

Grunnlagsdokument for ISF-regelverk 2025

INNHold

INNHold	1
1 Innledning	3
2 Forenkling og klart språk	4
3 Overordnet om ISF-utvikling	7
4 Generelle regler	8
4.1 Regel for lukking av tertialvise aktivitetsdata	8
4.2 Digitale tjenester	8
4.3 Samarbeidsaktiviteter med samarbeidsparter utenfor spesialisthelsetjenesten	10
4.4 Fysisk treningsterapi.....	11
4.5 Endringer i kliniske kodeverk.....	11
5 ISF for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	12
5.1 Overordnet innretning for 2025	12
5.2 Polikliniske halv- og heldagstilbud	12
5.3 Rapportering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	13
5.4 Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam	13
5.5 Konsultasjon med pårørende og andre nærstående personer	13
5.6 Testing og kartlegging med bruk av standardisert verktøy.....	13
5.7 Gruppebehandling.....	13
5.8 Familiebehandling	13
5.9 Observasjon av pasient i nærmiljø	14
6 ISF for somatisk spesialisthelsetjeneste	15
6.1 Overordnet innretning for 2025.....	15
6.2 Poengtillegg for særskilte ambulante konsultasjoner.....	15
6.3 Pasientadministrert legemiddelbehandling	15
6.4 Aldersrelatert maculadegenerasjon (AMD-behandling)	15

6.5	Kjeveortopedi kraniofaciale tilstander og leppe-, kjeve- og ganespalte	16
6.6	Fødselsomsorgen.....	17
6.7	Intensivbehandling.....	17
6.8	Protonbehandling.....	17
6.9	Palliasjon.....	17
6.10	Gruppebehandling.....	18
6.11	Førerkort.....	18
6.12	Osteoporoseutredning	18
6.13	Aldersrelatert maculadegenerasjon (AMD)	19
6.14	Forløp for innsetting av kneprotese.....	19
6.15	Ny prosedyrekode for medikament utlevert i spesialisthelsetjenesten	20
7	Endringer i DRG-, STG- og TFG-grupperingssystemet	21
7.1	Endringer i DRG-systemet	21
7.2	Endringer i særtjenester (STG-systemet)	22
7.3	Endringer i tjenesteforløp (TFG-systemet).....	23
7.4	Særkoder 2025	23
8	Grunnlag for kostnadsvektberegningene	25
8.1	Generelt om kostnadsvektberegningen.....	25
8.2	Håndtering av egenandelsfritaket innen poliklinisk psykisk helsevern og TSB.....	26
9	Presiseringer og annen informasjon	27
9.1	NPK	27
9.2	Aktivitetsgrunnlag på overordnet nivå.....	27
9.3	Rapporteringsformat.....	29
9.4	Særtjenester (STG) og rapportering	29

1 INNLEDNING

Dette dokumentet beskriver vesentlige endringer og forenklinger i ISF-ordningen fra 2024 til 2025.

Dokumentet er et arbeidsdokument som offentliggjøres for å understøtte åpenhet om endringer i ISF-ordningen og valgene Helsedirektoratet gjør i den forbindelse.

2 FORENKLING OG KLART SPRÅK

I arbeidet med ISF-regelverk for 2025 har det vært et generelt fokus på klart språk og en tydeliggjøring og forenkling av regelverket. Dette for i større grad å sikre den samme forståelsen, og med det lik finansiering av lik aktivitet.

Dette arbeidet har ført til enkelte justeringer i den tekstlige omtalen, samt flytting av kapitler. Ett eksempel er at kapittel 4 er flyttet frem til kapittel 3, da kapittel 3 har stått uten innhold og hatt benevnelsen "utgått" over flere år.

I tillegg har vi foretatt en særskilt gjennomgang av reglene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette som følge av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å se på forenkling og tydeliggjøring av rapporteringskrav i psykisk helsevern og TSB, som følger av finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering (ISF). I oppdraget ble vi bedt om å vurdere hvordan formidlingen av rapporteringsreglene kan forenkles og tydeliggjøres, og samtidig vurdere hensiktsmessigheten av å videreføre ISF-regelverket som primærkilde for spesifisering av rapporteringskrav som gjelder innsamling av opplysninger i Norsk pasientregister (NPR).

I arbeidet med dette oppdraget har vi derfor sett på mulighetene for både å forenkle og tydeliggjøre tekst og innhold, herunder begrepsbruk, i følgende deler av ISF-regelverk:

- ISF-regler for psykisk helsevern og TSB (kapittel 6)
- Særskilte fellesregler for psykisk helsevern, TSB og somatikk (kapittel 4)
- Beregningsregler for ISF-refusjon psykisk helsevern og TSB (kapittel 8)

I tillegg er det vurdert muligheten for å foreta en rydding mot rene koderegler eller rapporteringsregler knyttet til aktivitetsrapportering til Norsk pasientregister (NPR). Vi har også foretatt en vurdering av om reglene er beskrevet tydelig nok, og om de er nødvendige og hensiktsmessige for å opprettholde en god aktivitetsbeskrivelse. Dette for å unngå en ukritisk flytting av eksisterende regler til henholdsvis kodeveilederen eller en eventuelt ny registrerings- og rapporteringsveileder.

Gjennomgangen av ISF-reglene innen psykisk helsevern og TSB, samt analyse av aktivitetsdata, har vist at det for noen av aktivitetsgruppene, som for eksempel strukturerte polikliniske dagtilbud og samarbeidsaktiviteter, er behov for forenkling og tydeliggjøring, herunder tilpasse begrepsbruken slik den forstås i klinisk praksis. Rapporterte data viser variasjon i kodepraksis,

noe som tyder på at regelverket ikke er tydelig nok på hva det er vi ønsker å måle og følge opp, og hvordan begrepene fortolkes.

Arbeidet har ikke hatt som mål å redusere eller slå sammen noen av dagens aktivitetsgrupper (DRG-er), da disse er utarbeidet i samarbeid med sektoren, og er vurdert ut fra et styringsperspektiv som viktige å følge med på. Så selv om gjennomgangen har resultert i at enkelte av dagens punkter vil utgå som del av ISF-regelverket, vil samtlige aktivitetsgrupper (DRG og STG) bestå. Punktene vil utgå fordi aktiviteten skal registreres etter gjeldende koderegler, og rapporteres i henhold til kravene satt for rapportering til NPR-melding til Norsk pasientregister (NPR). ISF-finansieringen følger av DRG-grupperingsresultatet basert på innrapporterte aktivitetsdata til NPR som tidligere år. Her foreslås det altså ingen endringer.

