

ISF 2024 – Grunnlagsdokumentet

INNHold

INNHold	1
1 Innledning	3
2 Overordnet om ISF-utvikling	4
3 Generelle regler	5
3.1 Multippel koding	5
3.2 Digital hjemmeoppfølging, telefon- og videokonsultasjoner	6
3.3 Samarbeidsaktiviteter med samarbeidsparter utenfor spesialisthelsetjenesten	8
3.4 Kodeverksendring	8
3.5 Pasientopplæring og tiltak i gruppe	9
4 ISF for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	10
4.1 Overordnet innretning for 2024	10
4.2 Konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud	10
4.3 Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam	10
4.4 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	11
4.5 Gruppebehandling	12
5 ISF for somatisk spesialisthelsetjeneste	13
5.0 Overordnet innretning for 2024	13
5.1 Pasientadministrert legemiddelbehandling	13
5.2 Utførende helsepersonell	14
5.3 Medisinske kvalitetsregistre	14
5.4 Fødselsomsorgen	14
5.5 Intensivbehandling	15
5.6 Protonbehandling	15
5.7 Palliasjon	16
5.8 Rehabilitering	16
5.9 Lysbehandling	16

6	Endringer i DRG-, STG- og TFG-grupperingssystemet	17
6.1	Endringer i DRG-systemet	17
6.2	Endringer i STG-systemet	18
6.3	Endringer i TFG-systemet	19
6.4	Særkoder 2024	20
7	Grunnlag for kostnadsvektberegningene	21
7.1	Generelt om kostnadsvektberegningen	21
8	Presiseringer og annen informasjon	23
8.1	Kort om omorganisering av den sentrale helseforvaltningen.....	23
8.2	NPK	23
8.3	Aktivitetsgrunnlag somatikk på overordnet nivå	23
8.4	Rapporteringsformat.....	24
8.5	Særtjenester og rapportering.....	25
8.6	Rapporteringsfrister til Norsk pasientregister.....	25
8.7	Ny nasjonal KPP-spesifikasjon	25
8.8	Fritt behandlingsvalg	25
8.9	Resultatbasert finansiering	26

1 INNLEDNING

Dette dokumentet beskriver vesentlige endringer i ISF-ordningen fra 2023 til 2024. Dokumentet er et arbeidsdokument som offentliggjøres for å understøtte åpenhet om endringer i ISF-ordningen og valgene Helsedirektoratet gjør i den forbindelse.

2 OVERORDNET OM ISF-UTVIKLING

I regjeringens forslag til statsbudsjett for 2024 er det ikke lagt opp til endringer i ISF-andel innen somatikk eller for psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling.

Det lagt opp til enkelte endringer og justeringer i ISF for 2024 blant annet som følge av innspill fra de regionale helseforetakene. Endringene medfører ikke behov for overføring fra basisrammen til ISF-ordningen.

3 GENERELLE REGLER

3.1 Multippel koding

Fra 2024 er hovedregelen at det er sverd-/stjernekode som skal rapporteres med multippel koding ved tilstander. Stjernekode rapporteres i NPR-meldingen inn som kode nummer 2, mens sverdkode (eller en annen kode som oppfører seg som sverdkode sammen med den aktuelle stjernekode) rapporteres som kode nummer 1.

Begrunnelsen for den begrensede regelen er at konsekvensene av full innføring ikke er tilstrekkelig utredet verken for systemene nasjonalt eller for RHF/HF. Helsedirektoratet ved avdeling finansiering vil derfor ikke gjøre ytterligere tilpasninger i NPK (Norsk pasientklassifisering) eller opp mot finansieringsordningene (ISF) med hensyn til multippel koding i 2024.

Dersom EPJ allerede er tilrettelagt for multippel koding utover medisinsk stråling (prosedyrekoder) og sverd/stjerne (tilstandskoder), og tilstandskodingen er kvalitetssikret med tanke på DRG-resultat, kan dette rapporteres multippelt også framover.

Det er fra 2024 krav om multippel koding av prosedyrer for bruk av medisinsk stråling. Dette gjelder dersom kode eller kodeteksten ikke presiserer bruk av medisinsk stråling, og det må legges til en tilleggskode om strålebruk.

