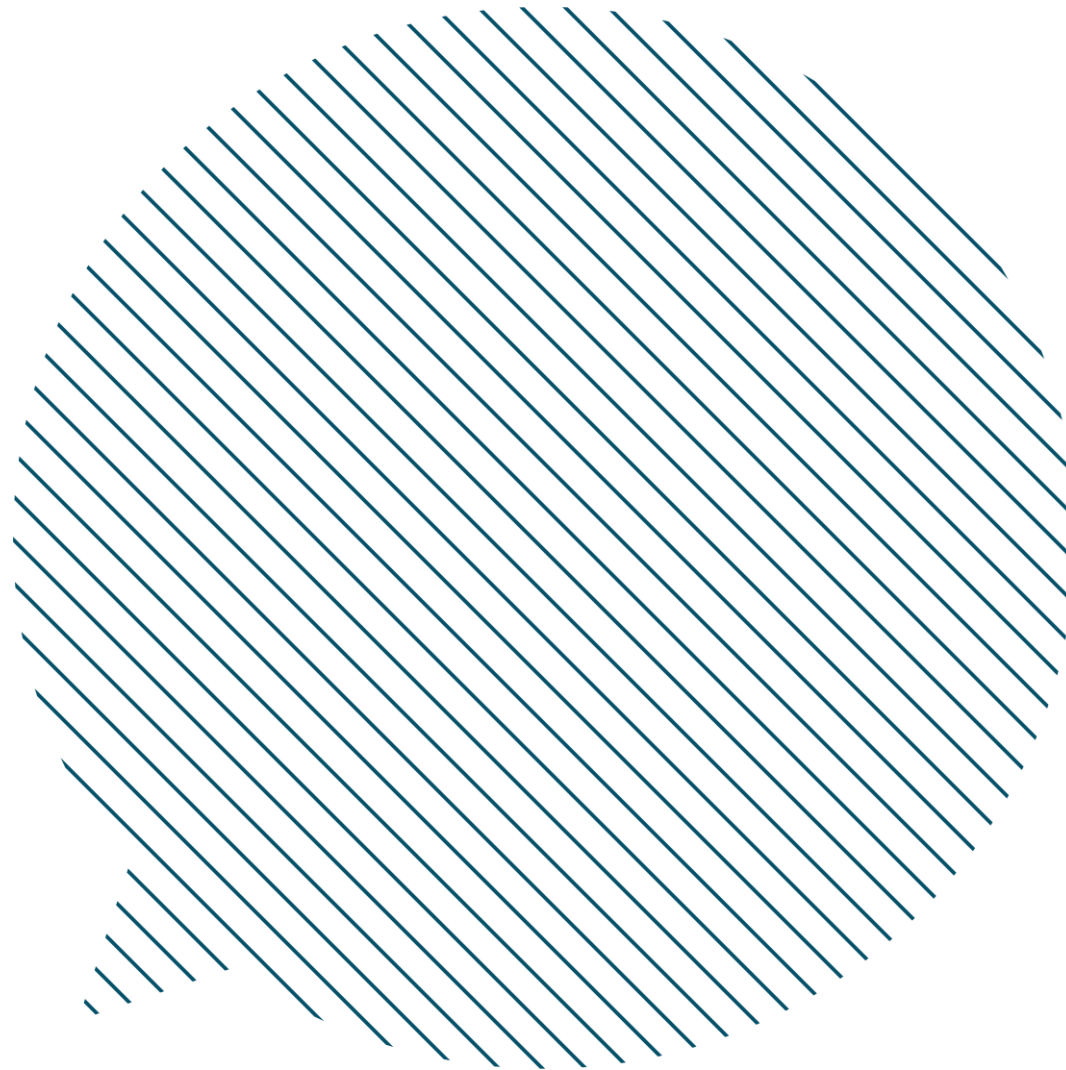


Informasjonsmøte om ISF 2024 med mer

Oslo 13.juni 2023



Dagsorden

1000-1015 Innledning

1015-1130 Utviklingsområder ISF for 2024

- somatikk og psykisk helsevern/TSB
- kostnadsvekter

1130-1200 Pause med enkel servering

1200-1210 Resultatbasert finansiering (RBF)

1210-1240 Nytt i kodeverkene; fra Direktoratet for e-helse

1240-1245 Avslutning

Styrking av sykehusbudsjettet i revidert nasjonalbudsjett

Det er lagt inn ekstra kompensasjon for lønns- og prisvekst på samlet 496,1 millioner kroner

Nye justerte enhetspriser vil gjelde for hele 2023

Somatikk: Endring fra 49 484 til 50 152

Poliklinisk psykisk helsevern og TSB:
Endring fra 3 480 til 3 527 kroner

Fordeling av ISF-budsjett etter RNB 2023

	Sør-Øst	Helse Vest	Midt-Norge	Nord	Sum
Somatikk	19 482 531	7 118 759	5 072 442	3 484 312	35 158 044
PHV/TSB	1 192 130	465 088	272 351	187 772	2 117 341
SUM ISF	20 674 661	7 583 847	5 344 793	3 672 084	37 275 384

Mange relevante utredninger

NOU 2023: 4 Tid for handling- Helsepersonellkommisjonen

NOU 2023: 8 Felleskapets sykehus- Sykehusutvalget

NOU 2023: 9 Generalist kommunesystemet- Generalistkommuneutvalget

NOU 2023: 5 Den store forskjellen – Kvinnehelseutvalget

Gjennomgang av allmennlegetjenesten mai 2023- ekspertgruppen

RNB 2023 – Varsel om omorganisering av den sentrale helseforvaltningen

Myndighetsrollen samles i Helsedirektoratet

- Følge-med analyser og styringsinformasjon i Helsedirektoratet

Direktoratet for e-helse slås sammen med Helsedirektoratet

Folkehelseinstituttets rolle som kunnskapsprodusent tydeliggjøres

- Helseregistrene samles i Folkehelseinstituttet

Legemiddelverket endrer navn til Direktoratet for medisinske produkter

Prosess for klargjøring av ansvarsfordeling pågår frem til 1.1.2024

NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus **(sykehusutvalgets rapport)**

Sykehusutvalgets rapport

«Mest gjennomgripende forslag i rapporten er knyttet til finansieringen av sykehusene» fra Jon Magnussens presentasjon i Helsedirektoratet

Erfaringer med innsatsstyrt finansiering

- Positiv, men begrenset effekt på produktivitet
- Usikker virkning på kvalitet
- Helseforetakene reagerer på høyere priser med høyere aktivitet - vridning
- Til dels betydelig skepsis hos helsepersonell



Fra utvalget

Innsatsstyrt finansiering - vurdering

- Samlet kommer rundt 20 % av helseforetakenes inntekter som ISF
- Vi ønsker en modell hvor helsepersonell er opptatt av å gi kostnadseffektiv behandling i tråd med gjeldene prioriteringskriterier
- Vi ønsker **ikke** en modell hvor fokus blir på inntekter og lønnsomhet i bedriftsøkonomisk forstand
- Utvalget har latt seg inspirere av utviklingen i Danmark



Ny finansieringsmodell - forslag

1

Innsatsstyrt finansiering (ISF) **fra første pasient** erstattes med rammefinansiering som hovedmodell

2

ISF beholdes som en toppfinansiering

3

Resultatbasert finansiering beholdes og videreutvikles



Inntekts- aktivitets- og kostnadsfokus

- Direktoratet er enig med utvalget om at inntektsfokus i den aktivitetsbaserte finansieringen (ISF) kan oppleves å få for stor plass i den samlede styringen av sykehusene. Samtidig gir ISF gode styringsdata, og sammenlignbare aktivitets- og kostnadsinformasjon som har stor verdi i styringslinjen. Aktivitetsbaserte inntekter gir også insentiv til tjenesteutvikling og til å gjennomføre kostnadseffektive endringer.

Noen foreløpige kommentarer

En toppfinansieringsmodell hviler tungt på at det kan planlegges presist og godt med et aktivitetsnivå på alle nivå i spesialisthelsetjenesten i alle regionene. Det foreslås en toppfinansiering som er høyere enn dagens ISF-nivå og det kan etter direktoratets syn i noen tilfeller forsterke inntektsfokuset.

