandling.....	47
6.3.3 Polikliniske kontakter for planlegging og forberedelse til ekstern strålebehandling.....	47
6.3.4 Polikliniske behandlingskontakter for brakyterapi	47
6.3.5 Innleggelser der strålebehandling gjennomføres (ekstern strålebehandling og brakyterapi)	48
6.4 Dialysebehandling	48
6.4.1 Dialysebehandling i sykehuset	48
6.4.2 Helsepersonelladministrert hemodialyse utenfor sykehus.....	48
6.4.3 Pasientadministrert peritonealdialyse og hemodialyse.....	49
6.5 Fødsler og nyfødte	49
6.5.1 Fødsler og barselopphold	49
6.5.2 Koding av blødning eller anemi ved fødsel, keisersnitt og abort	50
6.6 Assistert befruktning	50
6.7 Medikamentelt svangerskapsavbrudd	51
6.8 Legemiddelbehandling	51
6.8.1 Kreftlegemiddelbehandling i sykehus	51
6.8.2 Infusjonsbehandling med særskilte (immunmodulerende) legemidler.....	51
6.8.3 Behandling av makuladegenerasjon eller makulaødem	52
6.8.4 Bruk av botulinumtoksin for ulike indikasjoner	52
6.8.5 Påfyll av baklofen ved ITB-behandling av dystoni og spastisitet.....	52
6.9 Pasientadministrert legemiddelbehandling finansiert av regionale helseforetak	53
6.10 Opphør av nasjonale særkoder for legemiddelbehandling	53
6.11 Tverrfaglig utredning av sammensatte tilstander	53
6.12 Rehabilitering	54
6.12.1 Poliklinisk rehabilitering	54
6.12.2 Rehabilitering som innlagt.....	55
6.13 Pasientopplæring og tiltak i gruppe	57
6.14 Behandling rettet mot gruppe av pasienter	59
6.15 Palliativ behandling	59
6.16 Sterilisering	61

6.17	Organdonasjon	61
6.18	Rituell omskjæring av gutter	61
6.19	Legemiddelbehandling utenfor sykehus - kommunalt utførte tjenester	61
6.20	Telemedisinsk oppfølging av pasienter med søvnapné som bruker CPAP	62
6.21	Asynkron telemedisinsk oppfølging og behandling av pasienter med kroniske sår	63
6.22	Telefonkonsultasjoner somatikk	64
6.23	Teambasert oppfølging, integrerte team og samhandling	65
6.24	Samarbeidsaktiviteter med samarbeidsparter utenfor spesialisthelsetjenesten	66
6.25	Hjemmesykehus	68
6.26	Netthinneundersøkelse av diabetespasienter	69
6.27	Klinisk nevrofysiologi	70
6.28	Pårørende kontakter innen somatikk	70
6.29	Fysisk trening	70
6.30	Koding av Covid-19 i spesialisthelsetjenesten	71
6.31	Særkode for å identifisere intensivpasienter	71
6.32	Eggdonasjon	72
7.	SPESIFIKKE RAPPORTERINGS- OG KODINGSREGLER – PSYKISK HELSEVERN OG TSB....	73
7.1	Strukturerte polikliniske dagtilbud	73
7.2	Nettbasert behandlingsprogram	74
7.3	Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam	74
7.4	Rapportering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	75
7.4.1	Polikliniske kontakter med utlevering eller observert inntak av LAR-legemiddel som hovedformål	75
7.4.2	Tertialvis rapportering av hvordan legemiddelbehandlingen i LAR finner sted	76
7.5	Konsultasjon med pårørende og andre nærstående personer	76
7.6	Oppfølgings- og samarbeidsaktiviteter	76
7.7	Testing og kartlegging med bruk av standardisert verktøy	77

7.8	Gruppebehandling	77
7.9	Familiebehandling	78
7.10	Telefonkonsultasjoner	78
7.11	Observasjon av pasient i nærmiljø	79
7.12	Veiledet og instruert fysisk trening som del av behandling	79
7.13	Pasientopplæring og tiltak i gruppe	80
8.	BEREGNINGSREGLER SOMATIKK.....	82
8.1	Kompensasjon for særdeles lang liggetid	82
8.2	Rehabilitering	82
8.2.1	Beregning av DRG-vekt for primær rehabilitering	82
8.2.2	Beregning av DRG-vekt for sekundær rehabilitering	84
8.3	Tilleggsrefusjon for organdonasjon	84
8.4	Poengtillegg for palliativ behandling	85
8.5	Pasientadministrert dialyse	85
8.6	Sterilisering	85
8.7	Særtjenestegrupper for pasientadministrert legemiddelbehandling	86
8.8	Om utførende helsepersonell som vilkår for inkludering av polikliniske kontakter i beregningsgrunnlaget	86
8.9	Assistert befruktning	87
8.10	Pasienthotell, sykehotell m. m	87
8.11	Brannskadebehandling ved Haukeland universitetssjukehus	88
8.12	Pasientopplæring og behandling som skjer i gruppe	88
8.12.1	Pasientopplæring og tiltak i gruppe	88
8.12.2	Behandling rettet mot en gruppe av pasienter	88
8.13	Permisjoner	89
8.14	Rituell omskjæring av gutter	89
8.15	Stimulering til bruk av dagkirurgi	89
8.16	Poengtillegg for særskilte ambulante konsultasjoner	89

8.17 Aggregeringsregler somatikk	90
8.18 Poengfradrag for øyeblikkelig hjelp tilstander uten overnatting	91
8.19 Koder som ikke inngår i ISF-beregningsgrunnlaget	92
9. BEREGNINGSREGLER – PSYKISK HELSEVERN OG TSB.....	93
9.1 Poengtillegg for særskilte ambulante konsultasjoner	93
9.2 Flere kontakter samme dag. Aggregeringsregler	93
9.3 Pasientopplæring og tiltak i gruppe	94
9.4 Koder som ikke inngår i ISF-beregningsgrunnlaget	94
DEL III - VEDLEGG	95
VEDLEGG A1 – DRG-LISTE SOMATIKK	96
VEDLEGG A2 – STG-LISTE SOMATIKK	125
VEDLEGG A3 – TFG-LISTE SOMATIKK	127
VEDLEGG B1 – DRG-LISTE PSYKISK HELSEVERN OG TSB.....	129
VEDLEGG B2 – STG-LISTE PSYKISK HELSEVERN OG TSB.....	132
VEDLEGG B3 – TFG-LISTE PSYKISK HELSEVERN OG TSB.....	133

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 2022 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 DiagnoseRelaterteGrupper), STG-systemet (SærTjenesteGrupper) og TFG-systemet (TjenesteForløpsGrupper).

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 prioriteringssystem. 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 administrative og medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering. Dette gjelder både for egne utførende virksomheter og private aktører RHF har avtale med.

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 2022.

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 som hovedregel 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 ISF-ordningen. 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 2022, sammenlignet med 2021. Endringene er beskrevet nærmere i dokumentet: «**ISF 2022 - Grunnlagsdokumentet**» som publiseres sammen med regelverket.

2.1 Enhetspris

Enhetsprisen per DRG-poeng i somatikk er satt til 47 742 kroner.

Enhetsprisen per DRG-poeng i psykisk helsevern og TSB er satt til 3 294 kroner.

Enhetsprisen som benyttes ved endelig avregning av ISF-ordningen kan avvike fra angitt beløp dersom registreringsendringer avviker fra de forutsetninger som er lagt til grunn.

2.2 Endringer i DRG-systemet

Omfanget av endringer i ISF 2022 som får konsekvenser for DRG-systemet er begrenset.

Aktiviteten for samarbeidsmøter og andre samarbeidskontakter med eksterne samarbeidsparter utenfor spesialisthelsetjenesten for somatiske problemstillinger flyttes fra DRG-systemet til STG-systemet. DRG-ene for samarbeidsaktiviteter utgår derfor for somatikk. For psykisk helsevern videreføres DRG-løsningen uten endring, men det vurderes en tilsvarende STG-løsning fra 2023.

Fra 2022 vil en gå over fra takstkoder til prosedyrekoder for klinisk nevrofysiologi. DRG 801X *Poliklinisk kontakt for nevrofysiologisk undersøkelse og testing* utgår og aktiviteten grupperes til 900 DRG-er.

Det opprettes to nye DRG-er for kompliserte fødsler, 370B Keisersnitt m/kompliserende faktor preeklampsi og 372B Vaginal fødsel m/kompliserende faktor preeklampsi.

Det er gjort endringer i DRG-logikken for innsetting av primær hoftelddsprotese.

En mer detaljert beskrivelse av endringer finnes i dokumentet "ISF 2022 - Grunnlagsdokumentet".

2.3 Endringer i STG-systemet

Det opprettes en ny STG for samarbeidsaktiviteter innen somatikken, STG XS08 Samarbeids- og oppfølgingsaktiviteter med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten for somatiske problemstillinger.

Aktiviteten fra DRG 9930 og DRG 9950 for samarbeidsaktiviteter i poliklinikk flyttes til STG XS08. STG-en vil også omfatte samarbeidsaktiviteter knyttet til utskrivningsklare innlagte pasienter.

2.4 Endringer i TFG-systemet

For 2022 endres TFG-er for innsetting av primære hofteleddsproteser.

Nye TFG-er:

HT05 Innsetting av elektiv primær hofteleddsprotese m/bk

HT06 Innsetting av elektiv primær hofteleddsprotese u/bk

TFG-er som utgår:

HT02 Innsetting av primær hofteleddsprotese m/bk

HT03 Innsetting av primær hofteleddsprotese u/bk

Denne endringen innebærer at det blir færre opphold som inkluderes i tjenesteforløp med finansiering for hofteprotese for 2022 enn i 2021. Pasienter som får hofteprotese p.g.a. brudd inngår i egne DRG-er og egne TFG-er der TFG-ene inkluderes uten tilknyttet finansiering i 2022.

2.5 Utvalgte endringer somatikk

Video- og telefon

I 2022 videreføres reglene i all hovedsak slik de var i 2021 med noen justeringer.

- I 2022 endres navn på kontakttipe 7 fra *Telefonkonsultasjoner med egenandel til Telefonkonsultasjoner*.
- For telefonkonsultasjoner innen somatikk fjernes kravet om rapportert egenandel (201b) som grupperingskriterium for ISF. Det vil si at man kan rapportere med kontakttipe = 7 (*Telefonkonsultasjoner*) uten å samtidig rapportere egenandel, så fremt øvrige vilkår i ISF-

regelverket er oppfylt. Dette er en harmonisering med reglene for telefonkonsultasjoner innen psykisk helsevern og TSB.

Dersom krav til telefonkonsultasjoner i regelverket er oppfylt, men der det ikke kan avkreves egenandel fra pasient (eller HELFO) kan disse rapporteres med kontakttype 7 og vil fra 2022 vil grupperes til en ordinær DRG.

Der det er avkrevd egenandel, skal dette registreres og rapporteres som før.

Reglene for telefonkonsultasjoner innen psykisk helsevern og reglene for videokonsultasjoner videreføres slik de var i 2021.

Ambulant tillegg

Det ambulante tillegget øker både for helsetjenester innen somatikk og for psykisk helsevern/TSB, og med dertil hørende nye vekter. Ny vekt for somatikk blir 0,019 og ny vekt for psykisk helsevern blir 0,137.

Det åpnes for ambulant tillegg også for palliativ ambulant dagbehandling i DRG 959W.

Samarbeidsaktiviteter

Fra 2022 vil samarbeidsaktiviteter med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten for innlagte pasienter som er meldt utskrivningsklare inkluderes i beregningsgrunnlaget for ISF. Dette for å legge til rette for mer samhandling på tvers av forvaltningsnivå og for å stimulere til bedre overganger. Disse vil inngå i en ny felles STG med samarbeidsaktiviteter sammen med aktivitet som tidligere har vært omfattet av DRGer i somatikk.

En detaljert beskrivelse av endringen og rapporteringsregler finnes i dokumentet "ISF 2022 - Grunnlagsdokumentet".

Legemiddelbehandling

Ingen nye DRG-er eller STG-er for 2022. Legemiddelbehandling som RHF-ene har fått finansieringsansvar for etter 1. februar 2019 er ennå ikke overført til ISF med unntak for legemiddelbehandling for veksthormonforstyrrelser. Særkoder utgår og erstattes av ATC-koder i grunnlag for gruppering til DRG. Se nærmere omtale under kap. 6.8 og 6.9.

Eggdonasjon

I forbindelse med endring i bioteknologiloven ble det åpnet opp for eggdonasjon fra 2021. Det ble fra 01.01.2021 opprettet to særkoder (B0046 og B0047) for eggdonasjon.

Fra 01.01.2022 blir disse kodene erstattet av følgende prosedyrekoder:

LAA21 Uthenting av egg til donasjon

LCW31K Overføring av donert egg eller embryo til uterus ved assistert befruktning

Palliativ behandling inkl barnepalliasjon

Kapittel 6.15 Palliativ behandling er oppdatert slik at det bedre dekker palliasjon for barn og unge. Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge danner grunnlag for krav til bruk av gitte prosedyrekoder for palliasjon slik tilfellet er for nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen.

Det er opprettet ny prosedyrekode WRBA30 Annen palliativ behandling. Denne benyttes for palliasjon for både barn og voksne der kravet til bruk av andre koder ikke er oppfylt. Med innføring av denne koding vil det ikke lenger være nødvendig å benytte Z51.5 som bitilstand på opphold der det gis palliasjon.

Det åpnes for ambulant tillegg også for palliativ dagbehandling i DRG 959W.

Fødsler

Det opprettes to nye DRG-er i HDG 14 fra 2022:

370B Keisersnitt m/kompliserende faktor preeklampsi

372B Vaginal fødsel m/kompliserende faktor preeklampsi

Hofte

Nye DRG-er:

209S	Innsetting av primær hofteleddsprotese pga. fraktur m/ bk
209T	Innsetting av primær hofteleddsprotese pga. fraktur u/ bk
209U	Innsetting av primær hofteleddsprotese av andre årsaker enn fraktur m/ bk
209V	Innsetting av primærhofteleddsprotese av andre årsaker enn fraktur u/ bk

DRG-er som utgår:

209D	Innsetting av primær hofteleddsprotese m/bk
209E	Innsetting av primær hofteleddsprotese u/bk

Rehabilitering

Etter en gjennomgang av finansieringsordningen for rehabilitering i ISF er trimpunkt som inngår i sekundær rehabiliteringsutvalg fra 2022 oppdatert på lik linje med andre DRG-er. For nærmere informasjon om endringen vises det til kap 5.5 i ISF 2022 – Grunnlagsdokumentet.

Klinisk nevrofysiologi

Fra 2022 går en over fra takstkoder til prosedyrekoder og takstregistrering utgår for klinisk nevrofysiologi.

Særkode for identifisering av intensivpasienter

Det opprettes særkode B0050 Intensivpasient etter nærmere kriterier gitt i kapittel 6.31.

2.6 Endringer poliklinisk psykisk helsevern og TSB

Overgang til kostnadsbaserte vekter

Fra 2022 vil vektene for poliklinisk aktivitet innen PHV og TSB være basert på innrapportert kostnadsinformasjon fra helseforetakene. Det betyr at vektene som i dag er basert på informasjon fra takstsystemet fases ut og at vektene nå vil bli beregnet etter samme metodikk som for somatikken. For mer informasjon om kostnadsberegningen vises det til kap 7.2 i ISF 2022 - Grunnlagsdokument.

Ambulant tillegg

Det ambulante tillegget øker for både helsetjenester innen somatikk (med 50 pst ISF-andel) og psykisk helsevern/TSB, og med dertil hørende vekt. Ny vekt somatikk blir 0,019 og ny vekt psykisk helsevern blir 0,137.

ISF-andel

ISF-andelen holdes uendret. Det flyttes ikke midler fra basisbevilgningen til ISF for 2022.

2.7 Kostnadsvekter

Se nærmere omtale i grunnlagsdokumentet om beregning av kostnadsvekter for 2022.

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 RHF-ene. Regelverket gjelder for aktivitet avsluttet i 2022.

Regelverket regulerer ikke hvordan RHF-ene 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 Regler 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 2022.
- d) Helsehjelpen må være definert og klassifiserbar innen de kategoriseringssystemer for spesialisthelsetjenester som ISF-ordningen baserer seg på: DRG (Diagnoserelaterte grupper) og STG (Særtjenestegrupper), samt TFG (Tjenesteforløpsgrupper) for enkelte områder.

- 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. 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) Behandling som etter vurdering i Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten besluttet innført inngår i ISF. Også behandlingsaktivitet som ikke er formelt godkjent gjennom Nye metoder vil grupperes og kan gi grunnlag for ISF-finansiering, med mindre behandlingen er forutsatt finansiert gjennom basisbevilgningen eller andre midler.
- k) Helsehjelp basert på telefonkontakt kan inngå i beregningsgrunnlaget når telefonsamtalen er en konsultasjon og dette kommer til erstatning for en ordinær poliklinisk konsultasjon. Kortere samtaler der saksopplysninger innhentes, møteavtaler fastsettes etc. skal ikke inngå i ISF.
- l) 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 oppfølgingssamtaler per telefon) eller gjennom konsultasjoner med pasientens foresatte/pårørende.
- m) Pasientadministrert legemiddelbehandling inngår i ISF-grunnlaget for legemidler som RHF har finansieringsansvar for. Datagrunnlaget er fakturagrunnlag for H-resept. De regionale helseforetakene avgjør hvilke leger som har rett til å utstede resepter for RHF-enes regning.

4.2.2 Spesifikke regler for ISF Somatikk

- a) Helsehjelpen kan ikke være ledd i psykisk helsevern eller TSB.

4.2.3 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB

- a) Helsehjelpen kan ikke være somatisk tjeneste utført av somatisk avdeling.
- b) 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.
- c) Helsehjelpen kan ikke være innleggelse på døgn- eller dagbasis (rapportert til NPR som avdelingsopphold).

4.3 Endringer i finansieringsmessige forutsetninger i 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.

Unntak gjelder dersom Helsedirektoratet etter søknad fra RHF har godkjent endring før aktivitetsåret 2022 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 behandlingstvolum 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 behandlingstvolum 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 innholds krav 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. Helsedirektoratet 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 Helsedirektoratet informasjon om nye drifts- og kjøpsavtaler med private virksomheter der behandlingsaktiviteten forutsettes omfattet av ISF-ordningen.

Følgende opplysninger skal meldes til Helsedirektoratet 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. Formålet med dette er forutsigbarhet gjennom komplette og kvalitetssikrede data gjennom året. Helsedirektoratet 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. kapittel 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

Helsedirektoratet har ansvar for å beregne ISF i tråd med bestemmelsene i regelverket. Helsedirektoratet 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 fastsettes i statsbudsjettet hvert budsjettår. Enhetsprisen kan justeres i forbindelse med endelig avregning dersom regelverket ikke blir nøytralt implementert eller om omfanget av registreringsendringer avviker fra forutsetningene i statsbudsjettet.

4.9.2 Spesifikke regler for ISF Somatikk

Enhetspris for ISF Somatikk 2022 er 47 742 kroner.

4.9.3 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB

Enhetspris for ISF psykisk helsevern og TSB 2022 er 3 294 kroner.

4.9.4 Fellesregler om beregning av ISF-poeng

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

Opphold:	Innleggelse 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.

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 ($\text{DRGBasisPoeng} = \text{Kostnadsvekt} \pm \text{eventuelle korreksjonsfaktorer}$)
- Poengtilllegg 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
- Eventuell nullstilling av ISF-poeng dersom Særtjenesten inngår i poenggivende Tjenesteforløp

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

- Etablering av Tjenesteforløp basert på informasjon om spesifikt tjenesteinnhold på Oppholds- og Særtjenestenivå
- 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

4.9.5 Spesifikke regler for ISF Somatikk

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

4.9.6 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB

ISF-refusjon = \sum ISF-poeng X Enhetspris

4.10 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 RHF-ene. Slike krav har forrang fremfor bestemmelsene i ISF-regelverket ved motstridende bestemmelser.

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

4.11 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.

4.12 Kort om forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta

Forskrift om betaling frå pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta regulerer hva pasienten skal betale av egenandeler i spesialisthelsetjenesten. Det er et skille mellom polikliniske tjenester hvor pasienten kan avkreves egenandel og tjenester for pasienten som innlagt der en ikke kan avkreve egenandel. I ISF-regelverket kapittel 6.1 fremkommer reglene knyttet til helsehjelp som finner sted uten overnatting , dvs skillet mellom innleggelse og poliklinikk.

Det følger også av forskriften at:

"Ved grupperetta pasientopplæring, poliklinisk rehabilitering og behandlingstiltak i gruppe over fleire dagar kan eigendel etter andre og tredje leden krevjast berre éin gong for heile tiltaket."

Det er relasjon til ISF-reglene knyttet til disse aktivitetene. Jfr aktuelle kapitler.

Fortolkninger til forskriften finnes på Helsedirektoratets nettsider.

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 2022:

Tertial	Dataperiode	Første dataleveranse	Andre og siste dataleveranse
1	01.01–30.04	03.05.2022	24.05.2022
2	01.01–31.08	02.09.2022	23.09.2022
3	01.01–31.12	03.01.2023	02.02.2023

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

Kommunenummer	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 gjeldende rapporteringsregler til Norsk pasientregister.

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 rapportere.
- 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 merkantile 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. Denne aktiviteten inngår ikke i ISF-beregningsgrunnlaget.

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 utskriving (§ 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 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 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 vedfristbrudd»
- 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 RHF-ene til behandling i utlandet. Ansvar for pasienter som omfattes av pasientrettighetsloven, og dermed rett til behandling i utlandet er lagt til RHF-ene. 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 før ankomst til sykehuset

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 barn.

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. Den ambulante konsultasjonen må være rettet mot pasienten, foresatte eller andre nærstående personer som naturlig inngår i utredning og behandling av pasienten.

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

Poengtillegg for ambulante konsultasjoner gis for kontakter rapportert med Sted for aktivitet =4 "Hjemme hos pasienten" eller =5 "Ambulant sted utenfor spesialisthelsetjenesten". Unntak gjelder for enkelte DRGer. Poengtillegget og unntak er spesifisert i kapittel 8.16 og 9.1.

Aktivitet som skjer i satelittavdelinger regnes i denne sammenheng ikke som en ambulant tjeneste. Dette likestilles med aktivitet i en ordinær avdeling og skal rapporteres med Sted for aktivitet =2 "Hos ekstern instans innenfor spesialisthelsetjenesten".

5.14 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.

5.15 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.

5.16 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.

5.17 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 sverdkode (eller en annen kode som oppfører seg som sverdkode sammen med den aktuelle stjernekode) rapporteres som kode nr 1. Ingen annen form for multippelkode skal benyttes i 2022.

5.18 Koding av bilaterale inngrep

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

5.19 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.

5.20 Registrering i medisinske kvalitetsregistre

Helsedirektoratet har lagt til rette for en prøveordning , som startet i 2019, hvor RHF-ene gis ISF-finansiering per registrerte pasient per år i utvalgte kvalitetsregistre. Hensikten med piloten er å se om virkemidlet 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 er det 12 særkoder, en for hvert av de medisinske kvalitetsregistre som er inkludert i piloten. Aktiviteten vil gruppere 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:

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

Oversikt over særkoder for de enkelte kvalitetsregistre ligger i Grunnlagsdokumentet til regelverket.

5.21 Spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel

Det er kommunene som organiserer helse- og omsorgstjenestetilbudet til innsatte i fengsel og har ansvar for at disse tjenestene er forsvarlige og på linje med det tilbudet som befolkningen for øvrig får.

RHF-enes sørge-for-ansvar etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a gjelder også innsatte i fengsel. Spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel rapporteres i henhold til ISF-regelverket og vil inngå i ISF-grunnlaget.

Polikliniske kontakter med innsatte i fengsel kan oppfylle kravene til poengtillegg for ambulante konsultasjoner. Det må da dreie seg om ambulante konsultasjoner der spesialisthelsetjenesten drar ut, begrunnet i pasientens behov, som for eksempel i tilfeller der pasienten ikke kan forlate fengselet. I tilfeller der konsultasjonen utføres ved en satelittavdeling i fengsel (med spesialisthelsetjenestens ansatte) skal dette rapporteres med Sted for aktivitet = 2 "Hos ekstern instans innenfor spesialisthelsetjenesten". Dette anses ikke som ambulante virksomhet. Se kapittel 5.13 Ambulante konsultasjoner for øvrige vilkår.