Noen eksempler:

- Trenger ikke multippel koding: WSD93D Perkutan drenasje av annen abscess, CT-veiledet (presisert i tekst)
- Trenger ikke multippel koding: PDQ30B Innlegging av stent i a. iliaca communis (dette gjøres alltid i gjennomlysning, og det kommer frem av NCRP-koden)
- Trenger oftest multippel koding: NFJ50 Osteosyntese av lårhalsfraktur med margnagle + ZXM10 Bildeveiledet teknikk med bruk av konvensjonell røntgen (dette gjøres «alltid» i gjennomlysning, men med svært ulike «doser», og det kommer ikke frem av NCSP-koden)

Helsedirektoratet har, sammen med Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, fått i oppdrag fra HOD om å følge med på bruken av medisinsk stråling. For å kunne levere på det oppdraget er det nødvendig at prosedyrekoder brukt ved f.eks. bildeveilede intervensjoner henger teknisk sammen i rapportering til NPR. Det vil som følge av dette legges til rette for multippel koding for medisinsk stråling.

Helsedirektoratet vil samarbeide med Folkehelseinstituttet (helseregisteret) i 2024 for å utrede nærmere konsekvensene av innføring av multipl koding, også sett opp mot implementering av ICD-11. I dette arbeidet vil også RHF /HF bli involvert. Dette vil vi komme tilbake til i løpet av 2024.

3.2 Digital hjemmeoppfølging, telefon- og videokonsultasjoner

For digital hjemmeoppfølging har vi for 2024 gjort strukturelle endringer i ISF-regelverket for å samle hele området i eget kapittel, men også for å på en bedre måte få fram de ulike delene av digital hjemmeoppfølging. Kun i mindre grad er det gjort endringer som faktisk påvirker reglene i regelverket og hva av digital hjemmeoppfølging som inngår som egen aktivitet i ISF. Kapitlet er strukturert i henhold til definisjoner og struktur foreslått av RHF-ene i rapport til HOD i 2021.

En utfordring på dette området er å avgrense aktiviteten slik at vi får aktivitet som er av statistisk verdi på nasjonalt nivå, og som gir mening å telle som egen aktivitet i innsatsstyrt finansiering. Vi ønsker også å bidra til å holde registreringsbyrden på et akseptabelt nivå. For en mest mulig klar og lik avgrensing er vi avhengige av at tjenesten selv også tar hensyn til disse momentene når de vurderer hva som bør kreve egen registrering og finansiering. De aller fleste endringer vi gjør i ISF gir ikke totalt sett høyere inntektsramme, men representerer en omfordeling av midler mellom de ulike aktivitetskategoriene.

Hva vi har gjort for 2024:

Hovedgrepet for 2024 er å klargjøre allerede eksisterende regler og koder. Dette er gjort ved at teksten i ISF-regelverk er omstrukturert. Deretter er det gjort justeringer på kodetekster for aktuelle prosedyrekoder slik at det skal framkomme klarere hvordan koden skal benyttes og hva koden dekker.

Det er viktig å legge merke til at koden WMFX00 Digital hjemmeoppfølging av fjernrapporterte data fra annet medisinsk utstyr nå vil dekke deler av aktiviteten der man til og med 2023 ville brukt WMGA42. Sistnevnte kode, WMGA42, vil for 2024 dekke "*annen asynkron telemedisinsk oppfølging*".

Det presiseres i regelverket at kode WMGA28 Digital skjemabasert oppfølging og monitorering basert på pasientrapporterte utfallsmål (PRO) skal registreres først når skjema mottas utfyllt fra pasienten, og ikke når det sendes ut.

Hva vi har vurdert, men ikke gjort endringer på for 2024:

Vi har hatt ambisjoner om å klargjøre kriterier for nettbaserte behandlingsprogram som ikke er e-Meistring. Her må vi ha en prosess med sykehusene, men har ikke kunnet prioritere slik aktivitet hittil i år. Vi vil komme tilbake til dette i 2024.

Det er fra flere sykehus kommet innspill på en forenkling i kodingen gjennom at periode for refusjon endres fra tertial til årlig. Etter vurderinger har vi kommet til at vi ikke vil gjøre en slik endring for 2024. Området er fortsatt under utvikling, og gjennom tertialvis rapportering ønsker vi at det skal tas stilling til om pasienten fortsatt er aktivt med i et oppfølgingsopplegg. Dette vil kunne bidra til mer korrekte data. I tillegg åpnet vi i 2023 for at også digital oppfølging via skjema for annen type oppfølging enn den kontinuerlige oppfølgingen knyttet til kronikere, for eksempel etterkontroller etter operasjon, også kan inngå. For denne type aktivitet vil det være mindre hensiktsmessig å ha en STG som har år som refusjonsperiode. En videreutvikling av NPR-melding til å bedre dekke digital hjemmeoppfølging som pågår over perioder vil kunne bidra til enklere måter å rapportere aktivitet på. Dette må vi komme tilbake til.