Helsedirektoratet mener at en ren rammefinansieringsmodell kan utfordre effektiv bruk av ressursene i helsetjenesten, og at det kan føre til lengre ventetid på behandling. Direktoratet mener at dagens blandingsmodell med ramme og ISF har styrker som det er verdt å ta vare på. Dagens ordning bør forenkles og forbedres for å redusere utilsiktede tilpasninger.

Andre foreløpige kommentarer



Helsedirektoratet er fornøyd med at utvalget ønsker å videreføre aktivitetsoppfølgingen som ISF bygger på med DRG-systemet (klassifisering av pasientbehandling). Direktoratet deler oppfatningen om at samlet aktivitetsoppfølgingen vil være viktig uavhengig av finansieringssystem.



Videreutviklingen av DRG-systemet i Norge har i stor grad basert seg på behovene i ISF. Norge har et mer omfattende DRG-system enn mange andre land, også fordi vi bruker det som en vesentlig del av finansieringen av spesialisthelsetjenester. Direktoratet mener at ISF bidrar til bedre og mer komplette data i Norsk pasientregister



Helsedirektoratet mener at en mer aktiv bruk av prioriteringskriteriene sammen med tydelige mål om at sykehusene skal tilby befolkningen helsetjenester med god kvalitet i større grad kan tas inn i styringen og ledelsen av sykehusene.

Samhandling og finansiering

(oppdrag 81 i tildelingsbrevet til Hdir)

3 delt oppdrag, men skal virke i en helhet for pasientgruppene i NHSP

1. Hvordan kan **samhandlingsbudsjetter** bidra til bedre sammenheng og samarbeid i tjenestene, et desentralisert helsetilbud og forebyggende innsats
2. Vurdere opprettelse av et **samhandlingstilskudd**, herunder vurdere om eksisterende tilskudd kan innlemmes
3. Vurdere om det kan og bør gjøres justeringer innenfor dagens **aktivitetsbaserte finansieringsordninger** for å understøtte situasjoner der det er behov for samhandling og samarbeid på tvers.

Del 1 Samhandlings- budsjett

Samhandlingsbudsjett er:

- En forpliktende avtale om et forpliktende samhandlingsbudsjett (spleiselag) for å oppnå gode sammenhengende tjenester for pasienter

Viktige elementer i avtalen er;

- Tiltakets målsetning for pasientgruppen
- Organisering
- Finansiering og hvem som bidrar med hvilke ressurser
- Avtalen er forankret i eksisterende samarbeidsstruktur mellom HF og kommune, samt i helsefelleskapet

Sikre gjennomføring av ønskede tiltak

Del 2 Samhandlings- tilskudd

*«Et øremerket
samhandlingstilskudd
er et godt tiltak for å
stimulere til videre og
mer permanente
samhandlingsbudsjett
mellom partnerne»*

Opprettelse og forvaltning av et samhandlingstilskudd

- Krav om **forpliktende avtale om konkrete tiltak** mellom kommune(r) og helseforetak
- Tilskuddet skal være en delfinansiering (**del av et samhandlingsbudsjett**)
- Kommuner og helseforetak må bidra med egeninnsats for å skape eierskap og for smidigere overgang til varige samhandlingstiltak.

Del 3

Justeringer i de aktivitetsbaserte ordningene

- ISF
- RBF
- Takstrefusjoner

ISF:

- Styrke incentiver for samhandlingstiltak, teambaserte løsninger og digitale tjenester
- Videreutvikling av tjenesteforløp
- Samkonsultasjoner (jf helserefusjonsområdet)

RBF (resultatbasert finansiering):

- Inkludere somatikk i indikatorer som per i dag inkluderer kun psykisk helsevern og TSB
- Videreutvikling av modellen med nye indikatorer på sikt

Helserefusjonsområdet:

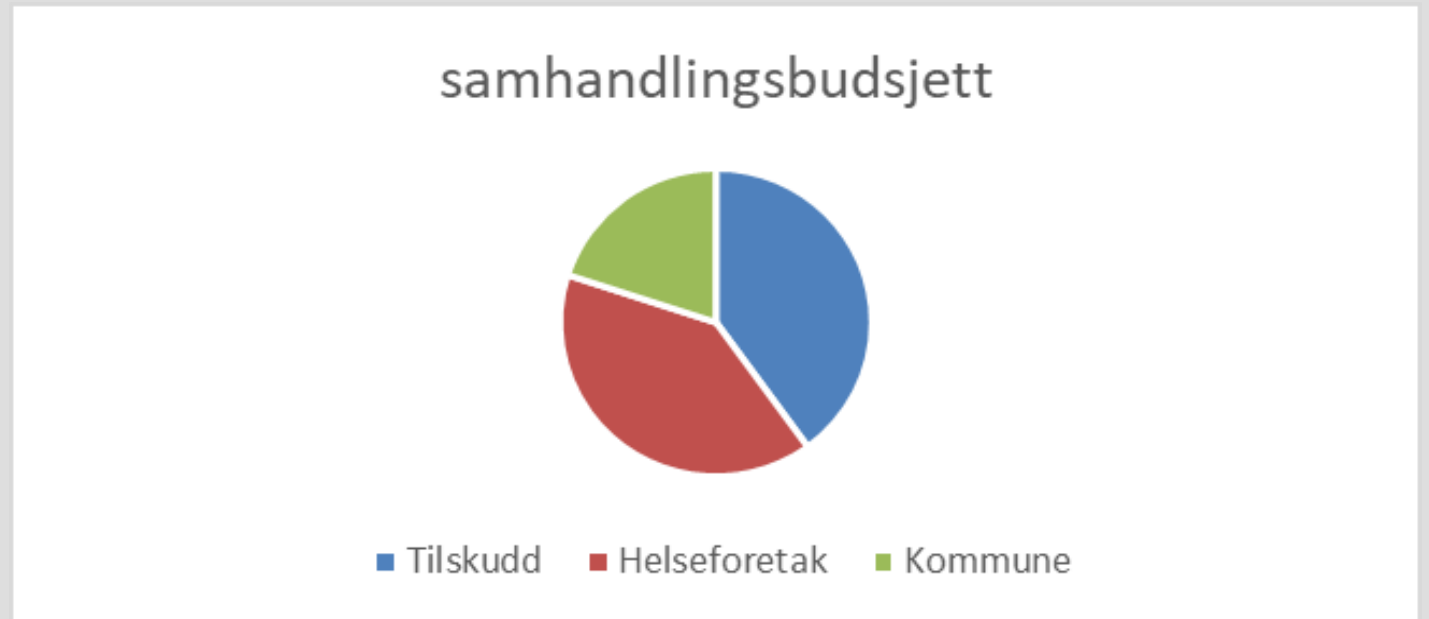
- Modell for finansiering av samkonsultasjoner
 - vekt på evt kompensasjon for egenandel (siden denne kun kan tas av en av partene i konsultasjonen)

Budskapet i leveransen

Oppsummert

Samlet tiltakspakke for å understøtte sammenhengende tjenester for pasienter som trenger det

- Samhandlingsbudsjett, samhandlingstilskudd og justeringer i de aktivitetsbaserte finansieringsordninger er en del av en **samlet tiltakspakke**



Endringer i ISF 2024

Eva Wensaas

Legemiddel- behandling for sjeldne tilstander

RHF fikk
finansieringsansvar for
legemiddelområdet fra
februar 2019

Foreløpig ikke inkludert i
grunnlaget for ISF

Helse Nord har meldt
ønske om inklusjon i ISF

Økning i kostnader og flere pasienter inkludert i utvalget som mottar legemiddelbehandling for sjeldne diagnoser fra 2020-2022, også for økning for annen legemiddelbehandling

Prisforhandlinger/anbud har hatt effekt

- Kostnad per utlevering er redusert for de fleste legemidlene i utvalget

I 2021 gjorde vi forsøk på å utforme en logikk med sikte på inklusjon i ISF for sjeldne tilstander

- vurdert at risiko ble for stor og aktivitet finansieres fortsatt ut fra basisbevilgningen

Kostnads- variasjon

Vi har sett på forslag til
STG-logikk med 3 årig
datagrunnlag

Den nye oversikten
bekrefter stor variasjon i
kostnad per pasient per
år innenfor gruppene