5.22 Oppfølging av pasienter basert på Patient Reported Outcome (PRO)

Digital hjemmeoppfølging av pasienter der det benyttes systemer for selvrapporing av sykdomsaktivitet (Patient Reported Outcome - PRO) skal registreres og rapporteres til NPR. Bruk av PRO-skjema innebærer en systematisk innsamling av data registrert og rapportert av pasienten over tid, og må ikke forveksles med enkeltutsendelser av skjema knyttet til pasienttilfredshet ved ulike typer behandlinger. Dialogen med pasienten skal innebære innrapportering av opplysninger fra pasient med hensikt å følge opp eller vurdere helsetilstand eller behandling, eventuelt gi veiledning om videre oppfølging og behandling og opplysningene skal være av en slik art at de dokumenteres i pasientjournalen.

Utfylling av skjema som del av eller i tilknytning til en ordinær poliklinisk konsultasjon inngår ikke i STG som egen aktivitet og prosedyrekode WMGA28 Digital, skjemabasert pasientoppfølging og monitorering basert på Patient Reported Outcome (PRO) skal ikke benyttes. PRO aktivitet kan gi god digital hjemmeoppfølging av pasienten uten at pasienten trenger å møte til konsultasjon. Systematisk innhenting av informasjon om pasientens tilstand kan benyttes til å vurdere om og

når konsultasjoner er nødvendig. Oppfølging gjennom eventuelle polikliniske konsultasjoner (fysiske fram møter, video- eller telefonkonsultasjoner) avtales på bakgrunn av pasientens selvrappoterung. Prosedyrekode WMGA28 skal ikke benyttes for selvrappoterung som er forberedelse til allerede avtalte konsultasjoner.

Det er aktiviteten som helsepersonell utfører i forbindelse med slik jevnlig, systematisk oppfølging som finansieres. Det er derfor ikke tilstrekkelig at man sender ut skjema til pasienten for å kunne få refusjon for slikt opplegg.

Registrering og rapportering må skje minst én gang per tertial. Dette gjelder selv om pasienten ikke nødvendigvis er i direkte kontakt med helsepersonell på sykehuset i perioden. Kriteriet er at pasienten er under kontinuerlig oppfølging/ overvåkning. Prosedyrekoden er generelt innrettet selv om aktiviteten vil grupperes til ulike STG-er.

Hovedtilstand	Aktuell ICD-10 kode for indikasjon
Prosedyrekode	WMGA28 Digital, skjembasert pasientoppfølging og monitorering basert på Patient Reported Outcome (PRO)
Kontakttype	Aktuell kode for å angi hva slags type helsehjelp det er snakk om. Ikke begrenset til kode 5 indirekte pasientkontakt
Sted for aktivitet	Aktuell kode for hvor aktiviteten skjer, for eksempel hjemme hos pasienten kode=4
Type indirekte aktivitet	Aktuell kode for aktiviteten. Vil ofte være kode=21 Teknisk episode.

5.23 Fjernmonitorering eller asynkron telemedisinsk oppfølging

Den kontinuerlige aktiviteten knyttet til fjernmonitorering eller asynkron oppfølging av pasienter med ulike lidelser inngår i gruppering til særtjenestegruppe (STG). Dette vil inkludere helsehjelp som gis elektronisk, telefonisk eller gjennom skriftlig kommunikasjon med pasienten, og vil dekke ulike aktiviteteter knyttet til en slik oppfølging. Aktiviteten kan ofte være automatisk avlesing og innsending av måleparametre, men kan også være på annen måte som ikke er basert på PRO. Videoobservasjoner av barns spontanbevegelser i lek for å vurdere utviklingsproblemer eller medfødte sykdommer som for eksempel CP er eksempel på annen type aktivitet som også kan inngå i denne STG-en. Dialogen med pasienten skal innebære monitorering eller undersøkelse av/innhenting av opplysninger fra pasient med hensikt å følge opp eller vurdere helsetilstand eller behandling, eventuelt gi veiledning om videre oppfølging og behandling og opplysningene skal være slik at de dokumentes i pasientjournalen.

E-konsultasjoner kan inngå i ISF gjennom STG dersom det dreier seg om elektronisk dialog og oppfølging over tid, og med et konsultativt innhold. Dersom disse kriteriene oppfylles kan kode WMGA42 Fjernmonitor eller asynkron telemedisinsk oppfølging benyttes.

Tilstander som ikke er dekket gjennom mer spesifikke STG-er, og som ikke er beskrevet særskilt i egne kapitler registreres slik:

Hovedtilstand	Aktuell ICD-10 kode for indikasjon
Prosedyrekode	WMGA42 Fjernmonitorering eller asynkron telemedisinsk oppfølging av andre tilstander
Kontakttype	Aktuell kode for å angi hva slags type helsehjelp det er snakk om. Ikke begrenset til kode 5 indirekte pasientkontakt
Sted for aktivitet	Aktuell kode for hvor aktiviteten skjer, for eksempel hjemme hos pasienten kode=4
Type indirekte aktivitet	Aktuell kode for aktiviteten. Vil ofte være kode=21 Teknisk episode.

Registrering og rapportering må skje minst én gang per tertial. Dette gjelder selv om pasienten ikke nødvendigvis er i direkte kontakt med helsepersonell på sykehuset i perioden. Kriteriet er at pasienten er under kontinuerlig oppfølging/ overvåkning. Prosedyrekoden er generelt innrettet selv om aktiviteten vil grupperes til ulike STG-er.

Det forutsettes at kontakter der pasienten har fysisk oppmøte i sykehusavdeling/poliklinikk, eller der kontakten tilfredsstillende krav som stilles til video- eller telefonkonsultasjon rapporteres og finansieres etter gjeldende regler.

Aktivitet av mer teknisk karakter som henting, innlevering, justering, oppfølging og innlevering av selve utstyret er ikke helsehjelp og skal ikke rapporteres som ISF-aktivitet.

5.24 Videokonsultasjoner

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

- det er benyttet videokonferanseutstyr slik at det er mulig for pasient og helsepersonell i spesialisthelsetjenesten å se hverandre gjennom videooverføring
- kommunikasjonen finner sted i sanntid (direkte forbindelse)
- videokonferansen gjør det mulig å kommunisere med helsepersonell på annet fysisk sted enn der pasienten befinner seg
- 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 rapporteres som en direkte kontakt med kodeverdi 6 – "Videokonsultasjon" fra kodeverket for kontakttype (OID=8432)
- 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 forøvrig 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)»

Telefonkonsultasjoner (lyd i sanntid, men uten video) regnes ikke som videokonsultasjoner. Her gjelder egne regler, se kapittel 6.22 og 7.10 . Det finnes også ulike andre registreringsmåter for telemedisinsk oppfølging som ikke er videokonsultasjoner. For registreringsregler her vises til andre kapittel i dette regelverket.

5.25 Nettbasert behandlingsprogram

Prosedyrekoden IEAB20 Gjennomført nettbasert behandlingsprogram skal registreres når en pasient har gjennomført et helhetlig nettbasert behandlingsprogram. Det registreres én kode 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 koden 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

Følgende regler gjelder for registreringen:

Hovedtilstand	Aktuell ICD-10 kode for indikasjon
Prosedyrekode	IEAB20 Gjennomført nettbasert behandlingsprogram
Kontakttype	Aktuell kode for å angi hva slags type helsehjelp det er snakk om. Ikke begrenset til kode 5 indirekte pasientkontakt. Mest aktuell kode vil være kode 2=behandling
Sted for aktivitet	Aktuell kode for hvor aktiviteten skjer, for eksempel hjemme hos pasienten kode=4
Type indirekte aktivitet	Aktuell kode for aktiviteten. Vil ofte være kode=21 Teknisk episode.

Kursvirksomhet som ikke er helsehjelp er ikke omfattet av ISF enten den skjer på sykehus eller digitalt. Det forutsettes dekket av basisbevilgningen. Dette gjelder både for somatikk og psykisk helsevern.

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 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:

Hovedtilstand	Aktuell ICD-10 kode for indikasjon. Her vil dette være koden for grunnlidelsen, så sant denne fortsatt er til stede (se koderegelverket om pacemakerkontroller)
Prosedurekode	FPFE44 Avlesning og tolkning av fjernrapporterte data fra pacemaker og ICD
Kontakttype	Aktuell kode for å angi hva slags type helsehjelp det er snakk om. Ikke begrenset til kode 5 indirekte pasientkontakt
Sted for aktivitet	Aktuell kode for hvor aktiviteten skjer, for eksempel hjemme hos pasienten kode=4
Type indirekte aktivitet	Aktuell kode for aktiviteten. Vil ofte være kode=21 Teknisk episode.

Registrering og rapportering må skje minst én gang per tertial. Dette gjelder selv om pasienten ikke nødvendigvis er i direkte kontakt med helsepersonell på sykehuset i perioden. Kriteriet er at pasienten er under kontinuerlig oppfølging/ overvåkning.

Det forutsettes at kontakter der pasienten har fysisk oppmøte i sykehusavdeling/poliklinikk, eller der kontakten tilfredsstillende krav som stilles til video- eller telefonkonsultasjon rapporteres og finansieres etter gjeldende regler.

Aktivitet av mer teknisk karakter som henting, innlevering, justering og oppfølging av selve utstyret er ikke helsehjelp og skal ikke rapporteres som ISF-aktivitet.

6.3 Strålebehandling

6.3.1 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.

6.3.2 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.

6.3.3 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

6.3.4 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.

6.3.5 Innleggelse der strålebehandling gjennomføres (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.

6.4 Dialysebehandling

6.4.1 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.

6.4.2 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 hvor pasienten er bosatt, rapporteres med kodeverdi 4 «Hjemme hos pasienten». Hemodialyse som utføres andre steder enn der pasienten er bosatt, for eksempel i lokaler i primærhelsetjenesten, eller på andre steder utenfor spesialisthelsetjenesten, rapporteres med kodeverdi 5 "Ambulant sted utenfor spesialisthelsetjenesten". Hemodialyse

som utføres på en satellitt enhet rapporteres med kodeverdi 2 "Hos ekstern instans innenfor spesialisthelsetjenesten".

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

6.4.3 Pasientadministrert peritonealdialyse og hemodialyse

Informasjon om at spesialisthelsetjenesten tilrettelegger for og finansierer pasientadministrert peritonealdialyse eller hemodialyse baseres på rapportering av følgende NCMP koder (erstatte de nasjonale særkodene fra 01.01.2021).

- JAGD55 Pasientadministrert peritonealdialyse
- RXGD55 Pasientadministrert hemodialyse

Disse kodene 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 kodene kan knyttes til ordinære behandlingsepisoder som finner sted (innleggelse 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 peritonealdialyse gjennomføres
- En av kodene rapporteres en gang per måned per pasient

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

6.5 Fødsler og nyfødte

6.5.1 Fødsler og barselopphold

For koding av fødsler og barselopphold vises det til kodeveiledningen på Direktoratet for e-helse sine nettsider, se [Regler og veiledning om koding](#).

6.5.2 Koding av blødning eller anemi ved fødsel, keisersnitt og abort

Blødning eller posthemoragisk anemi i forbindelse med fødsel, keisersnitt og abort skal kun rapporteres dersom blødningen er målt til mer enn 1000 ml eller dersom det er gitt behandling med transfusjon av blodprodukter eller jerninfusjon.

Ved blødning ved abort brukes en av følgende ICD-10-koder:

- O03 Spontan abort
- O04 Legalt svangerskapsavbrudd
- O05 Andre svangerskapsavbrudd
- O06 Uspesifisert abort

med fjerde tegn enten

.1 Inkomplett, komplisert med forsinket eller usedvanlig stor blødning (med tilstander i O08.1)

eller

.6 Komplet eller uspesifisert, komplisert med forsinket eller usedvanlig stor blødning (med tilstander i O08.1)

Ved blødning ved fødsel eller keisersnitt brukes en av følgende koder:

- 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

Ved blødning i ettertid etter abort, svangerskap utenfor livmoren og blæremola brukes koden O08.1 Forsinket eller usedvanlig stor blødning etter abort, svangerskap utenfor livmoren og blæremola. Ved posthemoragisk anemi brukes O99.0 Anemi som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid etterfulgt av D62 Akutt posthemoragisk anemi.

Se også kodeveiledning på Direktoratet for e-helse sine nettsider for øvrige kodingsregler ved svangerskap, fødsel og barseltid.

6.6 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

Utredning/behandling skal registreres i pasientens journal. En medfølgende partner som ikke er gjenstand for utredning skal ikke registreres. Dette gjelder selv om partner også mottar informasjon om utredning og behandling. Dette gjelder også for annen type utredning og behandling enn ved infertilitet. Unntak fra dette er tilfellet der begge parter samtidig mottar

aktiv behandling og/eller utredning eks. sædprøve hos mannen og samtidig gynekologisk undersøkelse av kvinnen.

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.

6.7 Medikamentelt svangerskapsavbrudd

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

6.8 Legemiddelbehandling

En del av legemiddelbehandlingen i spesialisthelsetjenesten har særskilte registerings- 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.

6.8.1 Kreftlegemiddelbehandling i sykehus

Regelverket skiller mellom sykehusadministrert poliklinisk eventuelt med kortvarige opphold og pasientadministrert kreftlegemiddelbehandling. For pasientadministrert kreftlegemiddelbehandling se kap. 6.9. 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. Aktuell medikamentell behandling skal registreres med ATC-kode

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

6.8.2 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 WBGMO0 for å angi infusjon
- ATC-kode for aktuelt legemiddel

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.

6.8.3 Behandling av makuladegenerasjon eller makulaødem

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

- Indikasjon som hovedtilstand
- CKD05 Injeksjon av medikament i corpus vitreum
- ATC-kode for aktuelt legemiddel,

Poliklinisk behandling av makuladegenerasjon med fotodynamisk teknikk skal kodes med:

- Indikasjon som hovedtilstand
- Aktuell NCMP-kode (WBGM) for å angi måten legemiddel er administrert på
- ATC-kode for aktuelt legemiddel
- ZXC15 som prosedyrekode for å angi at fotodynamisk teknikk er benyttet

6.8.4 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)
- ATC-kode for aktuelt legemiddel er M03AX01 Botulinum toxin
- Dersom behandlingen gjøres elektromyografiledet benyttes prosedyrekode AXFE15 elektromyografiveiledet injeksjon, + ATC-kode M03AX01 Botulinum toxin

6.8.5 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
- ATC-kode for aktuelt legemiddel

Dosejusteringen skal kodes med WBGC12, og man skal ikke kode ATC-kode for legemiddel dersom påfyll ikke gjøres samtidig.

6.9 Pasientadministrert legemiddelbehandling finansiert av regionale helseforetak

Pasientadministrert legemiddelbehandling inngår i ISF basert på data 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 RHF-ene som gjenbrukes som ISF-grunnlag. Indikasjon for behandling (ICD10-kode) skal kodes på resepten i tråd med gjeldene kodeverksregeler jf. også krav i forskriften om helseforetaksfinansierte legemidler. Denne informasjonen er 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 spesifikasjon av legemiddel (ATC-kode).

6.10 Opphør av nasjonale særkoder for legemiddelbehandling

De nasjonale særkodene for legemiddelbehandling opphører fra 2022, og erstattes av ATC-koder. ATC-koder for legemiddelbehandling har kun betydning for legemiddelbehandling i sykehus for gruppering til utvalgte DRG-er. Det utvalgte områdene er omtalt i regelverket, og hvilke ATC-koder som har grupperingsegenskap framgår av DRG-logikken.

6.11 Tverrfaglig utredning av sammensatte tilstander

Med tverrfaglig utredning ved ukjent hovedtilstand menes tilbud som er etablert for utredning av pasienter med sammensatte problemstillinger f.eks. smertetilstander, kognitiv svikt, forsinket utvikling eller lignende. Formålet med utredningen der hovedtilstand er ukjent skal være å fastsette en diagnose og en plan for videre behandling.

Der hovedtilstand er kjent kan likevel en sykdom ha mange ulike kliniske manifestasjoner med ulike sammensatte problemstillinger knyttet til seg som vil kunne kreve tverrfaglig utredning ved gitte tidspunkt. Med tverrfaglig vurdering menes tilbud som er etablert for utredning og vurdering av pasienter med kjent hovedtilstand, men der det er en endring eller utvikling i sykdomsmanifestasjon og symptomer som krever en tverrfaglig vurdering for å gi pasienten en god behandling. Et eksempel er tverrfaglig utredning av barn med CP med økende spastisitet som kan kreve operativ, medikamentell, fysikalsk eller annen behandling. Et annet eksempel er tverrfaglig utredning av ME pasienter med uforklarlig tretthet, der formålet med den tverrfaglige utredningen skal være å fastsette en plan for videre behandling.

Det forutsettes tverrfaglig involvering av minst 3 faggrupper, hvorav en lege eller psykolog med klinisk spesialistkompetanse relevant for tilstanden som utredes. Videre gjelder at pasienten skal være tilstede under utredningen. Det forutsettes tverrfaglige samarbeid om pasienten samme dag og en mer omfattende utredning for pasienten både med hensyn til tid, tverrfaglighet og ressursbruk enn en ordinær konsultasjon, tilsvarende om lag tre konsultasjoner.

Tverrfaglig utredning ved ukjent hovedtilstand skal kodes som følger:

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

Tverrfaglig utredning ved kjent hovedtilstand skal kodes som følger:

- Pasientens tilstand (ICD-10) skal kodes som hovedtilstand
- WMAA11 Tverrfaglig vurdering av kjent tilstand (etter ovennevnte krav)

Ovennevnte regel omfatter tverrfaglige utredningen som skjer koordinert samme dag og der utredningen fullføres samme dag.

Der hvor utredningen skjer oppstykket over flere dager (sekvensielt), uavhengig av hvor mange faggrupper som er inne samlet på deler av utredningen skal dette registreres som ordinære konsultasjoner. Da skal ikke prosedyrekodene WMAA10 Tverrfaglig utredning av ukjent tilstand eller WMAA11 Tverrfaglig vurdering av kjent tilstand benyttes. Disse kontaktene grupperes da til andre DRG-er enn DRG 9970.

Møtevirksomhet om pasienten inngår ikke i beregningsgrunnlaget og skal heller ikke rapporteres som tverrfaglig utredning med disse kodene.

6.12 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.

6.12.1 Poliklinisk rehabilitering

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

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

- Pasienten skal være henvist til rehabiliteringsprogrammet av lege. 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 jf. Forskrift om betaling fra pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta. 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.

6.12.2 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 enkel 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
Måltrettet 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.

Legespesialist på aktuelt sykdomsområde som rehabiliteres kan være ansvarlig for rehabiliteringen. 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, ortopedi 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 Z50.8 (Behandling som omfatter bruk av annet spesifisert rehabiliteringstiltak) eller Z50.9 benyttes. Det forutsettes også her at spesialist er ansvarlig for rehabiliteringstjenestene til pasientene, samt at det er tverrfaglighet som ivaretar pasientens rehabiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten. For å registrere Z50.9 gjelder for øvrig de samme prosessuelle kravene som er omtalt under kapittel 6.12.1.

6.12.2.1 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 personellets 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 én helsefaggruppe.

I tillegg godkjennes tre helsefaggrupper som ikke omfattes av ovennevnte definisjon;

1) Sosionom, 2) spesialpedagog / pedagog og 3) logoped.

6.13 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 5 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 medisinskfaglig 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.

Individuelle samtaler med deltakerne kan være en del av lærings- og mestrings-tilbudet. Slike samtaler (med aktuelle koder) skal som hovedregelen registreres på selve lærings- og mestringsaktiviteten (episoden). Dersom slike samtaler likevel rapporteres særskilt til Norsk pasientregister skal disse merkes med debitorcode 99. Egenandel kan heller ikke kreves for slike samtaler under pasientopplæringstilbudet. Det er egne egenandelregler knyttet til pasientopplæring (en egenandel pr program), som følger av pasientbetalingsforskriften.

6.14 Behandling rettet mot gruppe av pasienter

DRG 996O 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 akuttopphold 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. Se også kapittel 8.12.2.

6.15 Palliativ behandling

Palliativ behandling er omtalt i to ulike retningslinjer utarbeidet av Helsedirektoratet, og det er definisjon av palliativt senter eller palliativt team i sykehus med tilhørende krav slik det fremgår av disse som ligger til grunn for reglene gitt i ISF-regelverk.

De to gjeldende retningslinjene er:

- Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Nasjonal faglig retningslinje (IS-2800)
- Palliasjon til barn og unge. Nasjonal faglig retningslinje (IS-2599)

Reglene gjelder også for palliative tilbud til pasienter med andre alvorlige sykdommer enn kreft.

Som hovedtilstand skal det kodes med pasientens grunntilstand/ sykdom etter gjeldende regler for valg av hovedtilstand. Eventuelle bitilstander registreres etter vanlige regler. Z51.5 benyttes ikke lenger som bitilstand. For å beskrive palliativ behandling benyttes en av de nedenfor angitte prosedyrekodene.

Proseddyrekoder 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 kodene forutsetter at det kan fremlegges dokumentasjon på at palliativt senter er etablert i virksomheten. Unntak gjelder for bruk av kode WRBA30 Annen palliativ behandling. Denne kan benyttes for palliasjon der kravene til bruk av øvrige koder ikke er oppfylt, og kan benyttes for både barn og voksne.

Kode	Tekst	Vilkår
WRBA20	Døgnbehandling i palliativ enhet	<ul style="list-style-type: none">▪ Pasienten har vært innlagt i palliativ enhet innen palliativt senter▪ Gjelder kun ved avdelingsopphold▪ Kan være innleggelser på døgn- eller dagbasis
WRBA21	Palliativ behandling av innlagt pasient, i regi av palliativt senter	<ul style="list-style-type: none">▪ Pasient er innlagt i annen enhet enn palliativt senter.▪ Palliasjon utgjør vesentlig del av behandlingen og finner sted i regi av det palliative teamet i virksomheten.
WRBA22	Ambulant dagbehandling i regi av palliativt senter	<ul style="list-style-type: none">▪ Den palliative behandlingen gjennomføres ambulant▪ Tjenestetilbudet tilsvarer palliativ dagbehandling gitt i sykehus
WRBA23	Poliklinisk palliativ behandling i regi av palliativt senter	<ul style="list-style-type: none">▪ 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.)
WRBA24	Rådgivning og samarbeid mellom palliativt senter og kommunal helse- og omsorgstjeneste	<ul style="list-style-type: none">▪ Palliativt team har rådgitt, koordinert seg med eller på annen måte samarbeidet med representant(er) for kommunens helse- og omsorgstjeneste om palliasjon av pasient.▪ Omfanget av samhandlingen går utover vanlig koordinering og administrasjon av ressursinnsats
WRBA30	Annen palliativ behandling	<ul style="list-style-type: none">▪ Koden kan benyttes når det gis palliativ behandling ut over de organisatoriske kravene om palliativt senter eller palliativt team som stilles til bruk av øvrige prosedyrekoder for palliasjon

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 strukturelle kravene som stilles her skal ikke kodene benyttes, og særskilt tilleggsfinansiering i ISF kan ikke utløses. Slik aktivitet regnes som en ordinær konsultasjon i ISF, og prosedyrekode WRBA30 Annen palliativ behandling skal benyttes.

For samarbeidsaktiviteter som inkluderer kode WRBA24 Rådgivning og samarbeid mellom palliativt senter og kommunal helse- og omsorgstjeneste vises til kapittel 6.24.

Ved ambulant behandling i regi av palliative senter skal ikke særkodene B0044 (teambasert

oppfølging som bidrar til helhetlige og sammenhengende pasientforløp) eller B0045 (strukturert oppfølging fra tverrfaglige integrerte team) benyttes. Beskrivelse og kostnader knyttet til teambasert oppfølging av palliative pasienter er en del oppfølgingen fra palliative team/senter. Samtidig bruk av særkodene B0044 eller B0045 vil derfor innebære en dobbelfinansiering.

6.16 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 poliklinikk–
 - forskriften 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.

6.17 Organdonasjon

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

6.18 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.

6.19 Legemiddelbehandling utenfor sykehus - kommunalt utførte tjenester

I ISF-regelverket 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.

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

6.20 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 for eksempel inkludere telefonisk eller elektronisk kommunikasjon med pasienten, og vil dekke all aktivitet knyttet til en slik oppfølging. Dialogen med pasienten skal innebære monitorering eller undersøkelse av/innhenting av opplysninger fra pasient med hensikt å følge opp eller vurdere helsetilstand eller behandling, eventuelt gi veiledning om videre oppfølging og behandling og opplysningene skal være slik at de dokumenteres i pasientjournalen.