En avgrensing som gjelder for egen registrering av skjemabasert oppfølging er at kontakten ikke skal være del av, eller i relasjon til, en konsultasjon (fysisk eller på video- eller telefon). Vi er klar over at dette kan være en vanskelig grensegang, men har fortsatt vurdert det slik at kostnader knyttet til slik aktivitet skal dekkes av konsultasjonen på lik linje med annet for- eller etterarbeid. Dette gjøres både for likhet med andre typer for- og etterarbeid, for å begrense kodingsbyrden og for en riktigere refusjon.

Vi har vurdert, og til dels kommunisert ut i forbindelse med foreløpig regelverk, at e-konsultasjoner i form av sms eventuelt chat kan inngå som egen aktivitet i ISF. Etter tilbakemeldinger og nærmere vurderinger har vi kommet til at det ikke er hensiktsmessig at dette rapporteres og finansieres som egen aktivitet. Hovedbegrunnelsen er at det er svært sjelden slik kommunikasjon tilfredsstiller kravene til selvstendige konsultasjoner. I tillegg ser vi at det vil oppstå gråsoner og ulikheter i registrering da aktiviteten ikke er lett å avgrense. Slik aktivitet rapporteres derfor ikke og gis ikke ISF-refusjon som selvstendig aktivitet. Kostnader til slik oppfølging vil inngå i ISF sammen med andre kostnader som ikke kan henføres til egen aktivitet. I tillegg vil flere av de tekniske løsningene som brukes til slik kommunikasjon ikke tilfredsstille krav til personvern og sikkerhet som er nødvendig ved konsultasjoner.

Videre planer:

Arbeidet med å utarbeide kriterier for nettbaserte behandlingsprogram som ikke er e-Meistring settes i gang med tanke på presiseringer i 2024 eller regelverket for 2025.

Digital hjemmeoppfølging er et område i rask utvikling og vi ønsker en prosess med alle sykehus for å kunne kartlegge aktiviteten som rapporteres i dag. Siden det er et område i oppbygging vil

det være forskjeller i aktivitet mellom sykehus og avdelinger, men enkelte tilbakemeldinger kan også tyde på at aktivitet ikke nødvendigvis registreres likt mellom sykehus. Økt kunnskap om faktisk aktivitet kan bidra til forbedringer i regelverket og til at aktivitet rapporteres likt og gis lik refusjon for lik tjenesteinnhold.

Digital hjemmeoppfølging skjer på ulike måter og har ulike STG-er i dag. Det er ikke uvanlig at man både benytter skjema og rapporterer måleverdier fra medisinsk utstyr for samme lidelse. I tillegg kan deler av oppfølgingen ha preg av nettbasert behandlingsprogram. Dette er ventet å øke. Hittil har ikke aktiviteten blitt aggregert sammen, men vi vil vurdere om dette kan være hensiktsmessig. En aggregering kan skje på tvers av STG-er, men kan også gjelde aggregering til TFG (tjenesteforløpsgrupper). Dette gjøres ikke for 2024, men utredes med tanke på 2025.

3.3 Samarbeidsaktiviteter med samarbeidsparter utenfor spesialisthelsetjenesten

Fra 2024 legges det til rette for at også prosedyrekoder for samarbeidsaktiviteter som er rapportert som direkte kontakt i forbindelse med en konsultasjon vil utløse STG.

Samarbeidsaktiviteter skal som hovedregel registreres som indirekte kontakt, men det kan gjøres unntak fra dette dersom samarbeidsmøtet gjennomføres som en del av en konsultasjon. Konsultasjonen registreres da som direkte kontakt på ordinær måte og prosedyrekoden for samarbeidsaktivitet kan legges på kontakten. Oppholdet vil da grupperes til både en konsultasjons-DRG og en STG for samarbeidsaktivitet. Endringen er gjort for å forenkle registreringspraksis, slik at en kontakt som inneholder både en konsultasjon og en samarbeidsaktivitet ikke lenger må registreres som to kontakter. Dette forutsetter at vilkårene for hva som er en konsultasjon er til stede og at samarbeidsmøte er en vesentlig og i hovedsak planlagt del av konsultasjonen.

3.4 Kodeverksendring

For endringer i ICD-10 og prosedyrekodeverkene, se Direktoratet for e-helses hjemmeside, kodeverk.

Det har for 2024 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.

Gjennom drginfo (drginfo@helsedir.no) har det kommet flere spørsmål rundt områder der det nå er kommet nye koder. Dokumentasjonen av kodeendringene fra Direktoratet for e-helse har flere kommentarer som anbefales lest. For endringer i særkoder se kapittel 6.4.