STG		Mean	Median	Maximum	Mini- mum
AA01	Sjeldne_lidelser i nervesystemet	280 486	54 934	9 086 921	392
DA02	Sjeldne_lidelser i åndedrettssystemet	252 997	271 304	746 160	1 267
FA03	Sjeldne_lidelser i fordøyelsessystemet	2 151 473	2 415 678	3 398 057	110 579
GA01	Sjeldne_fibrose og cirrhose i lever	378 127	371 443	939 661	30 025
HA02	Sjeldne_lidelser i muskel, skjelett og bindevev	1 820 647	1 652 963	5 110 389	7 164
LA01	Sjeldne_stoffskiftesykdommer	1 746 793	1 370 122	11 749 655	157
LA03	Sjeldne_andre sykdommer i hormonsystemet	1 011 406	962 666	2 453 952	6 832
MA01	Sjeldne_sykdommer i nyrer og urinveier	88 468	68 593	406 042	3 577
RA01	Sjeldne_blodsykdommer	740 523	275 626	5 491 262	826
RA03	Sjeldne_annen immunsvikt (defekter i komplementsystemet)	1 721 741	938 898	10 992 760	4 711
VA01	Sjeldne_allergiske reaksjoner	1 576 546	1 288 523	8 269 202	4 338
XA01	Sjeldne_legemiddelbehandling for andre sjeldne tilstander	538 695	185 211	6 112 931	869
Total		877 908	330 324	11 749 655	157

Legemiddel- behandling for sjeldne tilstander

Alternativer til bedre
risikodeling mellom stat
og RHF ?

Prinsippet for logikken utfordres ved evt. inklusjon i ISF:

- Diagnosegruppene er små
 - Legemiddelbehandlingen er individuelt tilpasset – mindre mulighet for standardisering
 - Stor variasjon i kostnad per pasient
 - Variasjon i behandlingsslengde
-
- Helsedirektoratet foreslår at finansiering av legemiddelbehandling for sjeldne tilstander videreføres fra basisbevilgningen også for 2024

Ingen forslag til utvidelse av ISF-grunnlaget for legemiddelbehandling for 2024

Ny pasientadministrert legemiddelbehandling ble inkludert i ISF 2023

Erfaringer med etablert logikk vil bli evaluert som ledd i logikkarbeidet for 2024

STG-logikken blir oppdatert hvert tertial

- Ny legemiddelbehandling som blir besluttet tatt i bruk blir inkludert i eksisterende logikk

Mindre justeringer i STG-logikken kan komme i 2024, herunder evt. nye STG-er

Utførende helsepersonell

Helsedirektoratet planlegger å inkludere alle polikliniske kontakter i ISF uavhengig av kategori for utførende helsepersonell.

Det opprettes egne koder i NPR-melding for helsefagarbeider og helsesekretær (for 2023 ble det opprettet egen kode for medisinstudent med lisens)

Endringen i ISF vil kunne ha konsekvenser for egenandelsforskriften. Vurderinger knyttet til om noen av de nye helsepersonellgruppene kan avkreve egenandel er i prosess.

Rehabilitering

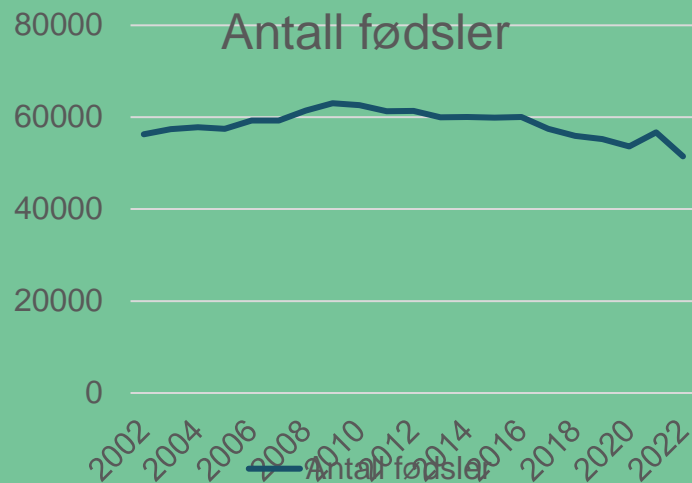
- ISF for rehabilitering er justert de to siste årene gjennom endring av trimpunkt og utvidelse av grunnlaget for sekundær rehabilitering
- Fjerning av avkortingsregelen for kompleks rehabilitering er et mulig neste grep
- Hensikten er forenklinger og samsvar mellom ISF-poeng i datagrunnlaget og grunnlag for finansiering
- Helsedirektoratet har sendt brev til RHF med forslag til endringer for diskusjon og forankring
- Gjennomføring av endring fra 2024 forutsetter enighet om endringsforslag



Endringer i ISF 2024 forts.

Hanne Osnes-Ringen

Utredningsoppdrag Fødselsomsorgen



- Det foreslås opprettet fire tjenesteforløp (med ISF) innen fødselsomsorgen, som vil gi en mer samlet finansiering av fødselsforløpet. De fire tjenesteforløpene er sammensatt av aktuelle DRG-er knyttet til fødselsforløpet over ett år, med både selve fødselen og kontaktene i tilknytning til den.
- Det foreslås ingen andre endringer i aktuelle fødsels DRG-er for 2024. RHF-ene har fått i oppdrag å se på fødselsomsorgen i 2023. Dersom RHF-enes arbeid medfører endringer som påvirker fødsels DRG-ene, kan det bli aktuelt med justeringer.
- Det opprettes ingen DRG for øyeblikkelig hjelp pasienter innen fagområdene for gynekologi og obstetrikk
- Det vises også til oppdrag i tildelingsbrevet (oppdrag 81- Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester) levert 1. mai om samhandlingsbudsjett og -tilskudd
 - en av målgruppene er kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid
 - videreutvikling av ISF skal understøtte sammenhengende tjenester, herunder også nye måter å yte tjenester på. Her vektlegges det blant annet DRG-gruppene en har på samarbeidsaktiviteter og digitale tjenester for å understøtte gode pasientforløp.
- Kvinnehelserapporten

Utredningsoppdrag Fødselsomsorgen



Forutsetninger for videre implementering av tjenesteforløpsgrupper (TFG) om grunnlag for ISF-finansiering

Tjenesteforløpsfinansiering for fødselsomsorgen kan både forenkle men også bidra til å komplisere ISF-regelverket.

En omlegging krever samtidig tilretteleggelse av gode styringsdata slik at en kan bruke TFG både til planlegging og finansiering.

Følgende endringer er en forutsetninger for videreutvikling av TFG-systemet i ISF:

1. Avvikling av de tertiale lukkingsreglene i ISF
2. Samlet dataprosessering per pasient på tvers av rapporteringsenheter
3. TFG-grupperte data må produseres og utleveres av Norsk pasient register, både til RHF/helseforetak og Helsedirektoratet

Utredningsoppdrag Fødselsomsorgen



53622 pasienter

319421 opphold

Gjennomsnittlig 6 opphold pr.

pasient (alle forløp sett samlet)

Alle tall er 2021 (hele året)

Tjenesteforløp (TFG) 2024

Vurderer nye TFG-er

- Områder i spesialisthelsetjenesten der det er mange opphold pr. pasient
- Behandling som foregår over tid.
- Forløp vil kunne gi en god beskrivelse
- Forutsetning:
 - Gode styringsdata

Vurderer nye TFG-er med ISF fra 2024:

- Fullblodstapping
- Fotoferesebehandling
- Lysbehandling
- LAR behandling(Legemiddelassistert rehabilitering)
- Fødsel

Endring i eksisterende TFG-er:

- Forløp for innsetting av hofteprotese
 - Inkludereres:
 - Digital oppfølging
 - Dagbehandling

Tannhelse

- Kjeveortopedisk behandling leppe-kjeveganespalte og kraniofaciale lidelser foreslås overført fra folketrygden til ISF
- Forslag til nye prosedyrekoder både til kjeveortopediske behandling samt annen tannbehandling som har direkte sammenheng med behandling av LKG/KFL er meldt til Direktoratet for e-helse.