Følgende regler gjelder for registreringer:

Hovedtilstand	Aktuell ICD-10 kode for indikasjon. Her vil dette være koden for grunnlidelsen, så sant denne fortsatt er til stede (se koderegelverket om pacemakerkontroller)
Prosedyrekode	GXAV40 Avlesing og tolkning av fjernrapporterte data fra CPAP eller BIPAP/NIV
Kontakttype	Aktuell kode for å angi hva slags type helsehjelp det er snakk om. Ikke begrenset til kode 5 indirekte pasientkontakt
Sted for aktivitet	Aktuell kode for hvor aktiviteten skjer, for eksempel hjemme hos pasienten kode=4
Type indirekte aktivitet	Aktuell kode for aktiviteten. Vil ofte være kode=21 Teknisk episode.

Registrering og rapportering må skje minst én gang per tertial. Dette gjelder selv om pasienten ikke nødvendigvis er i direkte kontakt med helsepersonell på sykehuset i perioden. Kriteriet er at pasienten er under kontinuerlig oppfølging/ overvåkning.

Det forutsettes at kontakter der pasienten har fysisk oppmøte i sykehusavdeling/poliklinikk, eller der kontakten tilfredsstiller de krav som stilles til video- eller telefonkonsultasjon rapporteres og finansieres etter gjeldende regler for dette.

Aktivitet av mer teknisk karakter som henting, innlevering, justering og oppfølging av selve utstyret er ikke helsehjelp og skal ikke rapporteres som ISF-aktivitet.

6.21 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 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 også være asynkron ved at bilder sendes inn og svar gis senere.

Følgende regler gjelder for registreringen:

Hovedtilstand	Aktuell ICD-10 kode for indikasjon
Prosedyrekode	B0029 Asynkron telemedisinsk oppfølging og behandling av sår
Kontakttype	Aktuell kode for å angi hva slags type helsehjelp det er snakk om. Ikke begrenset til kode 5 indirekte pasientkontakt
Sted for aktivitet	Aktuell kode for hvor aktiviteten skjer, for eksempel hjemme hos pasienten kode=4
Type indirekte aktivitet	Aktuell kode for aktiviteten. Vil ofte være kode=21 Teknisk episode.

Registrering og rapportering må skje hver gang spesialisthelsetjenesten blir konsultert.

6.22 Telefonkonsultasjoner somatikk

Telefonkonsultasjoner inngår i beregningsgrunnlaget for ISF når de kommer til erstatning for en konsultasjon som ellers ville blitt gjennomført enten i spesialisthelsetjenestens lokaler, ambulant i fysisk møte mellom behandler og pasient eller som videokonsultasjon. Konsultasjonene innebærer reell helsehjelp og bærer preg av en konsultasjon herunder:

- Kontakt mellom behandler og pasient
- Kontakten innebærer undersøkelse av/innhenting av opplysninger fra pasient med hensikt å vurdere helsetilstand eller behandling, eller veiledning om videre oppfølging og behandling
- Kontakten resulterer i en vurdering av videre behandling som bidrar til fremgang i pasientforløpet
- Kontakten dokumenteres i pasientjournal

Det kreves også at:

- Aktiviteten må være spesialisthelsetjenester
- Det er medisinsk forsvarlig å gjennomføre konsultasjon over telefon
- Telefonkonsultasjoner gjennomføres basert på faglig begrunnede normer for konsultasjoner gjennomført over telefon som ivaretar hensyn til pasientens personvern og faglige krav til medisinsk forsvarlighet
- Telefonkonsultasjoner innen somatikk inngår kun i beregningsgrunnlaget når vilkår for egenandel er oppfylt, jfr forskrift om pasientbetaling for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesta
- Egenandelstakst skal rapporteres til NPR
- Pasienten må være informert om at kontakten er en konsultasjon, og at det kan kreves egenandel. Kontakten skal som hovedregel være planlagt i forkant, og pasienten må ha mulighet til å velge en annen konsultasjonsform

Telefonkonsultasjoner som oppfyller kravene over rapporteres slik:

- Kontakttype kodes med kodeverdi 7 "Telefonkonsultasjon" fra kodeverket for kontakttype (OID=8432)

- Sted for aktivitet kodes med kodeverdi 3 "Telemedisinsk behandling (der behandler er)"

Telefonkontakter skal ikke rapporteres som konsultasjoner:

- Ved telefonhenvendelser om innhenting av saksopplysninger, fastsetting av timeavtaler eller andre administrative formål
- Ved enkel beskjed om prøvesvar uten samtidig rådgivning
- Ved kontakt med andre enn pasienten eller foresatte/verge
- Ved enkle henvendelser for oppfølging etter tidligere behandling. For eksempel ved henvendelse over telefon i forkant og etterkant av operasjon hvor behandler stiller enkle spørsmål for å vurdere om det er behov for videre kontroll på sykehuset. Denne aktiviteten forutsettes å inngå i DRGen for det opprinnelige oppholdet

Telefonkontakter som ikke oppfyller kravene til telefonkonsultasjoner skal rapporteres med kode 12 i indirekte aktiviteter.

6.23 Teambasert oppfølging, integrerte team og samhandling

For teambasert oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunehelsetjenesten skal særkoden B0044 Teambasert oppfølging som bidrar til helhetlige og sammenhengende pasientforløp registreres. Teamorganiseringen skal være beskrevet i nasjonale faglige retningslinjer eller tilsvarende teambasert faglig metodikk. En av teamets hovedfunksjoner er å skape gode overganger for pasientene når de overføres fra spesialisthelsetjenesten til egenomsorg eller kommunale tjenester. Gjelder likt for overganger etter innleggelse og etter poliklinisk omsorgsperiode.

Særkoden skal registreres en gang per måned pasienten mottar behandling eller oppfølging fra teamet. Pasienten må ha mottatt oppfølging eller behandling fra teamet i minimum halvparten av en kalendermåned.

Øvrige krav:

- Hovedarbeidsformen i teamet skal være ambulant
- Behandling og oppfølging skal være tverrfaglig og inkludere minimum tre helsefagsgrupper for å oppnå reell tverrfaglighet
- Teamet skal ivareta pasientens behov for kontinuitet i behandlingen. Dette innebærer å tilby ikke-tidsbegrenset behandling/ rehabilitering
- Behandlings- og oppfølgingsansvar skal ligge hos teamet
- Teamfunksjonen er i tråd med etablerte faglige standarder og følger av nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere eller funksjonsbeskrivelser forankret i de regionale helseforetakene
- Behandlingen skal skje i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette samarbeidet skal være forankret i samarbeidsavtale mellom RHF/HF og kommunen

For strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige integrerte team sammen med kommunehelsetjenesten skal særkoden B0045 Strukturert oppfølging fra tverrfaglige integrerte team registreres. Dette dreier seg tjenester der pasient mottar strukturert oppfølging gjennom

integreerte tverrfaglige team. Tilsvarende har en PACT- og ACT-team innen psykisk helsevern og TSB.

Særkoden kan registreres en gang per kalendermåned. Pasienten må ha mottatt oppfølging eller behandling fra teamet i minimum halvparten av kalendermåned for at særkoden skal kunne registreres.

Øvrige krav:

- Teamet skal tilby utredning og integrert behandling for pasienter med store, sammensatte og/eller kroniske tilstander
- Temaet skal være opprettet gjennom en særskilt samarbeidsavtale mellom helseforetaket og kommunen pasienten er bosatt i
- Behandlings- og oppfølgingsansvar skal ligge hos teamet
- Teamet skal være sammensatt med en jevn fordeling av helsepersonell fra både spesialist- og primærhelsetjenesten
- Tverrfaglig sammensatt team bestående av minst tre helsepersonellgrupper, hvorav minst en er lege ansatt i spesialisthelsetjenesten
- Teamet skal ivareta pasientens behov for kontinuitet i behandlingen. Dette innebærer å tilby ikke-tidsbegrenset behandling/rehabilitering
- Teamet skal være tilgjengelig når pasienten trenger det (også hver dag i perioder) eller sikre annen tilgjengelighet
- Det er krav om at pasienten har særskilt behov for oppfølging av integreerte team, og at personell fra både spesialist- og primærhelsetjenesten er involvert i oppfølging og behandling av pasienten

6.24 Samarbeidsaktiviteter med samarbeidsparter utenfor spesialisthelsetjenesten

Samarbeidsmøter skal rapporteres med prosedyrekodene nevnt under. Med samarbeidsmøte menes kontakt i sanntid med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten med formål om samarbeid om oppfølging eller behandling av pasient.

Oppfølgings- og samarbeidssamtaler med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten kan rapporteres med prosedyrekodene nevnt under. Samtalen skal ha en karakter som bidrar til helsehjelp og samhandling om pasient.

De aktuelle prosedyrekodene (listet opp under) kan benyttes når:

- Aktiviteten er samarbeid om oppfølging eller behandling av pasient med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten
- Samarbeid om oppfølging og behandling av pasient er hovedformålet med kontakten
- Kontakten har et formål hvor kontakt med spesialisthelsetjenesten er nødvendig for den videre oppfølgingen og /eller behandlingen av pasienten

- Kontakten er ikke av administrativ art og går utover ordinær meldingsutveksling mellom tjenestene

Med kontakter av administrativ art menes for eksempel:

- Oversendelse av journal, epikrise eller annen skriftlig dokumentasjon som allerede foreligger i spesialisthelsetjenestens systemer
- Kontakt for å avtale møter mellom behandlere, eller timer for pasient
- Kontakt som ikke handler direkte om pasienten tilstand eller behandling
- Ordinær meldingsutveksling mellom tjenestene
- Melding om utskrivningsklar pasient
- Møter om generelle samarbeidsavtaler mellom kommuner og HF

Ordinære kodingsregler gjelder, herunder for koding av hovedtilstand (ICD-10).

For samarbeids**møter** med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten gjelder følgende rapporteringsregler:

WPBA10	Oppfølgings- og samarbeidsmøter med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, uten pasient, foreldre eller pårørende tilstede
WPBA15	Oppfølgings- og samarbeidsmøter med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, med pasient, foreldre eller pårørende tilstede

Kontakttype: 5 – Indirekte pasientkontakt

Indirekte aktivitet: 22 (Samarbeidsmøte (om pasient) med førstelinjetjenesten), 23(Samarbeidsmøte (om pasient) med annen tjeneste) eller 71 (Telefon-og/eller videomøte (om pasient) med førstelinjen)

For samarbeidsmøter som kun foregår digitalt (telefon eller video) skal kode 71 benyttes. Ellers benyttes kode 22 eller 23.

For oppfølgings- og samarbeids**samtaler** med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten gjelder følgende rapporteringsregler:

WPBA20	Oppfølgings- og samarbeidssamtale per telefon, med kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern, NAV, eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet
WRBA24	Rådgivning og samarbeid mellom palliativt senter og kommunal helse- og omsorgstjeneste
WMFG10	Kartlegging av pasientens behov for oppfølging ut over tjenester i spesialisthelsetjenesten (bistandsvurdering)

Kontakttype: 5 – Indirekte pasientkontakt

Indirekte aktivitet: 22 (Samarbeidsmøte (om pasient) med førstelinjetjenesten), 23(Samarbeidsmøte (om pasient) med annen tjeneste) eller 71 (Telefon-og/eller videomøte (om pasient) med førstelinjen)

For samarbeidssamtale som kun foregår digitalt (telefon eller video) skal kode 71 benyttes.

For innlagte pasienter rapporteres prosedyrekodene for samhandling som en del av innleggelsen. Dersom pasienten også meldes utskrivningsklar vil oppholdet grupperes til STG XS08 i tillegg til den ordinære DRG-en oppholdet grupperer til.

Oppfølgings- og samarbeidsmøter med pasient eller pårørende tilstede skal registreres med prosedyrekode WPBA15, jfr. ISF regelverket kapittel 7.6. Dette gjelder også møter som benyttes for veiledning rundt og demonstrasjon av behandlingstiltak. Dersom ekstern part er passiv deltaker under en konsultasjon med pasient eller pårørende, kan kontakten registreres som en ordinær konsultasjon. I grensetilfeller må skillet baseres på en faglig vurdering av hva som er hovedformålet med kontakten; samarbeid og veiledning/opplæring eller behandling av pasienten.

Merk at samarbeidsmøter omfatter veiledning og opplæring rettet mot behandling av en navngitt pasient. Generell veiledning og opplæring anses ikke som helsehjelp og er ikke ISF-aktivitet, men finansieres gjennom basisbevilgningen. Se også omtale under kap 5.7 i Grunnlagsdokumentet.

6.25 Hjemmesykehus

Hjemmesykehus innebærer behandling og oppfølging i hjemmet, for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus. Dette er et spesialiserte tjenestetilbud til personer som trenger sykehusbehandling, men hvor tilstanden tilsier at det er forsvarlig å få behandling og oppfølging hjemme. Behandling og oppfølging kan bestå i regelmessige hjemmebesøk av kvalifisert helsepersonell eventuelt supplert med video- eller telefonkontakt.

Polikliniske ambulante kontakter:

Pasienter som følges opp av spesialisthelsetjenesten hjemme etter at de er utskrevet fra sykehus, og der helsehjelpen ikke er å sammenligne med en innleggelse i sykehus skal rapporteres som polikliniske kontakter. Der det er behov for at helsepersonell reiser fysisk ut skal det rapporteres som ambulante kontakter.

Innlagte pasienter:

Pasienter kan følges opp av spesialisthelsetjenesten som innlagt i hjemmesykehus. For at oppholdet skal kunne registreres som inneliggende i hjemmesykehus må oppholdet kunne sammenlignes med en tilsvarende innleggelse i sykehus. Dette innebærer at dersom tjenesten hjemmesykehus ikke tilbys ville pasienten vært inneliggende i sykehus.

- Kvalifisert personell fra sykehuset oppsøker i dette tilfellet pasienten daglig for behandling og oppfølging i løpet av den perioden innleggelsen varer.
- Dersom pasienten overføres fra innleggelse i sykehus og til innleggelse i hjemmesykehus betraktes dette som en postoverføring og vil inngå i det totale avdelings- og sykehusoppholdet.
- Avdelingsoppholdet registreres som ved ordinær innleggelse i sykehus på den avdeling og fagenhet som har ansvaret for pasientbehandlingen. Den delen av innleggelsen (hele eller deler) som er i hjemmesykehus, registreres som et postopphold under

avdelingsoppholdet ved en post som har enhetstype *Hjemmesykehus* (type enhet kode 8).

- Tilstands- og prosedyrekoding følger vanlige regler og gjøres på samme måte som ved innleggelse i sykehus.

Dersom disse kravene ikke oppfylles må tjenesten registreres som frittstående ambulante kontakter som registreres når personell fra sykehuset oppsøker pasienten for behandling og oppfølging. Reglene for **rapportering** av ambulante konsultasjoner fremgår av kapittel 5.13. For ambulante palliative tilbud gjelder egne regler og det vises til kapittel 6.15 for registrering av dette.

6.26 Netthinneundersøkelse av diabetespasienter

I DRG-systemet i dag har vi en DRG som ivaretar netthinneundersøkelse av diabetespasienter i sykehus. Når pasient møter på poliklinikk og får tatt fundusfoto som senere blir vurdert og tolket, vil denne aktiviteten grupperes til DRG 802P som er en generell poliklinisk DRG innen øyefaget. Aktuell prosedyrekode er CKDP10 Fundusfotografi som er dekkende prosedyrekode for både taking av fundusfoto og tolkning.

Dersom samme tjeneste utføres som to separate aktiviteter, dels lokalt (fundusfotografering) og dels i tolkningsenhet i spesialisthelsetjenesten (tolkningen), som beskrevet i øyehelseprogrammet for diabetespasienter, skal aktiviteten rapporteres på en annen måte. Der RHF/helseforetak inngår avtale om fundusfotografering annet sted enn på sykehuset forutsettes en avtale mellom partene om godtgjørelse av dette. På samme måte som andre avtaler der private utfører tjenester på vegne.

Rapportering skal alltid skje fra tolkningsenheten (som kan være i et HF) til Norsk pasientregister.

Rapporteringsregel der fundusfoto tas av annen enhet enn der tolkningen skjer:

- Indikasjon som hovedtilstand (ICD-10 kode)
- NCMP-kode CKDP10 Fundusfotografi (som inkluderer tolkning)
- Kontakttype: Indirekte
- Indirekte aktivitet: Teknisk episode

Aktiviteten grupperes på samme måte og i samme DRG som om tjenesten ble utført samlet på sykehus. Det forutsettes at dette kun rapporteres som én samlet aktivitet (fra tolkningsenheten). Generelt gjelder at selve fundusfotograferingen dersom denne skjer i annen enhet enn der tolkningen skjer ikke skal rapporteres som en egen helsehjelp. Dersom en velger å rapportere selve fundusfotograferingen skal debitorcode 99 benyttes.

Den samlede aktiviteten grupperes til 802P og vil gi grunnlag for ISF uavhengig av om deler av tjenesten er organisert utenfor sykehuset .

6.27 Klinisk nevrofysiologi

Klinisk nevrofysiologi kodes med aktuelle tilstands- og prosedyrekoder som øvrig aktivitet.

6.28 Pårørende kontakter innen somatikk

Innen somatikk er ikke pårørende omfattet av ISF på samme måte som behandling i psykisk helsevern og TSB, hvor pårørendekonsultasjoner, som del av behandlingen, telles separat. Når det dreier seg om grupperettet pasientopplæring (kapittel 6.13) er det omtalt at pårørende kan tre inn i pasientens sted ;"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".

Det kan være tilfeller der pårørende må tre inn på vegne av pasienten for konsultasjoner. F.eks. for små barn eller for pasienter som har tilstander som tilsier behov for bistand i behandlingen av pasienten. Slike kontakter skal journalføres og rapporteres på pasienten som mottar helsehjelpen.

Kontakter som finner sted i forbindelse med ivaretagelse av pårørende, men som ikke er helsehjelp til pasienten, regnes ikke som behandlingsaktivitet i somatikken.

I Nasjonal pårørendeveileder følger også at:

"Egen journal for pårørende skal ikke opprettes uten at vedkommende er definert som pasient. Personell som yter tjenester som ikke er helsehjelp, som praktisk bistand og støttekontakt, er unntatt fra journalføringsplikten. Dette personellet bør imidlertid også dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om og fra pårørende på en forsvarlig måte."

Dette er også begrunnet i henhold til blant annet helsepersonelloven og journalforskriften. Jf [Pårørendeveileder](#).

Dersom det dreier seg om samtaler med pårørende og ikke helsehjelp er dette ikke journalpliktig og aktiviteten skal heller ikke inngå i ISF. Det forutsettes at slik oppfølging dekkes av de samlede rammene til helseforetakene.

6.29 Fysisk trening

Fysisk treningsterapi skal rapporteres med hovedtilstand Z50.1 Annen fysikalsk behandling. Dette gjelder både når treningsterapien skjer i gruppe og når den gjennomføres individuelt. Det skal foreligge henvisning fra lege for å registrere en kontakt med koden Z50.1. Se kodeveileder for nærmere kriterier.

Det forutsettes at treningsterapien er et planlagt og målrettet tiltak for oppfølging av pasienten i spesialisthelsetjenesten. Tjenestetilbudet må være organisert og utført av et HF eller annen virksomhet som har drift- eller kjøpsavtale med RHF. Det er kun kontakter med virksomhetens eget personell som skal rapporteres til NPR og kan utløse ISF. I tilfeller der tjenestetilbudet er samfinansiert av RHF og andre (private) aktører, som for eksempel kan gjelde enkelte "Pusterom", er ISF-finansieringen ment å delfinansiere RHF-enes bidrag.

6.30 Koding av Covid-19 i spesialisthelsetjenesten

Verdens helseorganisasjon (WHO) har tatt i bruk koder for overvåkning av covid-19. Se [Koding av korona i spesialisthelsetjenesten](#)

6.31 Særkode for å identifisere intensivpasienter

For å identifisere intensivpasienter registreres særkode

B0050 Intensivpasient etter nærmere kriterier

Kriteriene for bruk av særkoden er sammenfallende med kriteriene som benyttes for registrering i Norsk intensiv- og pandemiregister (NIPaR tidligere NIR).

1. Pasienter som ligger på intensiv/ i overvåkingsarealet > 24 timer. Unntaket er rene observasjonspasienter som ligger over 24 timer, og som ikke får intensivbehandling eller trenger intensivovervåkning. Dette vil typisk gjelde medisinske observasjonspasienter som på kort varsel kan flyttes til vanlig sengepost, eller stabile og ukompliserte postoperative pasienter som blir liggende > 24 timer uten at det er en medisinsk grunn til det.
2. Pasienter som dør på intensiv/ overvåkingsarealet, uansett liggetid. Unntaket her er pasienter som blir flyttet til intensiv for å dø på et mer skjermet sted enn for eksempel i røntgenavdeling, i akuttmottak eller på operasjonsstue, og der det ikke er startet intensivbehandling.
3. Pasienter som har fått mekanisk pustestøtte (invasiv eller non-invasiv ventilasjon/ respirasjonsstøtte) under intensivoppholdet, men som blir flyttet til post innen 24 timer. Unntak er de som får kortvarig non-invasiv ventilasjonsstøtte forebyggende (profylaktisk) i den postoperative fasen. Disse skal ikke registreres.
4. Pasienter overføres til annen ressursavdeling/ intensivsenhet (på samme eller høyere behandlingsnivå) i løpet av de første 24 timer (ved > 24 timer gjelder punkt 1).
5. Pasienter som har fått kontinuerlig vasoaktiv infusjon (medisin som regulerer blodtrykk/-sirkulasjon) over minst seks timer, og der det samtidig er behov for intensivovervåking med direkte (invasiv) blodtrykksmåling. Postoperative pasienter som blir behandlet med vasoaktiv infusjon utover dette, og som skrives ut innen 24 timer, skal ikke registreres dersom en klinisk vurderer årsaken til overvåkingen som et normalt postoperativt forløp.

Registrering av særkode med ovennevnte kriterier inkluderer også barn. Neonatale pasienter unntas fra kravet om registrering av koden.

6.32 Eggdonasjon

I forbindelse med endring i bioteknologiloven ble det åpnet opp for eggdonasjon i Norge fra 2021.

Følgende koder gjelder:

LAA21 Uthenting av egg til donasjon

LCW31K Overføring av donert egg eller embryo til uterus ved assistert befruktning.

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 for poliklinisk psykisk helsevern og TSB. Ellers gjelder generelle regler for koding av helsehjelp uavhengig av om det har direkte betydning for ISF eller ei. Se [Regler og veiledning om 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 prosedyrekoder rapporteres minst én gang. Dette skal gjøres i tilknytning til rapporterte episoder for pasienten aktuell dag:

- IEAA00 Strukturert poliklinisk dagtilbud, hovedsaklig diagnostisk formål
- IEAA10 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
 - g. Tid til forberedelse/etterarbeid medregnes ikke
4. Tjenesten 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, både tjenestens varighet og samlet personelltid.

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 prosedyrekoder IEAA00 og IEAA10, og alle kriteriene må være oppfylt (ikke bare kravene til personelltid).

7.2 Nettbasert behandlingsprogram

Kapitlet er flyttet til kap. 5. Fellesbestemmelser om koding, registrering og rapportering.

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

Prosedyrekoden IEAD00 (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.

Prosedyrekoden 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.

Prosedyrekoden kan registreres en gang per kalendermåned. Pasienten må ha fått ACT- eller ACT-lignende oppfølging minimum halvparten av kalendermåned for at prosedyrekoden 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 prosedyrekoden 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 prosedyrekoden 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 ivaretatt, 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. Kodereglene gjelder også for heroinassistert legemiddelbehandling.

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 NCMP-kode som angir på hvilken måte behandlingen gjennomføres.

Kode:

IECC10	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR - utlevering og inntak i spesialistpoliklinikk
IECC15	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR - utlevering og inntak i apotek
IECC20	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR - utlevering og inntak i regi av kommunal tjeneste
IECC25	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – annen gjennomføringsform

NCMP-kodene 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 kode.

7.5 Konsultasjon med pårørende og andre nærstående personer

Konsultasjon med foresatte eller pårørende til pasient innen psykisk helsevern og TSB, uten at pasient er tilstede, skal rapporteres med prosedyrekode WPBA25 (Konsultasjon med pårørende eller andre nærstående personer, uten pasienten tilstede).