3.5 Pasientopplæring og tiltak i gruppe

Kravet om tverrfaglighet er presisert i ISF-regelverkets kapittel 5.23 Pasientopplæring og tiltak i gruppe. For å oppfylle kravet om tverrfaglighet må minimum to helsepersonellgrupper delta i behandlingen.

4 ISF FOR PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

4.1 Overordnet innretning for 2024

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.

ISF for poliklinisk psykisk helsevern og TSB videreføres i 2024 uten større endringer. Aktuelle endringer i ISF-grunnlaget beskrives i de følgende kapitler.

4.2 Konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud

Særkoden, B0051 Konsentrerte tverrfaglige heldags behandlingstilbud, videreføres i 2024. Denne koden ble innført i ISF-2023 uten at det ble opprettet en egen DRG tilknyttet særkoden, men må ses opp mot strukturerte polikliniske dagtilbud.

Valgt løsning er fortsatt tenkt som hjelp for videre analyse og vurdering av en mer varig finansieringsløsning av både slike tilbud og de strukturerte polikliniske dagtilbudene i ISF-ordningen. Særkoden vil hjelpe oss med å få oversikt over de ulike intensiverte behandlingstilbudene, varighet, hvilke pasientgrupper det gjelder og volum.

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

Helsedirektoratet har fått flere spørsmål knyttet til forståelse og registrering av ACT- og FACT-team. I regelverkets kapittel 4.2.1 sies det hvilke tjenester som kan inngå i Innsatsstyrt finansiering og i kapittel 4.3.5 er det åpnet for at kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan inngå når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom nivåene og tjenesten er velavgrensede

spesialisthelsetjenester. Kapittel 4.3.5 nevner også andre krav som må være oppfylt for at kommunalt utførte spesialisthelsetjenester skal kunne registreres og rapporteres til NPR.

Hvilke tjenester som er å anse som spesialisthelsetjenester og hvilke som ikke er det, er nå nærmere beskrevet i ISF-regelverkets kapittel 7.2.

Når det gjelder prosedyrekoden IEAD00 Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller liknende ambulant oppsøkende behandlingsteam er det i ISF-regelverk presisert at den må registreres minst en gang per kalendermåned. Flere registreringer utover dette vil ikke ha betydning for ISF-refusjonen, men kan ha verdi for å beskrive aktiviteten.

Når det gjelder kravet om at pasienten må ha blitt fulgt opp gjennom teamets ACT-funksjon i minst halvparten av kalendermåned betyr det at pasienten må være registrert/ført opp på FACT-tavla eller være i intensiv fase av behandling og oppfølging i minst halvparten av en kalendermåned.

4.4 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Pasienter som får LAR-behandling i spesialisthelsetjenesten har gjennomsnittlig et stort antall kontakter i spesialisthelsetjenesten. Det er ulike medikamenter, administrasjonsform og antall oppmøter pr. pasient. Analyser av aktivitetsdata har avdekket en ulik praksis ved ulike HF/RHF mht. utlevering av legemidler til pasienter i LAR behandling. Dette er uheldig og det presiseres derfor at 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 disse kontaktene skal være Z50.30. Dette gjelder også når det gjennomføres samtale som naturlig inngår ved utlevering eller administrasjon av LAR medikament, som spørsmål om livsførsel, sidemisbruk og somatisk helse. Aktiviteten vil da grupperes til TD99L.

Kun når det gis helsehjelp til pasienten utover det som naturlig inngår i en samtale ved utlevering/administrasjon av LAR medikament, skal dette registres som poliklinisk konsultasjon med aktuell diagnose som hovedtilstand. Ved slike konsultasjoner skal det dokumenteres hvilken helsehjelp som er gitt i pasientjournalen. Det skal foreligge beskrivelse av aktuell problemstilling, status presens, behandlingsplan/tiltak og en vurdering. Dette er aktivitet som vi ikke vil forvente å finne igjen med samme frekvens som kontakter i DRG TD99L.

Helsedirektoratet oppretter også et eget tjenesteforløp for disse pasientene uavhengig av hvordan pasientene følges opp i LAR for å gjøre det enklere å holde oversikt over det samlede aktivitetstilbudet.

Det vil for 2024 opprettes et nytt tjenesteforløp for LAR behandling der pasienter med opphold i DRG TD11A og TD99L og STG TS03 inkluderes i et samlet forløp, der STG TS03 er trigger. Tjenesteforløpet vil opprettes uten finansiering i 2024.

