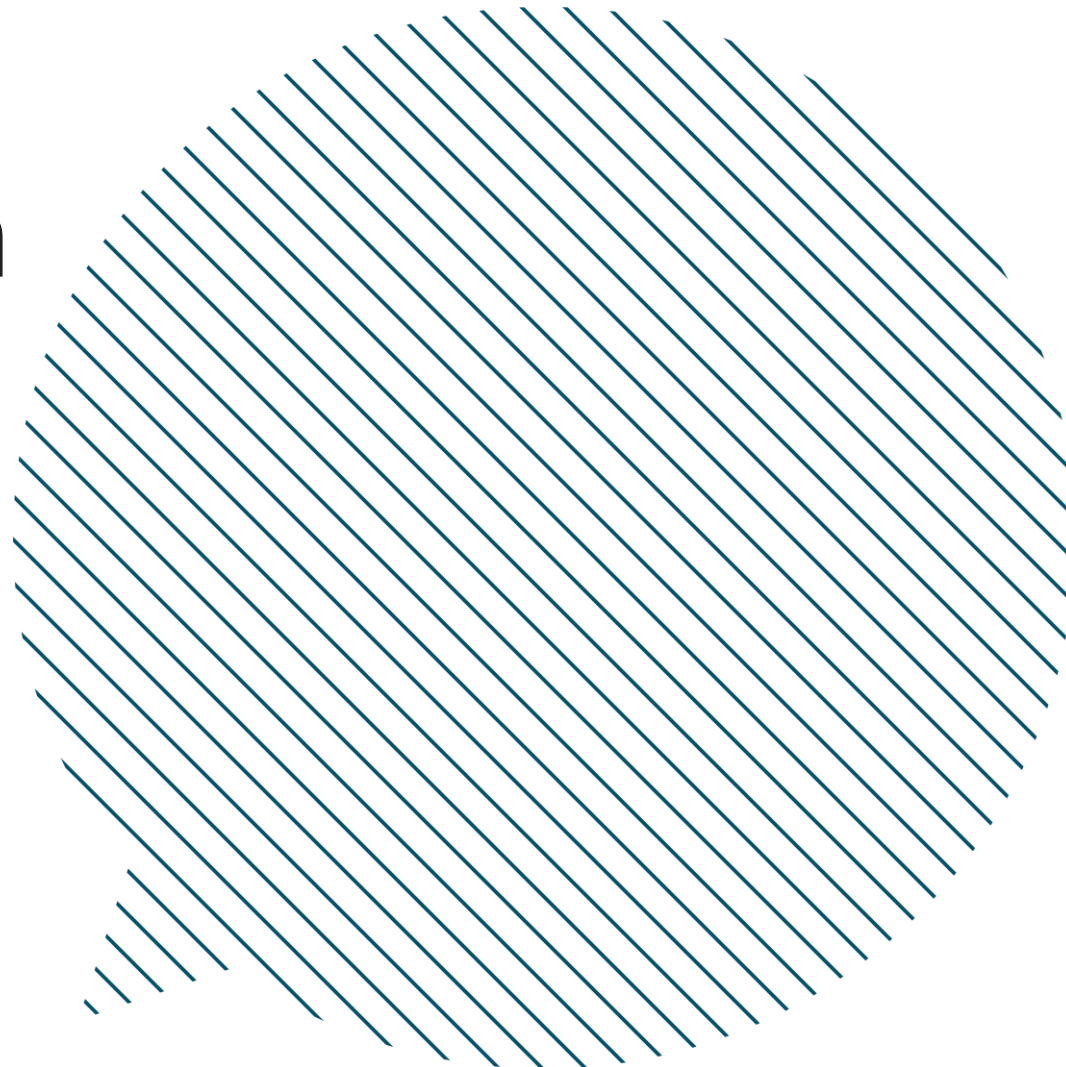


Informasjonsmøte om ISF 2025 med mer

Oslo 11. juni 2024



Dagsorden

1000-1015	Innledning og kort om ISF-ordningen
1015-1130	Nytt i ISF 2025, ved avdeling finansiering • Forenkling og vurdering av endringer i ISF-regelverk i 2025, også med utgangspunkt i innspill fra RHF-ene
1130-1200	Pause med enkel servering
1200-1230	Nytt i kodeverkene, ved avdeling kodeverk
1230-1240	Avslutning

Styrking av sykehusbudsjettet i revidert nasjonalbudsjett

Kort om endringene her med betydning for spesialist-helsetjenesten

RNB2024 dokumentene (Innstillingen vil foreligge fra Finanskomiteen 14.juni)

- RHF-enes bevilging økes med 2 mrd kroner og dette er utover økningen i pensjonskostnader (448,8 mill kr i tillegg)
 - ✓ Varig økning i basisbevilgningen til RHF-ene på 1 150 mrd skal redusere ventelister og bedre RHF-enes økonomi – ISF-nevnes ikke og i oppsummeringstabellene er det heller ikke lagt penger til ISF (som er en overslagsbevilgning)
 - ✓ 400 mill kr til et ettårig ventetidstiltak (vektlegge tiltak med varige effekter)
 - ✓ 250 mill kr til Helse Nord (160 for opprettholdelse av akutttilbudet ved Narvik og i Lofoten, 15 mill til Alta og 90 mill til økning av samhandlings og rekrutteringstilskuddet)
 - ✓ 100 mill til varig økning i det nasjonale samhandlings-og rekrutteringstilskuddet
 - ✓ 100 mill til tiltak innen sikkerhetspsykiatrien
- Resultatbasert finansiering (RBF) – justering med bakgrunn i oppdatert datagrunnlag for 2023

Ellers:

- Innføring av NIPT-test for alle – forskriftsfester at HF kan kreve betalt for kostnadene og ha en markedsmessig avkastning
- Overføring av finansieringsansvaret for legemidler til intravenøs behandling av infeksjoner og parenteral ernæring, samt ved tuberkulose fra folketrygden til RHFene i 2025

NHSaP Behandlet i Stortinget 4.juni [Sak - stortinget.no](https://stortinget.no/sak)

Kort oppsummert:

- ISF-andel redusert fra 40 til 30 prosent
- Etablering av rekrutterings-og samhandlingstilskudd
 - ✓ Helseforetak og kommuner må bli enige om utviklingstiltak
- Raskere innføring av ny teknologi
- Finansieringsordningene skal støtte opp under forebyggende aktiviteter
- Sikre tilstrekkelig døgn kapasitet innen psykisk helsevern og TSB i alle regioner
- Foreløpig ingen endring i finansieringsmodellen for fremtidige investeringer.
- Flere tiltak på helsepersonellområdet
 - ✓ Samhandling og nye organisasjonsformer
- RHF blir helseregioner
- Helseforetak blir sykehus

(Korrigert utgave per 03.04.2024)



Meld. St. 9

(2023–2024)

Melding til Stortinget

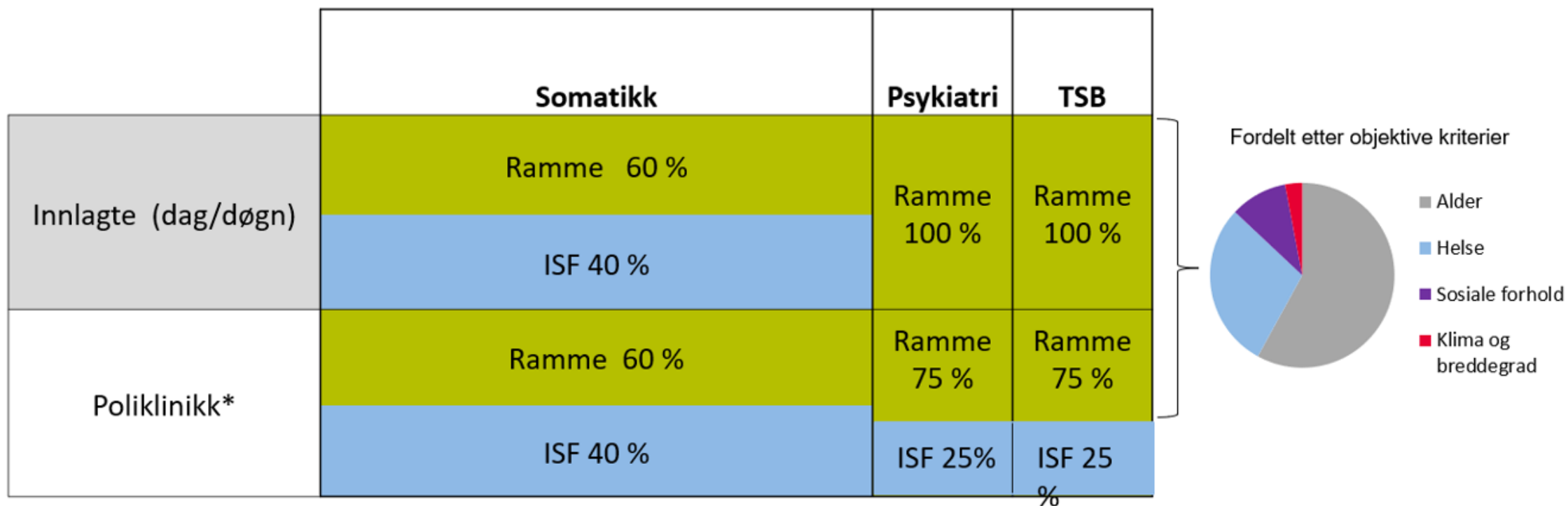
Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027

Vår felles helsetjeneste



Kort om ISF-ordningen og om et nytt oppdrag

Oversikt finansieringssystemet for RHF 2024



Formål med Innsatsstyrt finansiering

Understøtte «**sørge-for**» ansvaret til de regionale helseforetakene (RHFene) og legge til rette for kostnadseffektiv pasientbehandling

Mest mulig nøytralt med hensyn til:

- Utførende helsepersonell
 - Organisering
 - Hvordan pasientbehandlingen gis (herunder bruk av teknologi)
- (når tjenesteinnholdet er likeverdig)

ISF ordningen er ikke et prioriteringssystem.

RHFene har egne modeller for fordeling av inntekter til det enkelte helseforetak, basert på lokal kunnskap, pasientsammensetning og kostnadsstruktur.