7.6 Oppfølgings- og samarbeidsaktiviteter

Oppfølgings- og samarbeidsmøte med kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet *uten pasient eller pårørende til stede* skal rapporteres med prosedyrekode WPBA10 (Oppfølgings- og samarbeidsmøte med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, uten pasient, foreldre eller pårørende tilstede).

Oppfølgings- og samarbeidsmøte med kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet *med pasient eller pårørende til stede* skal rapporteres med prosedyrekode WPBA15 (Oppfølgings- og samarbeidsmøte med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, med pasient, foreldre eller pårørende tilstede).

Oppfølgings- og samarbeidssamtale med kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern, NAV eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet skal rapporteres med prosedyrekode WPBA20 (Oppfølgings- og samarbeidssamtale per telefon med kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern, NAV, eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet) eller WMFG10 (Kartlegging av pasientens behov for oppfølging ut over tjenester i spesialisthelsetjenesten (bistandsvurdering)).

Oppfølgings- og samarbeidsmøter med pasient eller pårørende tilstede skal registreres med prosedyrekode WPBA15, jfr. ISF regelverket kapittel 7.6. Dette gjelder også møter som benyttes for veiledning rundt og demonstrasjon av behandlingstiltak. Dersom ekstern part er passiv deltaker under en konsultasjon med pasient eller pårørende, kan kontakten registreres som en ordinær konsultasjon. I grensetilfeller må skillet baseres på en faglig vurdering av hva som er hovedformålet med kontakten; samarbeid og veiledning/opplæring eller behandling av pasienten.

Merk at samarbeidsmøter omfatter veiledning og opplæring rettet mot behandling av en navngitt pasient. Generell veiledning og opplæring anses ikke som helsehjelp og er ikke ISF-aktivitet, men finansieres gjennom basisbevilgningen.

7.7 Testing og kartlegging med bruk av standardisert verktøy

Testing og kartlegging med bruk av standardiserte verktøy med normert eller anbefalt tidsbruk 75 minutter eller mer for vurdering av psykisk eller rusrelatert tilstand skal kodes med NCMP-koden IEAA20.

Her er forutsetningene til bruk av prosedyrekode IEAA20 at samlet normert tidsbruk er minimum 75 minutter. Dette gjelder innenfor samme kontakt. Koden kan registreres selv om man deler opp testen over flere dager, så lenge normert tidsbruk for hver del av testen (per kontakt) er over 75 min.

Hensikten med IEAA20 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 IEAA20 oppfylt i ISF.

7.8 Gruppebehandling

For gruppebehandling innen psykisk helsevern og TSB kan følgende prosedyrekoder rapporteres avhengig av innholdet i gruppebehandlingen:

IBBA20	Psykoterapi, gruppebehandling
IBBB20	Psykoedukativ behandling, gruppebehandling
IBBD20	Annen kunnskapsbasert terapiform, gruppebehandling
IBBE20	Musikkterapi, gruppebehandling

Disse kodene rapporteres når behandlingen er rettet mot en gruppe med pasienter.

Den mer generelle prosedyrekoden ZWWA30 (Prosedyre rettet mot en gruppe av pasienter) er lik ovennevnte prosedyrekoder.

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

Det er ikke nødvendig å registrere ZWAA30 i tillegg til IBBA20, IBBB20, IBBD20 eller IBBE20 .

Pasientopplæring er noe annet enn gruppebehandling, se kapittel 7.13. Opplæringsaktiviteten registreres med særkode A0099 (Grupperettet pasientopplæring). Merk at denne ikke skal kombineres med NCMP-kodene for gruppebehandling, idet det er ulike regler knyttet til gruppebehandling og særkode for pasientopplæring.

7.9 Familiebehandling

For familiebehandling innen psykisk helsevern og TSB kan følgende prosedyrekoder rapporteres avhengig av innholdet i familiebehandlingen:

IBBA15	Psykoterapi, familiebehandling
IBBB15	Psykoedukativ behandling, familiebehandling
IBBD15	Annen kunnskapsbasert terapiform, familiebehandling
IBBH15	Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser

Rapporteres når helsehjelpen er rettet mot pasienten og pasientens nærfamilie i samme kontakt. Nærfamiliens samtidige deltagelse har vært nødvendig for diagnostikk og/eller behandling av pasienten. Pasientens perspektiv legges til grunn for vurdering av om nærfamilien har deltatt eller ikke.

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. Prosedyrekodene 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.

Familiebehandling anses som en egen terapiform. Det er ikke tilstrekkelig at familie/pårørende er tilstede eller deltar for å få informasjon eller samarbeide om behandling av pasienten. Kontakter der familie/pårørende deltar sammen med pasienten, uten at det ut fra faglige kriterier er snakk om familiebehandling, skal registreres som ordinære konsultasjoner.

7.10 Telefonkonsultasjoner

Telefonkonsultasjoner rapporteres som direkte kontakter med følgende avvik fra ordinære konsultasjoner:

- Kontakttype kodes med kodeverdi 7 Telefonkonsultasjon fra kodeverket for kontakttype (OID=8432)
- Sted for aktivitet kodes med kodeverdi 3 "Telemedisinsk behandling (der behandler er)".

Det presiseres at det for å benytte kontakttype = 7 kun er et krav om at det er mulighet for å kreve egenandel innen psykisk helsevern og TSB. Det er anledning til å unnlate å kreve egenandel fra pasienten og fortsatt rapportere kontakttype = 7 såfremt vilkårene i ISF-regelverket ellers er oppfylt.

Telefonkontakter skal ikke rapporteres som konsultasjoner:

- Ved telefonhenvendelser om innhenting av saksopplysninger, fastsetting av timeavtaler eller andre administrative formål
- Ved enkel beskjed om prøvesvar uten samtidig rådgivning
- Ved kontakt med andre enn pasienten eller foresatte/verge
- Ved enkle henvendelser for oppfølging etter tidligere behandling.

Telefonkontakter med pasient som ikke oppfyller kravene til telefonkonsultasjoner i ISF skal rapporteres med kode 12 i indirekte aktiviteter.

7.11 Observasjon av pasient i nærmiljø

Observasjon av pasient i sitt nærmiljø (som hjem, barnehage, skole) skal rapporteres med prosedyrekode OADC00 (Observasjon av pasientens funksjonsevne i sitt nærmiljø (hjem, barnehage, skole) og/eller miljøfaktorer).

Rapporteres i tilknytning til egne kontakter som dekker observasjonen. Eventuelle konsultative tilbud samme dag rapporteres som egne kontakter. Rapportering forutsetter at det er et planlagt og målrettet tiltak, og ikke av tilfeldig eller kortvarig karakter.

7.12 Veiledet og instruert fysisk trening som del av behandling

Fysisk trening som nødvendig del av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern og TSB skal rapporteres med prosedyrekode OBAB00 (Veiledet og instruert fysisk trening knyttet til motorikk og/eller kondisjon).

Rapporteres i tilknytning til egne kontakter som dekker den fysiske treningen. Eventuelle konsultative tilbud samme dag rapporteres som egne kontakter. Rapportering forutsetter at det er et planlagt og målrettet tiltak som del av behandlingen og ikke et tilfeldig tiltak.

7.13 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 5 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 eller psykolog som er ansvarlig for medisinskfaglig 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. Dersom det er pårørende som deltar kan ZWWA40 (Prosedyre rettet mot foreldre/pårørende) eller ZWWA25 (Prosedyre rettet mot flerfamiliegruppe) benyttes i tillegg.

Særkoden A0099 (Grupperettet pasientopplæring) skal registreres en gang per program per pasient når ovennevnte krav er oppfylt.

Individuelle samtaler med deltakerne kan være en del av lærings- og mestrings-tilbudet. Slike samtaler (med aktuelle koder) skal som hovedregelen registreres på selve lærings- og mestringsaktiviteten (episoden). Dersom slike samtaler likevel rapporteres særskilt til Norsk

pasientregister skal disse merkes med debitorcode 99. Egenandel kan heller ikke kreves for slike samtaler under pasientopplæringstilbudet. Det er egne egenandelregler knyttet til pasientopplæring (en egenandel pr program), som følger av pasientbetalingsforskriften.

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 0,090 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.

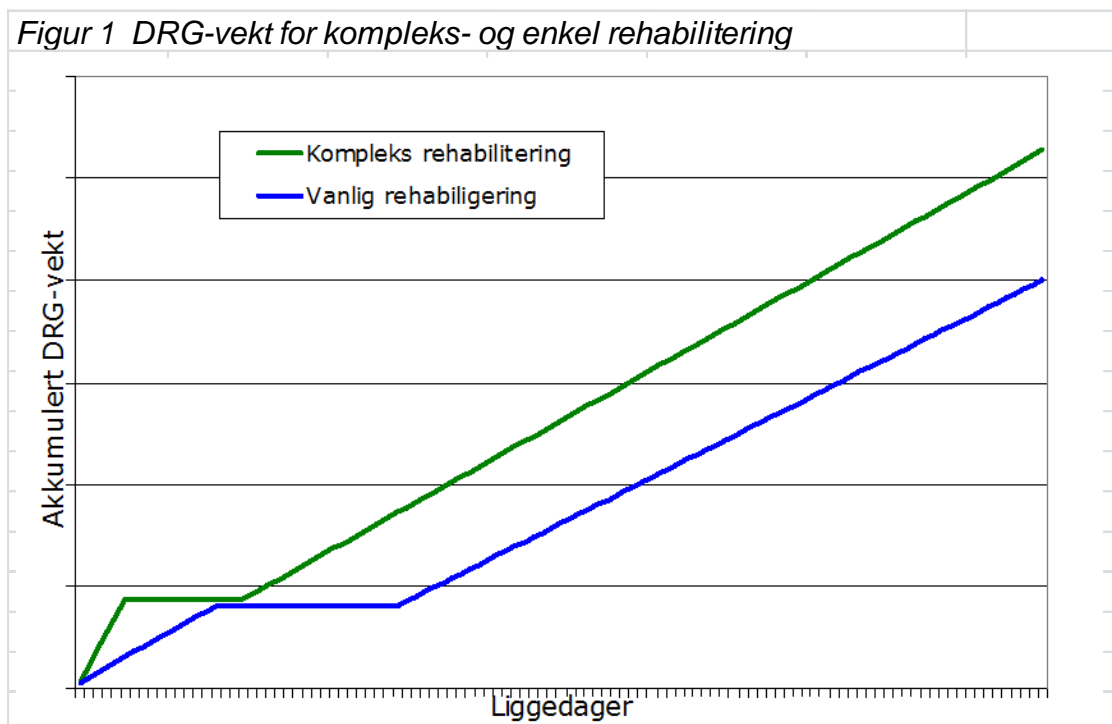
8.2 Rehabilitering

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 RHF-ene 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. Trimpunkt for disse DRG-er oppdatert fra 2022.

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 ventrikkle 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 :
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

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

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 , er bestemmende for beregning av ISF.

Prosedurekodene JAGD55 Pasientadministrert peritonealdialyse og RXGD55 Pasientadministrert hemodialyse benyttes som indikator på gjennomført behandling én hel måned.

Ovennevnte koder, JAGD55 og RXGD55, bærer informasjon om at spesialisthelsetjenesten utleverer dialysevesker og annet utstyr, eller andre tiltak som er nødvendig for gjennomføring av behandlingen. De beregnede vektene presenteres i «STG-liste for somatikk».

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 og 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

Pasientadministrert legemiddelbehandling identifiseres basert på koder for tilstand, samt informasjon om ATC-kode og annen administrativ informasjon i oppgjørssystemet for H-resept. Poengberegnings- reglene 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 presenteres i «STG-liste for somatikk».

Fra og med 2019 er pasientadministrert legemiddelbehandling for de fire områdene dekket av HS01, FS01, JS01 og AS01 omfattet av finansiering gjennom tjenesteforløp.

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.

For følgende kategorier helsepersonell inkluderes alle polikliniske kontakter i beregningsgrunnlaget:

- Lege
- Tannlege
- Sykepleier
- Psykolog
- Jordmor
- Audiograf
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut
- Klinisk ernæringsfysiolog
- Ortoptist
- Optiker
- Pedagog
- Sosionom
- Barnevernspedagog
- Vernepleier
- Logoped

- Genetiker
- Stråleterapeut
- Farmasøyt

Det forutsettes at utførende helsepersonell er rapportert i henhold til administrativt kodeverk i NPR-melding.

Genetiker må her forstås som genetisk veileder, som har konsultasjon med pasient i forbindelse med genetisk kartlegging og veiledning rundt arvelig sykdom.

Farmasøyt må her forstås som klinisk farmasøyt, som har selvstendig konsultasjon med pasient for individuell tilpasning av legemiddelbehandling og veiledning knyttet til dette. Det forutsettes at tjenesten er del av helseforetakets pasienttilbud og at personellkostnaden dekkes av helseforetakets midler til pasientbehandling. Tjenester som er del av sykehusapotekenes drift, inngår ikke i ISF.

Som før gjelder at dersom oppholdet grupperer til prosedyrestyrte DRG-er (inkl. 700- og 800-serien), inkluderes *alle* helsepersonellgrupper, ikke bare de som er nevnt på listen over. Også andre utvalgte DRG-er inngår i beregningsgrunnlaget uavhengig av type utførende helsepersonell, dette dreier seg om DRG 914P, 914Q, 996O, 997O og 998O. I tillegg er innleggelser uten overnatting med i beregningsgrunnlaget uavhengig av type utførende helsepersonell (se kapittel 6.1 ift «innleggelse vs poliklinikk»).

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).

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.

Pasienten skal ikke utløse ISF-refusjon ved opphold i sykehotell, fordi pasienten da ikke er innlagt ved en enhet med medisinsk beredskap. 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.

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 én egenandel pr program.

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 0,0,168 DRG-poeng for å ta høyde for egenbetalingen.

8.15 Stimulering til bruk av dagkirurgi

DRG-er med samme tjenesteinnhold (prosedyrer), og der pasientene er sammenlignbare (lav liggetid), gir samme ISF-refusjon uavhengig av om pasienten behandles dagkirurgisk eller med døgninnleggelse. Hensikten er å understøtte målsetningen om mindre variasjon i andel dagkirurgi. For DRG-par hvor det er et en-til-en forhold er vekten satt lik for de to DRG-ene. For DRG-par hvor det er en-til-flere relasjoner mellom dag-DRG og døgnkirurgiske-DRG, er de relative forskjellene mellom de døgnkirurgiske-DRG-ene evt. dagkirurgiske vektene opprettholdt.

8.16 Poengtillegg for særskilte ambulante konsultasjoner

For kontakter med Sted for aktivitet lik 4 "Hjemme hos pasienten" eller 5 "Ambulant sted utenfor spesialisthelsetjensten", beregnes et poengtillegg:
«PoengtilleggSærskiltAmbulantKonsultasjon».

Poengtillegget er 0,019 per ambulante konsultasjon.

For enkelte kontakter gis det ikke slikt tillegg, se DRG-listen for oversikt.

8.17 Aggregeringsregler somatikk

I det følgende beskrives overordnet klassifisering og aggregering av avdelingsopphold og polikliniske kontakter (DRG-er), samt særtjenester (STG-er) og tjenesteforløp (TFG-er). Det er avsluttede 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 sykehusoppholdet likt episoden/ avdelingsoppholdet. Dersom det rapporteres inn flere episoder for pasienten i løpet av ett og samme opphold, vil episodene som hovedregel bli slått sammen til ett opphold.

DRG for avdelingsopphold:

Reglene som følger gjelder der det er minst ett avdelingsopphold blant innrapporterte episoder som henger sammen i tid.

DRG-plassering av avdelingsopphold skjer i to trinn

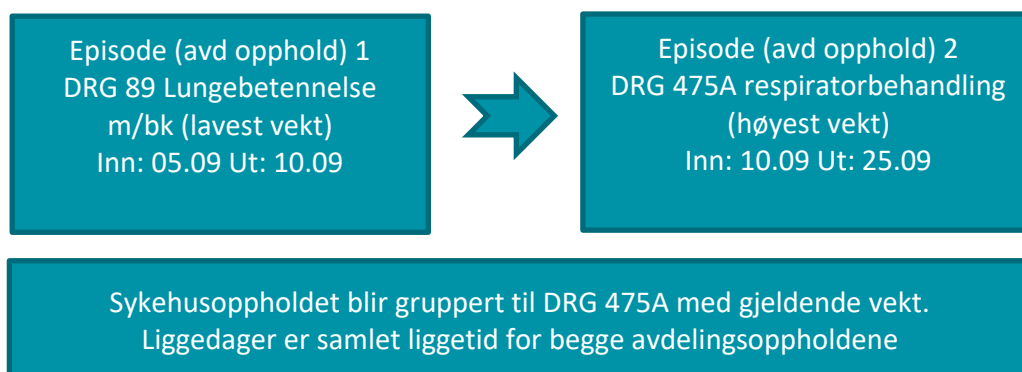
- Den rapporterte episoden (*avdelingsoppholdet*) plasseres i en hoveddiagnosegruppe (HDG) og oppholdet grupperes til en DRG innenfor denne gruppen
- Dersom det er rapportert flere episoder (enten avdelingsopphold eller kontakter) for samme pasient i samme periode aggregeres disse til et samlet Opphold (*sykehusopphold*), som DRG-grupperes på nytt. Dersom det kun er rapportert ett avdelingsopphold, vil dette utgjøre sykehusoppholdet.

I de aller fleste tilfeller blir avdelingsoppholdet plassert i en hoveddiagnosegruppe (HDG) etter den registrerte hovedtilstanden (ICD-10). Unntak er noen ressurskrevende prosedyrer (f.eks transplantasjoner) hvor hovedtilstanden ikke påvirker DRG-plasseringen. Innenfor HDG-ene baseres videre gruppering på eventuelle andre tilstandskoder, prosedyrekoder, samt administrative koder som blant annet alder og utskrivningsstatus.

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
- Som hovedregel vil alle prosedyrekoder fra alle episoder inngå i DRG-grupperingen av oppholdet

Eksempel på aggregering til sykehusopphold:



DRG for polikliniske kontakter:

Dersom det blant episodene kun finnes polikliniske kontakter gjelder følgende regler. Rapporterte episoder som *polikliniske kontakter* grupperes til DRG dersom kontakten oppfyller de generelle vilkår for medisinsk- og administrativ koding. Det er et vilkår at minst ett utførende helsepersonell er rapportert. En enkeltstående poliklinisk kontakt for samme pasient ved samme institusjon samme dag utgjør ett selvstendig *poliklinisk opphold*.

Dersom det er rapportert flere polikliniske kontakter for samme pasient ved samme institusjon samme dag, vil disse som hovedregel slås sammen (aggregeres) til ett poliklinisk opphold. Det er enkelt sagt kontakten med høyest kostnadsvekt som blir tellende for oppholdet.

Det er noen unntak fra hovedregelen, hvor de viktigste prinsippene er:

- Polikliniske kontakter slås ikke sammen dersom lege eller tannlege er utførende helsepersonell og kontakten har hovedtilstand tilknyttet to ulike HDGer. Slike kontakter telles og finansieres som selvstendige polikliniske opphold.
- Noen DRG-er er unntatt aggregering. Kontakter som grupperes til en slik DRG vil alltid danne selvstendige polikliniske opphold, dog ikke mer enn ett opphold i samme DRG samme dag. Hvilke DRGer som unntas aggregering fremgår av kodeunntakslisten i NPK.

STG (Særtjenestegrupper)

STG er pasientbehandling som finner sted i en periode utenfor sykehuset. Det kan for eksempel dreie seg om pasientadministrert legemiddelbehandling, digitale tjenester m.m. ISF-finansieringen beregnes per pasient per behandlingsperiode. Periode kan være år, tertial eller måned. Dersom det er registrert flere like tjenester for samme pasient innenfor samme periode, vil disse aggregeres til én tellende særtjeneste.

TFG (Tjenesteforløpsgrupper)

Tjenesteforløp er pasientbehandling som dels kan finne sted i sykehus og dels kan finne sted utenfor sykehus, men hvor det samlede tjenesteinnholdet til pasienten finansieres likt uavhengig av hvordan dette er organisert. Eksempel er dialyse, utvalgt legemiddelbehandling og hofteoperasjoner.

De definerte tjenesteforløpene utgår av definerte DRG-er og STG-er med en gjennomsnittsfinansiering av forløpene basert på empiriske data. ISF-finansieringen beregnes per pasient per periode, dvs. samlet for alle opphold og særtjenester om inngår i aktuell TFG. Disse vil da ikke samtidig finansieres gjennom DRG og STG.

For nærmere detaljer og teknisk håndtering av pasientklassifisering og aggregering vises det til: [Norsk Pasientklassifisering \(NPK\) - Helsedirektoratet](#)

8.18 Poengfradrag for øyeblikkelig hjelp tilstander uten overnatting

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

- 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 kontakter og opphold med varighet mindre enn 5 timer gjøres en justering av ISF-poengene slik at disse oppholdene får noe lavere vekt enn dagoppholdene over 5 timer i samme DRG, men høyere enn det de hadde i sine respektive poliklinikk DRG-er.

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 2022 0,100 poeng.

8.19 Koder som ikke inngår i ISF-beregningsgrunnlaget

Disse kodene inngår ikke i ISF-beregningsgrunnlaget:

Z016	Hovedtilstandskoder som reflekterer tjenesteinnhold utenfor ISF-grunnlaget	Radiologisk undersøkelse, ikke klassifisert annet sted
Z017	Hovedtilstandskoder som reflekterer tjenesteinnhold utenfor ISF-grunnlaget	Laboratorieundersøkelse
Z024	Hovedtilstandskoder som reflekterer tjenesteinnhold utenfor ISF-grunnlaget	Undersøkelse for førerkort
Z768	Hovedtilstandskoder som reflekterer tjenesteinnhold utenfor ISF-grunnlaget	Kontakt med helsetjenesten under andre spesifiserte omstendigheter
Z769	Hovedtilstandskoder som reflekterer tjenesteinnhold utenfor ISF-grunnlaget	Kontakt med helsetjenesten under uspesifiserte omstendigheter
Z5030	Hovedtilstandskoder som reflekterer tjenesteinnhold utenfor ISF-grunnlaget	Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjon

9. BEREGNINGSREGLER – PSYKISK HELSEVERN OG TSB

9.1 Poengtillegg for særskilte ambulante konsultasjoner

For kontakter med Sted for aktivitet lik 4 "Hjemme hos pasienten" eller 5 "Ambulant sted utenfor spesialisthelsetjenesten", beregnes et poengtillegg: «PoengtilleggSærskiltAmbulantKonsultasjon».

Poengtillegget er 0,137 per ambulante konsultasjon.

Enkelte ambulante konsultasjoner gir ikke slikt tillegg, jfr. DRG-listen for oversikt.

9.2 Flere kontakter samme dag. Aggregeringsregler

Følgende prinsipper gjelder 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 kode 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 enkelte DRG-er blir ikke slått sammen med andre kontakter. Dette betyr at flere tellende opphold kan oppstå for samme pasient samme dag, dog ikke mer enn ett opphold i samme DRG. Unntaket gjelder følgende DRG-er:

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	Oppfølgingsamtale per telefon med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten – Voksne
TD95B	Oppfølgingsamtale 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.

9.3 Pasientopplæring og tiltak i gruppe

Gruppebaserte opplæringsprogrammer for pasienter og pårørende kan inngå i beregningsgrunlaget for ISF dersom visse krav er oppfylt, jf. Kapittel 7.13.

Dersom krav til grupperettet pasientopplæring i ISF er oppfylt skal særkode A0099 (Grupperettet pasientopplæring) 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 innen PHV/TSB for hhv voksne og barn/unge til TD998A (Grupperettet pasientopplæring innen psykisk helsevern/TSB-voksne) og TD998B (Grupperettet pasientopplæring innen psykisk helsevern/TSB- barn). TD998A har vekt 0,100 og TD998B har vekt 0,200.

9.4 Koder som ikke inngår i ISF-beregningsgrunlaget

Se kapittel 8.19. Dette gjelder også innenfor psykisk helsevern og TSB.

Enhetspris per DRG-poeng 2022:

- Somatikk 47 742 kroner
- Psykisk helsevern og TSB 3 294 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
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
PRO	Patient Reported Outcome

Vedleggene kommer i endelig regelverk. Foreløpige DRG, STG og TFG lister publiseres som vedlegg til Foreløpig ISF-regelverk for 2022.