4.5 Gruppebehandling

Helsedirektoratet har fått mange spørsmål skillet mellom gruppebehandling og pasientopplæring omtalt i kapittel 5.23. Dette er nå presisert i kapittel 7.6 i årets regelverk.

5 ISF FOR SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE

5.0 Overordnet innretning for 2024

ISF-andelen er foreslått uendret og vil være 40 prosent i 2024.

5.1 Pasientadministrert legemiddelbehandling

I utviklingsarbeidet til ISF-2024 er det gjort en gjennomgang av STG-logikken, med særlig sjekk av de nye legemidlene som ble tatt inn i STG-logikken fra 2023. Det er også gjort en gjennomgang av legemidler som blir gruppert til uspesifikk STG XS99 med sikte på om legemiddelbehandlingen kan grupperes til en med spesifikk STG. I tillegg gjøres det på ordinær måte en justering av STG-logikken hvert tertial for å inkludere legemiddelbehandling som har blitt godkjent for å tas i bruk av nye metoder.

På bakgrunn av gjennomgangen er det gjort endringer i STG-navn når det gjelder legemiddelbehandling for neurologiske lidelser. Endringen skjer for å knytte STG-navnet til indikasjon istedenfor kostnadsnivå som ikke er et stabilt kriterium.

Når det gjelder legemiddelbehandling for kreft er det likevel opprettholdt et skille ut fra kostnadsnivå. Logikken er her oppdatert for å skille ut de legemidlene som har et lavere kostnadsnivå per pasient ut fra oppdatert kostnadsinformasjon.

Tabell 1 Justerte navn for STG-er for pasientadministrert legemiddelbehandling i ISF 2024

STG	STG-navn
AS01	Pasientadministrert legemiddelbehandling med immunmodulerende legemidler ved neurologiske lidelser
AS03	Pasientadministrert legemiddelbehandling med andre legemidler ved neurologiske lidelser
ES02	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved pulmonal arteriell hypertensjon (PAH) og kardiomyopati

5.2 Utførende helsepersonell

Det administrative kodeverket for utførende helsepersonell i NPR-melding utvides fra 2024. Det vil fra og med 2024 inkludere alle helsepersonellgrupper som er autorisert etter lov om helsepersonell § 48. I tillegg vil audiofysiker inkluderes. Dette vil bety at samtlige av de autoriserte helsepersonellgruppene, i tillegg til audiofysiker og tidligere inkluderte personellgrupper som framkommer av ISF-regelverket kapittel 8.8, vil inngå i ISF-grunnlaget fra og med 2024.

Utvidelsen av reglene for utførende helsepersonell er en del av utviklingen mot personalnøytralitet i ISF-ordningen hvor finansieringen knyttes til innholdet i tjenesten og ikke til hvem som yter behandlingen. Slik vil finansieringen i større grad legge til rette for oppgaveglidning for best mulig utnyttelse av personalressurser og effektivisering i helsetjenesten.

5.3 Medisinske kvalitetsregistre

Prøveordningen med medisinske kvalitetsregistre avvikles i 2024. Formålet med ordningen var å gi RHF-ene økonomiske insentiver til å øke dekningsgraden i utvalgte medisinske kvalitetsregistre. Basert på analyser av utviklingen av dekningsgraden viser det ingen klar sammenheng mellom insentivet og faktisk oppnådd resultat.

5.4 Fødselsomsorgen

Helsedirektoratet har i 2023 hatt følgende oppdrag fra HOD: ***Vurdere behovet for justeringer i ISF fra 2024 for å sikre at ordningen er tilstrekkelig tilpasset variasjonen i gravide og fødendes behov.*** Videre har svangerskap og fødselsomsorg fått oppmerksomhet gjennom omtale i NOU 2023:5 Kvinneutvalget.

Innføring av tjenesteforløp (TFG) for fødselsforløp er en ønsket utviklingsretning. En større grad av forløpsfinansiering kan gi fleksibilitet i hvordan tjenesten kan organiseres og finansieres. Dette kan også gi RHF-ene en bedre oversikt over egne styringsdata. Før innføring av fødselsforløp med finansiering er det nødvendig med noen tekniske tilpasninger i tilretteleggingen av rapporterte data i Norsk pasientregister (NPR).