Ortogeriatri

Det etableres ingen tilleggsfinansiering for ortogeriatrisk behandling for 2024



1. En endring i finansieringen vil ikke tilføre nye midler til behandling av pasienter med hoftebrudd.
2. Samhandling og tverrfaglighet er en ønsket og naturlig del av all behandling av pasienter i spesialisthelsetjenesten.
3. Vi finner ingen forskjell i liggetid eller i våre kostnadstall basert på ortogeriatri ved de ulike sykehusene som behandler pasienter for hoftebrudd.
4. En innføring av tilleggsfinansiering basert på ortogeriatri vil utgjøre en mindre del av finansieringen av oppholdet samtidig som det øker registreringsbyrden. Det gir en mer differensiert finansiering som må hentes av den samlede ISF-finansieringen for oppholdet.
5. Samhandling med geriater gjelder mange ulike fagområder og ikke bare innen ortopedi
6. Det er fire aktuelle DRG-er for pasienter som opereres for hoftebrudd, basert på operasjonsmetode og u/m bk. Kostnadsvektene i disse DRG-ene gjenspeiler gjennomsnittskostnader knyttet til disse pasientoppholdene.

Endringer i ISF 2024 forts.

Kristin Dahlen

Palliasjon barn og unge

- Vurderer behov for klargjøring/justering av ISF-regelverk
- Retningslinjen for barnepalliasjon er under revidering – dette kan føre til justeringer i ISF-regelverk
- Samarbeider med fagmiljø, samt avdelingen som har ansvar for retningslinjene i Helsedirektoratet



Digital hjemmeoppfølging og samarbeidsaktiviteter

Økt refusjon for digital hjemmeoppfølging/ digitale tjenester og samarbeidsaktiviteter

Vurdere **aggregering** slik at digital hjemmeoppfølging som inneholder både skjema og måledata fra medisinsk utstyr (nettbasert behandlingsprogram?) kommer sammen i én STG?

Beskrive **kriterier** for nettbaserte behandlingsprogram

Digital hjemmoppfølging

Klargjøring av tekst og rydding i ISF-regelverk

Noe uklarhet knyttet til bruk av de ulike prosedyrekodene

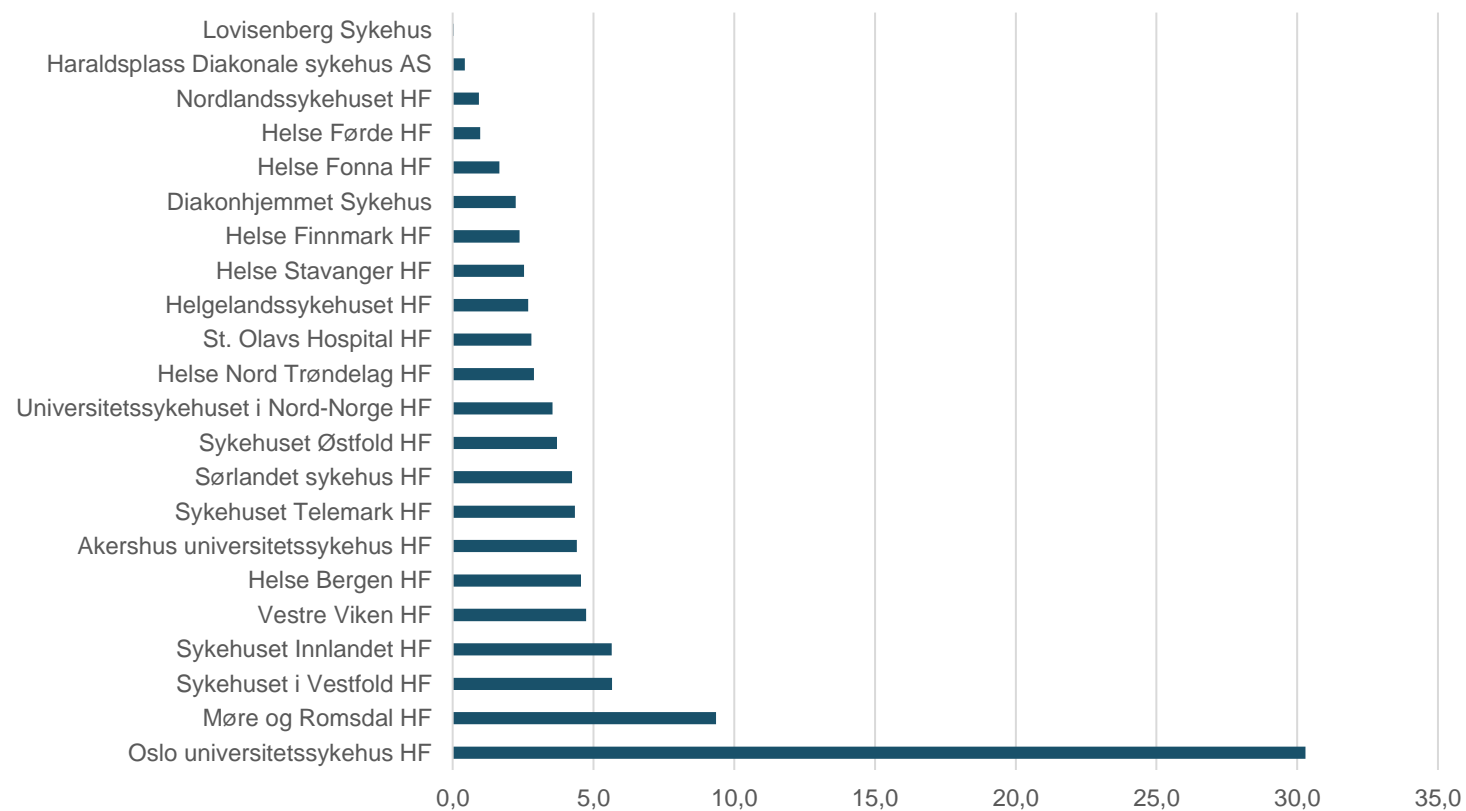
Kodeveiledning – behov for omtale?



Intensiv- Opphold med særkode B0050 *Intensivpasient etter nærmere kriterier*

Helseforetak	Antall	Andel	Gj snittelig liggetid for sh opphold
Oslo universitetssykehus HF	4 478	30,3	11,94
Møre og Romsdal HF	1 383	9,4	8,51
Sykehuset i Vestfold HF	836	5,7	9,54
Sykehuset Innlandet HF	834	5,6	9,74
Vestre Viken HF	700	4,7	12,62
Helse Bergen HF	673	4,6	16,27
Akershus universitetssykehus HF	652	4,4	17,64
Sykehuset Telemark HF	642	4,3	10,55
Sørlandet sykehus HF	626	4,2	11,49
Sykehuset Østfold HF	548	3,7	12,19
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	524	3,5	19,43
Helse Nord Trøndelag HF	427	2,9	10,42
St. Olavs Hospital HF	413	2,8	20,21
Helgelandssykehuset HF	396	2,7	9,61
Helse Stavanger HF	375	2,5	18,13
Helse Finnmark HF	351	2,4	8,47
Diakonhjemmet Sykehus	330	2,2	9,67
Helse Fonna HF	245	1,7	8,49
Helse Førde HF	144	1,0	12,09
Nordlandssykehuset HF	137	0,9	15,59
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	64	0,4	9,95
Lovisenberg Sykehus	5	0,0	29
Total	14 783	100,0	

Andel av totalt antall opphold med særkode B0050 for årsdata 2022



Multippel koding – utvikling på kort og lengre sikt

- En fullverdig implementasjon i NPK krever endring i
 - NPK
 - Grupperingsmodulen (den nordiske (norske) grouperen)
 - DRG-logikken
- Når er det mulig å gjøre dette?
- Gjort avbøtende tiltak
 - Har en løsning som vi kan leve med en stund (med en liten gjenstående justering)



Korrekt koding

Korrekt uttrekk og rapportering via NPR-meldingen

Oppbygging av grupperingsstreng i NPK

Håndtering i grouperen

Akse i PHBU

- Teknisk problemstilling knyttet til håndtering av akseinformasjon
(Kodefaglige spørsmål knyttet til akse 5 og 6 og gyldighet vil e-helse si noe om senere)
- Koder [x]000 eller [x]999 er gyldige koder med egenskaper i DRG-logikken (dvs går til gyldig DRG med refusjon (pol kons uspesifikk DRG, TD91B eller TD98B))
- Dersom kun slik koder på akse 1-5 OG måleverdi (GCAS) på akse 6 vil resultatet bli DRG 470

Dette vil vi justere for 2024 (vurderer volum for inneværende år)

NPK – Beregningsregler

Dersom mer enn én Tilstand har Tilstandnummer 1:

Hovedtilstand skal være den av Tilstandene med lavest Aksenummer blant Tilstander som

- har Tilstandnummer=1
- og som har Akse
- og som *ikke* inneholder koder med kodeverdi «[x]000» eller «[x]999» der x er et siffer [1-6]

Dersom ingen slike Tilstander finnes, skal Hovedtilstand skal være den av Tilstandene med lavest Aksenummer blant Tilstander som

- har Tilstandnummer=1
- og som har Akse

Kort informasjon om NPK (Norsk pasientklassifisering)

- ***NPK 2023***
 - I mars ble det publisert oppdatert NPK-versjon for 2023 og konfigurasjonssett som følge av multippel koding.
 - Vi er kjent med en mindre problemstilling i NPK relatert til multippelkoding.
 - Vi ser nærmere på saken og vil eventuelt komme med en oppdatert NPK-versjon for 2023 tidlig høst.
 - Saken tas også opp i møte for *NPK-Teknisk fokus*, som avholdes 22.juni.
- ***NPK 2024***
 - Vi tar som vanlig sikte på å publisere en foreløpig versjon av NPK for 2024 medio oktober 2023.