Fra Prop 1 S – forslag for 2024

Kap. 732 Regionale helseforetak

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2022	Saldert budsjett 2023	Forslag 2024
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	31 553	19 629	20 731
70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	3 638 900	1 585 946	2 364 629
71	Resultatbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	590 302	611 983	646 145
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	63 207 335	70 476 240	76 032 508
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	22 389 690	24 904 372	26 840 189
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	16 767 570	18 570 248	19 922 744
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	14 869 922	16 114 074	17 203 337
76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	41 939 666	36 779 324	39 062 601
77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, <i>overslagsbevilgning</i>	4 177 048	3 624 405	4 187 644
78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 347 102	1 385 815	1 492 468
80	Kompensasjon for merverdiavgift, <i>overslagsbevilgning</i>	9 046 777	8 793 773	9 981 658
81	Protonsenter, <i>kan overføres</i>	181 000	225 570	212 563
82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	7 260 350	9 850 132	9 711 108
83	Byggelånsrenter, <i>overslagsbevilgning</i>	262 933	595 000	1 193 000
86	Driftskreditter	3 377 000	6 459 000	6 118 000
Sum kap. 732		189 087 148	199 995 511	214 989 325

Også finansiering gjennom folketrygden for

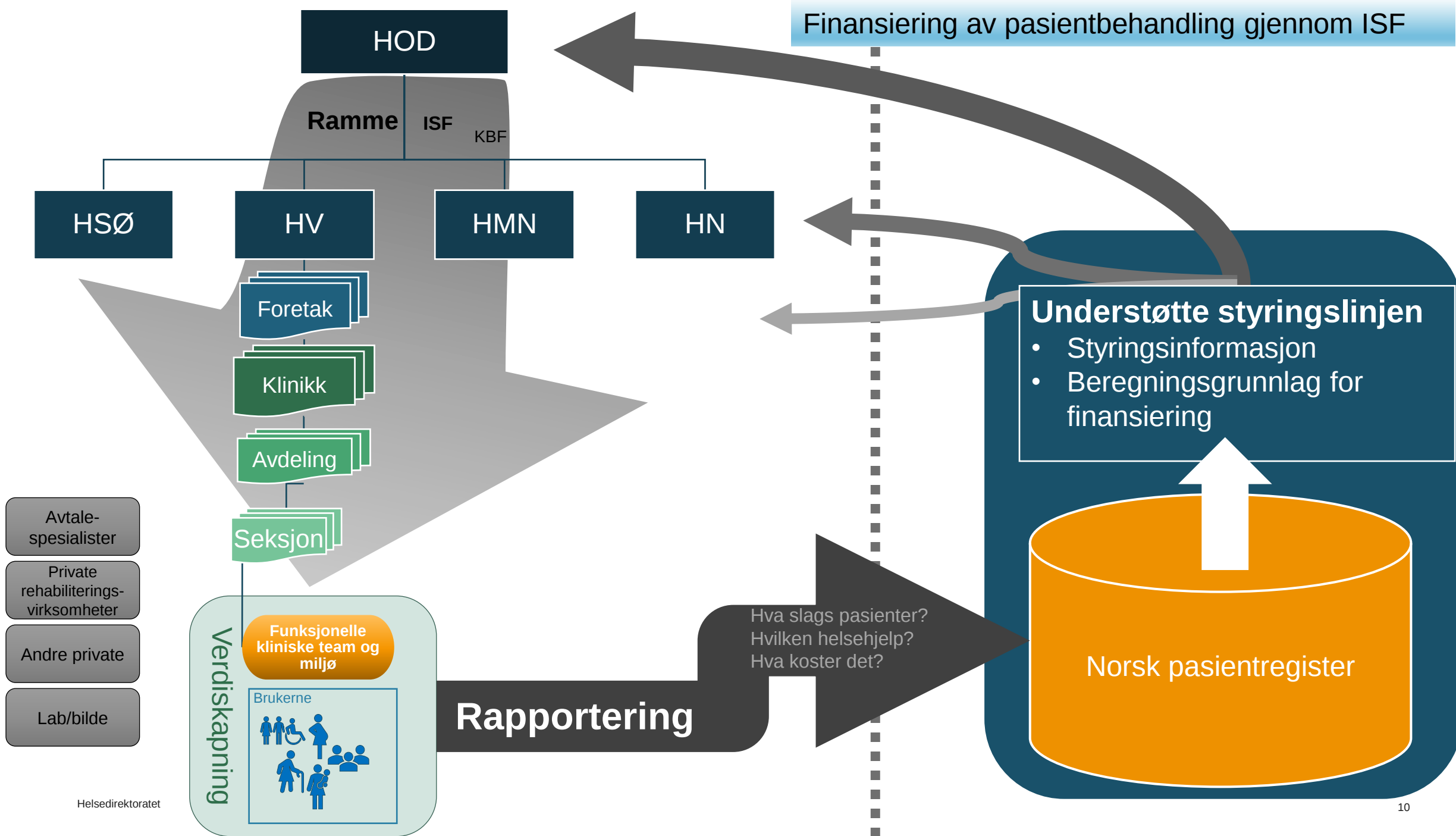
- Avtalespesialister
- Egenandelsrefusjoner
- Takstrefusjoner private lab/rad virksomheter

Rammene for ISF 2024

Innsatsstyrt finansiering (ISF) er et aktivitetsbasert tilskudd som bevilges til RHF-ene over statsbudsjettet – tall for 2024 i 1000 kroner

	Sør-Øst	Vest	Midt-Norge	Nord	Total
Somatikk	20 364	7 426	5 213	3 591	36 593
Psyk	1 432	503	319	216	2 469
Sum ISF	21 795	7 928	5 532	3 807	39 063

- Enhetspris for ISF-somatikk er i 2024 52 248 kroner – refusjonsandel 40%
- Enhetspris psykisk helsevern og TSB 3 675



Aktivitetsdata

Offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste skal rapportere om aktivitet til Norsk pasientregister (NPR)

Disse dataene er grunnlaget for ISF og brukes også til styringsformål, forskning m.m.

Norsk pasientregister(NPR) har ansvar for hvilke data som skal rapporteres

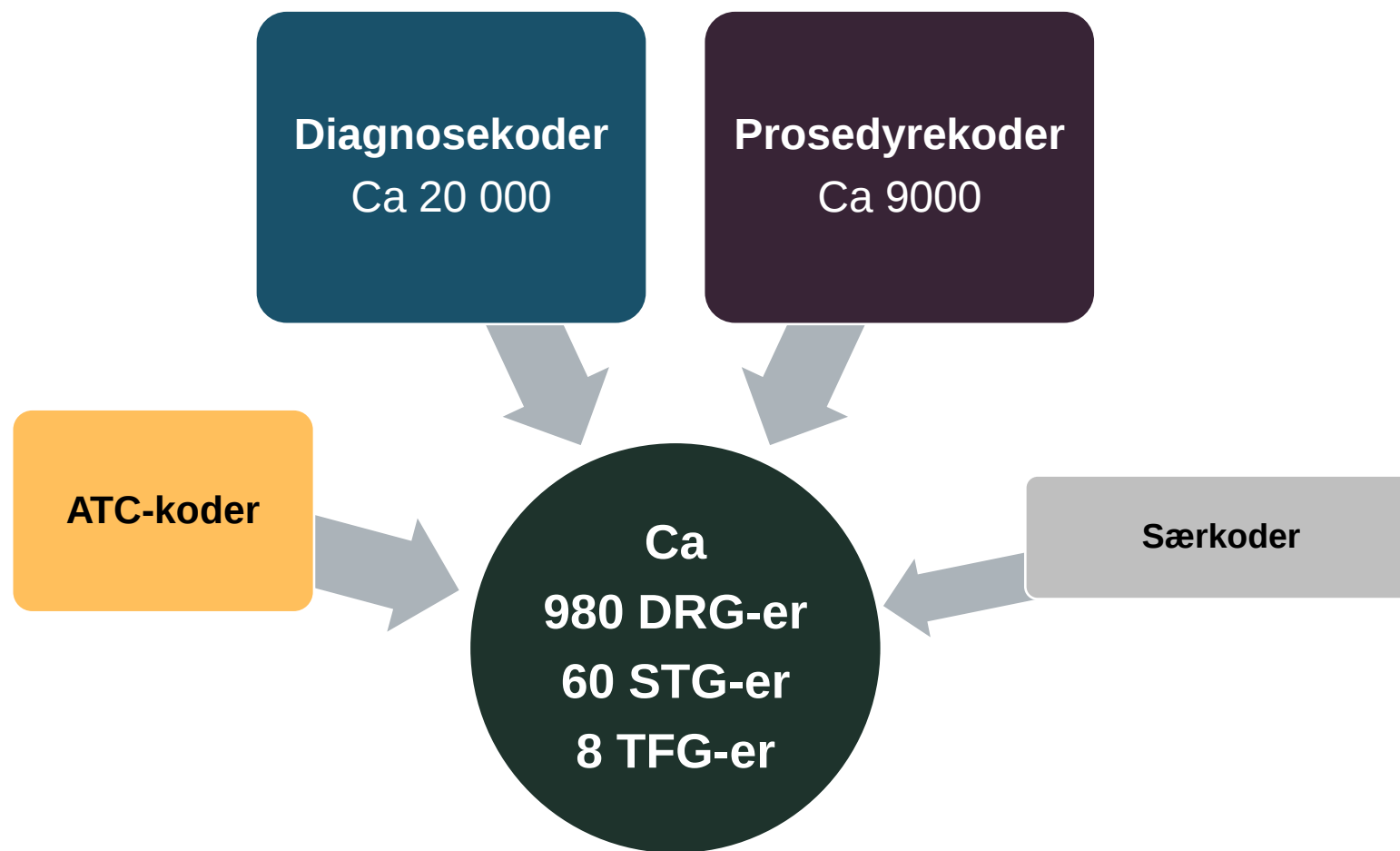
[Norsk pasientregister \(NPR\) - FHI](#)

E-helse har blitt en del av Helsedirektoratet og vi har nå ansvar også for kodeverkene som er basis for innrapporterte data