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	4,711	4,711	14	K
1B	1	Annen intrakraniell vaskulær operasjon	7,133	7,133	18	K
1C	1	Operasjon for intrakraniell aneurisme, vaskulær anomali eller hemangiom	4,928	4,928	12	K
1D	1	Intrakraniell cerebrospinal fluid shuntoperasjon	4,635	4,635	19	K
1E	1	Annen kraniotomi unntatt ved traume	3,671	3,671	16	K
2A	1	Annen kraniotomi ved traume	6,570	6,570	15	K
2B	1	Operasjon for kronisk subduralt hematom	2,357	2,357	8	K
3N	1	Stereotaktisk intrakraniell strålebehandling	1,467	1,467	5	M
3O	1	Kraniotomi, dagkirurgisk behandling	0,365	0,365	1	K
3P	1	Stereotaktisk intrakraniell strålebehandling, dagmedisinsk behandling	0,171	0,171	1	M
4	1	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	4,227	4,227	29	K
4O	1	Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter, dagkirurgisk behandling	0,585	0,585	1	K
5	1	Operasjoner på ekstrakranielle kar	3,286	3,286	20	K
5O	1	Operasjoner på ekstrakranielle kar, dagkirurgisk behandling	0,980	0,980	1	K
6	1	Operasjoner ved karpaltunnelsyndrom	1,234	0,188	5	K
6O	1	Operasjoner ved karpaltunnelsyndrom, dagkirurgisk behandling	0,182	0,188	1	K
7	1	Perifere, hjerne- og andre nerveop m/bk	3,325	3,325	31	K
8	1	Perifere, hjerne- og andre nerveop u/bk	1,819	1,819	10	K
8O	1	Perifere, hjerne- og andre nerveop, dagkirurgisk behandling	0,414	0,414	1	K
9	1	Sykdommer i og skader på ryggmargen	1,308	1,308	14	M
10	1	Svulster i nervesystemet m/bk	1,751	1,751	20	M
11	1	Svulster i nervesystemet u/bk	1,222	1,222	14	M
12	1	Degenerative sykdommer i nervesystemet	1,372	1,372	12	M
13	1	Multipel sklerose og cerebellar ataksi	1,058	1,058	11	M
14A	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA m/bk	1,951	1,951	14	M
14B	1	Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl TIA u/bk	1,333	1,333	9	M
15	1	TIA og okklusjon av precerebrale arterier	0,733	0,733	6	M
16	1	Uspesifikke karsykdommer i hjernen m/bk	1,210	1,210	16	M

17	1	Uspesifikke karsykdommer i hjernen u/bk	0,610	0,610	5	M
18	1	Sykdommer i hjernenerver og perifere nerver m/bk	1,434	1,434	17	M
19	1	Sykdommer i hjernenerver og perifere nerver u/bk	0,866	0,866	9	M
20	1	Infeksjon i nervesystemet ekskl viral meningitt	2,685	2,685	29	M
21	1	Viral meningitt	1,099	1,099	8	M
23	1	Ikke-traumatisk koma og stupor	0,987	0,987	8	M
24	1	Kramper og hodepine >17 år m/bk	1,160	1,160	11	M
25	1	Kramper og hodepine >17 år u/bk	0,634	0,634	5	M
26	1	Kramper og hodepine 0-17 år	0,881	0,881	7	M
27	1	Alvorlig traumatisk hjerneskode	1,194	1,194	9	M
28	1	Traumatisk hjerneskode >17 år m/bk	1,255	1,255	8	M
29	1	Traumatisk hjerneskode >17 år u/bk	0,750	0,750	4	M
30	1	Traumatisk hjerneskode 0-17 år	0,669	0,669	3	M
31	1	Hjernerystelse >17 år m/bk	0,564	0,564	6	M
32	1	Hjernerystelse >17 år u/bk	0,425	0,425	3	M
33	1	Hjernerystelse 0-17 år	0,362	0,362	2	M
34	1	Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	1,213	1,213	14	M
35	1	Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk	0,741	0,741	6	M
570	1	Innsetting eller bytte av annet nevrologisk stimuleringsutstyr	3,178	3,178	6	K
570O	1	Innsetting eller bytte av nevrologisk stimuleringsutstyr, dagkirurgisk behandling	1,626	1,626	1	K
571	1	Innsetting av intrakraniell- eller vagusstimulator	11,002	11,002	21	K
801H	1	Poliklinisk behandling av nevrologiske lidelser med infusjon av særskilte legemidler	0,336	0,336	0	
801J	1	Poliklinisk kontakt med påfyll av baklofen ved ITB-behandling av dystoni og spastisitet	0,090	0,090	0	
801R	1	Lokal smertebehandling	0,083	0,083	0	
801T	1	Justering av implantert infusjonsutstyr eller shunt	0,029	0,029	0	
801U	1	Nevropsykologisk undersøkelse	0,213	0,213	0	
801W	1	Poliklinisk behandling av tilstander i nervesystemet med lokal injeksjon av botulinumtoksin	0,098	0,098	0	
851A	1	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved svulst i sentralnervesystemet	0,036	0,036	0	
901A	1	Poliklinisk konsultasjon vedrørende hodepine	0,043	0,043	0	
901B	1	Poliklinisk konsultasjon vedrørende epilepsi og andre krampetilstander	0,048	0,048	0	
901C	1	Poliklinisk konsultasjon vedr sykdom i perifere nerver	0,054	0,054	0	
901D	1	Poliklinisk konsultasjon vedr MS, degenerative og visse andre nevr lidelser	0,057	0,057	0	
901E	1	Annen poliklinisk konsultasjon vedr smerterelaterte tilstander	0,047	0,047	0	
901O	1	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nervesystemet	0,077	0,077	0	
980A	1	ØH-relaterte tilstander i nervesystemet uten overnatting	0,132	0,204	0	

Hoveddiagnosegruppe 2: Øyesykdommer

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
36C	2	Brakysterapi av øyet	3,882	3,882	14	K
36D	2	Andre større inngrep på øyet	1,478	1,478	6	K
36E	2	Inngrep på retina og glasslegeme	1,863	1,863	16	K
36O	2	Op på corpus vitreum, choroidea, retina, dagkirurgisk behandling	0,629	0,629	1	K
36P	2	Transplantasjon av cornea, dagkirurgisk behandling	0,458	0,458	1	K
36R	2	Laserprosedyrer på iris og kammervinkel, dagkirurgisk behandling	0,036	0,036	1	K
36S	2	Prosedyrer for intraokulært trykk, dagkirurgisk behandling	0,362	0,362	1	K
37	2	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye	1,919	1,919	9	K
37O	2	Op på orbita inkl enukleasjon/eviscerasjon av øye, dagkirurgisk behandling	0,526	0,526	1	K
39	2	Operasjoner på linsen	0,976	0,359	5	K
39P	2	Bilaterale operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling	0,352	0,359	1	K
39Q	2	Unilaterale operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling	0,229	0,236	1	K
40	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer	1,130	1,130	8	K
41O	2	Op på cornea/sklera/ekstraokulære strukturer, dagkirurgisk behandling	0,210	0,210	1	K
41P	2	Operasjoner for skjeling, dagkirurgisk behandling	0,598	0,598	1	K
42	2	Intraokulære operasjoner på regnbuehinne, på glasslegeme og for glaukom	1,317	1,317	8	K
42O	2	Op for glaukom og op på glasslegemet ITAD, dagkirurgisk behandling	0,308	0,308	1	K
42P	2	Andre prosedyrer på øyets fremre segment, dagkirurgisk behandling	0,198	0,198	1	K
43	2	Hypphema, kontusjonsskader i øyeregionen	0,638	0,638	5	M
44	2	Alvorlige akutte øyeinfeksjoner	1,527	1,527	15	M
45	2	Nevrologiske øyesykdommer	0,810	0,810	7	M
46	2	Øyesykdommer ITAD >17 år m/bk	1,034	1,034	13	M
47	2	Øyesykdommer ITAD >17 år u/bk	0,838	0,838	8	M
48	2	Øyesykdommer ITAD 0-17 år	1,103	1,103	6	M
802P	2	Annen poliklinisk utredning og behandling av øyetilstander med spesifiserte tiltak	0,034	0,034	0	
802U	2	Poliklinisk behandling av AMD og makulaødem med lokal medikamentinjeksjon eller fotodynamisk metode	0,085	0,085	0	
851C	2	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved svulst i øre, nese, hals, øye og ansikt	0,037	0,037	0	
902O	2	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre øyesykdommer	0,025	0,025	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	3,036	3,036	10	K
49B	3	Cochleaimplantat	5,133	5,133	3	K
49C	3	Utskifting eller oppgradering av taleprosessor for cochleaimplantat	1,751	1,751	1	K
50N	3	Kirurgisk fjerning av ørespyttkjertelen (glandula parotis)	1,835	1,835	4	K
51N	3	Kirurgisk inngrep på spyttkjertel, bortsett fra fjerning av ørespyttkjertelen	1,398	0,350	4	K
51O	3	Op på spyttkjertler ekskl fjerning av spyttkjertler, dagkirurgisk behandling	0,129	0,350	1	K
52	3	Operasjoner for leppe- og ganespalte	2,352	2,352	9	K
53A	3	Operasjoner på bihuler	1,206	0,677	4	K
53B	3	Operasjoner på temporalben, mastoideus og indre øre	1,786	1,786	6	K
54O	3	Operasjoner på bihuler, dagkirurgisk behandling	0,545	0,677	1	K
54P	3	Operasjoner på temporalben, mastoideus og indre øre, dagkirurgisk behandling	0,812	0,812	1	K
55	3	Diverse operasjoner på øre/nese/hals	1,353	1,353	3	K
55O	3	Diverse større op på øre/nese/hals, dagkirurgisk behandling	0,510	0,510	1	K
55P	3	Andre mindre op på øre/nese/hals, dagkirurgisk behandling	0,210	0,210	1	K
56	3	Plastiske operasjoner på nesen	1,368	0,648	3	K
56O	3	Plastiske operasjoner på nesen, dagkirurgisk behandling	0,518	0,648	1	K
57A	3	Større kjeveoperasjoner	4,300	4,300	8	K
59N	3	Operasjoner på tonsiller eller adenoid vev >17 år	0,813	0,415	5	K
60N	3	Operasjoner på tonsiller eller adenoid vev 0-17 år	0,860	0,860	3	K
60O	3	Operasjoner på tonsiller og/eller adenoid vev, dagkirurgisk behandling	0,377	0,415	1	K
63	3	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD	1,933	1,933	8	K
63O	3	Operasjoner på øre, nese, hals ITAD, dagkirurgisk behandling	0,428	0,428	1	K
64	3	Ondartede sykdommer i øre, nese, hals	2,892	2,892	28	M
65	3	Svimmelhet	0,630	0,630	5	M
66	3	Neseblødning	0,645	0,645	5	M
67	3	Epiglottitt	6,665	6,665	18	M
68	3	Otitis media og øvre luftveisinfeksjon >17 år m/bk	0,886	0,886	8	M
69	3	Otitis media og øvre luftveisinfeksjon >17 år u/bk	0,581	0,581	4	M
70A	3	Otitis media og øvre luftveisinfeksjon 0-17 år m/bk	1,011	1,011	8	M
70B	3	Otitis media og øvre luftveisinfeksjon 0-17 år u/bk	0,584	0,584	3	M
71	3	Laryngotrakeitt	0,602	0,602	4	M
72	3	Neseskade og medfødt nesedeformitet	0,624	0,624	3	M

73	3	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD >17 år	0,804	0,804	6	M
74	3	Sykdommer i øre, nese, hals ITAD 0-17 år	0,749	0,749	5	M
168	3	Prosedyrer i munnhulen m/bk	2,627	2,627	13	K
169	3	Prosedyrer i munnhulen u/bk	1,581	1,581	6	K
169O	3	Prosedyrer i munnhulen, dagkirurgisk behandling	0,133	0,133	1	K
185	3	Tann/munnhulesykd. ekskl tannuttrekking >17 år	0,852	0,852	7	M
186	3	Tann/munnhulesykd. ekskl tannuttrekking 0-17 år	0,764	0,764	5	M
187A	3	Tannuttrekking og restaurering	1,303	1,303	6	M
187O	3	Annen poliklinisk tannbehandling	0,274	0,274	0	
482	3	Tracheostomi eller vevstransplantasjon ved sykdommer i ansikt, munnhule eller hals	10,807	10,807	51	K
520	3	Obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS)	0,171	0,171	4	M
521	3	Operativ korreksjon av obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS)	0,609	0,305	2	K
521O	3	Operativ korreksjon av obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS), dagkirurgisk behandling	0,225	0,305	1	K
701O	3	Poliklinisk endoskopi av øvre luftveier	0,045	0,045	0	
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	0,233	0,233	0	
803U	3	Hørselsundersøkelser og hørselsforbedrende tiltak	0,026	0,026	0	
903A	3	Poliklinisk konsultasjon vedr betennelsestilstander i ØNH-regionen	0,041	0,041	0	
903B	3	Poliklinisk konsultasjon vedr sykdommer og skader i kjeve, tenner eller munnhule	0,045	0,045	0	
903C	3	Poliklinisk konsultasjon vedr søvnapne	0,023	0,023	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	0,128	0,211	0	

Hoveddiagnosegruppe 4: Sykdommer i åndedretsorganene

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
75	4	Større thoraxop, visse op på perikard/trachea/diafragma m.m.	4,418	4,418	19	K
75O	4	Større thoraxoperasjoner, dagkirurgisk behandling	0,098	0,098	1	K
76	4	Op på åndedrettssystemet ITAD m/bk	5,099	5,099	36	K
77	4	Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk	1,870	1,870	8	K
77O	4	Op på åndedrettssystemet ITAD, dagkirurgisk behandling	0,264	0,264	1	K
78	4	Lungeemboli, luftemboli og fettembolisyndrom	1,070	1,070	10	M
79	4	Infeksjoner og inflammasjoner i åndedr.syst >17 år m/bk	2,353	2,353	24	M
80	4	Infeksjoner og inflammasjoner i åndedr.syst >17 år u/bk	1,435	1,435	15	M

81	4	Infeksjoner og inflammasjoner i åndedr.syst 0-17 år	3,309	3,309	19	M
82	4	Svulster i åndedrettssystemet	1,438	1,438	15	M
83	4	Større thoraxskader m/bk	1,301	1,301	11	M
84	4	Større thoraxskader u/bk	0,791	0,791	6	M
85	4	Pleuritis exudativa m/bk	1,544	1,544	16	M
86	4	Pleuritis exudativa u/bk	0,965	0,965	10	M
87	4	Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt	1,066	1,066	11	M
88	4	Kroniske obstruktive lungesykdommer (KOLS)	0,877	0,877	8	M
89	4	Lungebetennelse og pleuritt >17 år m/bk	1,281	1,281	12	M
90	4	Lungebetennelse og pleuritt >17 år u/bk	0,896	0,896	7	M
91A	4	Lungebetennelse og pleuritt 0-17 år m/bk	1,486	1,486	10	M
91B	4	Lungebetennelse og pleuritt 0-17 år u/bk	0,871	0,871	5	M
92	4	Interstitielle lungesykdommer m/bk	1,429	1,429	16	M
93	4	Interstitielle lungesykdommer u/bk	0,985	0,985	8	M
94	4	Pneumothorax m/bk	1,825	1,825	16	M
95	4	Pneumothorax u/bk	1,213	1,213	10	M
96	4	Bronkitt og astma >17 år m/bk	0,924	0,924	8	M
97	4	Bronkitt og astma >17 år u/bk	0,657	0,657	6	M
98A	4	Bronkitt og astma 0-17 år m/bk	1,294	1,294	11	M
98B	4	Bronkitt og astma 0-17 år u/bk	0,786	0,786	4	M
99	4	Funn og symptomer fra åndedretsorganer m/bk	0,772	0,772	7	M
100	4	Funn og symptomer fra åndedretsorganer u/bk	0,519	0,519	4	M
101	4	Sykdommer i åndedretsorganer ITAD m/bk	0,999	0,999	11	M
102	4	Sykdommer i åndedretsorganer ITAD u/bk	0,565	0,565	5	M
475A	4	Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte	8,286	8,286	35	M
475B	4	Sykdommer i åndedretsorganer med PEEP support	2,790	2,790	20	M
475O	4	Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling	0,166	0,166	1	M
495	4	Lungetransplantasjon	25,352	25,352	78	K
702O	4	Endoskopi av nedre luftveier	0,123	0,123	0	
804P	4	Lokale intervensjoner i toraks	0,105	0,105	0	
804R	4	Lungefunksjonsundersøkelse	0,059	0,059	0	
851D	4	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved lungekreft	0,036	0,036	0	
856D	4	Poliklinisk medikamentell behandling av lungekreft	0,491	0,491	0	
904A	4	Poliklinisk konsultasjon vedr astma og bronkitt	0,054	0,054	0	
904B	4	Poliklinisk konsultasjon vedr KOLS	0,051	0,051	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	0,073	0,073	0	
904O	4	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nedre luftveier/ lunge	0,050	0,050	0	
980D	4	ØH-relaterte tilstander i nedre luftveier uten overnatting	0,145	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	42,619	42,619	112	K
104A	5	Operasjoner på hjerteklaff u/bk	5,204	5,204	14	K
104B	5	Operasjoner på flere hjerteklaffer eller en hjerteklaffoperasjon m/bk	7,406	7,406	26	K
104D	5	Kateterbasert implantasjon av hjerteklaff	6,523	6,523	12	K
104O	5	Operasjoner på hjerteklaff inkl hjertekateterisering, dagkirurgisk behandling	2,594	2,594	1	K
107A	5	Koronar bypass uten hjertekateterisering eller komplekse ledsagende prosedyrer u/bk	4,741	4,741	10	K
107B	5	Koronar bypass med hjertekateterisering	5,981	5,981	20	K
107C	5	Koronar bypass med komplekse ledsagende prosedyrer eller m/bk	6,372	6,372	22	K
107O	5	Koronar bypass, dagkirurgisk behandling	2,362	2,362	1	K
108	5	Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD	6,435	6,435	22	K
108O	5	Op på hjerte og store intratorakale kar ITAD, dagkirurgisk behandling	0,270	0,270	1	K
109N	5	Operasjoner på thorakalt aortaaneurisme	8,689	8,689	31	K
110	5	Større kardiovaskulære op m/bk	6,577	6,577	24	K
110O	5	Større kardiovaskulære op, dagkirurgisk behandling	0,353	0,353	1	K
111	5	Større kardiovaskulære op u/bk	3,614	3,614	10	K
112A	5	Annen perkutan kardiovaskulær prosedyre eller hyperterm perfusjon	1,586	1,586	9	K
112B	5	Perkutan ablationsbehandling for hjertearytmi	1,898	1,898	5	K
112C	5	PCI uten AMI u/bk	0,919	0,919	4	K
112D	5	PCI uten AMI m/bk	1,237	1,237	7	K
112E	5	PCI med AMI u/bk	1,162	1,162	5	K
112F	5	PCI med AMI m/bk	1,647	1,647	11	K
112P	5	Perkutan ablasjonsbehandling for hjertearytmi, dagkirurgisk behandling	1,230	1,230	1	K
112Q	5	Annen perkutan kardiovaskulær prosedyre, dagkirurgisk behandling	0,520	0,520	1	K
113	5	Amputasjon av underekstr ekskl tå v/ sirk.svikt	5,455	5,455	34	K
113O	5	Amputasjon av underekstr ekskl tå v/ sirk.svikt, dagkirurgisk behandling	0,278	0,278	1	K
114	5	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt	1,621	1,621	20	K
114O	5	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt, dagkirurgisk behandling	0,124	0,124	1	K
115A	5	Revisjon eller fjerning av pacemaker eller defibrillator	2,117	2,117	18	K
115B	5	Implantasjon eller bytte av pacemaker	1,794	1,794	12	K
115C	5	Innsetting eller bytte av defibrillator	3,094	3,094	17	K
115O	5	Revisjon eller fjerning av permanent pacemaker ved AMI, hjertesvikt eller sjokk, dagkirurgisk behandling	0,124	0,124	1	K
116O	5	Implantasjon eller bytte av pacemaker, dagkirurgisk behandling	0,699	0,699	1	K

117O	5	Innsetting eller bytte av defibrillator, dagkirurgisk behandling	0,955	0,955	1	K
119	5	Inngrep for åreknuter	1,004	0,217	3	K
119O	5	Inngrep for åreknuter, dagkirurgisk behandling	0,209	0,217	1	K
120	5	Operasjoner på sirkulasjonsorganene ITAD	1,322	1,322	10	K
120O	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	1,156	1,156	12	M
122	5	Sirk.sykdom m/ AMI u/kardiov komplik i live etter 4 dager	0,630	0,630	6	M
123	5	Akutt myokardinfarkt (AMI), liggetid < 4 dager, utskrevet død	0,553	0,553	3	M
124	5	Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre m/ kompliserende hjertelidelse	1,233	1,233	10	M
125	5	Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/ kompliserende hjertelidelse	0,788	0,788	6	M
125O	5	Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre, dagmedisinsk behandling	0,333	0,333	1	M
126	5	Akutt og subakutt endokarditt	4,550	4,550	42	M
127	5	Hjertesvikt og ikke-traumatisk sjokk	1,421	1,421	15	M
128	5	Årebetennelse i de dype vener	0,674	0,674	7	M
129	5	Hjertestans uten kjent årsak	1,435	1,435	13	M
130	5	Sykdommer i de perifere kar m/bk	1,160	1,160	13	M
131	5	Sykdommer i de perifere kar u/bk	0,867	0,867	6	M
132	5	Antatt ateroskler hjertesykdom m/bk	0,719	0,719	8	M
133	5	Antatt ateroskler hjertesykdom u/bk	0,457	0,457	4	M
134	5	Hypertensjon	0,582	0,582	5	M
135	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff >17 år m/bk	1,176	1,176	14	M
136	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff >17 år u/bk	0,713	0,713	7	M
137	5	Hjertefeil og komplik til kunstig hjerteklaff 0-17 år	1,496	1,496	15	M
138	5	Hjertearytmier og ledningsforstyrrelser m/bk	0,867	0,867	8	M
139	5	Hjertearytmier og ledningsforstyrrelser u/bk	0,508	0,508	4	M
140	5	Angina pectoris	0,616	0,616	6	M
141	5	Synkope og kollaps m/bk	0,690	0,690	6	M
142	5	Synkope og kollaps u/bk	0,516	0,516	4	M
143	5	Brystsmerter	0,417	0,417	3	M
144	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk	1,314	1,314	15	M
145	5	Sirkulasjonssykdommer ITAD u/bk	0,752	0,752	7	M
478	5	Karkirurgisk operasjon ITAD m/bk	2,462	2,462	15	K
479	5	Karkirurgisk operasjon ITAD u/bk	1,579	1,579	6	K
479O	5	Karkirurgisk operasjon ITAD, dagkirurgisk behandling	0,437	0,437	1	K
805P	5	Elektrokonvertering av hjertearymi	0,148	0,148	0	
905A	5	Pol konsultasjon vedr atrieflimmer og andre rytme- eller ledningsforstyrrelser	0,036	0,036	0	
905B	5	Poliklinisk konsultasjon vedr hypertensjon	0,039	0,039	0	