Registrering medisinske kvalitetsregistre

Innført som prøveordning
fra 2019

26 mill. overført fra
rammen til ISF med
formål å øke
dekningsgraden i utvalgte
kvalitetsregistre

«Helsedirektoratet er bed om å vurdere om ordningen med ISF-refusjon for registrering av opplysninger i utvalgte medisinske kvalitetsregistre bør videreføres og/eller endres. Vurderingen skal baseres på dekningsgradanalyser av registrene som har vært inkludert i ordningen og dialog med de regionale helseforetakene og SKDE»

- Analyser basert på ISF-grunnlaget og dekningsgradanalyser viser ingen entydig forbedring
- Ordningen avvikles fra 2024, både fordi den har begrenset effekt og fordi den kun omfatter noen utvalgte registre. – STG XS04 utgår

Kostnadsvektor

Jostein Bandlien

Kostnadsvekker -status



- Frist for dataleveranse til Helsedirektoratet 19.april – leveranser spredt utover
- Tilbake til «normalsituasjon» - Kostnadsgrunnlagene i 2022 vil legges til grunn for vektene i 2024
- Felles Kvalitetssikringsmøte 1.juni
 - Hybridmøte – fysisk/digitalt
 - Sammenligne gjennomsnitts KPO-er pr DRG for å avdekke ulikheter i datagrunnlag og metodeulikheter i KPP-modellen
 - Kvalitetssikre egne data opp i mot andre helseforetak
 - Utvikle egne kontroller og tester for å øke kvaliteten i KPP-dataene
 - Bygge faglige nettverk som kan lære av hverandre
 - Dele erfaringer mht å ta i bruk KPP-data, forbedringsarbeid, budsjett og styring, mm

Kostnads- grunnlag 2022 foreløpig

Følgende DRG-er er tatt
ut som eksempler:

TD32A

TD81B

12

901C

905C

909A

914P

Forskjeller i kostnader per DRG kan skyldes:

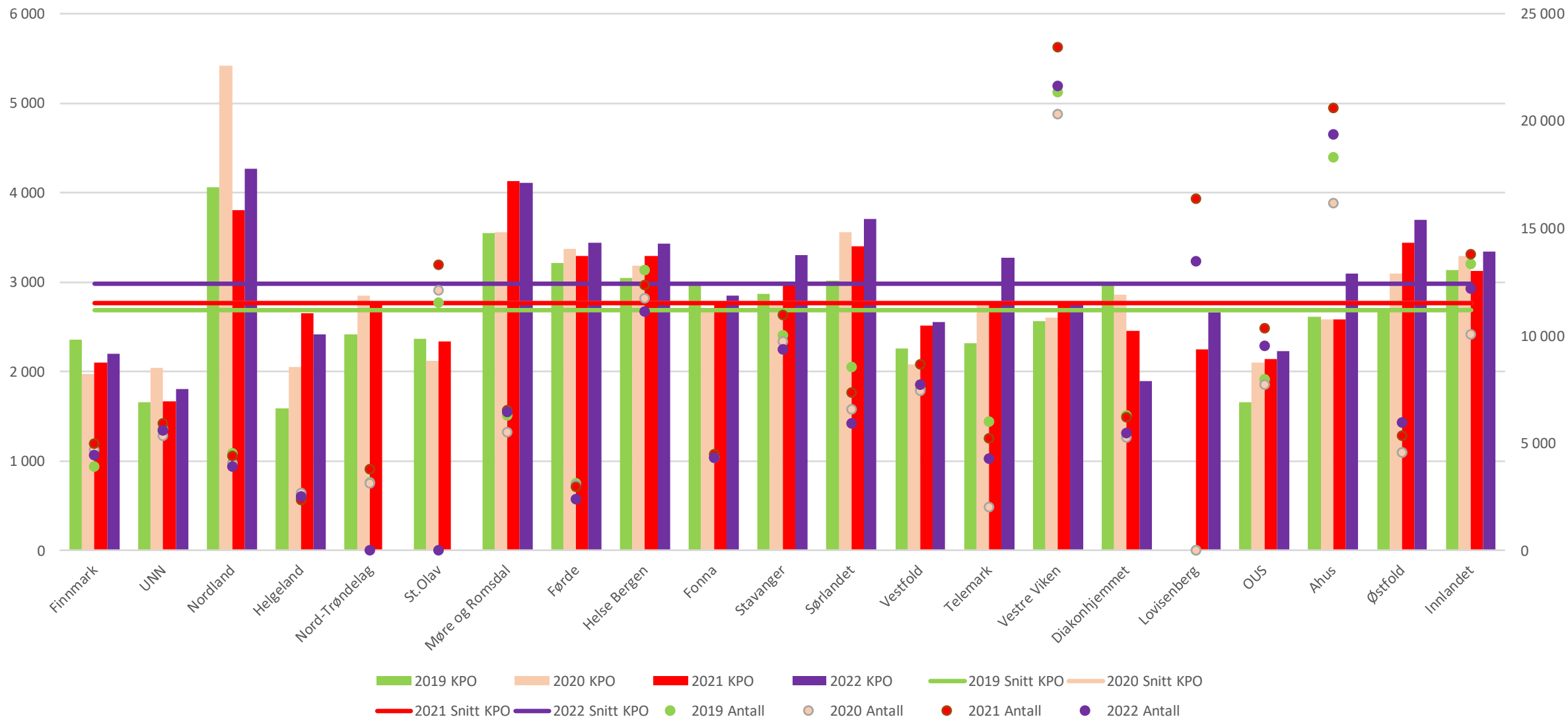
- Organisatoriske ulikheter mellom HF – funksjonsfordeling og casemix
- DRG-logikk - homogenitet
- Kodepraksis
- Liggetidsforskjeller (kapasitet)
- Metodeulikheter og tilgang til pasientspesifikk kostnadsinformasjon (legemidler mm)