NPR er per i dag ikke i stand til å levere data for tjenesteforløp (TFG) til styringsformål til helseforetak og RHF, og dermed heller ikke til finansieringsformål. I dag betyr dette at mange manuelle beregninger må utføres for å holde TFG-systemet i drift. En annen utfordring for TFG-løsningen er lukkeregel for ISF-data pr tertial. Dette

vanskeliggjør innføring av tjenesteforløp for fødsel som et årsforløp, fordi aktiviteten kan finne sted i flere tertialer. I praksis kan det bety at kontakter finner sted i ett tertial og fødsel i ett annet tertial. I dagens system vil dette da telles separat og ikke som et samlet forløp.

Helsedirektoratet har de siste årene utviklet tjenesteforløp for svangerskap og fødsel. Det er samtidig et behov for å ivareta de ulike svangerskap og fødselsforløpene uten at detaljeringsnivået blir for stort. Vi har derfor justert eksisterende forløp for svangerskap, fødsel og barselomsorg. De fire nye forløpene inkluderer all oppfølging av gravide i svangerskap inkludert fødsel og barselomsorg i spesialisthelsetjenesten. De fire forløpene er delt etter om det er kompliserende faktorer i svangerskapet eller ikke, der kompliserende faktorer i gjennomsnitt gir flere opphold og/eller lengre liggetid. Fødselsmetode og ev. behov for ressurskrevende inngrep som for eksempel keisersnitt har også betydning for inndeling av fødselsforløp. Aktuelle DRG-er fra HDG 14 tilknyttet sykdom under svangerskap, fødsel og barsel er inkludert i forløpene. Barnets opphold ev. etter fødsel, der eks. barnet er sykt inngår ikke i forløp for svangerskap, fødsel og barsel.

Det innføres fire ulike forløp uten finansiering innen svangerskap og fødselsomsorgen i 2024. Se omtale under kapittel 6.3 samt definisjonstabeller for videre detaljer.

5.5 Intensivbehandling

Det er ikke gjort arbeid på dette området med tanke på endring for 2024. Vi opprettholder koding av særkode B0050 Intensivpasient etter nærmere kriterier, og vil komme tilbake til eventuelt videre arbeid på området senere.

5.6 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.

Etter planen skal protonbehandlingen i Norge starte opp fra 3.tertial 2024. 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 protonsentrene vil inngå i kliniske studier. Det har sammen med RHF-ene pågått et arbeid i 2023 for å vurdere protonbehandling i ISF. Aktiviteten skal kodes etter vanlige kodingsregler med aktuelle tilstandskode (ICD10) og aktuelle prosedyrekoder for partikkelstråleterapi.

WEOC00 Protonterapi er aktuell kode for stråling med protonterapi. Dette grupperer til ulike stråle DRG-er avhengig av tilstandskoding (ICD10) og prosedyrekode.

5.7 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 enhver tid er gjeldende nasjonal retningslinje for palliasjon. Dette gjelder både for barn, unge og voksne. Vi har valgt å ikke gjengi krav i ISF-regelverk, men heller henvise 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. Siden retningslinjene er under revisjon, gjør vi ingen endringer i ISF-regelverk for 2024. Vi henviser til de enhver tid gjeldende retningslinjer, både de som gjelder nå og de som er ventet å komme første halvdel av 2024.

5.8 Rehabilitering

Helsedirektoratet har vurdert ulike alternative finansieringsmodeller til dagens avkortingsregel for kompleks rehabilitering innenfor eksisterende rammer. Alternativene er forelagt sektoren og tilbakemeldingene viser at det må et større arbeid til før en alternativ modell er aktuell for implementering. Det legges derfor ikke opp til noen endringer på dette området for 2024.

Teksten i ISF-regelverk er klargjort med tanke på koding av dagrehabilitering. Rehabilitering som skjer på dag anses i hovedsak for å være poliklinisk rehabilitering og skal kodes etter regler for poliklinisk rehabilitering. I noen tilfeller vil individuell rehabilitering også skje som innlagt dagbehandling. Kravene til koding av dagrehabilitering som innlagt er tydeliggjort i ISF-regelverk for 2024.

5.9 Lysbehandling

Medisinsk lysbehandling brukes som behandling ved en rekke ulike hudsykdommer. Pasientene har oftest behov for gjentatte behandlinger, og det er vanlig med mange behandlinger pr. pasient. Vi har vurdert at opprettelse av en STG vil gi en bedre beskrivelse av aktiviteten enn gjennom dagens DRG. Det opprettes derfor en ny STG for lysbehandling fra 2024, med tertialvis finansieringsperiode.

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

6.1 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 2023 til 2024.

Det opprettes ingen nye DRG-er for 2024, men to DRG-er utgår.