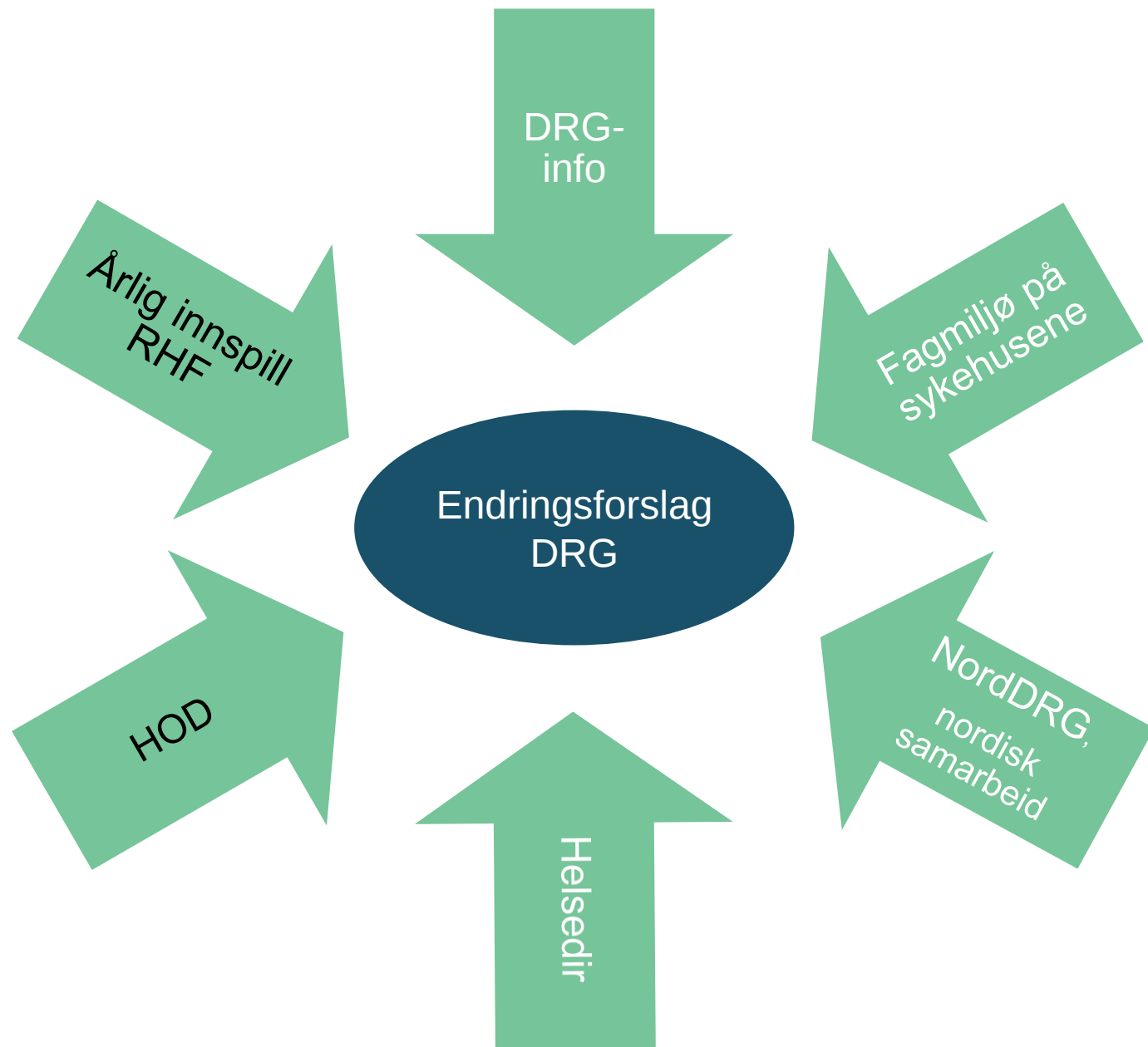
[ICD-10 – ehelse](#)

Oppgjørsordningen for H-resept rapporteres også til NPR og gir grunnlag for gruppering av aktivitet i ISF som gjelder pasientadministrerte legemidler

Grupperingssystemet i Norge knyttet til ISF 2024



ISF/DRG endring initieres av:



Hva er sentralt for å ta inn ny aktivitet

Aktiviteten må være entydig definert- med relevante koder

Aktiviteten må kunne telles og kostnadsberegnes

Det må vurderes nyttig å ta det inn (ikke øke rapporteringsbyrden vesentlig)

Risikohåndtering- mulig å kontrollere aktivitetsutviklingen

Det bør være et visst omfang i spesialisthelsetjenesten

Vurdere om det allerede finnes en egnet gruppe for aktiviteten (enklere)

ISF-regelverket publiseres årlig

Årlig oppdatering av veiledning, beregningsregler og kostnadsvekter

Spesielt for legemiddelbehandling:

- Grupperingslogikk oppdateres hvert tertial for å ta høyde for at Nye metoder «godkjenner» nye legemidler for pasientadministrativ behandling

Sentralt er samarbeidet med dere som bruker ordningen 😊



Generelt om forenklinger i ISF-regelverk

Vi har fått innspill både fra RHF/HF og HOD om behov for forenklinger

Det er noe vi skal ha med oss når vi justerer og endrer ISF

Måten vi formidler regelverket på og strukturerer informasjonen på er viktig

Klart språk er noe vi også jobber med

RAPPORTERING TIL NYTTE ELLER PLAGE?

Om rapporteringskrav i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling



Oppdrag til RHF i 2023:

- Gjennomgå rapporteringskrav i psykisk helsevern og TSB og hvor de kommer fra
- Forslag til eventuelle endringer.
- Målet er redusert rapporteringsbyrde for klinikerene og at de oppleves som nyttige
- Rapporteringen skal sikre gode data for å følge med på tjenesten og unngå unødvendige rapportering
- Anbefalte tiltak:
 - Koding må være så enkelt som mulig
 - Koding til ISF-formål må avsluttes
 - All aktivitet rammefinansieres
 - Automatisk høsting av data fra EPJ
 - Harmonisering av begrep

Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

- *"Helsedirektoratet bes om, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, å gjennomgå dagens rapporteringsregler i ISF-regelverket for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB med sikte på forenkling og tydeliggjøring. Et mål for gjennomgangen er å identifisere eventuelle rapporteringskrav som har sin hovedbegrunnelse i ISF-ordningen i seg selv, og som ikke er nødvendige ut fra hensynet til administrasjon, styring eller kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester.*
- *Det bes også om en vurdering av på hvilken måte formidlingen av rapporteringsreglene kan forenkles og tydeliggjøres. Hensiktsmessigheten av å videreføre ISF-regelverket som primærkilde for spesifisering av rapporteringskrav som gjelder innsamling av opplysninger i Norsk pasientregister, må inngå i slik vurdering.*
- *Frist: Direktoratet bes om å orientere om status for arbeidet innen 14. juni og at endelig svar på oppdraget sendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. oktober 2024.*
- *Ansvarlig avdeling i HOD: SHA"*

Tilgrensende oppdrag

- Felles aktivitetsmål for spesialisthelsetjenesten på tvers av somatikk, psykisk helsevern og TSB (Helsedirektoratet)  Etablere et aktivitetsmål for psykisk helsevern og TSB som legger til rette for å sammenlikne ressursbruk til pasientbehandling på tvers av somatikk, psykisk helsevern og TSB. Avtalespesialistenes aktivitet skal kunne inngå i aktivitetsmålet. Arbeidet skal lede til en utprøving av nytt aktivitetsmål fra 2025.
- Gjennomgang av indikatorer og rapportering – FHI og Helsedirektoratet (like oppdrag)  Gjøre en kritisk gjennomgang av indikatorer og rapportering fra spesialisthelsetjenesten og kommunal helse og omsorgstjeneste og foreslå rapportering som kan tas vekk. Formålet er å redusere den samlede rapporteringen. Frist 15. september 2024.
- Følge med oppdrag Opptreppingsplanen for Psykisk helse  Helsedirektoratet skal i samarbeid med FHI utvikle indikatorer for resultatmålene i planen (Meld .St.23 (2022-2023))
- Vurdering av nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus  Høringsfrist passert. Forventet ferdigstilt 30 september.

Organisering av oppdrag forenkle rapportering og ISF

- Prosjekt ledet av avdeling finansiering
- Deltakelse fra flere avdelinger, samt FHI v/avdeling Helseregistre
- Forankring mot RHF
 - Regionalt økonomidirektørmøte 17 juni hvor prosess diskuteres

Vurderinger i utredningen (og med mulig konsekvens for ISF-regelverk 2025)

Gjennomgang dagens ISF-regler innen psykisk helsevern og TSB og vurdere forenklinger

Gjennomgang av rapporteringskrav knyttet til NPR-meldingen

Gjennomgang av medisinske kodekrav på området

Klart språk

Videreutvikling ISF mot 2025

Innspill fra RHF-ene

- Forenkling av ISF
- Nødvendig støtte i tekniske systemer slik at nødvendig informasjon kan registreres og rapporteres korrekt
- Rask innføring av ny teknologi og endrede arbeidsformer (lik finansiering for likt tjenesteinnhold)
- Utdanning som del av aktivitetsbasert finansiering (manglende økonomiske insentiver)