Oppsummert er følgende regler innen psykisk helsevern og TSB justert med sikte på forenkling:

Punkter 2024	Navn 2024	Punkter i 2025	Navn 2025	Tekstlige og innholdsmessige endringer 2025
7.1	Strukturerte polikliniske dagtilbud og konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud	6.1	Polikliniske hel- og halvdagstilbud	Tekstlig forenkling. For heldagstilbudet er innholdet endret, og det er kun tidskravet som skiller tilbudene
7.2	Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam	6.2	Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam	Tekstlig forenkling. Innhold bak regel uendret
7.3	Rapportering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	6.3	Rapportering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	Tekstlig forenklet
7.4	Konsultasjon med pårørende og andre nærstående personer	6.4	Konsultasjon med pårørende og andre nærstående personer	Omtale av koding tatt ut. Finnes i Kodeveiledning - Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten
7.5	Testing og kartlegging med bruk av standardisert verktøy	6.5	Testing og kartlegging med bruk av standardisert verktøy	Det er presisert når prosedyrekoden kan benyttes
7.6	Gruppebehandling	6.6	Gruppebehandling	Forenklet
7.7	Familiebehandling	6.7	Familiebehandling	Presisert
7.8	Observasjon av pasient i nærmiljø	6.8	Observasjon av pasient i nærmiljø	Omtale av koding tatt ut. Finnes i Kodeveiledning - Regler og veiledning for klinisk koding i

				spesialisthelsetjenesten
5.22	Samarbeidsaktiviteter	4.20	Samarbeidsaktiviteter	Tydeliggjort skillet mellom en konsultasjon og et møte
5.24	Fysisk treningsterapi	4.22	Fysisk treningsterapi	Omtale av koding tatt ut. Finnes i Kodeveiledning - Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten
8.18	Aggregeringsregler somatikk	7.18	Aktivitetstelling – aggregeringsregler somatikk	Tydeliggjort og beskrevet hvordan kontaktene telles i ISF
9.2	Flere kontakter samme dag. Aggregeringsregler	8.2	Aktivitetstelling – aggregeringsregler psykisk helsevern og TSB	Tydeliggjort og beskrevet hvordan kontaktene telles i ISF

Oppdraget om forenkling av ISF-regelverket for psykisk helsevern og TSB har ført til at vi også har vurdert enkelte av reglene innen somatikk. Konsekvensen av dette er at punkter som kun er en gjengivelse av generelle koderegler for en bestemt type aktivitet er vil utgå fra ISF-regelverket. Tabellen under viser hvilke kapitler som av denne grunnen vil utgå fra ISF-regelverk.

Punkter 2024	Navn 2024	Kommentar
6.6	Medikamentelt svangerskapsavbrudd	Omtale av koding tatt ut. Finnes i Kodeveiledning - Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten
6.14	Organdonasjon	Poengberegningsregel er beskrevet i ISF-regelverks kapittel 7.3

3 OVERORDNET OM ISF-UTVIKLING

ISF-andel for somatikken endres til 30 prosent i 2025. ISF-andel i for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er foreslått uendret fra 2024.

Det er innført et egenandelsfritak for unge voksne i psykisk helsevern og TSB for aldersgruppen 18 til og med det året de fyller 26 år.

Det er ellers lagt opp til enkelte endringer og justeringer i ISF for 2025, blant annet som følge av innspill fra de regionale helseforetakene. Endringene medfører ikke behov for overføring fra basisrammen til ISF-ordningen.

4 GENERELLE REGLER

4.1 Regel for lukking av tertialvise aktivitetsdata

Fra aktivitetsåret ISF 2025 endres dagens regler knyttet til lukking av tertialvise aktivitetsdata til ISF formål. Helsedirektoratets vurdering er at sektoren nå har gode rutiner for å holde løpende oversikt over aktivitetsgrunnlaget. Dette har medført at det i de siste årene har vært liten differanse mellom lukket og ikke-lukket datagrunnlag. Det åpnes derfor opp for at ISF-grunnlaget tar hensyn til opprettinger i datagrunnlag som er rapportert innenfor tidligere frist samme år.

Endringen gjøres av forenklingshensyn og vil sikre at ISF-grunnlaget blir i tråd med gjennomført aktivitet gjennom året. De ordinære tertialvise tidsfrister til Norsk pasientregisters (NPR) opprettholdes og ivaretar krav til kvalitet på innrapportering innen gjeldende frister. Helsedirektoratet forutsetter at større endringer/oppdateringer i datagrunnlaget meldes til Helsedirektoratet. Forventede økonomiske effekter er marginale ved denne endringen og håndteres innenfor ISF-bevilgningen. Helsedirektoratet vil følge opp endringene i kontrollarbeidet.

4.2 Digitale tjenester

Digital hjemmeoppfølging har fortsatt fokus i arbeidet med utvikling av aktivitetsbasert finansiering slik at finansiering sammen med andre virkemidler støtter opp under ønsket utvikling av tjenesten. Generelt har vi for 2025 sett på mulige forenklinger knyttet til ISF-regelverk. Dette vil fortsette fram mot 2026, også når det gjelder digital hjemmeoppfølging. På grunn av denne prioriteringen har vi derfor ikke kunnet utrede alle innspill og varslede områder for 2025.

Justering i kostnadsvekter

ISF-refusjon baserer seg generelt på kostnadsberegnete aktivitetskategorier (DRG, STG eller TFG). For digital hjemmeoppfølging, som er en relativt ny aktivitet, har det hittil ikke vært kostnadsberegning med unntak av nettbaserte behandlingsprogram (eMeistring). Kostnadsberegninger av all aktivitet er imidlertid et arbeid vi vil prioritere fram mot 2026. Dette vil innebære et tett samarbeid med sektoren for å kunne lage standardiserte modeller for hvordan slike kostnader fanges opp. Digital hjemmeoppfølging er et prioritert område, og for 2025 har vi forenklet prismodellen slik at all digital hjemmeoppfølging får samme refusjon.

Vektene er i tillegg justert noe opp, slik at de beholder nivået fra 2024 selv om refusjonsandelen reduseres til 30 prosent.

Forenkling av registrering og rapportering

For å lettere kunne identifisere digital hjemmeoppfølging som indirekte kontakter er det for 2025 gjort endringer i NPR-melding (innrapporteringsformatet til Norsk pasientregister). Vi går bort fra å bruke tekniske episoder og vil isteden ha en egen verdi for digital hjemmeoppfølging (kode 40) i indirekte kontakter. Dette gjelder for asynkrone meldinger, data fra sensorer og medisinsk teknisk utstyr (MTU), pasientregistrerte data, nettbaserte behandlingsprogram og digital hjemmeoppfølging. Det skal fortsatt registreres prosedyrekoder for å vise hva slags type oppfølging som er gitt.