905C	5	Pol konsultasjon vedr angina pectoris og iskemisk hjertesykdom, unntatt AMI	0,050	0,050	0	
905D	5	Poliklinisk konsultasjon vedr hjertesvikt	0,038	0,038	0	
905E	5	Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdom i perifere blodkar	0,036	0,036	0	
905O	5	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre kretsløpsykdommer	0,046	0,046	0	
980E	5	ØH-relaterte hjerte- og kartilstander uten overnatting	0,125	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	5,673	5,673	29	K
147	6	Reseksjonsinngrep på rectum u/bk	3,703	3,703	11	K
147O	6	Reseksjonsinngrep på rectum, dagkirurgisk behandling	0,215	0,215	1	K
148	6	Større operasjoner på tynntarm og tykktarm m/bk	4,892	4,892	29	K
149	6	Større operasjoner på tynntarm og tykktarm u/bk	2,853	2,853	11	K
149O	6	Større operasjoner på tynntarm og tykktarm, dagkirurgisk behandling	0,386	0,386	1	K
150	6	Operasjon for tarmadheranser m/bk	3,781	3,781	26	K
151	6	Operasjon for tarmadheranser u/bk	2,431	2,431	11	K
151O	6	Operasjon for tarmadheranser, dagkirurgisk behandling	0,683	0,683	1	K
152	6	Mindre operasjoner på tynntarm og tykktarm m/bk	2,949	2,949	24	K
153	6	Mindre operasjoner på tynntarm og tykktarm u/bk	1,802	1,802	7	K
153O	6	Mindre operasjoner på tynntarm og tykktarm, dagkirurgisk behandling	0,383	0,383	1	K
154A	6	Større operasjoner på spiserør, magesekk og tolvf. >17 år m/bk	7,420	7,420	38	K
154B	6	Andre operasjoner på spiserør, magesekk og tolvf. >17 år m/bk	5,766	5,766	33	K
155A	6	Større operasjoner på spiserør, magesekk og tolvf. >17 år u/bk	3,704	3,704	12	K
155B	6	Andre operasjoner på spiserør, magesekk og tolvf. >17 år u/bk	2,177	2,177	9	K
156	6	Op på spiserør, magesekk og tolvf. 0-17 år	3,819	3,819	19	K
156O	6	Operasjoner på spiserør, magesekk og tolvf., dagkirurgisk behandling	0,212	0,212	1	K
157	6	Enkle tarmop og op på anus og fremlagt tarm m/bk	1,525	1,525	13	K
158	6	Enkle tarmop og op på anus og fremlagt tarm u/bk	0,915	0,400	5	K
158O	6	Enkle tarmop og op på anus og fremlagt tarm, dagkirurgisk behandling	0,279	0,400	1	K
159	6	Brokkop ekskl inguinal og femoral >17 år m/bk	2,102	2,102	10	K
160	6	Brokkop ekskl inguinal og femoral >17 år u/bk	1,533	0,836	6	K
160O	6	Brokkop ekskl inguinal og femoral, dagkirurgisk behandling	0,512	0,836	1	K
161	6	Inguinal og femoral brokkoperasjon >17 år m/bk	1,307	0,938	6	K

162	6	Inguinal og femoral brokkoperasjon >17 år u/bk	1,128	0,759	4	K
162O	6	Inguinal og femoral brokkoperasjon, dagkirurgisk behandling	0,631	0,759	1	K
162P	6	Bilateral inguinal og femoral brokkoperasjon eller kombinerte brokkoperasjon, dagkirurgisk behandling	0,767	0,767	1	K
163	6	Lyskebrokkoperasjon 0-17 år	1,425	1,425	6	K
166N	6	Appendektomi med kompliserende hovedtilstand	1,879	1,879	9	K
167	6	Appendektomi uten kompliserende hovedtilstand	1,214	1,199	4	K
167O	6	Appendektomi, dagkirurgisk behandling	0,751	1,199	1	K
170	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD m/bk	3,810	3,810	23	K
171	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD u/bk	1,641	1,641	7	K
171O	6	Operasjoner på fordøyelsesorganer ITAD, dagkirurgisk behandling	0,526	0,526	1	K
172	6	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene m/bk	1,633	1,633	18	M
173	6	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene u/bk	1,003	1,003	11	M
174N	6	Komplisert magesår eller blødning i fordøyelseskanalen	1,307	1,307	12	M
175N	6	Ukomplisert magesår eller blødning i fordøyelseskanalen	0,754	0,754	5	M
179	6	Inflammatoriske tarmsykdommer	1,130	1,130	12	M
180	6	Gastrointestinal passasjehindring m/bk	1,041	1,041	12	M
181	6	Gastrointestinal passasjehindring u/bk	0,612	0,612	5	M
182	6	Øsofagitt, gastroenteritt og diverse >17 år m/bk	0,923	0,923	10	M
183	6	Øsofagitt, gastroenteritt og diverse >17 år u/bk	0,520	0,520	4	M
184A	6	Øsofagitt, gastroenteritt og diverse 0-17 år m/bk	1,145	1,145	10	M
184B	6	Øsofagitt, gastroenteritt og diverse 0-17 år u/bk	0,635	0,635	5	M
188	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD >17 år m/bk	1,249	1,249	15	M
189	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD >17 år u/bk	0,689	0,689	6	M
190	6	Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD 0-17 år	0,759	0,759	6	M
703O	6	Endoskopisk innlegging av stent eller ablasjonsbehandling i magetarmkanal	0,306	0,306	0	
704O	6	Terapeutisk enteroskopi	0,110	0,110	0	
706O	6	Terapeutisk endoskopi av øvre magetarmkanal	0,123	0,123	0	
707O	6	Terapeutisk rektoskopi	0,118	0,118	0	
707P	6	Poliklinisk behandling av hemoroider	0,030	0,030	0	
709O	6	Enteroskopi	0,105	0,105	0	
710O	6	Koloskopi	0,070	0,070	0	
711O	6	Poliklinisk endoskopi av øvre magetarmkanal	0,065	0,065	0	
712O	6	Poliklinisk sigmoidoskopi	0,062	0,062	0	
720O	6	Kombinert gastrointestinal endoskopi	0,128	0,128	0	
806H	6	Poliklinisk behandling av mage-tarmlidelser med infusjon av særskilte legemidler	0,236	0,236	0	
806P	6	Mindre gastroenterologisk abdominal prosedyre	0,046	0,046	0	
806R	6	Fysiologisk gastrointestinal undersøkelse	0,037	0,037	0	
851F	6	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved kreft i fordøyelsesorganer	0,035	0,035	0	

856F	6	Poliklinisk medikamentell behandling av kreft i fordøyelsesorganer	0,145	0,145	0	
906A	6	Poliklinisk konsultasjon vedr svulst i fordøyelseskanalen	0,047	0,047	0	
906B	6	Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk tarmsykdom	0,056	0,056	0	
906C	6	Poliklinisk konsultasjon vedr smerte i mageregionen	0,038	0,038	0	
906O	6	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre fordøyelsessykdommer	0,038	0,038	0	
980F	6	ØH-relaterte tilstander i fordøyelsessystemet uten overnatting	0,134	0,206	0	

Hoveddiagnosegruppe 7: Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
191A	7	Transplantasjon av bukspyttkjertel, med eller uten nyretransplantasjon	19,144	19,144	44	K
191B	7	Op på bukspyttkj/lever og portosyst shuntop m/bk	5,413	5,413	30	K
192	7	Op på bukspyttkj/lever og portosyst shuntop u/bk	2,992	2,992	14	K
192O	7	Op på bukspyttkj/lever og portosyst shuntop, dagkirurgisk behandling	0,332	0,332	1	K
193	7	Op på galleveier foruten kun kolecystektomi m/bk	2,803	2,803	21	K
194	7	Op på galleveier foruten kun kolecystektomi u/bk	1,822	1,822	9	K
195	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang m/bk	3,733	3,733	20	K
196	7	Kolecystektomi m/ eksplorasjon av gallegang u/bk	1,649	1,649	3	K
197	7	Åpen kolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang m/bk	4,756	4,756	33	K
198	7	Åpen kolecystektomi u/ eksplorasjon av gallegang u/bk	2,273	2,273	10	K
199	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj m/ ondartet svulst	4,086	4,086	30	K
200	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj u/ ondartet svulst	5,135	5,135	26	K
200O	7	Diagn op på lever/galleveier/bukspyttkj, dagkirurgisk behandling	0,186	0,186	1	K
201	7	Op på lever, galleveier og bukspyttkjertel ITAD	4,167	4,167	27	K
201O	7	Op på lever, galleveier og bukspyttkjertel ITAD, dagkirurgisk behandling	0,356	0,356	1	K
202	7	Cirrhose og alkoholisk leversykdom	1,640	1,640	17	M
203	7	Ondartede svulster i lever/galleveier og bukspyttkjertel	1,332	1,332	14	M
204	7	Sykdommer i bukspyttkjertel ekskl ondartede svulster	1,315	1,315	17	M
205	7	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholutløste m/bk	2,282	2,282	23	M
206	7	Leversykdom ekskl ondartede/cirrhose/alkoholutløste u/bk	1,030	1,030	11	M
207	7	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede m/bk	1,462	1,462	14	M
208	7	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede u/bk	0,739	0,739	6	M
480	7	Levertransplantasjon	31,202	31,202	71	K

493	7	Endoskopisk eller laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang m/bk	2,187	2,187	19	K
494	7	Endoskopisk eller laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang u/bk	1,344	1,077	6	K
494O	7	Endoskopisk eller laparoskopisk kolecystektomi u/ eksplor av gallegang, dagkirurgisk behandling	0,683	1,077	1	K
713O	7	Innlegging av stent i gallegang ved ERCP	0,327	0,327	0	
714O	7	Terapeutisk endoskopi av gallegang	0,189	0,189	0	
715O	7	Endoskopi av gallegang	0,152	0,152	0	
807P	7	Gastrointestinal biopsi	0,144	0,144	0	
856G	7	Poliklinisk medikamentell behandling av kreft i lever, galleveier og bukspyttkjertel	0,146	0,146	0	
907A	7	Poliklinisk konsultasjon vedr hepatitt og andre ikke-maligne leverlidelser	0,052	0,052	0	
907B	7	Poliklinisk konsultasjon vedr galleveislidelser	0,037	0,037	0	
907O	7	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i lever og galleveier	0,055	0,055	0	

Hoveddiagnosegruppe 8: Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
209B	8	Komplisert utskifting av hofteprotese	5,619	5,619	41	K
209C	8	Utskifting av hofteleddsprotese	3,454	3,454	15	K
209F	8	Utskifting av protese i kne eller ankel	3,098	3,098	11	K
209H	8	Innsetting av protese i kne	1,898	1,898	7	K
209I	8	Innsetting av protese i ankel	2,400	2,400	6	K
209J	8	Komplisert utskifting av protese i kne eller ankel	5,884	5,884	44	K
209O	8	Store leddingrep på underekstremitet, ikke reoperasjon, dagkirurgisk behandling	0,746	0,746	1	K
209S	8	Innsetting av primær hofteleddsprotese pga. fraktur m/ bk	2,984	2,984	12	K
209T	8	Innsetting av primær hofteleddsprotese pga. fraktur u/ bk	2,342	2,342	6	K
209U	8	Innsetting av primær hofteleddsprotese av andre årsaker enn fraktur m/ bk	2,364	2,364	12	K
209V	8	Innsetting av primærhofteleddsprotese av andre årsaker enn fraktur u/ bk	1,861	1,861	6	K
210A	8	Større op på bekken/hofte/femur pga traume >17 år m/bk	5,155	5,155	38	K
210N	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop >17 år m/bk	2,581	2,581	15	K
211A	8	Større op på bekken/hofte/femur pga traume >17 år u/bk	3,687	3,687	14	K
211N	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop >17 år u/bk	1,709	1,709	8	K
212	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop 0-17 år	2,904	2,904	14	K
212O	8	Op på bekken/hofte/femur ekskl hofteledd, dagkirurgisk behandling	0,545	0,545	1	K

213	8	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet	4,934	4,934	30	K
213O	8	Amputasjoner pga traume eller sykdom i bevegelsesapparatet, dagkirurgisk behandling	0,222	0,222	1	K
214A	8	Kombinert fremre/ bakre spondylodese	5,607	5,607	14	K
214B	8	Fremre eller bakre spondylodese m/bk	4,855	4,855	18	K
214C	8	Operasjoner på kolumna ekskl. spondylodese m/bk	1,977	1,977	12	K
215B	8	Fremre eller bakre spondylodese u/bk	2,476	2,476	8	K
215C	8	Operasjoner på kolumna ekskl. spondylodese u/bk	1,528	1,362	6	K
215O	8	Operasjoner på kolumna, dagkirurgisk behandling	0,558	1,362	1	K
216	8	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet og bindevevet	2,926	2,926	39	K
216O	8	Biopsier fra skjelett-muskelsystemet og bindevevet, dagkirurgisk behandling	0,296	0,296	1	K
217	8	Sårrev og hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykdom i HDG 8	6,664	6,664	45	K
217O	8	Sårrev og hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykdom i HDG 8, dagkirurgisk behandling	0,499	0,499	1	K
218	8	Op på humerus og kne/legg/fot ekskl kneleddsop >17 år m/bk	3,211	3,211	19	K
219	8	Op på humerus og kne/legg/fot ekskl kneleddsop >17 år u/bk	2,211	2,211	11	K
220	8	Op på humerus og kne/legg/fot ekskl kneleddsop 0-17 år	1,515	1,515	6	K
220O	8	Op på humerus og kne/legg/fot, dagkirurgisk behandling	0,571	0,571	1	K
221	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop m/bk	3,141	3,141	24	K
222	8	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	1,567	0,750	7	K
222O	8	Annen operasjon på kne eller legg, dagkirurgisk behandling	0,493	0,750	1	K
222P	8	Større operasjon på kne eller legg, dagkirurgisk behandling	0,666	0,666	1	K
223	8	Større op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese m/bk	1,944	1,944	9	K
223O	8	Større op på humerus/albue/underarm, dagkirurgisk behandling	0,502	0,502	1	K
224A	8	Bruddoperasjon på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk	1,389	1,133	4	K
224B	8	Operasjon på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese og bruddbehandling u/bk	1,312	0,737	4	K
224P	8	Bruddoperasjon på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese, dagkirurgisk behandling	0,781	1,133	1	K
224Q	8	Operasjon på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese og bruddbehandling, dagkirurgisk behandling	0,585	0,737	1	K
225	8	Operasjoner på ankel og fot	1,864	1,864	10	K
225O	8	Operasjoner på ankel og fot, dagkirurgisk behandling	0,566	0,566	1	K
226	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD m/bk	2,198	2,198	15	K
227	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	1,298	1,298	6	K
227O	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD, dagkirurgisk behandling	0,409	0,409	1	K
228	8	Op på håndledd/hånd/tommel m/bk eller leddprotese håndledd/ hånd	2,044	2,044	13	K

228O	8	Større op på håndledd/hånd/tommel, dagkirurgisk behandling	0,561	0,561	1	K
229	8	Op på håndledd/hånd u/bk eller sårrevisjon på overekstremitet	1,282	1,282	5	K
229O	8	Op på håndledd/ hånd ekskl større leddop, dagkirurgisk behandling	0,386	0,386	1	K
230	8	Lokal eksisjon og fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur	1,177	0,760	6	K
230O	8	Lokal eksisjon og fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur, dagkirurgisk behandling	0,442	0,760	1	K
231	8	Lokal eksisjon og fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	1,193	0,326	6	K
231O	8	Lokal eksisjon og fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur, dagkirurgisk behandling	0,256	0,326	1	K
232	8	Artroskopi	2,247	2,247	17	K
232O	8	Artroskopi, dagkirurgisk behandling	0,453	0,453	1	K
233	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD m/bk	4,058	4,058	29	K
234	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	1,978	1,978	7	K
234O	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD, dagkirurgisk behandling	0,535	0,535	1	K
235	8	Lårbeinsbrudd	1,124	1,124	12	M
236	8	Brudd på hofte og bekken	0,897	0,897	9	M
237	8	Forstuving og luksasjon av hofte, bekken og lår	0,672	0,672	5	M
238	8	Osteomyelitt	2,190	2,190	24	M
239	8	Patologiske brudd og ondartede svulster i HDG 8	1,567	1,567	14	M
240N	8	Vaskulitter og systemiske bindevevssykdommer m/bk	1,808	1,808	16	M
241N	8	Vaskulitter og systemiske bindevevssykdommer u/bk	1,060	1,060	8	M
242A	8	Infeksiøs artritt og bursitt	3,273	3,273	35	M
242B	8	Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer m/bk	1,230	1,230	12	M
242C	8	Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk	0,820	0,820	7	M
242D	8	Annen artritt	0,863	0,863	9	M
242E	8	Artroser m/bk	0,876	0,876	8	M
242F	8	Artroser u/bk	0,632	0,632	6	M
243	8	Ryggglidelser, traumatiske tilstander og symptomer i ryggen	0,801	0,801	8	M
244	8	Andre beinsykdommer m/bk	1,197	1,197	13	M
245	8	Andre beinsykdommer u/bk	0,802	0,802	7	M
247	8	Uspesifikke tilst og sympt fra muskel-skjelettsyst/bindevev ITAD	0,560	0,560	6	M
248	8	Tilstander i muskler, sener, seneskjeder, fascie og bursa ITAD	0,980	0,980	9	M
249	8	Komplik/følgetilst/etterbehandling av tilstander i HDG 8	1,177	1,177	14	M
250	8	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd, fot >17 år m/bk	0,724	0,724	6	M
251	8	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd, fot >17 år u/bk	0,494	0,494	5	M
252	8	Brudd/forstuving/luksasjon av u.arm, hånd fot 0-17 år	0,662	0,662	2	M

253	8	Brudd/forstuving/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot >17 år m/bk	0,928	0,928	10	M
254	8	Brudd/forstuving/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot >17 år u/bk	0,604	0,604	5	M
255	8	Brudd/forstuving/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot 0-17 år	0,693	0,693	3	M
256	8	Sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev ITAD	0,960	0,960	10	M
471N	8	Bilaterale eller flere store leddproteseoperasjoner i ekstremiteter	3,408	3,408	13	K
491	8	Proteseop og replantasjon i skulder/albue/håndledd	3,045	3,045	11	K
491O	8	Proteseop og replantasjon i skulder/albue/håndledd, dagkirurgisk behandling	0,491	0,491	1	K
808H	8	Polikli behandling av revmatologiske lidelser med infusjon av særskilte legemidler	0,183	0,183	0	
808I	8	Ikke-kirurgisk behandling av Dupuytren's kontraktur	0,233	0,233	0	
808O	8	Polikliniske kontakter for gjennomføring av middels omfattende prosedyrer i bevegelsesapparatet	0,072	0,072	0	
808U	8	Muskel- og skjelettbiopsi	0,095	0,095	0	
808W	8	Lukket reposisjon av brudd og luksasjon eller leddmobilisering	0,072	0,072	0	
808Y	8	Ortopedisk bandasjering	0,047	0,047	0	
908A	8	Pol kons vedr brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken	0,043	0,043	0	
908B	8	Poliklinisk konsultasjon vedrørende artrose	0,034	0,034	0	
908C	8	Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk leddsykdom	0,038	0,038	0	
908D	8	Poliklinisk konsultasjon vedr systemiske bindevevssykdommer	0,055	0,055	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	0,048	0,048	0	
908G	8	Poliklinisk konsultasjon vedr myositt	0,088	0,088	0	
908H	8	Poliklinisk konsultasjon vedr osteoporose	0,030	0,030	0	
908O	8	Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i bevegelsesapparatet	0,025	0,025	0	
980H	8	ØH-relaterte muskel- og skjelettilstander uten overnatting	0,101	0,218	0	

Hoveddiagnosegruppe 9: Sykdommer i hud og underhud

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
263	9	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt m/bk	4,782	4,782	41	K
264	9	Hudtransplant og/eller revisjoner ved sår/cellulitt u/bk	2,388	2,388	16	K
265	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt m/bk	2,375	2,375	18	K
266	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt u/bk	1,325	0,338	6	K
266O	9	Hudtranspl og/eller revisjoner, dagkirurgisk behandling	0,247	0,338	1	K
267	9	Perianale inngrep og operasjoner for sakralcyste	0,836	0,456	5	K

267O	9	Perianale inngrep og operasjoner for sakralcyste, dagkirurgisk behandling	0,309	0,456	1	K
268	9	Plastiske op på hud og underhud	2,063	2,063	13	K
268O	9	Plastiske op på hud og underhud, dagkirurgisk behandling	0,322	0,322	1	K
269	9	Op på hud og underhud ITAD m/bk	2,650	2,650	24	K
270	9	Op på hud og underhud ITAD u/bk	1,142	1,142	8	K
270O	9	Op på hud og underhud ITAD, dagkirurgisk behandling	0,205	0,205	1	K
271	9	Kroniske sår i huden	1,497	1,497	17	M
272	9	Alvorlig hudsykdom m/bk	1,678	1,678	18	M
273	9	Alvorlig hudsykdom u/bk	1,393	1,393	16	M
277	9	Infeksjoner i hud og underhud >17 år m/bk	1,464	1,464	16	M
278	9	Infeksjoner i hud og underhud >17 år u/bk	0,826	0,826	8	M
279	9	Infeksjoner i hud og underhud 0-17 år	1,095	1,095	6	M
280	9	Skade av hud og underhud >17 år m/bk	0,737	0,737	6	M
281	9	Skade av hud og underhud >17 år u/bk	0,486	0,486	3	M
282	9	Skade av hud og underhud 0-17 år	0,560	0,560	3	M
283	9	Lettere hudsykdom m/bk	1,499	1,499	17	M
284	9	Lettere hudsykdom u/bk	1,013	1,013	11	M
530	9	Større plastikkirurgi etter stort vekttap (inkl. postbariatrisk kirurgi)	1,597	1,597	3	K
530O	9	Plastikkirurgi etter stort vekttap (inkl. postbariatrisk kirurgi)	0,529	0,529	1	K
531	9	Annen plastikkirurgi etter stort vekttap (inkl. postbariatrisk kirurgi)	1,365	1,365	3	K
809H	9	Poliklinisk behandling av hudlidelser med infusjon av særskilte legemidler	0,182	0,182	0	
809J	9	Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon	0,087	0,087	0	
809P	9	Fotodynamisk behandling av hudlidelse	0,032	0,032	0	
809R	9	Annen lysbehandling	0,004	0,004	0	
809S	9	Basal sårbehandling	0,034	0,034	0	
809T	9	Mindre hudprosedyre	0,057	0,057	0	
851J	9	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved hudkreft	0,033	0,033	0	
856J	9	Poliklinisk medikamentell behandling av malignt melanom	0,659	0,659	0	
909A	9	Poliklinisk konsultasjon vedrørende mindre hudskader	0,050	0,050	0	
909B	9	Poliklinisk konsultasjon vedrørende kroniske sår	0,030	0,030	0	
909C	9	Poliklinisk konsultasjon vedrørende svulster i hud og underhud	0,032	0,032	0	
909D	9	Poliklinisk konsultasjon vedr psoriasis og andre papuloskvamøse lidelser	0,019	0,019	0	
909E	9	Poliklinisk konsultasjon vedr eksem og dermatitt	0,028	0,028	0	
909O	9	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i hud og underhud	0,028	0,028	0	

Hoveddiagnosegruppe 10: Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
285	10	Amputasjoner av underekstr pga sykdom i HDG 10	5,486	5,486	43	K
285O	10	Amputasjoner av underekstr pga sykdom i HDG 10, dagkirurgisk behandling	0,155	0,155	1	K
286	10	Operasjoner på binyrer og hypofyse	2,752	2,752	11	K
287O	10	Andre prosedyrer på endokrine organer, dagkirurgisk behandling	0,466	0,466	1	K
288A	10	Gastrointestinale operasjoner for adipositas	1,198	1,187	3	K
288B	10	Andre operasjoner for adipositas	1,492	0,908	2	K
288O	10	Gastrointestinale operasjoner for adipositas, dagkirurgisk behandling	0,065	1,187	1	K
288P	10	Andre operasjoner for adipositas, dagkirurgisk behandling	0,847	0,908	1	K
289	10	Operasjoner på biskjoldbruskkjertelen	1,168	1,168	4	K
290	10	Operasjoner på skjoldbruskkjertelen	1,549	1,549	5	K
290O	10	Operasjoner på skjoldbruskkjertelen, dagkirurgisk behandling	0,077	0,077	1	K
292	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD m/bk	5,990	5,990	38	K
293	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD u/bk	2,042	2,042	7	K
293O	10	Op ved sykdommer i HDG 10 ITAD, dagkirurgisk behandling	0,082	0,082	1	K
294C	10	Diabetes >35 år m/bk	1,028	1,028	9	M
294N	10	Diabetes > 35 år u/bk	1,028	1,028	9	M
295	10	Diabetes < 36 år	1,721	1,721	14	M
296	10	Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD >17 år m/bk	1,180	1,180	12	M
297	10	Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD >17 år u/bk	0,712	0,712	7	M
298	10	Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD 0-17 år	1,035	1,035	8	M
299	10	Medfødte stoffskiftesykdommer	1,428	1,428	14	M
300	10	Indresekretoriske sykdommer m/bk	1,488	1,488	18	M
301	10	Indresekretoriske sykdommer u/bk	0,796	0,796	6	M
810R	10	Registrering av hormonprofil	0,078	0,078	0	
910A	10	Poliklinisk konsultasjon vedrørende diabetes mellitus	0,035	0,035	0	
910B	10	Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdom i skjoldbruskkjertelen	0,040	0,040	0	
910C	10	Poliklinisk konsultasjon vedrørende fedme og overvekt	0,031	0,031	0	
910O	10	Poliklinisk konsultasjon vedr andre endokrine/ernærings-/ stoffskiftesykdommer	0,049	0,049	0	