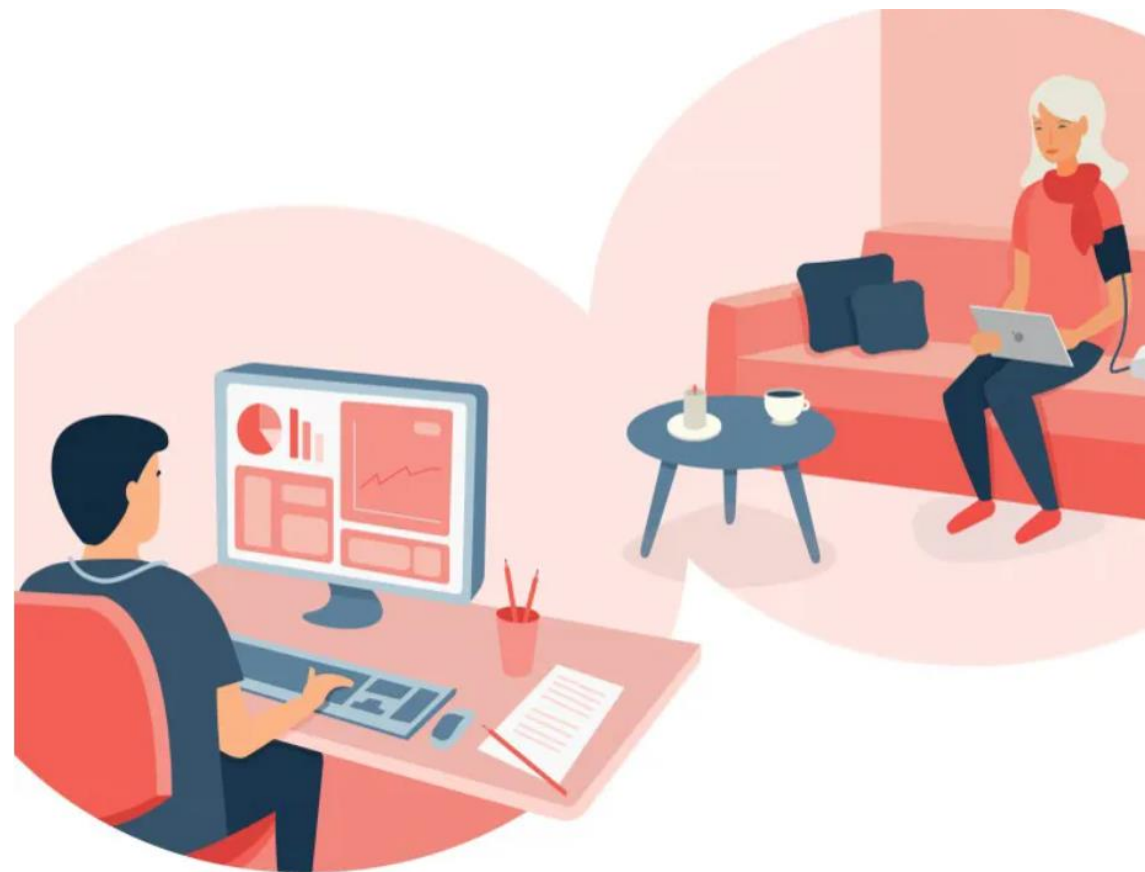


Innspill fra RHF-ene

- **Digitale tjenester/ digital hjemmeoppfølging**
- Fritak for egenandeler for unge 16-18 år
- Aggregeringsregler
- Fjerne materialgebyret
- **Stråleterapi (forløp?)**
- Akuttmedisin (dagens 980 øyeblikkelig hjelp DRG-er)
- Radiologi
- **Intensivbehandling**
- Onkologi kliniske studier
- **Samhandling/ samarbeidsaktiviteter/ kompetanseoverføring mellom nivåene**
- Konsentrerte behandlingsopplegg for pasienter med kompleks og langvarig sykdom
- Tverrfaglig utredning (krav endres fra tre til to faggrupper)
- Tidsdifferensiering PHV/TSB (unngå oppsplitting av aktivitet)
- Geriatri (inklusive ortogeriatri)
- Krevende med tjenesteforløp ved inntekts- og regnskapsføring
- **Nettbasert behandling**
- Poliklinisk rehab og grupperetta opplæring
- Utredninger som foregår over flere dager
- Digital poliklinikk
- Felles akuttmottak og tverrfaglig behandling (PHV og somatikk)
- Resurskrevende analyser (kreft)
- **Nyfødt**
- **Forløpsgrupper for makuladegenerasjon**
- **Mer treffsikker finansiering av høyspesialiserte, kostbare prosedyrer**
- Hjemmetesting for genital klamydainfeksjon

Digital hjemmeoppfølging

- Nærmere definisjon av «nettbasert behandlingsprogram»
 - Innhold?
 - Kriterier?
 - Kartlegging av aktivitet
- Pådriver for endring i NPR-melding for bedre registrering av digital hjemmeoppfølging
 - sammen med dere
- Avgrensing skjema som benyttes inn i en planlagt kontakt vs skjema som er ment å skulle kartlegge pasientens tilstand og så vurdere videre oppfølging
 - Vanskelig skille
 - Styringsinformasjon og registreringsbyrde
 - Kostnadsberegninger



Illustrasjon: MyDignio

Digital hjemmeoppfølging



Illustrasjon: MyDignio

- Gjennomgang av samle STG-er
 - Noe med volum som bør ha egen STG i rett HDG?
- Aggregering av aktivitet for god beskrivelse og lik refusjon
 - Flere behandlings- og oppfølgingsformer består av oppfølging både med skjema og via utstyr
 - Er det, og eventuelt når, riktig å aggregere aktivitet sammen?



Økende mengde spørsmål om telefonkonsultasjoner som ikke er planlagte. Viktig med godt skjønn her, siden hovedregel er at konsultasjoner skal være planlagte i forkant, jf «Pasienten må være informert om at kontakten er en konsultasjon, og at det kan kreves egenandel. Kontakten skal som hovedregel være planlagt i forkant, og pasienten må ha mulighet til å velge en annen konsultasjonsform»

Nyfødt

- «... behov for gjennomgang av logikk innen nyfødтомrådet. Logikken er av eldre dato, samtidig som den medisinske utviklingen har gått raskt....»
- «I aktivitetsrapporteringa for «tidlege» nyfødde blir det rapportert inn både fødselsvekt og svangerskapsalder. Erfaringar frå klinikken tilseier at vekstretarderte barn på 900 gram er mindre ressurskrevjande enn barn fødde i svangerskapsveke 26 med ei vekt på 1050 gram. ... fødselsvekt burde vektleggjast mindre enn svangerskapsalder. ... at det er mykje feil bruk av ICD-10 diagnosen «P22.0», og at diagnosen burde «vektast» mykje mindre i DRG-systemet»



Nyfødt

- Har gjort tilnærminger til problemstillingen også tidligere, spesielt i samarbeid med Oslo Universitetssykehus (OUS)
 - Har enkelte konkrete innspill på hva som kan endres
 - Forslag om at fødselsvekt bør ha mindre betydning i ny logikk enn i dagens
-
- Omfattende arbeid dersom hele logikken skal vurderes
 - Kan være vanskelig å finne bedre alternativ?
 - Gjøre konkrete justeringer?

*Tidligst endring
fra 2026*

Kjeveortopedi leppe-, kjeve, ganespalte

- Kjeveortopedisk behandling leppe-, kjeve-, ganespalte og kraniofaciale lidelser er tidligere foreslått overført fra folketrygden til ISF
- Lagt til rette for overføring for 2024 – ble utsatt
- Nye prosedyrekoder og opprettet i 2024
- Lagt til rette for ny DRG «mindre kjeveortopediske prosedyrer»
- Klar til å inkluderes i ISF-ordningen dersom vedtatt overført fra folketrygden.

Intensivbehandling

Arbeid i 2020 og 2021 sammen med repr fra RHF/HF

- Diskutert mulig endringer i DRG-logikk
- Vanskelig å identifisere intensivpasienten
- Opprettet særkode B0050 intensivpasient etter nærmere kriterier (som er lik kriterier for innrapportering til Norsk intensiv og pandemiregister)



Fra RHF-ene ifm videreutvikling ISF:

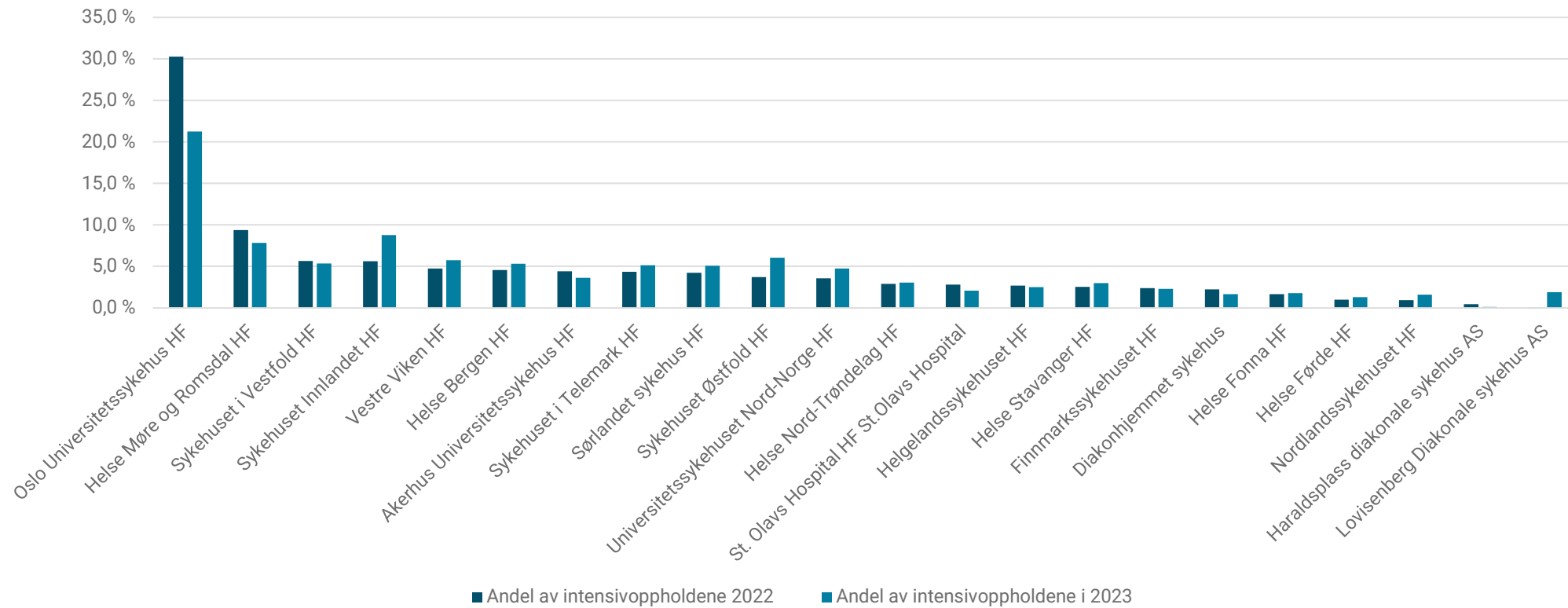
«Intensiv, intermediær, overvåkning Helse Sør-Øst RHF viser her til at det over tid har pågått arbeid som kan gi grunnlag for regelverk innenfor intensiv- og intermediærområdet. Helse Sør-Øst RHF ber Helsedirektoratet om å prioritere dette arbeidet videre.»