Vi har tidligere åpnet for å kunne registrere koder for digital hjemmeoppfølging på fysiske kontakter utført i perioden for hjemmeoppfølgingen. Dette vil ikke gjelde fra 2025. For bedre styringsinformasjon skal digital hjemmeoppfølging registreres som egne kontakter med kode 40. Dette for å kunne skille informasjon om digital hjemmeoppfølging fra innholdet (tilstander og prosedyrer) i fysiske konsultasjoner. Dette gjør at vi vil få bedre oversikt over aktivitet på digital hjemmeoppfølging, og en større mulighet til korrekte kostnadsberegninger.

Video- og telefonkonsultasjoner registreres som før som direkte kontakter. Ny kode 40 er derfor ikke relevant for slik aktivitet.

Det jobbes videre med mulighet for å kunne rapportere perioder med oppfølging, slik at man slipper å registrere slik aktivitet per tertial. Dette er en krevende teknisk omlegging på flere nivå. En slik endring vil derfor ikke kunne gjennomføres for 2025.

Gjennomgang av samlegrupper for digital hjemmeoppfølging

I informasjonsmøtet i juni ble det varslet en gjennomgang av samlegruppene for digital hjemmeoppfølging for å vurdere om det er større pasientgrupper som kan flyttes ut i STG-er tilknyttet ulike HDG-er. For somatikk gjelder dette:

- *XS10 Oppfølging av pasienter med andre somatiske lidelser basert på pasientregistrerte data via skjema og*
- *XS11 Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre somatiske lidelser*

STG XS10 *Oppfølging av pasienter med andre somatiske lidelser basert på pasientregistrerte data via skjema* har 3 579 opphold per 1 tertial 2024, der to sykehus står for nesten halvparten av oppholdene. Hovedtilstandene varierer og det er mer enn 300 ulike tilstandskoder i gruppen. De hyppigste diagnosene gir ikke grunnlag for å flytte noe ut av samlegruppen, da det blant annet dreier seg om forundersøkelser og etterkontroller etter ulike typer kirurgi. Gjennomgangen viser

også at det er grunnlag for å undersøke nærmere hva slags aktivitet de enkelte sykehusene har, da tilstandsinformasjon ikke gir noen klar indikasjon på type aktivitet.

Det er i liten grad benyttet andre prosedyrekoder enn WMGA28 *Digital skjemabasert oppfølg/monitorering basert på pasientrapporterte utfallsmål*. For en mindre andel av oppholdene i STG-en er det i datagrunnlaget rapportert ulike prosedyrekoder. Disse antas i stor grad å høre til en faktisk fysisk kontakt i sykehuset der man også har lagt til koden for skjemabasert oppfølging. Det er også registrert egenandel på nesten halvparten av oppholdene, noe som også tyder på at koden er ført i forbindelse med en fysisk konsultasjon.

STG XS11 som dekker fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging har 2 044 opphold per 1 tertial 2024. Her er det tre sykehus som samlet har mer enn 60% av aktiviteten.

Hovedtilstandene varierer og det er ca 240 ulike tilstandskoder i STG-en. De hyppigste diagnosene gir ikke grunnlag for å flytte noe ut av samlegruppen. Som beskrevet tidligere er det noe utfordrende å skaffe oversikt over aktiviteten, da tilstands- og prosedyrekoder kan gjelde den fysiske kontakten.

En overgang til at digital hjemmeoppfølging rapporteres som egne kontakter med kode 40 (og ikke som en del av en fysisk konsultasjon) vil sannsynligvis gi bedre oversikt over aktivitetene og innholdet i den digitale oppfølgingen.

Problemstillingen er ikke aktuell for psykisk helsevern og TSB foreløpig på grunn av lavt volum og at det kun er to aktivitetsgrupper (STG-er), én for skjemabaserte rapporteringer og en som gjelder aktivitet knyttet medisinsk utstyr.

4.3 Samarbeidsaktiviteter med samarbeidsparter utenfor spesialisthelsetjenesten

For 2025 har vi forsøkt å klargjøre regelverket knyttet til samarbeidsaktiviteter. Det har vært to årsaker til dette. Den første er at det har vært nødvendig å klargjøre hvorvidt samarbeidsaktiviteter eller konsultasjon har vært hovedformålet til kontakten. Den andre årsaken er at det har vært ulik registreringspraksis for når man skal registrere en samarbeidsaktivitet.

Alle planlagte aktiviteter med en samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten, hvor formålet med aktiviteten er oppfølging av én bestemt pasient og hvor aktiviteten skiller seg fra kontakter av administrativ art skal registreres med prosedyrekode for samarbeidsaktiviteter.

Samarbeidsaktivitet skal som hovedregel registreres som en indirekte kontakt med kode 26 Samarbeidsaktiviteter (om pasient), og med aktuelle prosedyrekoder. Dette gjelder for både somatikk og innen psykisk helsevern og TSB. For innlagte pasienter i somatikken kan prosedyrekodene for samarbeidsaktivitet rapporteres som en del av innleggelsen.

I enkelte tilfeller kan også en konsultasjon (terapi eller direkte behandling) utføres i kombinasjon med samarbeidsaktiviteter. I dette tilfelle registreres prosedyrekode for samarbeidsaktiviteter på kontakten. Alternativet kan være å registrere aktivitetene hver for seg der dette skjer som to separate aktiviteter (det vi si som en direkte og en indirekte kontakt).

4.4 Fysisk treningsterapi

For 2025 er regelverksteksten endret. Kodereglene som tidligere har stått i ISF-regelverk vil for 2025 kun finnes i Kodeveiledning - Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten. Innhold og krav til aktivitet er uendret.

4.5 Endringer i kliniske kodeverk

For endringer i ICD-10 og prosedyrekodeverkene, se Helsedirektoratets hjemmesider om kodeverk.

Det har for 2025 ikke vært noen større revisjoner av enkeltområder. Det er noen kodeendringer for prosedyrekoder der det både er noen nye koder og noen inaktiverte koder. Kodeendringer er basert på innrapporterte ønsker og behov fra fagmiljøene og et samarbeid med fagmiljøene om kodeverkene, i tillegg til eget og nordisk revisjonsarbeid. Noen tidligere særkoder er endret og tatt inn som eget kapittel i prosedyrekodeverket.

Det er endring mht særkoder for 2025, se nærmere omtale under i punkt 7.4.

5 ISF FOR PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

5.1 Overordnet innretning for 2025

ISF-andelen er foreslått uendret. For psykisk helsevern og TSB er den samlede aktivitetsbaserte finansieringsandelen (ISF-refusjon inkludert egenandeler) beregnet til om lag 25 prosent.