Det tilstrebes at like tjenester skal ha lik finansiering

Har valgt noen eksempler som illustrerer variasjon

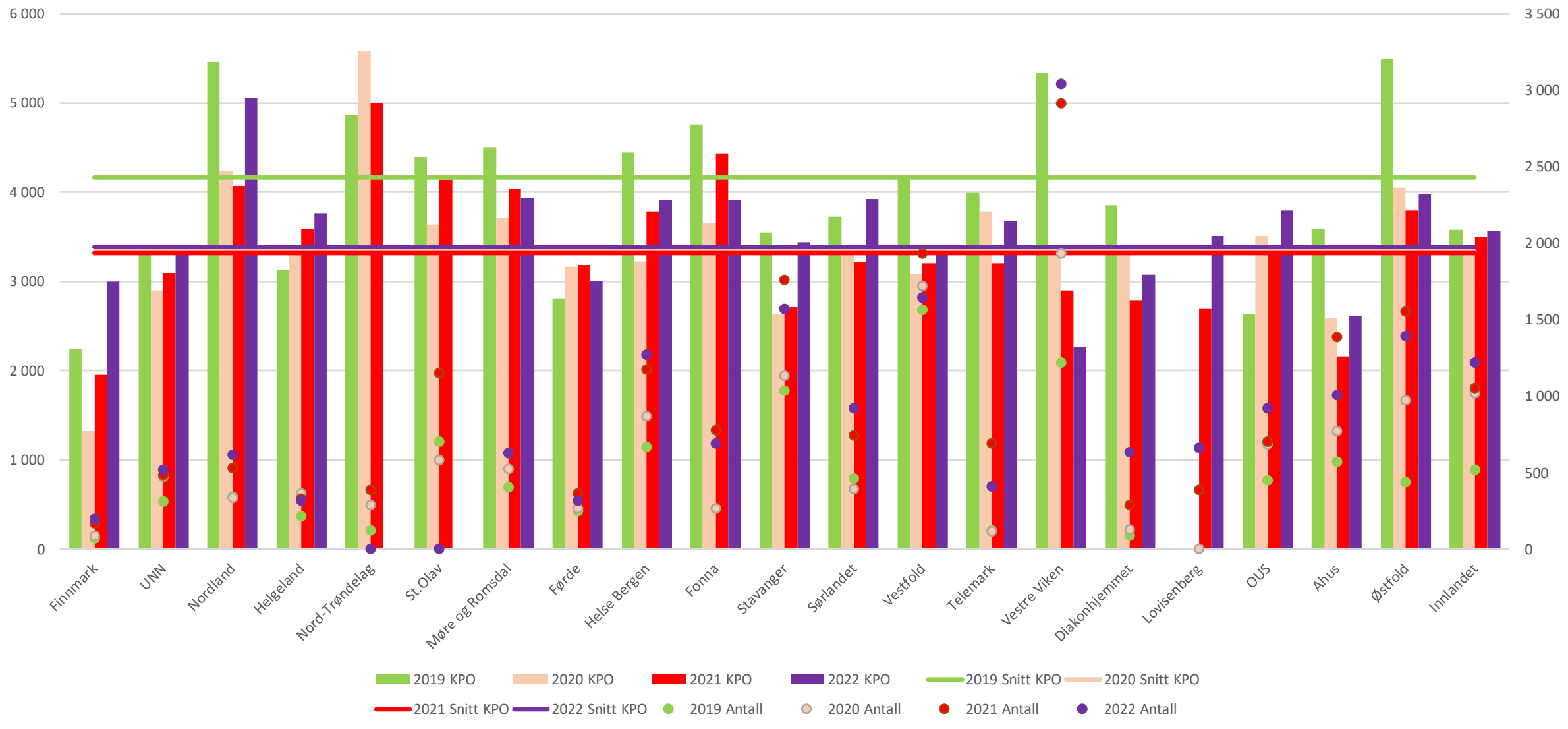
DRG TD32A - Polikliniske konsultasjoner - Andre depressive tilstander - Voksne

DRG TD32A - N=162093/146620/189475/155800 (2019/2020/2021/2022)



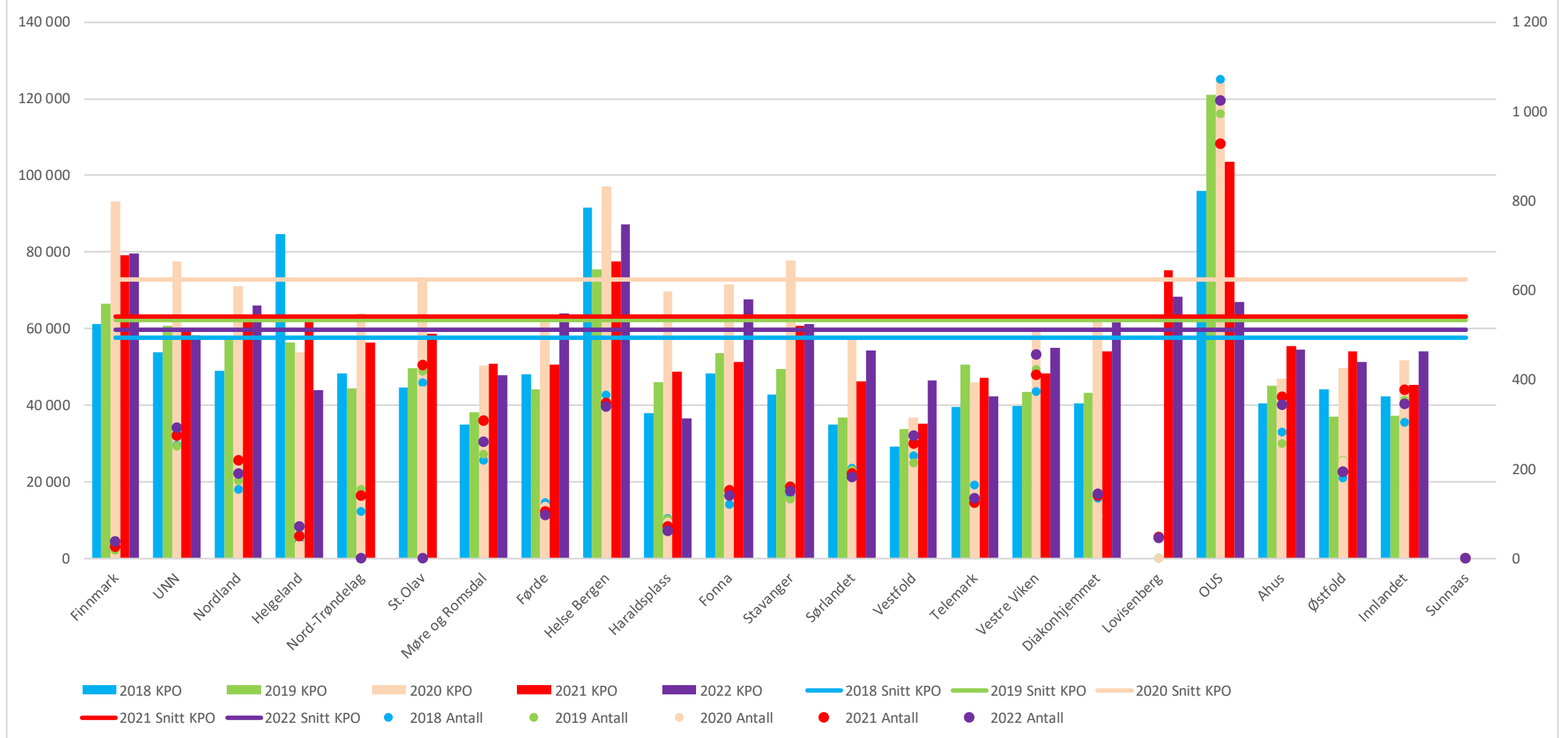
DRG TD81B - Polikliniske konsultasjoner - Spiseforstyrrelser - Barn og unge

DRG TD81B - N=9818/12928/19409/17975 (2019/2020/2021/2022)