«For intensiv har det vært en utredning i HDIR om finansiering og intensiv fra 2021. Den munnet ut i en DRG-kode B0050 for intensivopphold definert etter NIR kriterier for intensivpasient. Det var den enkleste gjennomførbare løsningen. Men av vedlagte oversikt for 2022 ser en at sykehus har brukt denne koden forskjellig så foreløpig mangler her. Uansett har DRG koden så langt kun vært registrert, men gir så langt ikke penger. Dvs fra vår side vil det være bra med; 1) At denne koden utløser inntekt 2) kriterier for utløsning av koden revideres etter erfaring fra snart to års bruk.»

Intensiv

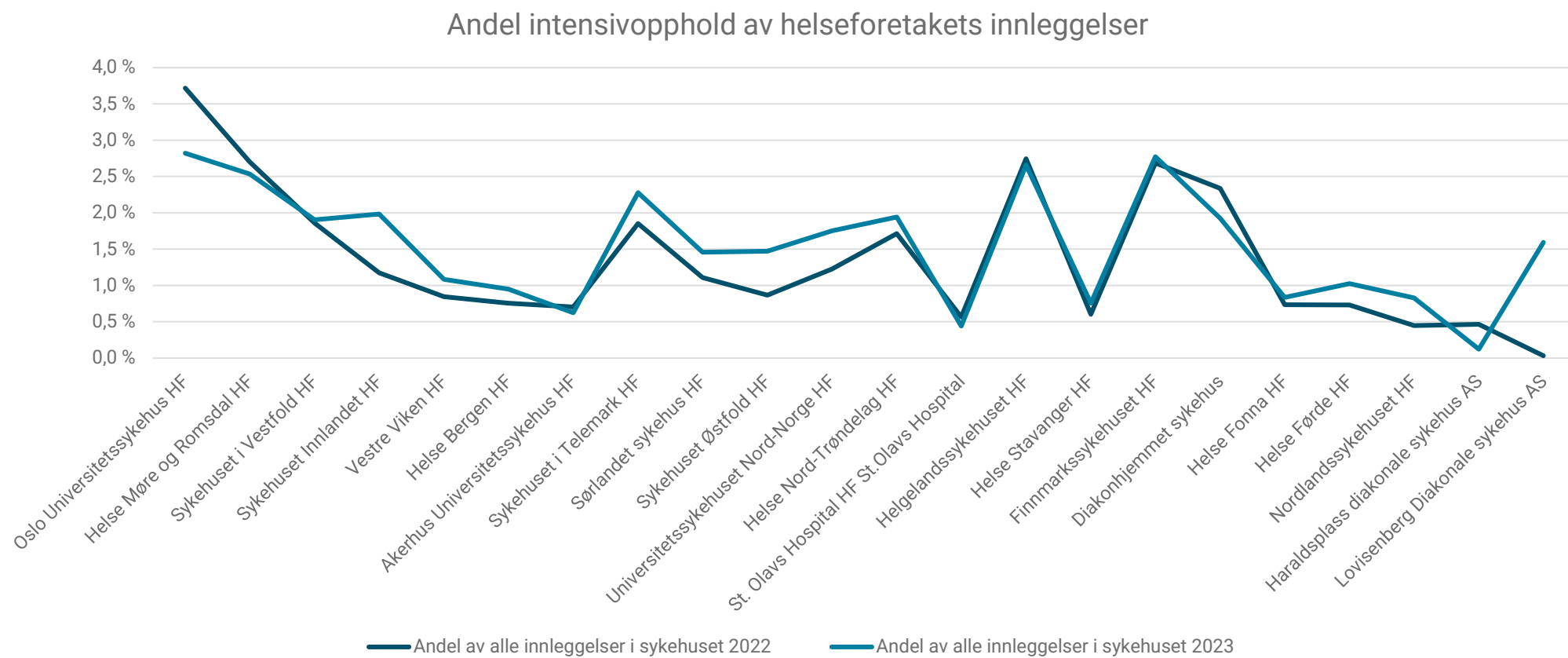
Opphold med kode B0050 Intensivbehandling etter nærmere kriterier

Andel av alle intensivopphold for landet i 2022 og 2023



Intensiv

Opphold med kode B0050 Intensivbehandling etter nærmere kriterier



Intensivbehandling

- Gjenopprette kontakt med RHF/HF arbeidsgruppe for å diskutere mulige endringer
- Mest sannsynlig ikke aktuelt med full revisjon av hele området
- Vurdere om vi skal opprettholde koding av særkode B0050
- Se på kriteriene for B0050 (jf NiPaR)?
- Vurdere endringer i enkelte DRG-er, eksempelvis for de hyppigste som vist her

Tidligst endring
fra 2026

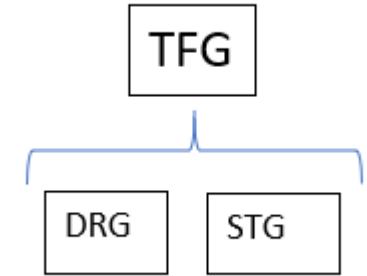
Hyppigste DRG-er for intensivpasienter (B0050)		Antall	Andel
475B	Sykdommer i åndedrettsorganer med PEEP support	2 457	15,5
475A	Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonsstøtte	895	5,6
483	Tracheostomi ekskl for sykd i ansikt, munnhule eller hals	585	3,7

Fører kort

- Det foreslås å oppheve punkt 5.8 i ISF-regelverket.
- I 2023 finner vi 307 kontakter som er ekskludert som følge av regelen.
- Regelen har liten betydning og foreslås fjernet jf. ønske om forenklinger
- Det legges til grunn at disse pasientene har behov for denne oppfølgingen i sykehus/ spesialisthelsetjenesten og ikke kan vurderes av for eksempel fastlege. Det antas at det allerede er noe aktivitet som knytter seg til denne helsehjelpen.
- Ingen endring i koderegler ellers.

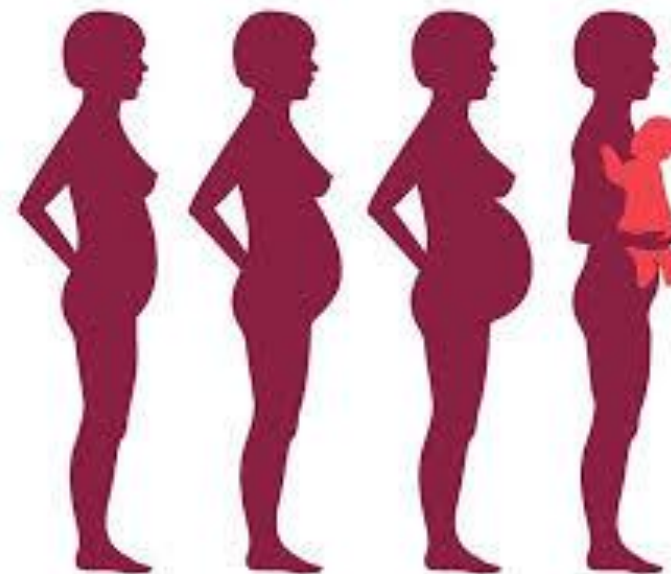
Forløp (TFG)

- Ønsket utviklingsretning for å sikre at ISF ordningen kan stimulere til kostnadseffektivt behandlingsaktivitet i takt med store endringer i måten tjenestene ytes på.
- Bedre koordinering av helheten i tjenestetilbudet til pasientene
- Kostnadseffektiv behandling i forløpsperspektiv, ikke bare innenfor rammen av den enkelte deltjenesten
- Uavhengig av teknologi og organisering
- God beskrivelse
- Styringsinformasjon
- Forløp uten finansiering
 - Fødsel
 - Stråleterapi
- Evt. nye områder



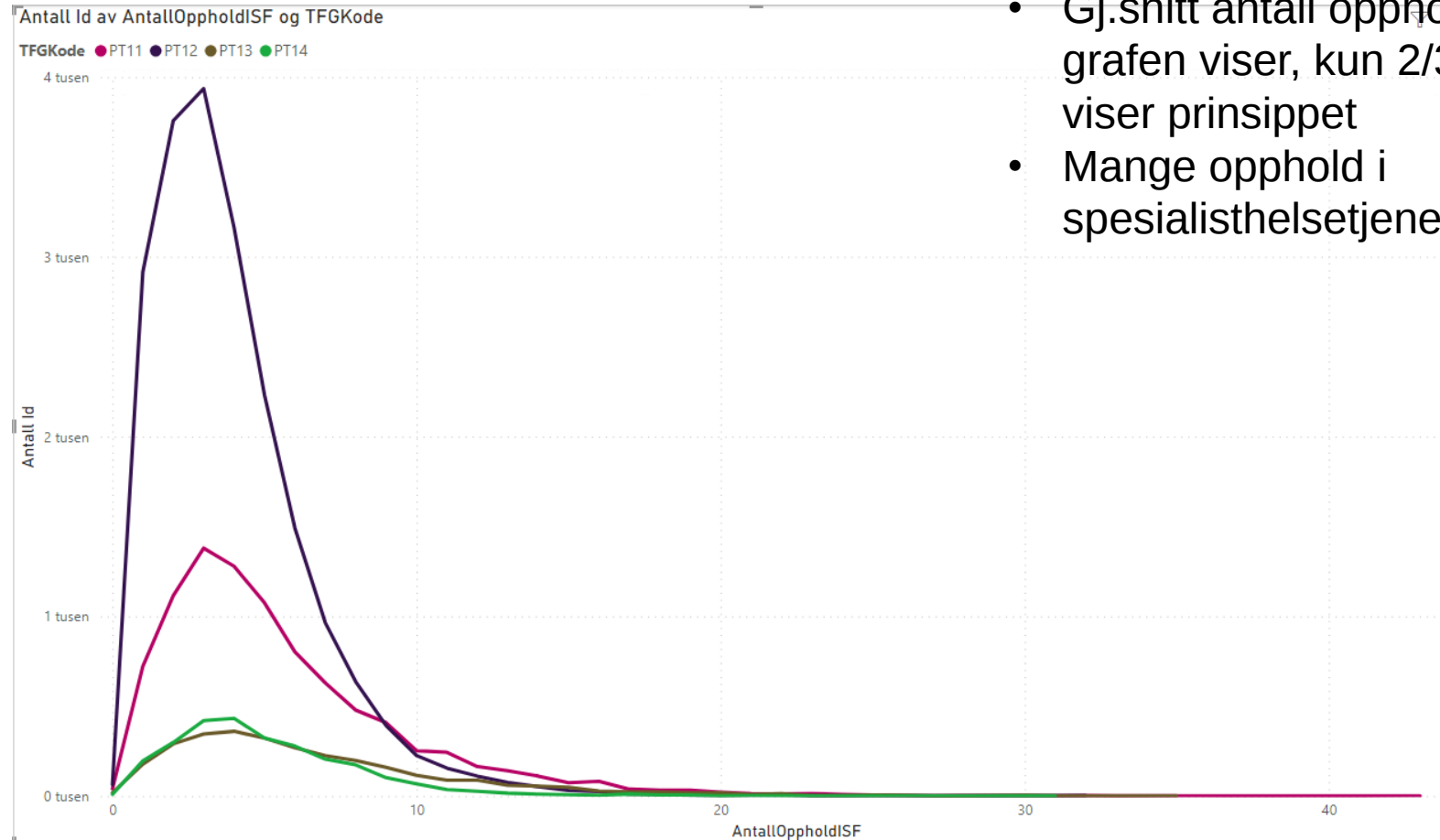
Fødselsforløp

- Svangerskap og fødsel- naturlig forløp
- Ønsket inkludert og finansiert som forløp fremfor enkelt oppmøter
- Bedre beskrivelse av tjenesten
- Ulike forløp tar hensyn til ulike kostnader i forbindelse med fødselsoppholdet og andre opphold (eks. liggetid, intervensjoner), i tillegg til antall opphold