Det foreslås i Prop.1 (statsbudsjettet for 2025) å øke bevilgningen med 142 mill. kroner i forbindelse med innføring av egenandelsfritak for unge voksne i psykisk helsevern til og med fylte 26 år. Implementering er beskrevet nærmere i punkt 8.2 i dette dokumentet.

Gjennomgang av dagens rapporteringsregler i ISF-regelverket for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB med sikte på forenkling og tydeliggjøring har resultert i flere forenklinger regelverket. Gjennomgang avdekket også at flere av reglene kun har vært informasjon om prosedyrekoder i tillegg til en eventuell veiledning om bruken av dem hentet fra Kodeveiledningen (Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten). Dette er omtale som nå tas ut av ISF-regelverk, da det ikke er særskilte kriterier for bruk av dem i finansieringssammenheng. Arbeidet har derfor ført til en rydding av hvor de enkelte registrerings- og rapporteringsreglene bør omtales, jf. oppsummering over i kapittel 2.

5.2 Polikliniske halv- og heldagstilbud

Strukturerte polikliniske dagtilbud og konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud endrer navn til polikliniske halv- og heldagstilbud. Reglene videreføres i stor grad, men forenkles og samkjøres da det har vært noen særkrav knyttet til heldagstilbudene som vi nå har justert og forenklet. Dette gjelder kravene om at det må være en aktivitet som går over flere dager. Det er i tillegg åpnet for at kodene både kan benyttes til utredning og terapeutiske formål.

Kriteriene for bruk av prosedyrekodene IEAA00 Strukturerte polikliniske dagtilbud, hovedsakelig diagnostisk formål og IEAA10 Strukturerte polikliniske dagtilbud, hovedsakelig terapeutisk formål, samt særkoden WWAA03 Konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud er forenklet.

5.3 Rapportering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Det er gjort forenklinger i beskrivelsen av LAR behandling uten at selve innhold og regler er endret.

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

Det er gjort tekstlige forenklinger uten at innhold og regler er endret.

5.5 Konsultasjon med pårørende og andre nærstående personer

Omtalen av hvilken prosedyrekode som skal benyttes tas ut av ISF-regelverket. Se Kodeveiledningen – Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten

5.6 Testing og kartlegging med bruk av standardisert verktøy

Det er presisert at prosedyren for testing og kartlegging med bruk av standardisert verktøy (IEAA20) skal registreres etter at testen er utført.

5.7 Gruppebehandling

Det er flere alternative prosedyrekoder for gruppebehandling. Det er innholdet i gruppebehandling som skal registreres og rapporteres. Se Kodeveiledningen – Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten

Det presiseres også hvor informasjon om pasientopplæring og tiltak i gruppe finnes.

5.8 Familiebehandling

Omtalen er noe forenklet.

5.9 Observasjon av pasient i nærmiljø

Omtalen av hvilken prosedyrekode som skal benyttes tas ut av ISF-regelverket idet det følger av kodeveilederen;

Se Kodeveiledningen – Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten.

Kriterier for når prosedyren skal registreres og rapporteres består uendret og aktiviteten er fortsatt omfattet av ISF.

Det presiseres at prosedyrekode ikke skal benyttes for observasjon av pasient i sykehusets egne lokaler.

6 ISF FOR SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE

6.1 Overordnet innretning for 2025

ISF-andel endres, og er satt til 30 prosent i 2025.

6.2 Poengtillegg for særskilte ambulante konsultasjoner

Nivået for poengtillegg for særskilte ambulante konsultasjoner opprettholdes på samme nivå som for 2024, selv om refusjonsandelen reduseres til 30 prosent.

6.3 Pasientadministrert legemiddelbehandling

Finansieringsansvaret for intravenøs behandling av infeksjoner og parenteral ernæring overføres fra folketrygden til RHF fra 1. januar 2025. Basisbevilgningen til RHF-ene blir styrket for å ivareta nytt finansieringsansvar. Aktiviteten vil ikke bli inkludert i ISF-grunnlaget i 2025, men det vil opprettes nye STG-er uten finansiering for å få oversikt over omfang av aktivitet innenfor de nye legemiddelområdene. Endringer i grupperingslogikken omtales nærmere i kapittel 7.

STG-logikken for pasientadministrert legemiddelbehandling oppdateres hvert tertial som følge av beslutninger i Nye metoder.

6.4 Aldersrelatert maculadegenerasjon (AMD-behandling)

Netthinnesykdom, slik som aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD), diabetesforandringer, kronisk regnbuehinnebetennelse (uveitt) eller blodpropp (vene-okklusjon) kan behandles ved å sprøyte inn medisin i glasslegemet.

Den vanligste injeksjonsmedisinen som benyttes for behandling av AMD heter Avastin®, med virkestoff bevacizumab. Denne brukes for å stoppe lekkasje fra syke blodårer i netthinnen.

Lucentis® og Eylea® er to andre medisiner som kan brukes ved samme tilstander. Det benyttes også noen ganger kortisonblandinger (e.g. Kenacort®) eller implantater (e.g. Ozurdex®) for å redusere lekkasje og dempe betennelse.

Avastin har i flere år vært brukt til behandling av AMD. Legemidlet er kategorisert som "off-label", men har de senere årene vært førstevalg ved indikasjon AMD. Off-label bruk innebærer at noen medisiner brukes til et område som de opprinnelig ikke var tiltenkt eller er godkjent for. Medisinene er likevel trygge og nøye utprøvd. Dette gjelder bl.a. Avastin®.

Avastin har fram til nå ligget i DRG 802P Annen poliklinisk utredning og behandling av øyetilstander med spesifiserte tiltak, mens øvrige legemiddelbehandling for samme tilstand er i DRG 802U Poliklinisk behandling av AMD og makulaødem med lokal medikamentinjeksjon eller fotodynamisk metode. For 2025 endres dette ved at behandling med Avastin (virkestoff bevacizumab ATC-kode L01FG01) legges sammen med øvrige legemidler i DRG 802U.

6.5 Kjeveortopedi kraniofaciale tilstander og leppe-, kjeve- og ganespalte

Gjennom Statsbudsjettet for 2025 er finansieringsansvaret for kjeveortopedisk behandling av pasienter med kraniofaciale tilstander og leppe-kjeve-ganespalte overført fra folketrygden til RHF-ene. Behandlingen gjøres hovedsakelig i sykehus, men enklere deler av oppfølgingen kan gjøres av lokale kjeveortopeder. Se Prop 1s for nærmere omtale.