Hoveddiagnosegruppe 11: Nyre og urinveissykdommer

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng	Trim punkt	DRG type
302	11	Nyretransplantasjon	10,987	10,987	31	K
303	11	Nyre/ureterop og større blæreop pga ondartet svulst	3,498	3,498	16	K
304	11	Nyre/ureterop og større blæreop ekskl onda svulst m/bk	3,280	3,280	23	K
305	11	Nyre/ureterop og større blæreop ekskl onda svulst u/bk	2,550	2,550	9	K
305O	11	Nyre/ureterop og større blæreop, dagkirurgisk behandling	0,382	0,382	1	K
307N	11	Implantasjon av sfinkterprotese	2,726	2,726	4	K
307O	11	Implantasjon av sfinkterprotese, dagkirurgisk behandling	0,581	0,581	1	K
308	11	Operasjoner på urinblæren ITAD m/bk	1,479	1,150	10	K
309	11	Operasjoner på urinblæren ITAD u/bk	0,942	0,613	4	K
309O	11	Mindre operasjoner på urinblære ITAD, dagkirurgisk behandling	0,422	0,613	1	K
310	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata m/bk	1,120	0,988	8	K
311	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk	0,992	0,860	3	K
311O	11	Transurethrale operasjoner ekskl på prostata, dagkirurgisk behandling	0,447	0,860	1	K
312	11	Operasjoner på urinrør >17 år m/bk	1,423	1,423	5	K
313	11	Operasjoner på urinrør >17 år u/bk	0,804	0,484	3	K
314	11	Operasjoner på urinrør 0-17 år	1,151	1,151	4	K
314O	11	Operasjoner på urinrør, dagkirurgisk behandling	0,351	0,484	1	K
315	11	Operasjoner på nyrer og urinveier ITAD	1,928	1,928	17	K
315O	11	Operasjoner på nyrer og urinveier ITAD, dagkirurgisk behandling	0,368	0,368	1	K
316	11	Nyresvikt	1,484	1,484	17	M
317	11	Dialysebehandling	0,098	0,098	8	M
317O	11	Dialysebehandling, dagmedisinsk behandling	0,098	0,098	1	M
318	11	Svulster i nyrer og urinveier m/bk	1,406	1,406	15	M
319	11	Svulster i nyrer og urinveier u/bk	0,809	0,809	8	M
320	11	Infeksjoner i nyrer og urinveier >17 år m/bk	1,265	1,265	12	M
321	11	Infeksjoner i nyrer og urinveier >17 år u/bk	0,804	0,804	7	M
322	11	Infeksjoner i nyrer og urinveier 0-17 år	1,232	1,232	6	M
323	11	Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling	0,917	0,917	7	M
323O	11	Stein i urinveiene og/eller ESWL behandling, dagmedisinsk behandling	0,172	0,172	1	M
324	11	Stein i urinveiene u/bk	0,586	0,586	4	M
325	11	Symptomer fra nyrer og urinveier >17 år m/bk	0,804	0,804	7	M
326	11	Symptomer fra nyrer og urinveier >17 år u/bk	0,588	0,588	14	M
327	11	Symptomer fra nyrer og urinveier 0-17 år	0,716	0,716	7	M
329N	11	Urethrastrikur	0,832	0,832	4	M

331	11	Sykdom i nyrer og urinveier ITAD >17 år m/bk	0,997	0,997	11	M
332	11	Sykdom i nyrer og urinveier ITAD >17 år u/bk	0,746	0,746	7	M
333	11	Sykdom i nyrer og urinveier ITAD 0-17 år	1,165	1,165	9	M
716O	11	Terapeutisk endoskopi av urinveiene	0,303	0,303	0	
717O	11	Endoskopi av øvre urinveier	0,095	0,095	0	
718O	11	Endoskopi av nedre urinveier	0,040	0,040	0	
811P	11	Punksjon av nyre eller retroperitoneum	0,460	0,460	0	
811R	11	Polikliniske urologiske tiltak, hovedsakelig diagnostiske	0,034	0,034	0	
811S	11	Mindre prosedyre på nyrer og urinveier	0,036	0,036	0	
856M	11	Poliklinisk medikamentell behandling av kreft i nyre og urinveier	0,168	0,168	0	
911A	11	Poliklinisk konsultasjon vedrørende nyresvikt	0,034	0,034	0	
911B	11	Poliklinisk konsultasjon vedrørende svulst i urinveiene	0,038	0,038	0	
911C	11	Poliklinisk konsultasjon vedr oppfølging av nyretransplanterte	0,045	0,045	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	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
334	12	Større operasjoner i det mannlige bekken m/bk	2,521	2,521	10	K
335	12	Større operasjoner i det mannlige bekken u/bk	2,231	2,231	5	K
335O	12	Større operasjoner i det mannlige bekken, dagkirurgisk behandling	0,484	0,484	1	K
336	12	Transurethral prostatectomi m/bk	1,169	1,169	7	K
337	12	Transurethral prostatectomi u/bk	0,965	0,950	3	K
337O	12	Transurethral prostatectomi, dagkirurgisk behandling	0,260	0,950	1	K
338	12	Op på skrotalinnhold ved ondartede sykdommer	1,042	1,042	5	K
339	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd >17 år	1,096	1,096	6	K
340	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd 0-17 år	1,018	0,598	3	K
340O	12	Op på skrotalinnhold ved godartede sykd, dagkirurgisk behandling	0,522	0,598	1	K
341	12	Operasjoner på penis	1,731	1,731	8	K
341O	12	Operasjoner på penis, dagkirurgisk behandling	0,298	0,298	1	K
342N	12	Omskjæring	0,866	0,329	3	K
343O	12	Omskjæring, dagkirurgisk behandling	0,312	0,329	1	K
344	12	Op på mannlige kjønnsorg ved ondartet svulst ITAD	1,471	1,471	9	K
345	12	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD	0,998	0,998	5	K
345O	12	Op på mannlige kjønnsorg ekskl ondartet svulst ITAD, dagkirurgisk behandling	0,210	0,210	1	K
346	12	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk	1,531	1,531	15	M
347	12	Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk	1,159	1,159	13	M

348	12	Godartet hypertrofi av prostata m/bk	0,777	0,777	7	M
349	12	Godartet hypertrofi av prostata u/bk	0,457	0,457	3	M
350	12	Inflammasjon i mannlige kjønnsorganer	0,805	0,805	7	M
351	12	Sterilisering av menn	0,000	0,000	3	K
351O	12	Sterilisering av menn, dagkirurgisk behandling	0,000	0,000	1	K
352	12	Sykdommer i mannlige kjønnsorganer ITAD	0,568	0,568	7	M
812P	12	Mindre prosedyrer på mannlige kjønnsorgan	0,036	0,036	0	
851N	12	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved svulst i mannlige kjønnsorganer	0,038	0,038	0	
852N	12	Brakyterapi ved prostatakreft	2,180	2,180	0	K
856N	12	Poliklinisk medikamentell behandling av svulst i mannlige kjønnsorganer	0,171	0,171	0	
912A	12	Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i mannlige kjønnsorgan	0,030	0,030	0	
912O	12	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i mannlige kjønnsorganer	0,034	0,034	0	

Hoveddiagnosegruppe 13: Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
353	13	Eksentrasjon av bekkenet, radikal hysterektomi og vulvektomi	5,077	5,077	21	K
353O	13	Eksentrasjon av bekkenet, radikal hysterektomi og vulvektomi, dagkirurgisk behandling	0,039	0,039	1	K
354	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd m/bk	2,741	2,741	11	K
355	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd u/bk	1,967	1,967	5	K
355O	13	Op på uterus/adn pga ikke ovar/adn malign sykd, dagkirurgisk behandling	0,523	0,523	1	K
356	13	Rekonstruktive gynekologiske inngrep	1,277	1,085	3	K
356O	13	Rekonstruktive gynekologiske inngrep, dagkirurgisk behandling	0,659	1,085	1	K
357	13	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom	3,379	3,379	12	K
357O	13	Op på uterus/adn ved ovar/adn malign sykdom, dagkirurgisk behandling	0,747	0,747	1	K
358	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd m/bk	2,265	2,265	12	K
359	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd u/bk	1,564	0,850	4	K
359O	13	Op på uterus/adn ved godartede sykd i ovar/adn, dagkirurgisk behandling	0,417	0,850	1	K
359Q	13	Intervensjoner på embryo eller prøverørsbehandling med mikroinjeksjon (ICSI), dagkirurgisk behandling	0,099	0,099	1	K
360	13	Operasjoner på vagina, cervix og vulva ekskl vulvektomi	1,300	1,300	9	K
360O	13	Operasjoner på vagina, cervix og vulva ekskl vulvektomi, dagkirurgisk behandling	0,221	0,221	1	K
361	13	Gynekologisk laparoskopi og sterilisering via laparotomi	1,249	1,249	6	K
361O	13	Gynekologisk laparoskopi og sterilisering via laparotomi, dagkirurgisk behandling	0,613	0,613	1	K

362	13	Sterilisering via laparoskopi eller annen endoskopisk sterilisering	0,000	0,000	2	K
362O	13	Sterilisering via laparoskopi eller annen endoskopisk sterilisering, dagkirurgisk behandling	0,000	0,000	1	K
363	13	Utskraping og konisering ved ondartet sykdom	0,997	0,997	9	K
364	13	Utskraping og konisering ekskl ondartet sykdom	0,730	0,127	4	K
364O	13	Utskraping og konisering, dagkirurgisk behandling	0,119	0,127	1	K
365	13	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD	1,812	1,812	13	K
365O	13	Operasjoner på kvinnelige kjønnsorganer ITAD, dagkirurgisk behandling	0,650	0,650	1	K
366	13	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer m/bk	1,548	1,548	17	M
367	13	Ondartede svulster i kvinnelige kjønnsorganer u/bk	1,185	1,185	12	M
368	13	Infeksjoner i kvinnelige kjønnsorganer	0,854	0,854	7	M
369	13	Tilstander i kvinnelige kjønnsorganer ITAD	0,688	0,688	6	M
719O	13	Hysteroskopi og salpingoskopi	0,109	0,109	0	
813R	13	Assistert befruktning	0,045	0,045	0	
813S	13	Gynekologisk biopsi	0,043	0,043	0	
813T	13	Annen poliklinisk gynekologisk prosedyre	0,061	0,061	0	
856O	13	Poliklinisk medikamentell behandling av svulst i kvinnelige kjønnsorganer	0,176	0,176	0	
913A	13	Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i kvinnelige kjønnsorganer	0,036	0,036	0	
913O	13	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	0,031	0,031	0	

Hoveddiagnosegruppe 14: Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
370	14	Keisersnitt m/bk	1,897	1,897	14	K
370B	14	Keisersnitt m/kompliserende faktor preeklampsi	1,897	1,897	14	K
371	14	Keisersnitt u/bk	1,365	1,365	8	K
371O	14	Keisersnitt, dagkirurgisk behandling	0,303	0,303	1	K
372	14	Vaginal fødsel m/bk	0,879	0,879	8	M
372B	14	Vaginal fødsel m/kompliserende faktor preeklampsi	0,879	0,879	8	M
373	14	Vaginal fødsel u/bk	0,574	0,574	5	M
373O	14	Vaginal fødsel, dagopphold	0,098	0,098	1	M
374	14	Vaginal fødsel m/sterilisering og/eller evakuering	1,384	1,384	8	K
375	14	Vaginal fødsel m/ op ekskl sterilisering og evakuering	1,072	1,072	8	K
376	14	Sykdommer etter forløsning og abort u/ operasjon	0,705	0,705	6	M
377N	14	Sykdommer etter forløsning og abort m/ operasjon	1,189	1,189	8	K
377O	14	Sykdommer etter forløsning og abort m/ operasjon, dagkirurgisk behandling	0,172	0,172	1	K
378N	14	Operasjoner ved ekstrauterin graviditet	1,111	1,111	3	K
379	14	Truende abort	0,597	0,597	13	M

380	14	Abort uten kirurgisk inngrep og tilst etter abort	0,410	0,410	3	M
381	14	Spontan el medik utløst abort inkl revisjon	0,639	0,384	3	K
381O	14	Abort, dagkirurgisk behandling	0,276	0,384	1	K
382	14	Falske rier	0,387	0,387	7	M
383	14	Sykdommer i svangerskapet ITAD m/bk	0,657	0,657	9	M
384	14	Sykdommer i svangerskapet ITAD u/bk	0,434	0,434	7	M
814P	14	Annen helsehjelp ifm spontanabort og komplikasjoner etter abort	0,044	0,044	0	
814R	14	Andre forløsningsprosedyrer	0,077	0,077	0	
814S	14	Medikamentell svangerskapsavbrytelse	0,044	0,044	0	
914O	14	Poliklinisk konsultasjon vedrørende svangerskap, fødsel og barseltid	0,023	0,023	0	
914P	14	Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide	0,025	0,025	0	
914Q	14	Fosterdiagnostiske undersøkelser	0,028	0,028	0	

Hoveddiagnosegruppe 15: Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
385A	15	Nyfødt, døde 0-2 d. gml eller overf. til annen inst. 0-5 d. etter fødsel	1,360	1,360	5	
385B	15	Oppfølging av neonatalproblemer eller forsinket neonatalproblem, fødselsvekt over 1000 g	1,361	1,361	15	
385C	15	Oppfølging av nyfødte med fødselsvekt under 1000 g	12,244	12,244	75	
386N	15	Nyfødt, fødselsvekt under 1000 g	25,901	25,901	112	
387N	15	Nyfødt, fødselsvekt 1000-1499 g	17,351	17,351	73	
388A	15	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499g eller annen immaturitet, med multiple problemer	11,620	11,620	71	
388B	15	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499g eller annen immaturitet, uten multiple problemer	2,728	2,728	19	
388C	15	Alvorlig respirasjonsproblem hos nyfødt med lav fødselsvekt (<2500g)	10,103	10,103	45	
389A	15	Nyfødt, fødselsvekt 1500 g eller mer, med større operasjon	12,057	12,057	55	
389B	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med multiple problemer	4,555	4,555	33	
389C	15	Alvorlig respirasjonsproblem hos nyfødt uten lav fødselsvekt (>2499g)	3,976	3,976	15	
390	15	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem	0,980	0,980	7	
391	15	Frisk nyfødt	0,525	0,525	5	
391O	15	Frisk nyfødt, dagopphold	0,116	0,116	1	
915O	15	Poliklinisk konsultasjon vedrørende perinatale tilstander uten signifikant prosedyre	0,033	0,033	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	4,362	4,362	20	K
393	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16 0-17 år	2,121	2,121	7	K
393O	16	Op på milten pga sykdom i HDG 16, dagkirurgisk behandling	0,894	0,894	1	K
394	16	Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD	1,852	1,852	11	K
394O	16	Op pga sykdom i blod/bloddannende organer ITAD, dagkirurgisk behandling	0,410	0,410	1	K
395	16	Sykdommer i røde blodlegemer >17 år	0,932	0,932	11	M
396	16	Sykdommer i røde blodlegemer 0-17 år	1,627	1,627	18	M
397	16	Koagulasjonsforstyrrelser	0,988	0,988	10	M
398	16	Retikuloendoteliale og immunologiske sykd ITAD m/bk	1,357	1,357	17	M
399	16	Retikuloendoteliale og immunologiske sykd ITAD u/bk	0,860	0,860	7	M
816P	16	Transfusjon av andre blodkomponenter	0,139	0,139	0	
816R	16	Transfusjon av fullblod eller røde blodlegemer	0,089	0,089	0	
916O	16	Poliklinisk konsultasjon vedr sykdommer ved bloddannelse eller i immunsystemet	0,063	0,063	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	2,897	2,897	18	K
401	17	Op ved lymfom og ikke-akutt leukemi ITAD m/bk	4,011	4,011	42	K
402	17	Op ved lymfom og ikke-akutt leukemi ITAD u/bk	1,815	1,815	10	K
402O	17	Op ved lymfom og ikke-akutt leukemi ITAD, dagkirurgisk behandling	0,439	0,439	1	K
403	17	Lymfom og ikke-akutt leukemi m/bk	2,113	2,113	21	M
404	17	Lymfom og ikke-akutt leukemi u/bk	1,392	1,392	11	M
405	17	Akutt leukemi 0-17 år	2,825	2,825	24	M
406	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom og leukemi m/bk	6,067	6,067	28	K
407	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom og leukemi u/bk	3,128	3,128	10	K
407O	17	Større op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom og leukemi, dagkirurgisk behandling	0,381	0,381	1	K
408	17	Andre op ved sykdommer i HDG 17 ekskl lymfom og leukemi	2,002	2,002	13	K
408O	17	Op ved myeloprolif sykd eller udiff ondartet sykdom, dagkirurgisk behandling	0,288	0,288	1	K
411N	17	Observasjon eller behandling knyttet til tidligere eller mistenkt kreftsykdom	1,015	1,015	11	M
413	17	Sykdommer i HDG 17 ITAD m/bk	2,109	2,109	19	M

414	17	Sykdommer i HDG 17 ITAD u/bk	1,263	1,263	11	M
473	17	Akutt leukemi >17 år	3,002	3,002	31	M
481A	17	Annen stamcelletransplantasjon	5,685	5,685	32	K
481B	17	Allogen stamcelletransplantasjon >17 år	20,697	20,697	64	K
481C	17	Allogen stamcelletransplantasjon 0-17 år	38,498	38,498	75	K
481O	17	Annen stamcelletransplantasjon, dagkirurgisk behandling	2,834	2,834	1	K
481P	17	Allogen stamcelletransplantasjon, dagkirurgisk behandling	10,340	10,340	1	K
851R	17	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved kreft i bloddannende organer og lymfatisk vev	0,038	0,038	0	
856R	17	Poliklinisk medikamentell behandling av kreft i bloddannende organer og lymfatisk vev	0,238	0,238	0	
917A	17	Pol kons vedr lymfom, leukemi, myelomatose og visse andre benmargssykdommer	0,049	0,049	0	
917O	17	Poliklinisk konsultasjon vedr myeloproliferative tilstander eller udifferensierte svulster	0,044	0,044	0	

Hoveddiagnosegruppe 18: Infeksiøse og parasittære sykdommer

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
415	18	Op ved sykdommer i HDG 18	4,377	4,377	41	K
415O	18	Op ved sykdommer i HDG 18, dagkirurgisk behandling	0,223	0,223	1	K
416N	18	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 >17 år	2,483	2,483	21	M
417N	18	Sepsis ved sykdommer i HDG 18 0-17 år	3,127	3,127	16	M
418	18	Postop og posttraumatiske infeksjoner tilhørende HDG 18	1,261	1,261	14	M
419	18	Feber av ukjent årsak >17 år m/bk	1,155	1,155	11	M
420	18	Feber av ukjent årsak >17 år u/bk	0,762	0,762	8	M
421	18	Virussykdommer >17 år	0,820	0,820	9	M
422	18	Virussykdommer og feber av ukjent årsak 0-17 år	0,757	0,757	5	M
423	18	Sykdommer i HDG 18 ITAD	1,528	1,528	15	M
489	18	HIV m/ betydelig HIV relatert sykdom	2,675	2,675	25	M
490	18	HIV med eller uten bidiagnose	1,709	1,709	24	M
918O	18	Poliklinisk konsultasjon vedrørende infeksjons- og parasittsykdommer uten signifikant prosedyre	0,029	0,029	0	

Hoveddiagnosegruppe 19: Psykiske lidelser og rusproblemer

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
424N	19	Operasjoner på pasienter med sykdom i HDG19	3,207	3,207	15	K
424O	19	Operasjoner på pasienter med sykdom i HDG19, dagkirurgisk behandling	0,984	0,984	1	K

426A	19	Bipolare lidelser < 60 år	0,737	0,737	5	M
426B	19	Bipolare lidelser >59 år	0,737	0,737	12	M
426C	19	Andre forstyrrelser i stemningsleie < 60 år	0,737	0,737	5	M
426D	19	Andre forstyrrelser i stemningsleie >59 år	0,737	0,737	11	M
427A	19	Angstlidelse	0,737	0,737	6	M
427B	19	Varige personlighetsforstyrrelser	0,737	0,737	6	M
427C	19	Akutt stressreaksjon	0,737	0,737	4	M
427D	19	Andre nevroser	0,737	0,737	10	M
428N	19	Personlighetsforstyrrelser	0,737	0,737	6	M
429A	19	Organiske betingede mentale forstyrrelser m/bk	1,193	1,193	14	M
429B	19	Organiske betingede mentale forstyrrelser u/bk	0,872	0,872	63	M
430A	19	Schizofreni <30 år	0,737	0,737	1	M
430B	19	Schizofreni 30-59 år	0,737	0,737	5	M
430C	19	Schizofreni >59 år	0,737	0,737	4	M
430D	19	Kroniske ikke-schizofrene psykoser	0,737	0,737	7	M
430E	19	Kortvarige ikke-schizofrene psykoser	0,737	0,737	7	M
430F	19	Andre psykoser	0,737	0,737	4	M
431A	19	Mental retardasjon	0,737	0,737	9	M
431B	19	Nevropsykiatriske forstyrrelser	0,737	0,737	6	M
431C	19	Andre mentale forstyrrelser hos barn	0,737	0,737	3	M
432A	19	Spiseforstyrrelser	1,533	1,533	17	M
432B	19	Andre spesifiserte mentale forstyrrelser	0,737	0,737	8	M
432C	19	Andre uspesifiserte mentale forstyrrelser	0,737	0,737	5	M
436A	19	Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk m/bk	0,777	0,777	6	M
436B	19	Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk u/bk	0,479	0,479	3	M
436C	19	Psykose som skyldes misbruk	0,737	0,737	3	M
919O	19	Poliklinisk konsultasjon vedrørende mentale tilstander uten signifikant prosedyre	0,108	0,108	0	
980T	19	ØH-relaterte rusmiddelfremkalt og psykiatriske tilstander som krever somatisk behandling uten overnatting	0,215	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	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
439	21	Hudtransplantasjon etter skade	4,696	4,696	31	K
439O	21	Hudtransplantasjon etter skade, dagkirurgisk behandling	0,537	0,537	1	K
441A	21	Håndkirurgiske inngrep etter skade	1,812	1,812	8	K
441B	21	Store håndkirurgiske inngrep etter skade	11,220	11,220	16	K
441O	21	Håndkirurgiske inngrep etter skade, dagkirurgisk behandling	0,367	0,367	1	K

442	21	Operasjoner etter skade ITAD m/bk	5,431	5,431	35	K
442O	21	Større operasjoner for behandlingskomplikasjon, dagkirurgisk behandling	0,359	0,359	1	K
443	21	Operasjoner etter skade ITAD u/bk	1,877	1,877	9	K
443O	21	Andre større op etter skader, dagkirurgisk behandling	0,297	0,297	1	K
444	21	Traume >17 år m/bk	1,098	1,098	11	M
445	21	Traume >17 år u/bk	0,704	0,704	5	M
446	21	Traume 0-17 år	0,746	0,746	4	M
447	21	Allergiske reaksjoner >17 år	0,512	0,512	4	M
448	21	Allergiske reaksjoner 0-17 år	0,379	0,379	2	M
449	21	Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel >17 m/bk	0,923	0,923	6	M
450	21	Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel >17 u/bk	0,621	0,621	3	M
451	21	Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel 0-17 år	0,604	0,604	3	M
452A	21	Komplikasjoner ved kirurgisk behandling m/bk	1,858	1,858	14	K
452B	21	Komplikasjoner ved annen behandling m/bk	1,203	1,203	13	M
453A	21	Komplikasjoner ved kirurgisk behandling u/bk	1,224	1,224	5	K
453B	21	Komplikasjoner ved annen behandling u/bk	0,602	0,602	6	M
454	21	Sykdommer i HDG 21 ITAD m/bk	1,140	1,140	14	M
455	21	Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk	0,451	0,451	4	M
484	21	Kraniotomi ved signifikant multitraume	12,001	12,001	40	K
485	21	Større op hofte/lårbensop og replantasjoner ved HDG 21	6,380	6,380	25	K
486	21	Større operasjoner ved signifikant multitraume	6,980	6,980	23	K
486O	21	Større operasjoner ved signifikant multitraume, dagkirurgisk behandling	2,254	2,254	1	K
487	21	Signifikant multitraume ITAD	2,465	2,465	17	M
921O	21	Poliklinisk konsultasjon vedr skader/ forgiftninger/ skadelige medikamentvirkninger	0,048	0,048	0	
980U	21	Skader, forgiftninger og utilsiktede medikamentvirkninger uten overnatting	0,172	0,252	0	