PT11	Forløp for svangerskap og fødsel med kompliserende faktorer
PT12	Forløp for svangerskap og fødsel uten kompliserende faktorer
PT13	Forløp for svangerskap og fødsel med ressurskrevende inngrep med kompliserende faktorer
PT14	Forløp for svangerskap og fødsel med ressurskrevende inngrep uten kompliserende faktorer
PT99	Andre tjenesteforløp - HDG 14

Fødselsforløp



- 93% alle konsultasjoner ved et sykehus, noe lavere for de mest kompliserte
- Gj.snitt antall opphold høyere enn grafen viser, kun 2/3 av året er med-viser prinsippet
- Mange opphold i spesialisthelsetjenesten

Stråleterapi

- Istedenfor antall behandlinger-
behandlingsserier- naturlig forløp
- Forløp uten finansiering
 - Basert på tidligere innspill- forløp
uten finansiering
 - Nytt innspill fra HelseMidt -behov
for effektivisering-færre
behandlinger
- Forutsetning:
 - Volum
 - Homogenitet
- Bedre beskrivelse



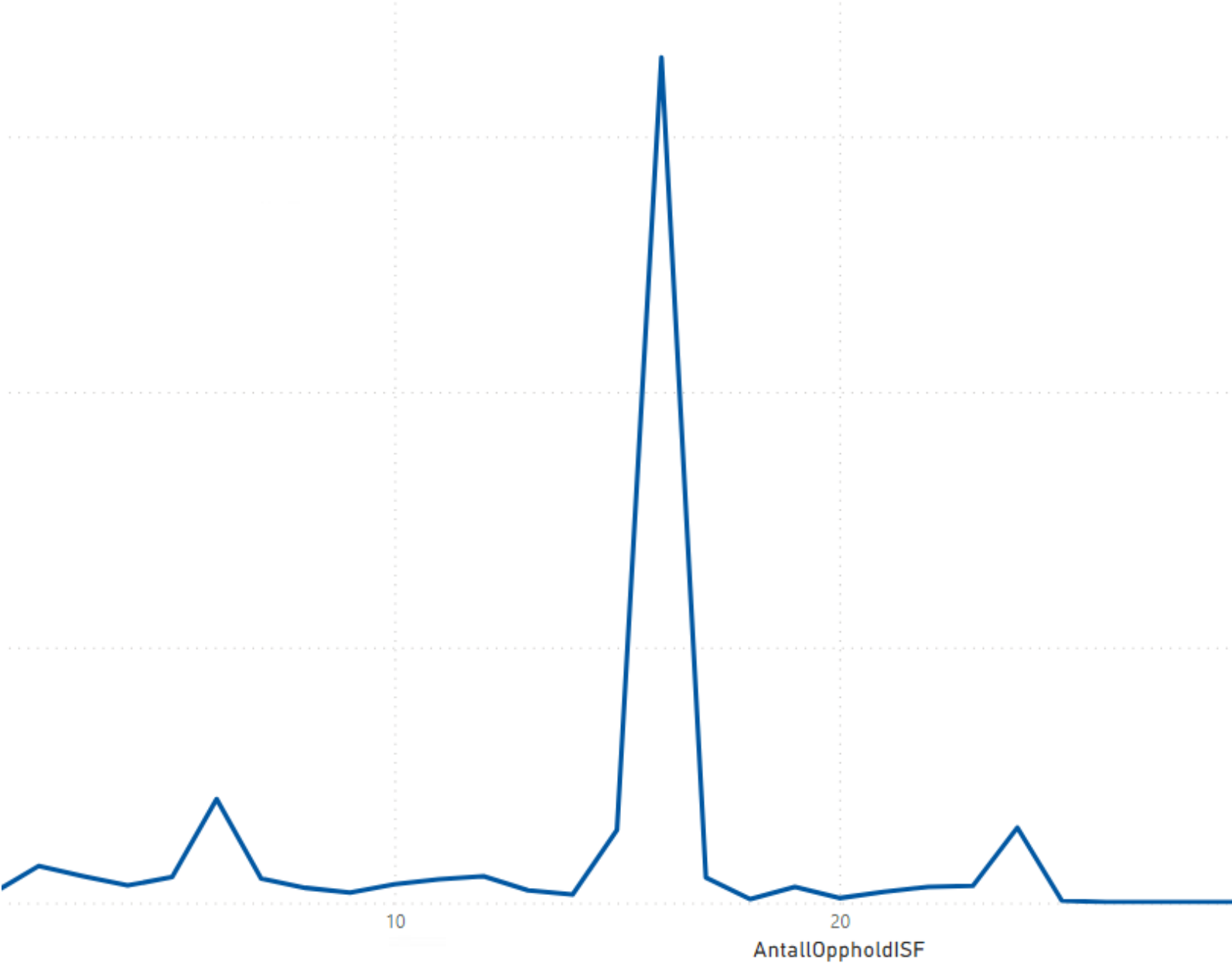
TFG stråleterapi

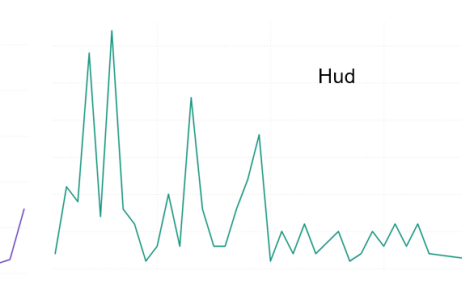
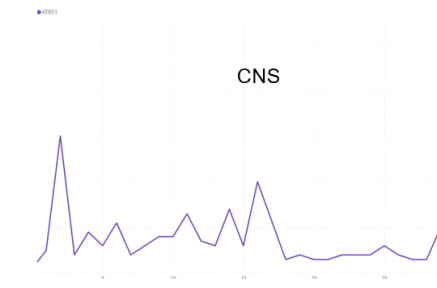
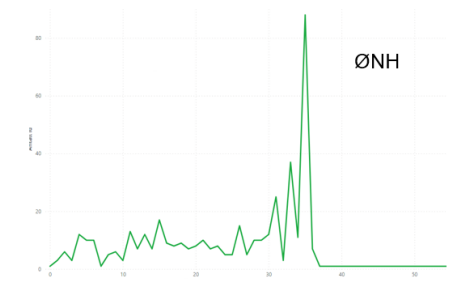
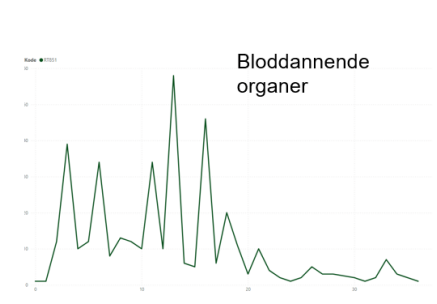
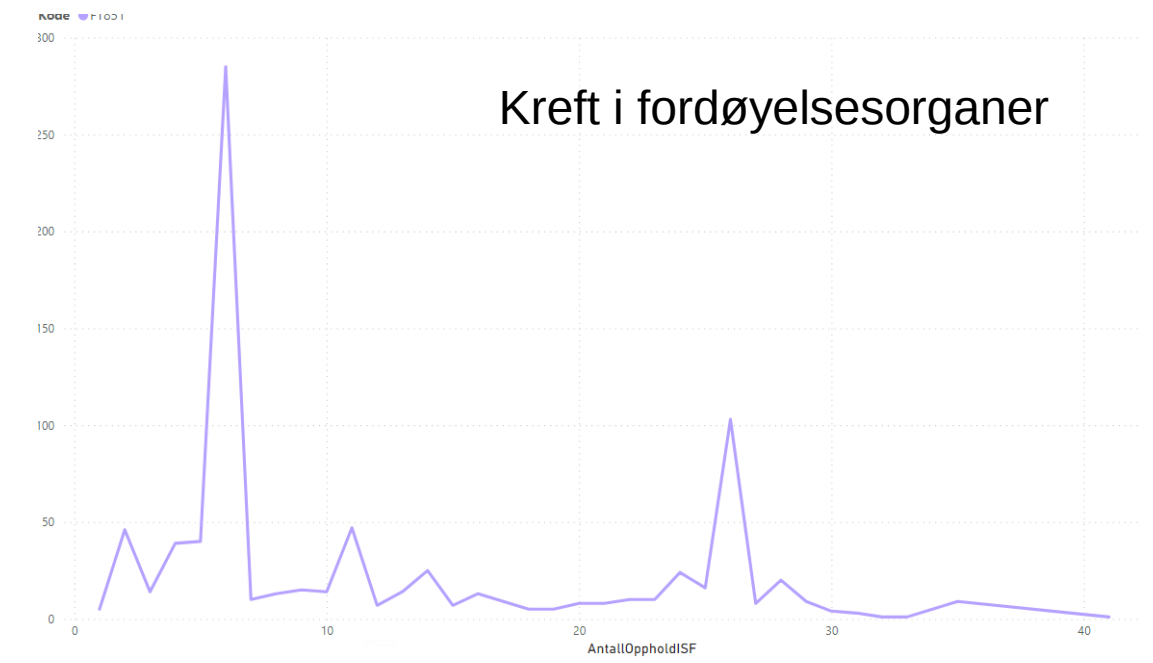
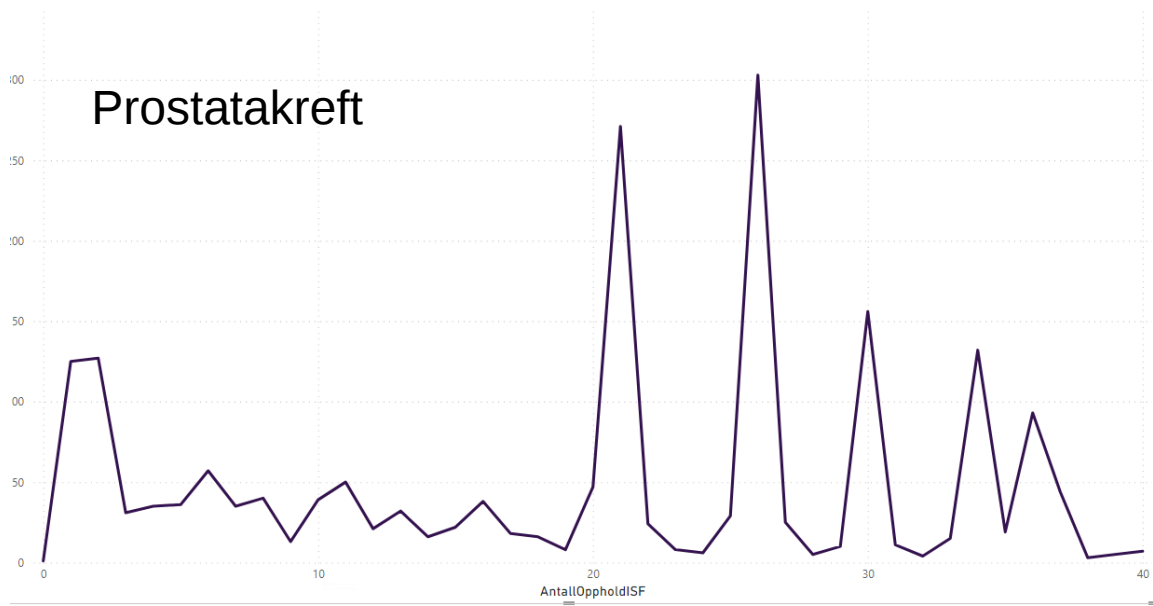
AT851	Ekstern strålebehandling ved svulst i sentralnervesystemet
CT851	Ekstern strålebehandling ved svulst i øre, nese, hals, øye og ansikt
DT851	Ekstern strålebehandling ved lungekreft
FT851	Ekstern strålebehandling ved kreft i fordøyelsesorganer
JT851	Ekstern strålebehandling ved hudkreft
KT851	Ekstern strålebehandling ved brystkreft
NT851	Ekstern strålebehandling ved svulst i mannlige kjønnsorganer
RT851	Ekstern strålebehandling ved kreft i bloddannende organer og lymfatisk vev
XT851	Ekstern strålebehandling ved andre tilstander