For behandling som utføres eksternt registrerer sykehusene aktiviteten, og bruker administrativ kode Sted for aktivitet, Kode 9 'Annet sted'.

Helsedirektoratet opprettet i 2024 nye prosedyrekoder for å beskrive aktiviteten;

- DQE11: Injeksjon av terapeutisk substans i larynx
- EBT00: Fremstilling/tilpasning av enkelt avtakbart apparatur for tenner/kjeve
- EBT05: Fremstilling og/eller tilpasning av komplisert avtakbart apparatur for tenner og kjeve
- EBT10: Innsetting av fast apparatur i en hel kjeve
- EBT15: Innsetting av fast apparatur i del av kjeve
- EBT20: Tilpasning og innsetting av komplett sett alignere i kjeve
- EBX50: Broterapi av tenner
- EBX55: Tilpasning av avtakbar oral protetik
- EBT25: Justering av apparatur i kjeve og tenner

Aktiviteten vil gruppere til en ny DRG 803Q Mindre kjeveortopediske prosedyrer.

6.6 Fødselsomsorgen

I 2024 ble det innført fire ulike forløp uten finansiering innen svangerskap og fødselsomsorgen, disse videreføres uten finansiering og det er ingen endring for 2025.

6.7 Intensivbehandling

Særkoden B0050 Intensivpasient etter nærmere kriterier utgår fra 2025. Etter arbeid på intensivområdet ble det opprettet en særkode fra 01.01.2022. Særkoden B0050 har nå eksistert i tre år. Etter omgjøring av særkoder til prosedyrekoder (se omtale om særkoder), må koden B0050 Intensivpasient utgå. Vi har tre års data med denne koden som det kan gjøres nærmere analyser av og vi vil komme tilbake til videre arbeid på området senere.

6.8 Protonbehandling

Protonterapi er et nytt nasjonalt behandlingstilbud som skal etableres i Helse Sør-Øst og Helse Vest på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Gjennom mange år har pasienter fra Norge blitt sendt til bl.a. Sverige, Tyskland og USA for protonterapibehandling.

Protonbehandling vil bli tilgjengelig i Norge fra 2025. Tilbudet vil gradvis trappes opp og første komplette driftsår er planlagt til 2027. Det er anslått at en større andel av pasientene som får behandlingen ved protosentrene vil inngå i kliniske studier. Aktiviteten skal kodes etter vanlige kodingsregler med aktuelle tilstandskode (ICD-10) og aktuelle prosedyrekoder for partikkelstråleterapi.

6.9 Palliasjon

Nasjonal faglig retningslinje om palliasjon til barn og unge (IS-2599) er under revisjon. Det samme gjelder for Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (Nasjonal faglig retningslinje, IS-2800). ISF-regelverk støtter seg til de krav som til er gjeldende nasjonale retningslinjer for palliasjon. Dette gjelder både for barn, unge og voksne. Vi har valgt å ikke gjengi krav i ISF-regelverk, men heller henviser til retningslinjene. Dette valget er under vurdering da vi ser verdien av å gjengi de mest sentrale kravene fra retningslinjene også i ISF-regelverk for å understreke hva som skal til for å kunne benytte koder som gir tilleggsrefusjon. Foreløpig avventer vi og ser om nye retningslinjer er klare til 2025, og om det er behov for endringer i ISF-regelverket.

6.10 Gruppebehandling

Omtalen er forenklet og tydeliggjort i punkt 5.10 i regelverket.

6.11 Førerkort

Spesifikk regel i ISF-regelverket som ekskluderer kontakter i spesialisthelsetjenesten der hovedinnholdet er vurdering av vilkår for førerkort eller utstedelse av attester i den forbindelse opphører fra 2025. Årsaken er at Helsedirektoratets analyser viser at omfang av kontakter som er ekskludert på grunnlag av denne bestemmelsen er liten. Forenklingshensyn tilsier at bestemmelsen tas ut av regelverket. Det er forventet at førerkortvurderinger er knyttet til henvisning til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

6.12 Osteoporoseutredning

Gjennom analyser ser vi en variasjon i hvordan osteoporoseutredning foregår. En viktig del av osteoporoseutredningen utføres ved hjelp av bentetthetsmåling. Vi har også mottatt innspill fra RHF-ene om ønske om egen finansiering av systematisk oppfølging av bruddpasienter, gjennom "Fracture Liason Service" (FLS). Dette er oppfølging som også må tas med i betraktning når en løsning for osteoporoseutredning vurderes.

Vi har sett nærmere på finansiering av osteoporoseutredning og vurdert dette for forløpsfinansiering. Forløpsfinansiering (TFG) for osteoporoseutredning vil kunne ta høyde for ulik organisering og oppfølging av pasienter som utredes for osteoporose og kan gi en mer lik finansiering.

Bentetthetsmålinger skjer både ved radiologiske og kliniske avdelinger. Dette medfører at ikke alle bentetthetsmålinger inngår i ISF, da det som skjer ved radiologiske avdelinger finansieres via takster regulert i forskrift om dekning av laboratorie- og røntgentjenester (via Helfo).

Det vil derfor være vanskelig å se på finansiering innen ISF gjennom forløpsfinansiering når ikke all aktivitet finnes i aktivitetsgrunlaget til ISF. Det innføres dermed ikke TFG for osteoporoseutredning fra 2025. Det må jobbes videre med en samlet finansiering, slik at den ikke blir avhengig av hvordan man har organisert aktiviteten.

Det innføres heller ingen tilleggsfinansiering i 2025 for utvalgte pasientgrupper i sykehus som foreslått i innspill om Fracture Liason Service (FLS). Vi mener at det foregår systematisk utredning av osteoporose for flere større pasientgrupper i sykehus, ikke bare for pasienter som

har hatt brudd, eller via FLS. Det anses derfor ikke hensiktsmessig med en egen løsning kun for pasienter som inngår i FLS.

6.13 Aldersrelatert maculadegenerasjon (AMD)

Det ble i 2023 opprettet tjenesteforløp (TFG) uten finansiering for AMD. Det er gjort vurderinger om en forløpsfinansiering for dette området etter innspill fra RHF-ene. Siden det gjøres en DRG endring ved flytting av legemiddel fra 2025, jf. omtale over i punkt 6.4, anses det ikke hensiktsmessig å innføre forløpsfinansiering på dette området nå.

6.14 Forløp for innsetting av kneprotese

Forløp for innsetting av kneprotese ble opprettet i 2020 uten finansiering. Forløpet inkluderes med finansiering fra 2025. Dette gir lik finansiering uansett om kneprotese opereres som dagkirurgi eller om pasienten er innlagt. Det betyr også at finansieringen er lik uavhengig av organisering av pre- og postoperativ oppfølging.