Oversikt over DRG-er som utgår:

DRG	HDG	Navn
808I	08	Ikke-kirurgisk behandling av Dupuytren's kontraktur
809R	09	Annen lysbehandling

- DRG 808I *Ikke-kirurgisk behandling av Dupuytren's kontraktur* utgår da medikamentet ikke lenger er i bruk.
- DRG 809 *Annen lysbehandling* utgår og aktiviteten regrupperes til ny STG JS09.

Andre endringer:

- Prosedyrekodene JJO33K og JJO46K gis nye egenskaper for å flyttes ut av DRG 203 *Ondartede svulster i lever/galleveier og bukspyttkjertel* og til DRG 191B *Op på bukspyttkj/lever og portosyst shuntop m/bk* og 192 *Op på bukspyttkj/lever og portosyst shuntop u/bk*.
- Prosedyrekoder for prostatabiopsi, KEB06K, KEB06G, KEX03 og KEX06 gis egenskap 12002 *Biopsy of the prostate* for å gruppere kontaktene til DRG 812P *Mindre prosedyrer*

på mannlige kjønnsorgan, fra hovedsakelig 923O Pol kons vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/ kontakt med helsetjenesten og 877O Andre polikliniske kontakter for gjennomføring av middels omfattende prosedyrer.

- Kodene IBBx20 endrer egenskaper og grupperes til DRG 996O *Behandlingstiltak rettet mot en gruppe pasienter* også for somatikken.
- Diagnosekodene M13x flyttes fra 908O *Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i bevegelsesapparatet* til DRG 908C *Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk leddsykdom*.
- Regel for DRG 811S *Mindre prosedyre på nyre og urinveier* med betingelse om legemiddel M03AX01 Botulinum toxin flyttes over regel for DRG 718 *Endoskopi av nedre urinveier* i hierarkiet. Dette for å endre gruppering av disse kontaktene til DRG 811S.
- Prosedyrekoden ZQX00 får egenskap 09S02 *Plastic procedure* og endrer gruppering til DRG 268O *Plastiske op på hud og underhud, dagkirurgisk behandling*.
- Regel for DRG 42 *Intraokulære operasjoner på regnbuehinne, på glasslegeme og for glaukom* flyttes over regel for DRG 36 *Operasjoner på linsen* i hierarkiet, da dette gir en mer korrekt gruppering for et fåtall opphold.

6.2 Endringer i STG-systemet

Spesialisthelsetjenester som finner sted gjennom andre typer tjenester enn tradisjonelle innleggelser 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 innleggelser og polikliniske tjenester og som grupperes til DRG.

Det gjøres mindre endringer i STG-logikken for 2024 legemiddelbehandling (se nærmere beskrivelser i kapittel 5.2).

Det opprettes en ny STG for lysbehandling i 2024.

STG-er som opprettes for 2024:

STG	HDG	Navn
JS09	09	Annen lysbehandling

STG-er som utgår:

DRG	HDG	Navn
XS04	40	Registrering i medisinske kvalitetsregistre

6.3 Endringer i TFG-systemet

Det opprettes ingen nye forløp med finansiering i 2024.

Dagbehandling med innsetting av elektive hofteproteser og digital oppfølging inkluderes i eksisterende forløp for innsetting av hofteproteser.

Det etableres 5 nye forløp uten finansiering på forløpsnivå for 2024. Fire av forløpene er innen svangerskap og fødselsomsorgen og erstatter eksisterende forløp også de uten ISF-finansiering på forløpsnivå.

TFG	HDG	Navn
PT11	14	Forløp for svangerskap og fødsel med kompliserende faktorer
PT12	14	Forløp for svangerskap og fødsel uten kompliserende faktorer
PT13	14	Forløp for svangerskap og fødsel med ressurskrevende inngrep med kompliserende faktorer
PT14	14	Forløp for svangerskap og fødsel med ressurskrevende inngrep uten kompliserende faktorer
TT30	19	Forløp ved LAR behandling

Følgende forløp utgår fra 2024:

TFG	HDG	Navn
PT01	14	Fødselsforløp keisersnitt m/bk
PT02	14	Fødselsforløp keisersnitt u/bk
PT03	14	Fødselsforløp med vaginalfødsel m/bk
PT04	14	Fødselsforløp med vaginalfødsel u/bk
PT05	14	Fødselsforløp med vaginalfødsel m/sterilisering og/eller evakuering
PT06	14	Fødselsforløp med vaginalfødsel m/op ekskl sterilisering og/eller evakuering
PT09	14	Fødselsforløp keisersnitt m/kompliserende faktor preeklampsi
PT10	14	Fødselsforløp vaginal fødsel m/kompliserende faktor preeklampsi

6.4 Særkoder 2024

Særkodene for medisinske kvalitetsregistre utgår for 2024. Det er ikke planlagt noen nye særkoder for 2024.