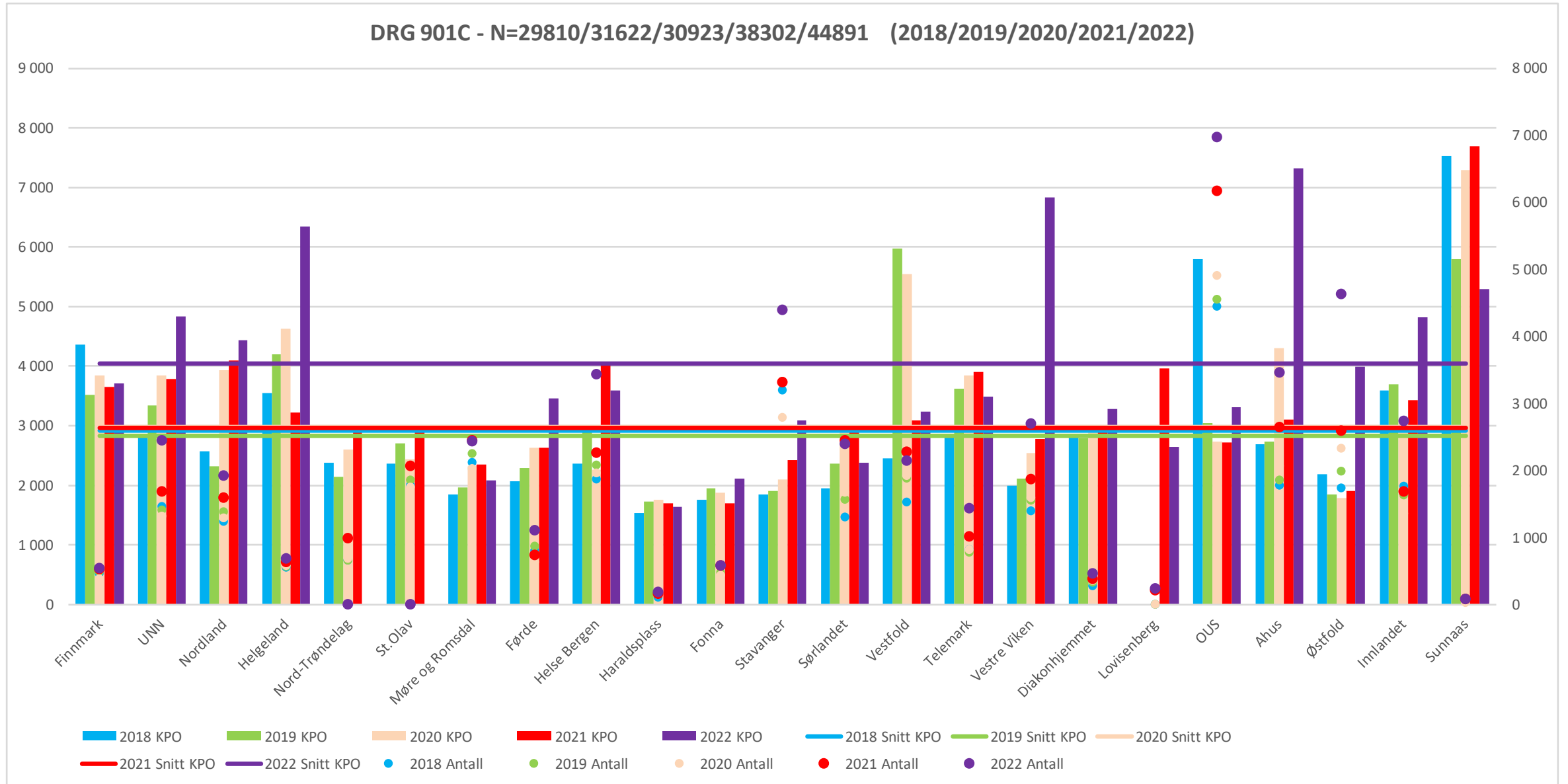
DRG: 12 - Degenerative sykdommer i nervesystemet

DRG 12 - N=4950/5049/4970/5299/4765 (2018/2019/2020/2021/2022)



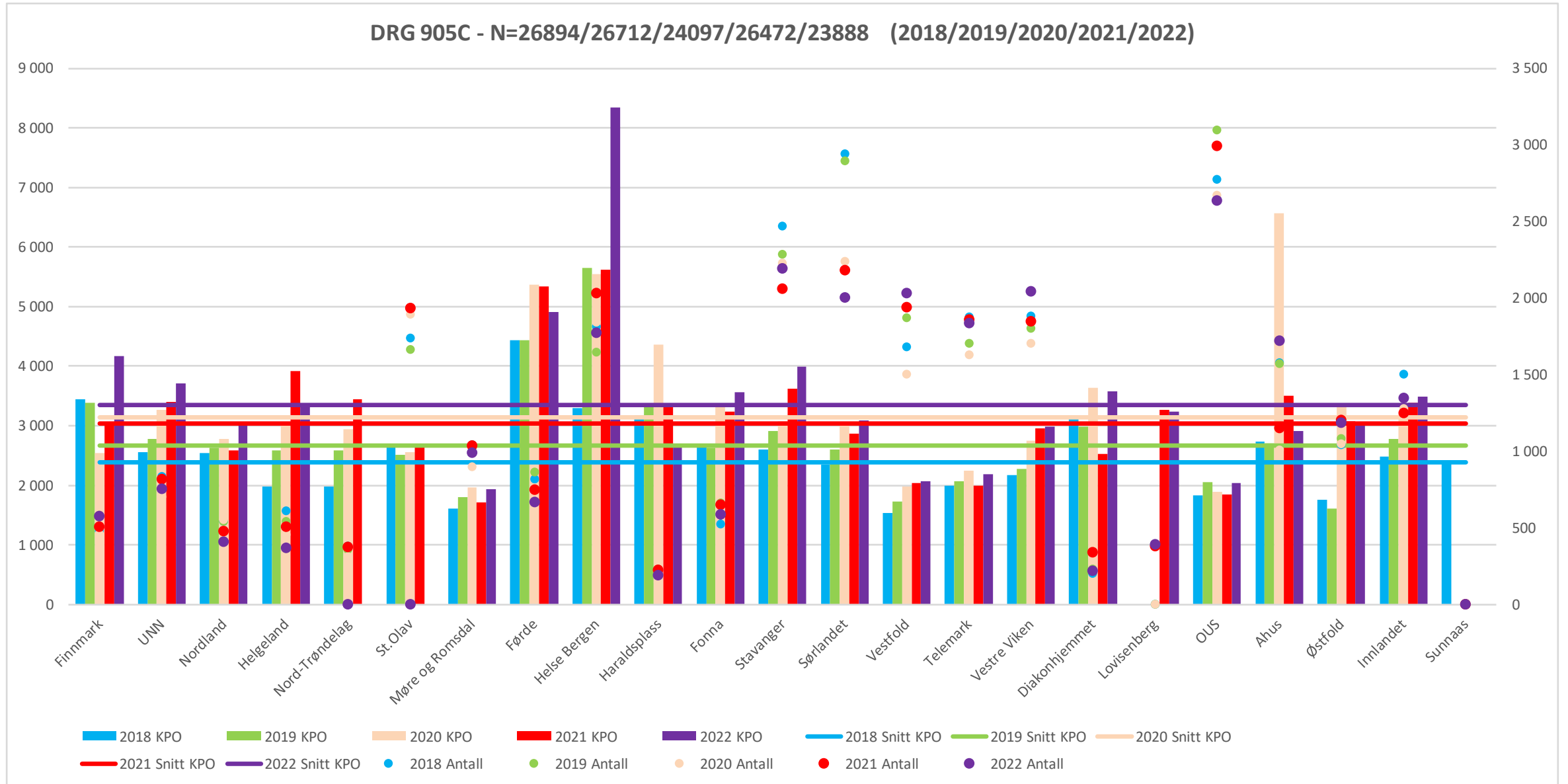
DRG: 901C - Poliklinisk konsultasjon vedr sykdom i perifere nerver

DRG 901C - N=29810/31622/30923/38302/44891 (2018/2019/2020/2021/2022)



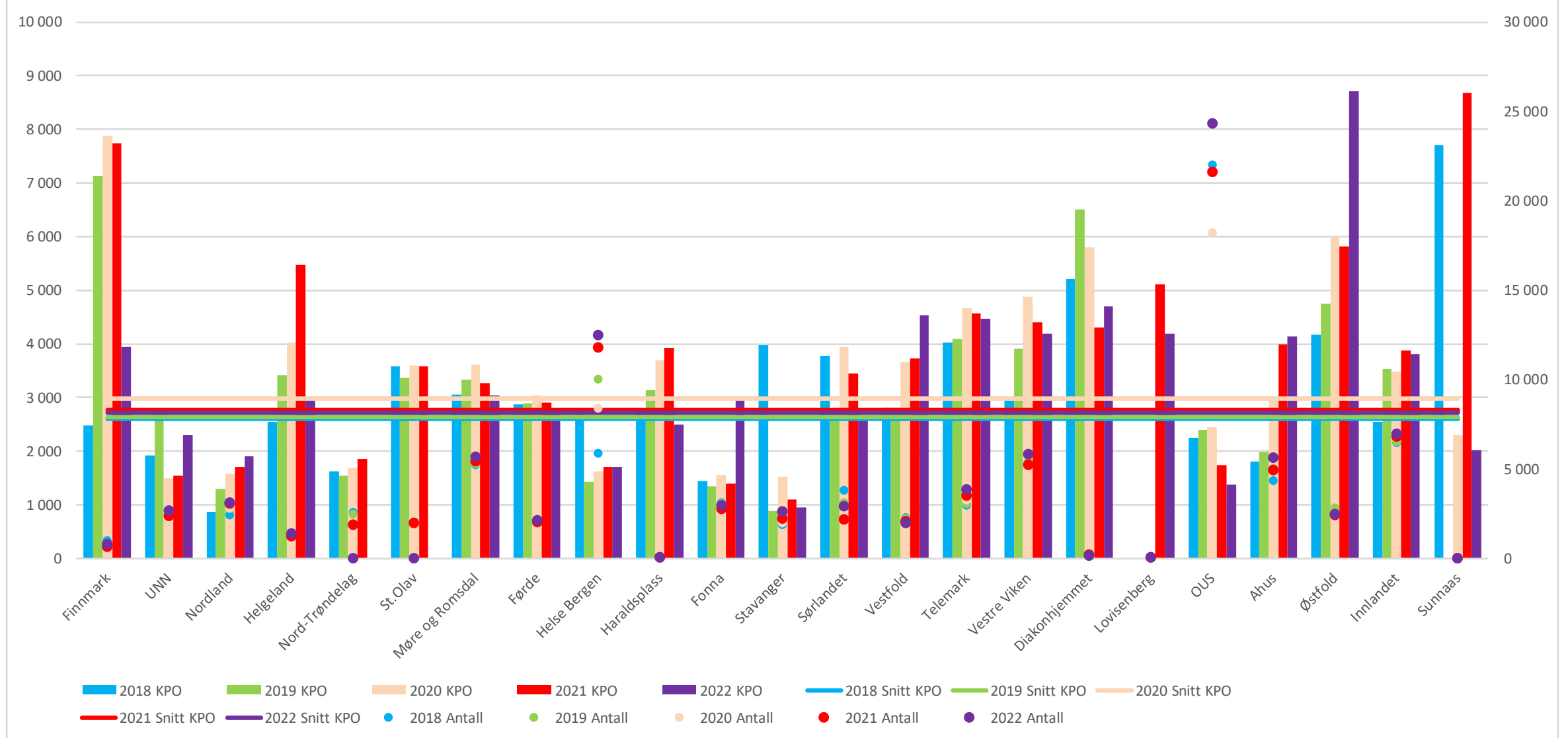
DRG: 905C - Pol konsultasjon vedr angina pectoris og iskemisk hjertesykdom, unntatt AMI