HT04 Forløp for innsetting av kneprotese

For å inkluderes i et forløp for innsetting av kneprotese er utløsende hendelse (trigger) prosedyrekode for innsetting av kneprotese, dvs. alle opphold i DRG209H *Innsetting av protese i kne* inkluderes samt opphold i DRG 209O *Store leddinngrep på underekstremitet, ikke reoperasjon, dagkirurgisk behandling* der pasienten får satt inn en kneprotese (identifisert ved prosedyrekoden).

I tillegg inkluderes opphold før og etter innsetting av kneprotese som er relevante, inkludert DRG-er i HDG08, men også andre DRG-er som inkluderer grupperettet pasientopplæring, nettbasert behandling og kontroller etter behandling.

Følgende DRG-er er inkludert i forløpene for kneprotese:

- 908A Pol kons vedr brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken
- 908B Poliklinisk konsultasjon vedrørende artrose
- 908C Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk leddsykdom
- 908D Poliklinisk konsultasjon vedr systemiske bindevevssykdommer
- 908E Poliklinisk konsultasjon vedr tendinitt og bursitt
- 908F Poliklinisk konsultasjon vedr lidelser og skader i rygg og nakke
- 908G Poliklinisk konsultasjon vedr myositt
- 908H Poliklinisk konsultasjon vedr osteoporose
- 908O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i bevegelsesapparatet

- 980H ØH-relaterte muskel- og skjelettilstander uten overnatting
- 923O Pol kons vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/ kontakt med helsetjenesten
- 981X Innleggelse uten overnatting for andre tilstander
- 996O Behandlingstiltak rettet mot en gruppe pasienter
- 998O Grupperettet pasientopplæring
- 209H Innsetting av protese i kne

Disse DRG-ene er tidsavgrenset med angitte dager før og etter innsetting av protese avhengig av relevans for å hindre at det inkluderes opphold som ikke er relevant for kneproteseforløpet. Spesifikasjon av forløp for innsetting av kneprotese er også omtalt i EOC filen publisert på Helsedirektoratets nettsider.

6.15 Ny prosedyrekode for medikament utlevert i spesialisthelsetjenesten

Det er opprettet en ny prosedyrekode: ZWUU20 Medikament utlevert i spesialisthelsetjenesten for tidsavgrenset hjemmebehandling. Prosedyrekoden er opprettet etter innspill fra sektoren. Prosedyrekoden gir markør for at pasienten skal fortsette legemiddelbehandlingen hjemme, og at pasienten har fått med seg medikament, slik at legemiddelbehandlingen kan fortsette hjemme hos pasienten. Prosedyrekoden skal benyttes ved pasientkontakten der pasienten har fått utlevert medikamentet som ellers ville blitt administrert under kontakt med spesialisthelsetjenesten. Administrasjonsform og legemiddelets ATC-kode kodes samtidig i tråd med kodereglene. Prosedyrekoden skal ikke benyttes når pasient har fått legemiddel på resept, dvs. ved H-reseptlegemiddel.

7 ENDRINGER I DRG-, STG- OG TFG-GRUPPERINGSSYSTEMET

7.1 Endringer i DRG-systemet

Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor opphold eller polikliniske konsultasjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. Grupperingen gjøres ut fra de data som registreres om pasientene i sykehusenes pasientadministrative datasystem. Gruppering til DRG skjer ved hjelp av et dataprogram (Norsk pasientklassifisering - NPK).

Her gis en kortfattet fremstilling av endringene i DRG-struktur og grupperingsregler fra 2024 til 2025.

Følgende nye DRG-er opprettes:

DRG	HDG	Navn
349N	12	Godartet hypertrofi av prostata
803Q	03	Mindre kjeveortopediske prosedyrer

DRG **349N** *Godartet hypertrofi av prostata* opprettes som følge av at DRG **348** *Godartet hypertrofi av prostata m/bk* og **349** *Godartet hypertrofi av prostata u/bk* slås sammen. DRG-ene som slettes har over flere år hatt lavt antall, og det er små forskjeller i kostnader mellom DRG m/bk og DRG u/bk.

DRG **803Q** *Mindre kjeveortopediske prosedyrer* opprettes som følge av oppgaveoverføring for tannbehandling for kraniofaciale lidelser og leppe-kjeve-gane spalte fra folketrygden til ISF (se punkt 6.5 for nærmere omtale).

Følgende DRG-er tas ut:

DRG	HDG	Navn
348	12	Godartet hypertrofi av prostata m/bk
349	12	Godartet hypertrofi av prostata u/bk

DRG 348 og 349 tas ut som følge av opprettelsen av 349N.

Andre endringer:

- Legemiddel med virkestoff bevacizumab (**ATC-kode L01FG01**) flyttes fra DRG 802P Annen poliklinisk utredning og behandling av øyetilstander med spesifiserte tiltak til DRG 802U Poliklinisk behandling av AMD og makulaødem med lokal medikamentinjeksjon eller fotodynamisk metode.
- Prosedyrekodene **EBT00** *Fremstilling/tilpasning av enkelt avtakbar apparatur for tenner/kjeve*, **EBT05** *Fremstilling og/eller tilpasning av komplisert avtakbar apparatur for tenner og kjeve*, **EBT10** *Innsetting av fast apparatur i en hel kjeve*, **EBT15** *Innsetting av fast apparatur i del av kjeve*, **EBT20** *Tilpasning og innsetting av komplett sett alignere i kjeve*, **EBX50** *Broterapi av tenner*, **EBX55** *Tilpasning av avtakbar oral protetikk gis en ny egenskap* **03O14** *Minor orthodontic procedure*. Dette for å ivareta oppgaveoverføring fra folketrygden knyttet til kjeveortopedi og ny DRG **803Q** *Mindre kjeveortopediske prosedyrer*.
- Diagnosekodene **O21.0** *Ukompliserte svangerskapsbrekninger*, **O21.8** *Annen spesifisert brekningstilstand som kompliserer svangerskap* og **O21.9** *Uspesifiserte svangerskapsbrekninger* mister egenskapen **14X10** *Antepartum complication*, for å flytte opphold i DRG **383** *Sykdommer i svangerskapet ITAD m/bk* til **384** *Sykdommer i svangerskapet ITAD u/bk*.
- Regel for DRG **214A** *Omfattende aksekorrigerende inngrep på kolumna* (ORD 408D05110) fjernes for å gjøre DRG-en mer homogen (kun prosedyrer med egenskap **08S16** *Combined anterior and posterior fusion of spine*). Opphold vil derfor flyttes fra **214A** til **214B** *Fremre eller bakre spondylodese m/bk* og **215B** *Fremre eller bakre spondylodese u/bk*.
- Prosedyre **ZXC11** *Bruk av intenst pulset lys*, tas ut av STG-løsningen for lysbehandling og vil med det inngå i DRG-løsningen som tidligere år.