Hoveddiagnosegruppe 22: Forbrenninger

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
456	22	Forbrenninger, overført til annen akutenhet, liggetid < 6 dager	0,898	0,898	4	
457	22	Omfattende forbrenninger uten operativ behandling	3,076	3,076	23	M
458	22	Mindre omfattende forbrenninger med hudtransplantasjon	5,162	5,162	28	K
458O	22	Mindre omfattende forbrenninger med hudtransplantasjon, dagkirurgisk behandling	0,488	0,488	1	K
459	22	Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen operasjon	1,598	1,598	14	K

459O	22	Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling	0,122	0,122	1	K
460	22	Mindre omfattende forbrenninger uten operativ behandling	0,754	0,754	11	M
472	22	Omfattende forbrenninger med operativ behandling	4,283	4,283	42	K
472O	22	Omfattende forbrenninger med operativ behandling, dagkirurgisk behandling	0,322	0,322	1	K
922O	22	Poliklinisk konsultasjon vedr brannskader uten signifikant prosedyre	0,029	0,029	0	

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

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
461	23	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23	1,570	1,570	8	K
461O	23	Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling	0,279	0,279	1	K
462A	23	Rehabilitering, kompleks	0,150	0,150	44	M
462B	23	Rehabilitering, enkel	0,120	0,120	25	M
462C	23	Rehabilitering, annen	0,420	0,420	24	M
463	23	Symptomer og funn m/bk	0,936	0,936	10	M
464	23	Symptomer og funn u/bk	0,668	0,668	6	M
465	23	Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	1,443	1,443	15	M
466	23	Etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose	0,918	0,918	11	M
467	23	Påvirkninger på helsetilstanden ITAD	0,498	0,498	4	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	0,098	0,098	0	
992O	23	Fysisk treningsterapi som ledd i spesialisthelsetjenester til pasienter med somatiske lidelser	0,005	0,005	0	
996O	23	Behandlingstiltak rettet mot en gruppe pasienter	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	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
257	30	Total mastektomi ved ondartet svulst m/bk	1,668	1,668	6	K
258	30	Total mastektomi ved ondartet svulst u/bk	1,424	1,424	5	K
258O	30	Total mastektomi ved ondartet svulst, dagkirurgisk behandling	0,902	0,902	1	K

259	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst m/bk	1,192	0,910	4	K
260	30	Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk	1,123	0,841	3	K
260O	30	Subtotal mastektomi ved ondartet svulst, dagkirurgisk behandling	0,604	0,841	1	K
261	30	Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon	1,505	0,868	4	K
261O	30	Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon, dagkirurgisk behandling	0,701	0,868	1	K
262	30	Mammabiopsi og lokal eksisjon ved godartede sykdommer	1,103	0,382	3	K
262O	30	Mammabiopsi og lokal eksisjon ved godartede sykdommer, dagkirurgisk behandling	0,356	0,382	1	K
274	30	Ondartet sykdom i bryst m/bk	1,495	1,495	15	M
275	30	Ondartet sykdom i bryst u/bk	1,062	1,062	11	M
276	30	Godartet sykdom i bryst	0,825	0,825	7	M
501A	30	Rekonstruksjon av bryst m/bk	4,599	4,599	13	K
501B	30	Rekonstruksjon av bryst u/bk	1,684	1,684	5	K
501O	30	Rekonstruksjon av bryst, dagkirurgisk behandling	0,710	0,710	1	K
502	30	Mastektomi med rekonstruksjon av bryst v/ondartet svulst	2,804	2,804	7	K
509	30	Andre operasjoner på bryst	1,420	1,420	6	K
509O	30	Andre operasjoner på bryst, dagkirurgisk behandling	0,358	0,358	1	K
851K	30	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved brystkreft	0,037	0,037	0	
856K	30	Poliklinisk medikamentell behandling av brystkreft	0,151	0,151	0	
930A	30	Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i bryst	0,040	0,040	0	
930O	30	Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdommer i bryst	0,021	0,021	0	

Hoveddiagnosegruppe 40: Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
410X	40	Medikamentell kreftbehandling av innlagte pasienter, inntil 2 overnattinger	0,652	0,652	3	M
483	40	Tracheostomi ekskl for sykd i ansikt, munnhule eller hals	27,861	27,861	102	K
483B	40	Invasiv sirkulasjonsstøtte	11,699	11,699	35	K
817S	40	Fullblods tapping, eller uttak av beinmarg	0,050	0,050	0	
823R	40	Mindre prosedyrer vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/ kontakten med helsetjenesten	0,029	0,029	0	
823S	40	Allergologisk provokasjonstest	0,060	0,060	0	
823T	40	Desensibilisering mot allergener	0,106	0,106	0	
823U	40	Hyperbar oksygenbehandling	0,051	0,051	0	
850A	40	Poliklinisk kontakt for ordinær planlegging av stråleterapi	0,399	0,399	0	
850B	40	Poliklinisk kontakt for kompleks planlegging av stråleterapi	0,432	0,432	0	

850C	40	Poliklinisk kontakt for simulering og annen enklere planlegging av stråleterapi	0,262	0,262	0	
851X	40	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved andre tilstander	0,037	0,037	0	
852X	40	Poliklinisk brakyterapi ved svulst	0,799	0,799	0	
856X	40	Poliklinisk medikamentell behandling av andre kreftformer	0,208	0,208	0	
877O	40	Andre polikliniske kontakter for gjennomføring av middels omfattende prosedyrer	0,075	0,075	0	
913B	40	Poliklinisk konsultasjon vedrørende infertilitet	0,042	0,042	0	
980X	40	Andre ØH-relaterte tilstander uten overnatting	0,148	0,193	0	
981X	40	Innleggelse uten overnatting for andre tilstander	0,160	0,160	0	

Hoveddiagnosegruppe 99: Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosedyrekombinasjoner

DRG	HDG	DRG-navn	Kostnadsvekt	DRG Basispoeng	Trim punkt	DRG type
468	99	Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen	4,327	4,327	31	K
468O	99	Større op uten sammenheng med hoveddiagnosen, dagkirurgisk behandling	0,208	0,208	1	K
470	99	Ikke grupperbar pga manglende opplysninger	0,000	0,000	0	
470P	99	Umulig dagkirurgisk behandling	0,000	0,000	0	
477	99	Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen	2,719	2,719	25	K
477O	99	Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen, dagkirurgisk behandling	0,296	0,296	1	K

VEDLEGG A2 – STG-LISTE SOMATIKK

STG	HDG	STG-navn	STG Basis-poeng
AS01	1	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved nevrologiske lidelser	2,763
AS02	1	Oppfølging og monitorering av pasienter med epilepsi basert på Patient Reported Outcome (PRO)	0,030
CS01	3	Telemedisinsk oppfølging av pasienter med søvnapné som bruker CPAP	0,025
DS01	4	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved behandling av lungekreft	4,389
DS02	4	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved alvorlig astma	1,399
ES01	5	Telemedisinsk oppfølging av pasienter med pacemaker/ ICD	0,025
ES02	5	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved pulmonal arteriell hypertensjon (PAH)	5,370
FS01	6	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved mage-/tarm lidelser	0,633
FS02	6	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved behandling av kreft i fordøyelsesorgan	2,241
GS01	7	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved hepatitt C-infeksjon	0,893
GS02	7	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved behandling av kreft i lever, galleveier og bukspyttkjertel	1,990
GS03	7	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved hepatitt B-infeksjon og annen virushepatitt	0,204
HS01	8	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved revmatologiske lidelser	0,554
HS02	8	Oppfølging og monitorering av pasienter med revmatologiske lidelser basert på Patient Reported Outcome (PRO)	0,030
JS01	9	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved hudlidelser	0,724
JS02	9	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved malignt melanom	4,807
JS03	9	Asynkron telemedisinsk oppfølging og behandling av pasienter med kroniske sår	0,020
KS01	30	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved brystkreft	2,501
LS01	10	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved veksthormonmangel	0,319
LS02	10	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved veksthormonoverskudd	3,055
MS01	11	Pasientadministrert peritonealdialyse	0,617
MS02	11	Pasientadministrert hemodialyse	0,709
MS03	11	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved kreft i nyre og urinveier	4,137
NS01	12	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved kreft i mannlige kjønnsorgan	2,526
OS01	13	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved kreft i kvinnelige kjønnsorgan	5,497
RS01	17	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved blodkreft (follikulært lymfom, kronisk lymfatisk leukemi)	4,499
RS02	16	Pasientadministrert legemiddelbehandling med blodkoagulasjonsfaktorer	13,538
RS03	16	Pasientadministrert legemiddelbehandling med immunstimulerende legemidler	0,065
RS04	16	Pasientadministrert legemiddelbehandling med anemilegemidler	0,218
SS01	18	Pasientadministrert legemiddelbehandling for behandling og forebygging av HIV	0,920
XS02	40	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved andre kreftformer	1,164
XS03	40	Pasientadministrert legemiddelbehandling med mindre kostbare kreftlegemidler	0,068
XS04	40	Registrering i medisinske kvalitetsregistre	0,009

XS05	40	Oppfølging og monitorering av pasienter med andre somatiske lidelser basert på Patient Reported Outcome (PRO)	0,015
XS06	40	Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre somatiske lidelser	0,015
XS07	40	Nettbasert behandlingsprogram, somatiske tilstander	0,015
XS08	40	Samarbeid- og oppfølgingsaktiviteter med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten for somatiske problemstillinger	0,015
XS09	40	Teambaserte tverrfaglige oppfølgingstjenester	0,050
XS80	40	Pasientadministrert legemiddelbehandling knyttet til nytt finansieringsansvar per 1.september 2020	0,000
XS81	40	Pasientadministrert legemiddelbehandling for behandling av sjeldne tilstander	0,000
XS82	40	Pasientadministrert legemiddelbehandling knyttet til nytt finansieringsansvar per 1.februar 2021	0,000
XS99	40	Annen pasientadministrert legemiddelbehandling	0,200
ZS470	99	Feilgrupperte særtjenester	0,000

VEDLEGG A3 – TFG-LISTE SOMATIKK

TFG	HDG	TFG-navn	TFG Basis-poeng
AT01	1	Behandling av MS og andre nevrologiske lidelser med særskilte legemidler	2,249
AT851	1	Ekstern strålebehandling ved svulst i sentralnervesystemet	0,000
AT99	1	Andre tjenesteforløp - HDG 01	0,000
BT99	2	Andre tjenesteforløp - HDG 02	0,000
CT851	2	Ekstern strålebehandling ved svulst i øre, nese, hals, øye og ansikt	0,000
CT99	3	Andre tjenesteforløp - HDG 03	0,000
DT851	4	Ekstern strålebehandling ved lungekreft	0,000
DT99	4	Andre tjenesteforløp - HDG 04	0,000
ET99	5	Andre tjenesteforløp - HDG 05	0,000
FT01	6	Behandling av inflammatoriske mage-/tarm lidelser med særskilte legemidler	1,137
FT851	6	Ekstern strålebehandling ved kreft i fordøyelsesorganer	0,000
FT99	6	Andre tjenesteforløp - HDG 06	0,000
GT99	7	Andre tjenesteforløp - HDG 07	0,000
HT01	8	Behandling av revmatologiske lidelser med særskilte legemidler	0,642
HT04	8	Innsetting av primær kneleddsprotese	0,000
HT05	8	Innsetting av elektiv primær hofteleddsprotese m/bk	2,387
HT06	8	Innsetting av elektiv primær hofteleddsprotese u/bk	1,904
HT07	8	Innsetting av primær hofteleddsprotese, pga. fraktur m/bk	0,000
HT08	8	Innsetting av primær hofteleddsprotese, pga. fraktur u/bk	0,000
HT09	8	Hoftebruddpasienter som opereres med osteosyntese m/bk	0,000
HT10	8	Hoftebruddpasienter som opereres med osteosyntese u/bk	0,000
HT99	8	Andre tjenesteforløp - HDG 08	0,000
JT01	9	Behandling av psoriasis og andre hudlidelser med særskilte legemidler	0,744
JT851	9	Ekstern strålebehandling ved hudkreft	0,000
JT99	9	Andre tjenesteforløp - HDG 09	0,000
KT851	30	Ekstern strålebehandling ved brystkreft	0,000
KT99	30	Andre tjenesteforløp - HDG 30	0,000
LT99	10	Andre tjenesteforløp - HDG 10	0,000
MT01	11	Dialysebehandling	1,058
MT99	11	Andre tjenesteforløp - HDG 11	0,000
NT851	12	Ekstern strålebehandling ved svulst i mannlige kjønnsorganer	0,000
NT99	12	Andre tjenesteforløp - HDG 12	0,000
OT99	13	Andre tjenesteforløp - HDG 13	0,000
PT01	14	Fødselsforløp keisersnitt m/bk	0,000
PT02	14	Fødselsforløp keisersnitt u/bk	0,000
PT03	14	Fødselsforløp med vaginalfødsel m/bk	0,000
PT04	14	Fødselsforløp med vaginalfødsel u/bk	0,000
PT05	14	Fødselsforløp med vaginalfødsel m/sterilisering og/eller evakuering	0,000
PT06	14	Fødselsforløp med vaginalfødsel m/ op ekskl sterilisering og/eller evakuering	0,000

PT07	14	Fødselsforløp keisersnitt, dagkirurgisk behandling	0,000
PT08	14	Fødselsforløp med vaginalfødsel, dagopphold	0,000
PT09	14	Fødselsforløp keisersnitt m/kompliserende faktor preeklampsi	0,000
PT10	14	Fødselsforløp vaginal fødsel m/kompliserende faktor preeklampsi	0,000
PT99	14	Andre tjenesteforløp - HDG 14	0,000
QT99	15	Andre tjenesteforløp - HDG 15	0,000
RT851	17	Ekstern strålebehandling ved kreft i bloddannende organer og lymfatisk vev	0,000
RT99	16	Andre tjenesteforløp - HDG 16 og 17	0,000
ST99	18	Andre tjenesteforløp - HDG 18	0,000
UT99	21	Andre tjenesteforløp - HDG 21 og 22	0,000
VT99	23	Andre tjenesteforløp - HDG 23	0,000
WT99	24	Andre tjenesteforløp - HDG 24	0,000
XT851	40	Ekstern strålebehandling ved andre tilstander	0,000
XT99	40	Andre tjenesteforløp	0,000
ZT470	99	Feilgruppering - Ikke grupperbar pga manglende opplysninger	0,000

VEDLEGG B1 – DRG-LISTE PSYKISK HELSEVERN OG TSB

DRG	DRG-navn	Kostnads-vekt	DRG Basis-poeng
TD01A	Pasientbehandling i gruppe - Psykoedukativ behandling - Voksne	0,230	0,187
TD02A	Pasientbehandling i gruppe - Annen behandling - Voksne	0,251	0,187
TD02B	Pasientbehandling i gruppe - Barn og unge	0,369	0,269
TD03A	Familierettet poliklinisk behandling - Voksne	0,344	0,163
TD03B	Familierettet poliklinisk behandling - Barn og unge	0,319	0,269
TD10A	Polikliniske konsultasjoner - Alkoholavhengighet - Voksne	0,233	0,163
TD11A	Polikliniske konsultasjoner - Opioidavhengighet - Voksne	0,127	0,063
TD12A	Polikliniske konsultasjoner - Cannabisavhengighet - Voksne	0,247	0,163
TD18A	Polikliniske konsultasjoner - Samtidig rusproblem og alvorlig psykisk lidelse - Voksne	0,282	0,163
TD18B	Polikliniske konsultasjoner - Samtidig rusproblem og alvorlig psykisk lidelse [Ikke ferdig definert] - Barn og unge	0,000	0,269
TD19A	Polikliniske konsultasjoner - Annen rusmiddelavhengighet - Voksne	0,260	0,163
TD20A	Polikliniske konsultasjoner - Schizofreni - Voksne	0,299	0,163
TD21A	Polikliniske konsultasjoner - Andre psykoser - Voksne	0,283	0,163
TD31A	Polikliniske konsultasjoner - Bipolar lidelse - Voksne	0,245	0,163
TD32A	Polikliniske konsultasjoner - Andre depressive tilstander - Voksne	0,221	0,163
TD32B	Polikliniske konsultasjoner - Depresjon - Barn og unge	0,254	0,269
TD33A	Polikliniske konsultasjoner - Alvorlig depresjon - Voksne	0,232	0,163
TD38A	Polikliniske konsultasjoner - Emosjonelle symptomer og tegn - Voksne	0,250	0,163
TD38B	Polikliniske konsultasjoner - Emosjonelle symptomer og tegn - Barn og unge	0,295	0,269
TD40A	Polikliniske konsultasjoner - Angst og fobiske lidelser - Voksne	0,218	0,163
TD40B	Polikliniske konsultasjoner - Angst og fobiske lidelser - Barn og unge	0,260	0,269
TD42A	Polikliniske konsultasjoner - Tvangslidelser - Voksne	0,258	0,163
TD42B	Polikliniske konsultasjoner - Tvangslidelser - Barn og unge	0,289	0,269
TD43A	Polikliniske konsultasjoner - PTSD og tilpasningsfrostyrrelser m.v. - Voksne	0,231	0,163
TD43B	Polikliniske konsultasjoner - PTSD og tilpasningsfrostyrrelser m.v - Barn og unge	0,262	0,269
TD50A	Poliklinisk ECT-behandling	1,006	0,937
TD60A	Polikliniske konsultasjoner - Personlighetsforstyrrelser - Voksne	0,231	0,163
TD70A	Nevropsykologisk undersøkelse - Voksne	0,406	0,274
TD70B	Nevropsykologisk undersøkelse - Barn og unge	0,412	0,557
TD71A	Annen omfattende testing og kartlegging med bruk av standardiserte verktøy - Voksne	0,341	0,274
TD71B	Annen omfattende testing og kartlegging med bruk av standardiserte verktøy - Barn og unge	0,551	0,557

TD72B	Observasjonstiltak i skole og barnehage m.v. - Barn og unge	0,582	0,557
TD80A	Polikliniske konsultasjoner - Alderspsykiatriske problemstillinger - Voksne	0,281	0,163
TD81A	Polikliniske konsultasjoner - Spiseforstyrrelser - Voksne	0,256	0,163
TD81B	Polikliniske konsultasjoner - Spiseforstyrrelser - Barn og unge	0,266	0,269
TD84B	Polikliniske konsultasjoner - Autisme og andre gjennomgripende utviklingsforstyrrelser - Barn og unge	0,283	0,269
TD85B	Polikliniske konsultasjoner - Psykisk utviklingshemming - Barn og unge	0,312	0,269
TD90A	Polikliniske konsultasjoner - ADHD o.l. - Voksne	0,213	0,163
TD90B	Polikliniske konsultasjoner - ADHD o.l. - Barn og unge	0,242	0,269
TD91B	Polikliniske konsultasjoner - Barn under 5 år	0,406	0,269
TD93A	Samarbeid- og oppfølgingsmøte med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten – Voksne	0,281	0,187
TD93B	Samarbeid- og oppfølgingsmøte med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten – Barn og unge	0,379	0,379
TD95A	Oppfølgingsamtale med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten - Voksne	0,120	0,051
TD95B	Oppfølgingsamtale med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten - Barn og unge	0,140	0,140
TD96A	Konsultasjon med pårørende – Voksne	0,226	0,163
TD96B	Konsultasjon med foresatte/pårørende – Barn og unge	0,283	0,269
TD97	Fysisk treningsterapi som ledd i spesialisthelsetjenester til pasienter med psykiske eller rusrelaterte lidelser	0,100	0,031
TD98A	Polikliniske konsultasjoner - Uspesifiserte problemstillinger - Voksne	0,269	0,163
TD98B	Polikliniske konsultasjoner - Uspesifiserte problemstillinger - Barn og unge	0,289	0,269
TD99A	Andre polikliniske konsultasjoner innen PHV&TSB - Voksne	0,267	0,163
TD99B	Andre polikliniske konsultasjoner innen PHV&TSB - Barn og unge	0,288	0,269
TD99L	Poliklinisk oppmøte for utlevering eller administrasjon av LAR-legemiddel	0,000	0,000
XD90A	Polikliniske konsultasjoner - Andre problemstillinger - Voksne	0,323	0,163
XD90B	Polikliniske konsultasjoner - Andre problemstillinger - Barn og unge	0,303	0,269
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
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
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 rusmiddelmisbruk m/bk	0,000	0,000
TD436B	Innleggelser - Tilstander relatert til rusmiddelmisbruk u/bk	0,000	0,000
TD436C	Innleggelser - Rusutløst psykose	0,000	0,000
TD499	Innleggelser - Somatiske og andre tilstander utenom HDG 19	0,000	0,000
TD801A	Diagnostiske, strukturerte polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser - Voksne	0,479	0,410
TD801B	Diagnostiske, strukturerte polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser - Barn og unge	0,670	0,670
TD802A	Terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser - Voksne	0,479	0,410
TD802B	Terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser - Barn og unge	0,670	0,670
TD981	Innleggelser uten overnatting - Psykiske og rusrelaterte tilstander	0,884	0,000
TD998A	Grupperettet pasientopplæring innen PHV/TSB - voksne	0,100	0,000
TD998B	Grupperettet pasientopplæring innen PHV/TSB - barn	0,200	0,000
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
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	STG Basis-poeng
TS01	19	Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam	0,752
TS02	19	Nettbasert behandlingsprogram	1,401
TS03	19	Kontinuerlig legemiddelbehandling som ledd i LAR	0,267
TS04	19	Oppfølging og monitorering av pasienter med angst og tvangslidelser basert på Patient Reported Outcome (PRO)	0,160
TS05	19	Oppfølging og monitorering av pasienter med andre psykiske og rusrelaterte lidelser basert på Patient Reported Outcome (PRO)	0,120
TS06	19	Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre psykiske og rusrelaterte lidelser	0,120

VEDLEGG B3 – TFG-LISTE PSYKISK HELSEVERN OG TSB

TFG	HDG	TFG-navn	TFG Basis-poeng
TT01	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig knyttet til alkoholavhengighet, voksne	0,000
TT02	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig knyttet til opioidavhengighet, voksne	0,000
TT03	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig knyttet til cannabisavhengighet, voksne	0,000
TT05	19	Forløp for poliklinisk behandling ved samtidig rusproblem og alvorlig psykisk lidelse, barn og unge	0,000
TT04	19	Forløp for poliklinisk behandling ved samtidig rusproblem og alvorlig psykisk lidelse, voksne	0,000
TT06	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig knyttet til annen rusmiddelavhengighet, voksne	0,000
TT07	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig for schizofreni, voksne	0,000
TT08	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig for andre psykoser, voksne	0,000
TT09	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig for bipolar lidelse, voksne	0,000
TT10	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig for andre depressive tilstander, voksne	0,000
TT11	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig for depresjon, barn og unge	0,000
TT12	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig ved alvorlig depresjon, voksne	0,000
TT14	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig for angst og fobiske lidelser, barn og unge	0,000
TT13	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig for angst og fobiske lidelser, voksne	0,000
TT15	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig for tvangs lidelser, voksne	0,000
TT16	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig for tvangs lidelser, barn og unge	0,000
TT18	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig for PTSD og tilpassningsforstyrrelser m.v., barn og unge	0,000
TT17	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig for PTSD og tilpassningsforstyrrelser m.v., voksne	0,000
TT19	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig for personlighetsforstyrrelser, voksne	0,000
TT20	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig for alderspsykiatriske problemstillinger	0,000
TT22	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig ved spiseforstyrrelser, barn og unge	0,000
TT21	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig ved spiseforstyrrelser, voksne	0,000
TT23	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig ved autisme og andre gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, barn og unge	0,000
TT24	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig ved psykisk utviklingshemming, barn og unge	0,000

TT26	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig ved ADHD o.l., barn og unge	0,000
TT25	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig ved ADHD o.l., voksne	0,000
TT27	19	Forløp for poliklinisk behandling hovedsakelig for barn under 5 år	0,000
TT98	19	Andre tjenesteforløp - HDG 19 - barn og unge	0,000
TT99	19	Andre tjenesteforløp - HDG 19 - voksne	0,000