DRG 905C - N=26894/26712/24097/26472/23888 (2018/2019/2020/2021/2022)



DRG: 909A - Poliklinisk konsultasjon vedrørende mindre hudskader

DRG 909A - N=78819/83600/71252/84169/87704 (2018/2019/2020/2021/2022)



Videre arbeid

Oppdaterte
kostnadsvekter for 2024

30.juni- Frist reviderte leveranser til KV-arbeidet

Ferdigstille kostnadsgrunnlag – som deles med alle HF

Gjenstående arbeid:

- Innarbeide ny DRG-logikk 2024
- Innarbeide videreutvikling av ISF-ordningen
- Kostnadsberegning av STG-er og TFG-er
- Etablering av kalibreringsgrunnlag
- Simulering omfordelingseffekter

Egen dialog om omfordelingseffekter av nye vekter mot RHF/HF

Resultatbasert finansiering

Mats Ulvund Paulsberg

Fordeling av endelig beregning RBF 2023

Andel av RHF-enes basisbevilgning fordeles etter kriterier for utvalgte indikatorer

- 620,2 millioner kroner fordelt ved endelig beregning

Endelig beregning er basert på årsdata 2022

Sammenliknet med foreløpig fordeling vil Helse Midt-Norge få reduserte inntekter, mens Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest vil øke sine inntekter

Tall i millioner kroner

RHF	Foreløpig fordeling	Endelig fordeling	Endring fra foreløpig til endelig	% endring
Helse Midt-Norge RHF	98,5	97,1	- 1,4	-1,4 %
Helse Nord RHF	69,1	71,6	2,6	3,6 %
Helse Sør-Øst RHF	304,9	309,9	4,9	1,6 %
Helse Vest RHF	139,5	141,6	2,1	1,5 %
	612,0	620,2		

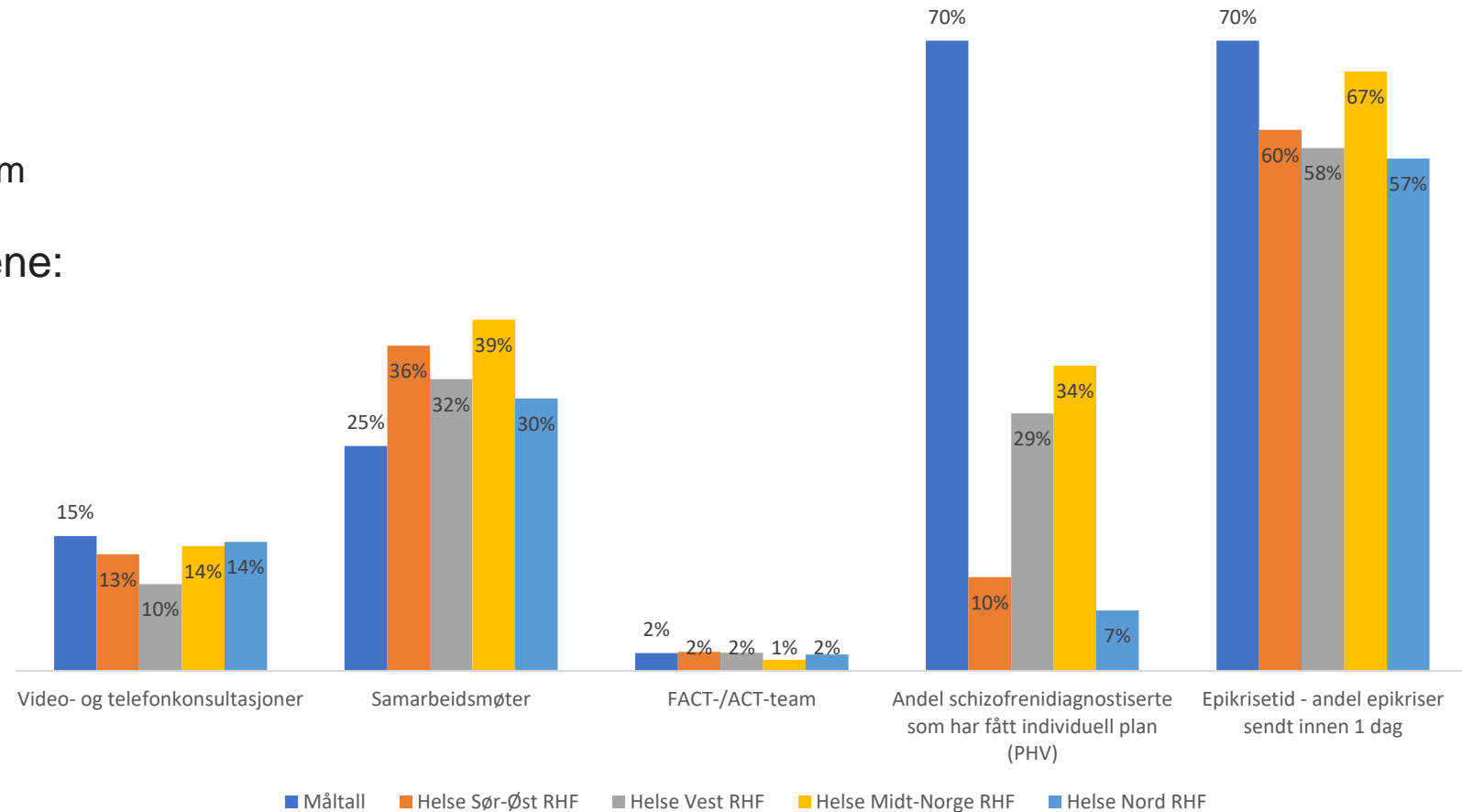
Måloppnåelse endelig beregning RBF 2023

Indikatorer som er tatt ut fra figur pga. lav måloppnåelse:

- Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering
- Gjennomført nettbasert behandlingsprogram

Relativ god måloppnåelse på indikatorene:

- Video- og telefonkonsultasjoner
- Samarbeidsmøter
- Teambasert oppfølging (FACT-/ACT-team)
- Epikrisetid



Resultatbasert finansiering 2024

For RBF 2024 er det planlagt følgende justeringer:

To indikatorer dekker kun PHV/TSB utvides til somatikk

- Samarbeidsaktiviteter
- Teambasert oppfølging

Endringer i prestasjonsmålet datakompletthet

- Gjelde indikatorer som kommer fra NKI-systemet



Nytt i de medesinske kodeverkene

e-helsedirektoratet



God sommer – men husk vårt informasjonsmøte til høsten – 17. oktober