7.2 Endringer i særtjenester (STG-systemet)

Spesialisthelsetjenester som finner sted gjennom andre typer tjenester enn tradisjonelle innleggelse og polikliniske tjenester, og som strekker seg over lengre tid og slik at pasienten selv i større grad står for administrasjon av behandlingen grupperes i STG, særtjenestegrupper. Særtjenestene må sees på som en komplementær enhet til «Opphold», som er ISF-systemets telle enhet for tradisjonelle innleggelse og polikliniske tjenester og som grupperes til DRG.

Følgende nye STG-er opprettes (uten finansiering) grunnet overføring av finansieringsansvar fra folketrygden til RHF-ene:

STG	Beskrivelse
DS03	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved tuberkulose
XS84	Pasientadministrert legemiddelbehandling med antibiotika, ITAD
XS83	Pasientadministrert parenteral ernæring

Se nærmere omtale i punkt 6.3.

To endringer i STG-logikken for lysbehandling

- For STG **JS09** *Annen lysbehandling*, gis en ny regel for å også inkludere pasienter med diagnoser knyttet til **HDG 17**. Dette medfører at opphold flyttes fra **ZS470 Feilgrupperte særtjenester**.
- Prosedyre **ZXC11** *Bruk av intenst pulset lys*, tas ut av STG-løsningen for lysbehandling og vil med det inngå i DRG som tidligere år.

7.3 Endringer i tjenesteforløp (TFG-systemet)

Det opprettes en ny TFG med finansiering for 2025:

HT04 Forløp for innsetting av kneprotese

Se punkt 6.14 i dette dokumentet.

7.4 Særkoder 2025

Særkodene utgår som eget kodeverk og flere koder erstattes av prosedyrekoder for 2025. For 2025 vil særkodene finnes i norsk klinisk prosedyrekodeverk (NKPK) filen sammen med de andre prosedyrekodene. Kodene kan søkes opp i finnkode og registreres og rapporteres på vanlig måte.

I 2024 var det seks særkoder. En av disse er erstattet av en allerede eksisterende prosedyrekode, en kode utgår og de fire siste kodene får ny kodeverdi og blir prosedyrekoder. Disse fire kodene blir lagt i eget kapittel i NKPK. Koden som utgår er særkode B0050 Intensivpasient etter nærmere kriterier. Koden utgår som ledd i forenklingsarbeidet som har hatt fokus inneværende

år, og vi mener å ha tilstrekkelig grunnlag for analyser av intensivvirksomheten med data fra tre foregående år.

Med denne endringen blir det færre kodeverksfiler å forholde seg til. Alle prosedyrekodene ligger nå samlet i NKPK. Koderegler for disse kodene er som tidligere spesifisert og oppdatert i ISF regelverket.

Tabellen under viser endringene fra 01.01.2025.

2024			2025	
Kode	Kodetekst		Kode	Kodetekst
A0099	Grupperettet pasientopplæring	Erstattes av	WWAA00	Grupperettet pasientopplæring
B0029	Asynkron telemedisinsk oppfølging og behandling av sår	Erstattes av	WMGA42	Annen asynkron telemedisinsk oppfølging
B0044	Teambasert oppfølging som bidrar til helhetlige og sammenhengende pasientforløp	Erstattes av	WWAA01	Teambasert oppfølging som bidrar til helhetlige og sammenhengende pasientforløp
B0045	Strukturert oppfølging fra tverrfaglige integrerte team	Erstattes av	WWAA02	Strukturert oppfølging fra tverrfaglige integrerte team
B0050	Intensivpasient etter nærmere kriterier	Utgår		
B0051	Konsentrerte tverrfaglige heldags behandlingstilbud	Erstattes av	WWAA03	Konsentrerte tverrfaglige heldags behandlingstilbud

8 GRUNNLAG FOR KOSTNADSVEKTBEREGNINGENE

8.1 Generelt om kostnadsvektberegningen

Kostnadsvektene til DRG-systemet revideres årlig med utgangspunkt i kostnads- og aktivitetsdata fra alle helseforetak (HF).

Alle HF har implementert kostnad per pasient (KPP) beregningsmodeller. Disse er i kontinuerlig utvikling og vi har blant annet hatt spesielt fokus på å få tak i de prosedyrestyrte kostnadene knyttet til implantater, legemidler og kostbare medisinske forbruksvarer og få disse koblet til korrekt pasient og episode. Forbedringer fra et år til et annet kan påvirke rapporterte gjennomsnittskostnader på DRG-nivå fra HF-ene.

Rent metodisk beregnes kostnadsvektene basert på vektete gjennomsnittskostnader per DRG for alle helseforetak med minst 5 opphold eller kontakter i DRG-en. Kostnadsvektene skal gjenspeile gjennomsnittlig ressursforbruk innen DRG-en, og det er ønskelig å få med kostnader knyttet til normal liggetid for de aktuelle DRG-ene for innleggelser. Derfor ekskluderes kostnader til liggetid over trimpunkt og liggetid der pasientene er meldt utskrivningsklare. Dagens metode for trimming av kostnadsgrunnlaget medfører at liggetidskostnadene reduseres andelsmessig ut fra hvor stor andel av de totale liggetidskostnadene per DRG på HF-nivå som er knyttet til utskrivningsklare liggedøgn og liggedager ut over trimpunkt.

Før vektene beregnes blir det korrigeret i kostnadsgrunnlaget for den egenandel pasienten betaler ved polikliniske kontakter og dagkirurgiske opphold. Dette er gjort ved å trekke ut egenandelsbeløpet fra kostnadsgrunnlaget for aktuelle polikliniske og dagkirurgiske DRG-er.

Kostnadsvekter for 2025 er beregnet med basis i HF-enes innrapporterte kostnader og aktivitet for 2023. Vektene er korrigeret for å ta høyde for endret grupperingslogikk fra 2022 til 2024. I tillegg er endringer i finansieringsmodellen omtalt under andre punkter i dokumentet innarbeidet i modellen.

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

aktivitetsgrunnlaget. Kostnadsvektene for 2025 er kalibrert basert på aktivitetsgrunnlag 2023, med justering for aktivitetsendring 2024.