Særkodelisten vil kunne oppdateres ved behov, og da primært i forkant av tertialrapporteringene. Den til enhver tid oppdaterte særkodelisten finnes her: [Særkoder - Helsedirektoratet](#)

7 GRUNNLAG FOR KOSTNADSVEKTBEREGNINGENE

7.1 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 med et 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 korrigert 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 2024 er beregnet med basis i HF-enes innrapporterte kostnader og aktivitet for 2022.

Gjennom dialog med og analyse av HF-enes kostnadsgrunnlag for 2022 ser vi at både aktivitet og kostnader nå er tilnærmet tilbake til normalnivået vi så i 2019. Vektene er korrigert 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 aktivitetsgrunnlag. Kostnadsvektene for 2024 er kalibrert basert på aktivitetsgrunnlag 2022.

Når det gjelder pasientadministrert legemiddelbehandling er datagrunnlaget oppgjørsordningen for H-resepter. Det er beregnet gjennomsnittskostnad per pasient per tidsperiode per STG basert på data fra august 2022 til og med juli 2023. Disse gjennomsnittskostnadene danner grunnlaget for kostnadsvektene for STG-ene for pasientadministrert legemiddelbehandling i 2024.

8 PRESISERINGER OG ANNEN INFORMASJON

8.1 Kort om omorganisering av den sentrale helseforvaltningen

Den sentrale helseforvaltningen er i en omorganiseringsfase. Av særlig betydning i ISF-sammenheng nevnes to ting:

1. Avdeling Helseregistre flyttes fra Helsedirektoratet til Folkehelseinstituttet (FHI) fra 1.1.2024. Fra 1.1.2024 henviser vi til FHI sine nettsider for mer informasjon om rapportering, NPR-melding og annet vedrørende Norsk pasientregister.
2. Direktoratet for e-helse blir en del av Helsedirektoratet fra 1.1.2024. Fra 1.1.2024 henviser vi til Helsedirektoratets sine nettsider for informasjon om medisinske kodeverk.

8.2 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>.

8.3 Aktivitetsgrunnlag somatikk på overordnet nivå

Det vises til kapittel 4 (generelle regler for innsatsstyrt finansiering) i ISF-regelverket for 2024. Tabellen under oppsummerer hovedprinsippene for hvilken aktivitet som utløser ISF-refusjon til det regionale helseforetaket hvor pasienten er bosatt.

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 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 døgnbehandling Poliklinikk	Nei. Finansiering gjennom avtaler mellom partene.

8.4 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 Avdeling helseregistre.

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 (men merk at fra 2024 henvises det til FHI sine nettsider):

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/norsk-pasientregister-npr/registrere-og-rapportere-data-til-npr#validering-av-npr-melding>.

8.5 Særtjenester og rapportering

Særtjenester 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, fortrinnsvis tekniske episoder, avhengig av behandlingsforløpet til pasienten (om pasienten møter på sykehus eller ei).

8.6 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 2024:

Tertial	Dataperiode	Første dataleveranse	Andre og siste dataleveranse
1	01.01–30.04	03.05.2024	24.05.2024
2	01.01–31.08	03.09.2024	24.09.2024
3	01.01–31.12	03.01.2025	04.02.2025

8.7 Ny nasjonal KPP-spesifikasjon

Helsedirektoratet har i samarbeid med sektoren revidert de gjeldende nasjonale spesifikasjonene for KPP-modellering i helseforetak. Den nye nasjonale spesifikasjonen vil gjøres gjeldende for rapportering fra aktivitetsåret 2023.

8.8 Fritt behandlingsvalg

Godkjenningsordningen Fritt behandlingsvalg ble avviklet per 1.1.2023. Overgangsordningen for behandlingsforløp som var påstartet, men ikke fullført innen ikrafttredelse av lovendringen opphører 31.12.2023.

8.9 Resultatbasert finansiering

Resultatbasert finansiering (RBF) utvides med to nye indikatorer, samarbeidsaktiviteter (somatikk) og teambasert oppfølging (somatikk). I dagens modell er disse områdene kun dekket innenfor PHV og TSB. Totalt er det 9 indikatorer som inngår i RBF 2024. Indikatorene er knyttet til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten gitt gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP), og knytter seg til bedret samhandling og økt grad av digitalisering. For mer informasjon om RBF se her: [Resultatbasert finansiering](#)