Når det gjelder pasientadministrert legemiddelbehandling er datagrunnlaget oppgjørsordningen for H-reseptor (Helseforetaksfinansierte legemidler brukt utenfor sykehus). Det er beregnet gjennomsnittskostnad per pasient per tidsperiode per STG basert på data fra august 2023 til og med juli 2024. Disse gjennomsnittskostnadene danner grunnlaget for kostnadsvektene for STG-ene for pasientadministrert legemiddelbehandling i 2025.

8.2 Håndtering av egenandelsfritaket innen poliklinisk psykisk helsevern og TSB

I statsbudsjettet for 2025 (Prop. 1 S) legges det opp til at unge voksne i aldersgruppen 18 til og med det året de fyller 26 år skal fritas for egenandel for konsultasjoner innen poliklinisk psykisk helsevern og TSB. Bevilgningen til innsatsstyrt finansiering (ISF) er økt i 2025 for å kompensere for at pasientgruppen ikke lenger skal betale egenandel. Barn- og unge innen psykisk helsevern og TSB er også fritatt for egenandeler, og finansiering gjennom ISF kompenserer for dette. For å få et ensartet system som er målrettet, etableres det en lik modell for alle pasienter til og med det året de fyller 26 år. Det etableres et poengtillegg i ISF som kompenserer for bortfall av egenandelene for pasienter under 26 år. ISF-refusjonen vil dermed bli to delt og bestå av både kostnadsvekt og poengtillegg for pasienter under 26 år. For å kunne harmonisere modellen for alle under 26 år vil egenandelen trekkes ut av BUP-vektene og erstattes med poengtillegget. Alle kontakter opp til og med det året de fyller 26 år vil da få et poengtillegg tilsvarende satsen for egenandeler. ISF-refusjonen samlet sett blir den samme med tillegget for egenandelsfritaket. Løsningen vises i eksempelet under for ett DRG-par.

Utgangspunkt

DRG	DRGBasispoeng	Tillegg	ISFPoeng
TD38A	0,157		0,157
TD38B	0,290		0,290

Ny løsning

DRG	DRGBasispoeng	Tillegg	ISFPoeng
TD38A	0,157		0,157
TD38A < 26 år	0,157	0,105	0,262
TD38B	0,185	0,105	0,290

TD38A Polikliniske konsultasjoner - Emosjonelle symptomer og tegn - Voksne
 TD38B Polikliniske konsultasjoner - Emosjonelle symptomer og tegn - Barn og unge

9 PRESISERINGER OG ANNEN INFORMASJON

9.1 NPK

Endringer i NPK er beskrevet i egen endringsdokumentasjon, se denne på Helsedirektoratets nettside for NPK:

<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/norsk-pasientklassifisering-npk#npk---lisens,-installasjon-og-dokumentasjon>

9.2 Aktivitetsgrunnlag på overordnet nivå

Det vises til kapittel 3 (generelle regler for innsatsstyrt finansiering) i ISF-regelverket for 2025. Tabellen under oppsummerer hovedprinsippene for hvilken aktivitet som utløser ISF-refusjon til det regionale helseforetaket hvor pasienten er bosatt. Inklusjon i ISF-grunnlaget forutsetter rapportering av aktivitetsgrunnlag til NPR, jf. forskriften og som har tilstrekkelig informasjon og kvalitet slik at aktivitet kan grupperes til DRG/STG.

Tabell 9.1 Aktivitetsgrunnlag somatikk

Enheter	Somatisk aktivitetstype	ISF-refusjon til RHF
Helseforetak	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Ja
Helseforetak	Poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet	Nei. Takstbasert.
Private ideelle sykehus med driftsavtale	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Ja
Private virksomheter med sykehusgodkjenning og som har kjøpsavtale med RHF	Dag-, døgnbehandling og poliklinikk	Ja

Private virksomheter innen spesialisthelsetjeneste med kjøpsavtale med RHF	Dagkirurgi og poliklinikk	Ja
Privatpraktiserende spesialister med kjøpsavtale med RHF	Dagkirurgi	Ja
Private virksomheter med kjøpsavtale under fristbruddordningen	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Ja
Private avtalespesialister	Poliklinikk	Nei. Normaltariffen brukes. Private avtalespesialister kan etter avtale med RHF skrive ut H-resepter og disse vil inngå i ISF-grunnlaget.
Behandling i utlandet i regi av RHF	Døgnbehandling	Ja
Utenlandske og privatbetalende pasienter	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Nei. Andre ordninger brukes.
Samarbeidsenheter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten som ikke er en del av spesialisthelsetjenesten	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Nei. Finansiering gjennom avtaler mellom partene.
Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner	Dag- og døgn-behandling Poliklinikk	Nei. Finansiering gjennom avtaler mellom partene.

Tabell 9.2 Aktivitetsgrunnlag for poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og TSB

Enheter	Somatisk aktivitetstype	ISF-refusjon til RHF
Helseforetak	Poliklinikk	Ja
Private ideelle sykehus med driftsavtale	Poliklinikk	Ja
Private virksomheter innen spesialisthelsetjenesten som har kjøpsavtale med RHF	Poliklinikk	Ja
Private avtalespesialister	Poliklinikk	Nei. Normaltariffen brukes. Private avtalespesialister kan etter avtale med RHF skrive ut H-resepter og disse vil inngå i ISF-grunnlaget.

Private virksomheter med kjøpsavtale under fristbruddordningen	Poliklinikk	Ja
Utenlandske og privatbetalende pasienter	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Nei. Andre ordninger brukes.
Samarbeidsenheter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten som ikke er en del av spesialisthelsetjenesten	Poliklinikk	Nei. Finansiering gjennom avtaler mellom partene.
Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner	Poliklinikk	Nei. Finansiering gjennom avtaler mellom partene.

9.3 Rapporteringsformat

Data skal være rapportert i henhold til den til enhver tid gjeldende versjon av NPR-meldingen, med mindre annet er avtalt med FHI ved Norsk pasientregister.

Kun NPR-meldinger som passerer en teknisk validering bli tatt med i grunnlaget for beregninger til ISF. Kravene for teknisk validering er at meldingen er sendt på rett versjon av NPR-melding og med gyldig hodemelding og at meldingen blir godkjent i en skjema-validering.

Se mer informasjon om dette her:

<https://www.fhi.no/he/npr/registrering-og-rapportering/veiledning-til-riktig-rapportering/>

9.4 Særtjenester (STG) og rapportering

Særtjenester (STG) skal rapporteres i henhold til de reglene som kommer frem i ISF-regelverket. I de (sjeldne) tilfeller det dreier seg om to ulike særtjenester som skal rapporteres samme dag må dette knyttes til to ulike episoder, avhengig av behandlingsforløpet til pasienten (om pasienten møter på sykehus eller ei).