Antall unike pasienter*	Antall behandlings-frammøter	Behandlings- frammøter per pasient (gjsn).	Antall planleggings-frammøter	Planleggings-frammøter per pasient (gjsn).
12 707	189 584	14,9	12 571	1,0

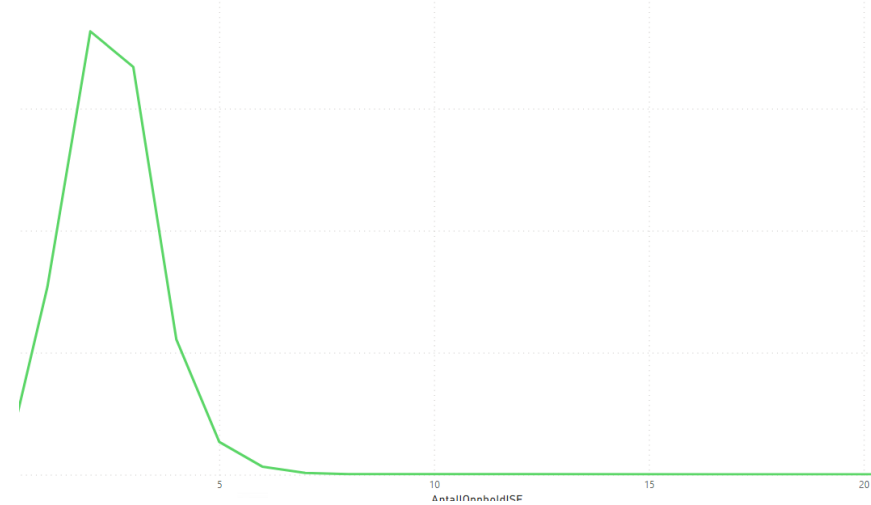
DRG	Beskrivelse	Antall unike pasienter	Behandlingsframmøter			
			SUM	Snitt	Mln	Maks
851A	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved svulst i sentralnervesystemet	428	7 918	18,5	1	45
851C	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved svulst i øre, nese, hals, øye og ansikt	606	14 589	24,1	1	46
851D	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved lungekreft	1 708	17 219	10,1	1	50
851F	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved kreft i fordøyelsesorganer	1 205	13 852	11,5	1	38
851J	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved hudkreft	379	4 926	13,0	1	42
851K	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved brystkreft	3 999	55 880	14,0	1	40
851N	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved svulst i mannlige kjønnsorganer	2 748	54 800	19,9	1	60
851R	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved kreft i bloddannende organer og lymfatisk vev	611	7 080	11,6	1	44
851X	Poliklinisk ekstern strålebehandling ved andre tilstander	1 077	13 320	12,4	1	55
Totalt		12 761	189 584	14,9	1	55

Brystkreft





Forløp for kneprotese? -Dagkirurgi løsning?



- Dag eller døgnbehandling
- Likhet med forløp for hofteprotese
- Naturlig forløp fra utredning til ferdigbehandlet
- Kan organiseres noe ulikt mht pol.kl.konsultasjoner osv.
- Kan inkludere kneprotese som dagkirurgi
- Høyt volum >5000
- Mer enn 96% har opphold bare ved en rapporteringsenhet

AMD (aldersrelatert forandring av skarpsynet)

- Mange behandlinger
- Mange pasienter
- Ett/to øyne behandles samtidig
- Ulike medikamenter
- Forløp- bedre beskrivelse
- Forløp?



Osteoporoseutredning



Utredning:

- Beintetthetsmåling
- Blodprøver
- Lavenergi brudd

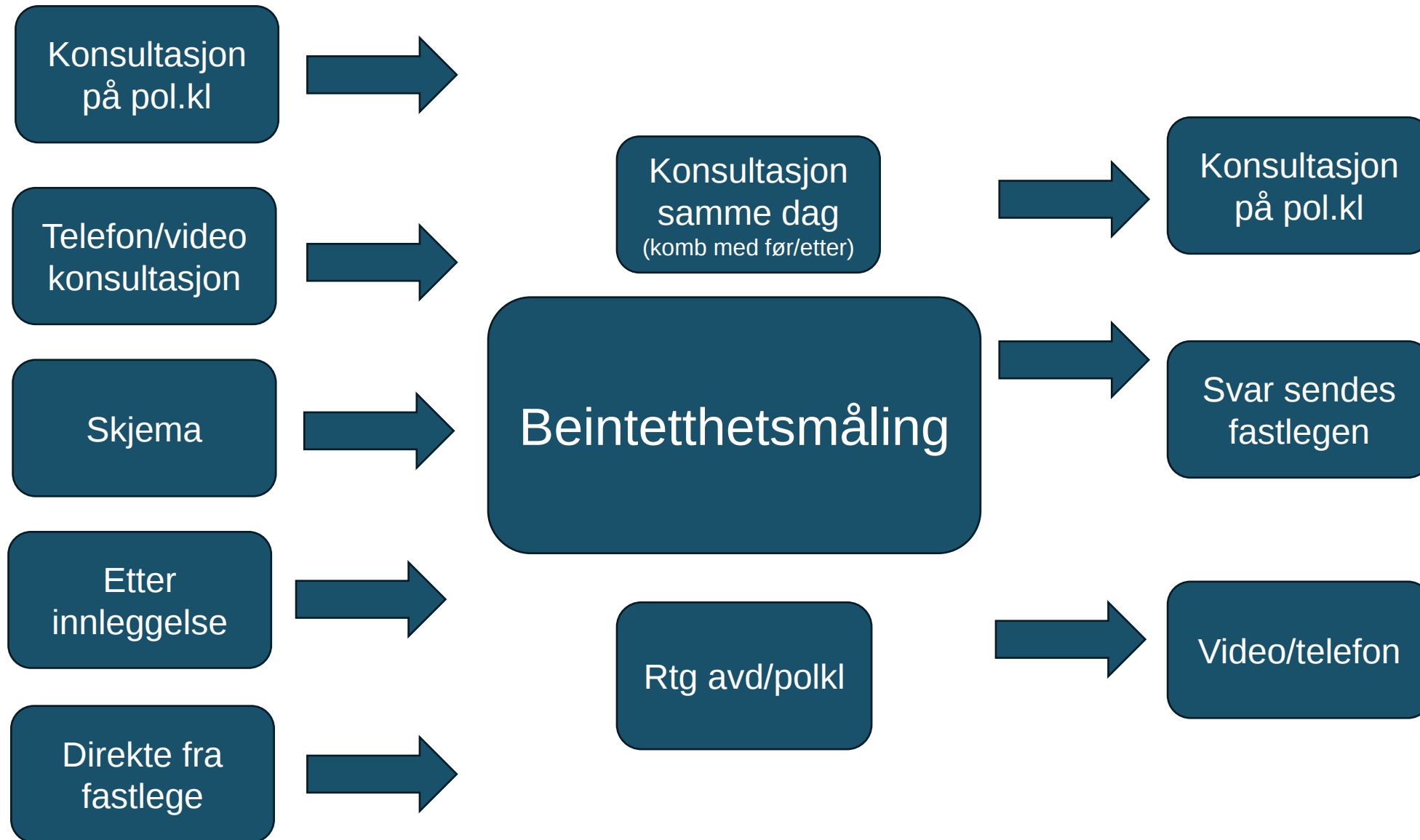
Tiltak:

- Kosthold
- Aktivitet
- Medikamenter
- VitaminD og Kalsium
- Risikofaktorer

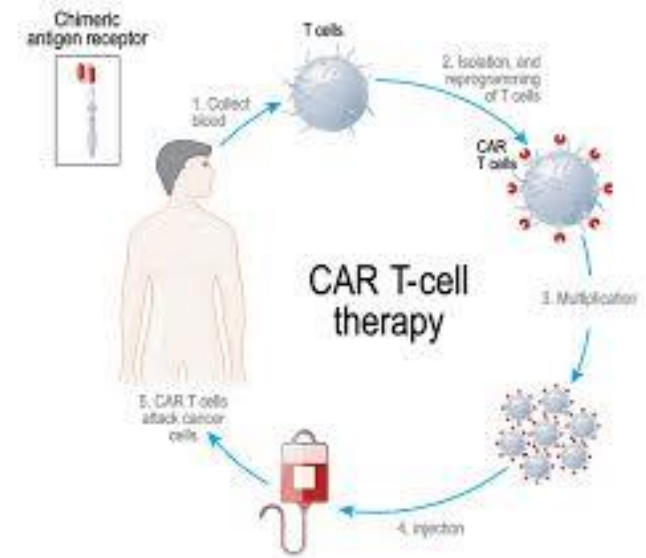
Oppfølging av
fastlege/spes.helsetj.

Osteoporoseutredning

- Ulik registrering og rapportering
- Ulikt antall pol.kl. konsultasjoner
- Samme behandling



CAR-T behandling



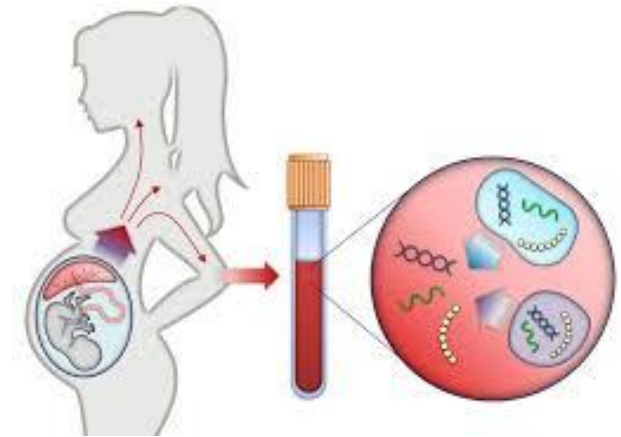
- Behandling ved lymfom (B-celle, prim.mediastinalt B-celle og transformert follikulære lymfomer)
- 2022 Godkjent behandling-Beslutningsforum -flere medtodevurderinger forventet besluttet i 2024
- OUS landsfunksjon
- 2020 Opprettet en prosedyrekode- etter forespørsel fra OUS
- Lang liggetid
- Høye kostnader knyttet til både behandlingsopphold og medikament
- Diskusjon (pågående) i nordisk samarbeid mht DRG gruppering

NIPT

- Blodprøve av gravide
 - Undersøkelse av fosterets DNA ved blodprøve av den gravid
- På medisinsk indikasjon- rett til gratis test i offentlig helsetjeneste
 - >35 år ved termin
 - Annen indikasjon for NIPT for trisomi 13, 18, 21
- Uten medisinsk indikasjon

*Helse- og omsorgsdepartementet vil i forskrift tillate at helseforetak **kan kreve betalt for kostnadene og en markedsmessig avkastning** fra gravide for non-invasiv prenatal test (NIPT) utenfor medisinsk indikasjon*

- *Gjeldene fra 2024*
- Konsultasjon i forbindelse med test skal registreres og rapporteres på vanlig måte til NPR, men med debitorcode 30 slik at det ikke inngår i ISF



Legemiddelbehandling i ISF

- Legemiddelbehandling inngår i ISF-grunnlaget både gjennom DRG, STG og TFG-aktivitet
- Informasjon om legemiddelbehandling betydning for gruppering til DRG på avgrensede områder, se ISF-regelverket punkt 6.7 – isf-poeng per opphold
- Pasientadministrert legemiddelbehandling [som RHFene har finansieringsansvar for \(h-resept\)](#) inngår i ISF gjennom STG-gruppering. Aktivitet telles per behandlingsperioder(år) og gir ISF-poeng per pasient per indikasjonsgruppe.
- For utvalgte indikasjonsområder for legemiddelbehandling blir DRG- og STG-aktivitet sett i sammenheng og finansieres likt ut fra gruppering til TFG

Oppdatering av STG-logikken (pasientadministrert legemiddelbehandling)

- STG-logikken oppdateres tertialvis
 - Legemiddelbehandling som er besluttet tatt i bruk inkluderes i STG-logikken
 - Gjelder plassering av legemidler som passer inn i eksisterende indikasjonsgrupper

Årlig revisjon for å inkludere:

- Nytt finansieringsansvar fra folketrygden
- Ny legemiddelbehandling som er tatt i bruk jf. beslutning i nye metoder, ikke passer inn i eksisterende grupper
- Indikasjonskoding gjennomgås for å sjekke at logikken dekker bruksområdene

Informasjon om pasientadministrert legemiddelbehandling hentes fra resepten – viktig at koding av indikasjon reflekterer årsak til at legemiddelbehandling blir gitt.

Nytt finansieringsansvar for legemiddelbehandling fra 2025

- Det er foreslått at RHFene får nytt finansieringsansvar for legemidler til intravenøs behandling av infeksjoner og parenteral ernæring fra 2025
 - Ved overføring av finansieringsansvar blir det overført midler til regionenes basisramme
- Nye STGer uten finansiering vil bli etablert, for å identifisere den nye aktiviteten på H-resept fra 2025
- Aktuelt med overføring av midler og inklusjon i ISF fra 2026

Intervensjons- og nuklærmedisin

- Prosjekt vedrørende overføring fra folketrygden til ISF påbegynt i 2023.
- Prosjektet er foreløpig satt på vent;
 - Flere relevante prosjekter pågår, internt og i sektoren.
 - Behov for å se helhetlig på finansiering av radiologisk aktivitet.

Samarbeids- aktiviteter i ISF



Forutsetter at
kravene er
oppfylt

Som hovedregel dreier samarbeidsaktiviteter seg om **indirekte kontakter**

Samarbeidsmøte (indirekte)= STG

Unntak - dersom samarbeidsmøte gjennomføres som en del av en konsultasjon

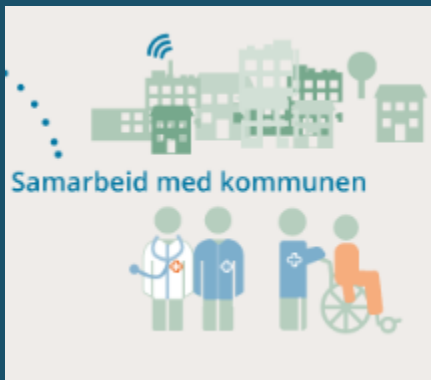
- Konsultasjonen registreres da som direkte kontakt på ordinær måte og prosedyrekoden for samarbeidsaktivitet legges på kontakten
- Det vil gi både konsultasjons DRG og en STG for samarbeidsaktivitet

Eksempel- skjer samme dag:

Samarbeidsmøte(indirekte) + Konsultasjon (Direkte)= DRG+STG

Konsultasjon (direkte) der samarbeidsmøte mellom sykehus og kommune også pågår +(prosedyre for samarbeid)= DRG+STG

Samarbeids- aktiviteter i ISF



Behov for
forenkling?

Vi får en del spørsmål her. Et spørsmål som går igjen er hva slags aktivitet det dreier seg om.

Utgangspunktet er at både polikliniske konsultasjoner (med konsultativt innhold) mellom pasient og behandler, og samarbeidsmøter med kommunen, er planlagt aktivitet (som hovedregel). Også når det skjer samme dag.

Vi vurderer å gjøre justeringer i ISF-regelverket ved behov.

Blant annet sees det på om:

- Om reglene for rapportering kan formidles enklere
- Om behov for justeringer i registreringskriterier

Mulige endringer i Psykisk helsevern/TSB fra 2025



Henger sammen med oppdraget på Psykisk helsevern/TSB som ble presentert tidligere



Gjennomgang av dagens ISF-regler innen Psykisk helsevern og TSB og vurdere forenklinger

Kostnadsvektsberegningen - datagrunnlag

- Kostnadsvektene er det som binder aktiviteten og ISF-refusjonen sammen
- Kostnadsvektene beregnes med utgangspunkt i HF-kostnader – beregnet kostnad pr pasient (KPP)
- Årets KPP-data følger revidert Nasjonal spesifikasjon
- Helsedir sammenstiller og kvalitetssikrer HF-enes datagrunnlag
 - Egne møter med HF-ene

Kostnadsveker -status



- Frist for dataleveranse til Helsedirektoratet 19.april
- Flere HF har skiftet KPP-leverandør – forsinkelser
- Felles Kvalitetssikringsmøte 6.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, skifte av system, forbedringsarbeid, budsjett og styring, mm

Kostnadsgrunnlagene i 2023 vil i utgangspunktet bli lagt til grunn for vektene i 2025

Kostnads- grunnlag 2023 foreløpig

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

Videre arbeid

Oppdaterte
kostnadsvekter for 2025

28.juni- Frist reviderte leveranser til KV-arbeidet

Ferdigstille kostnadsgrunnlag – som deles med alle HF

Gjenstående arbeid:

- Innarbeide ny DRG-logikk 2025
- 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

Fordeling av endelig beregning RBF 2024

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

- 646,2 millioner kroner fordelt ved endelig beregning

I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2024 gjøres det en avregning basert på årsdata

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

RHF	Foreløpig fordeling	Endelig fordeling	Endring fra foreløpig til endelig	% endring
Helse Midt-Norge RHF	99,6	96,9	- 2,7	-2,8 %
Helse Nord RHF	81,9	77,8	- 4,0	-4,9 %
Helse Sør-Øst RHF	330,8	346,2	15,4	4,7 %
Helse Vest RHF	133,9	125,3	- 8,6	-6,5 %
	646,2	646,2		

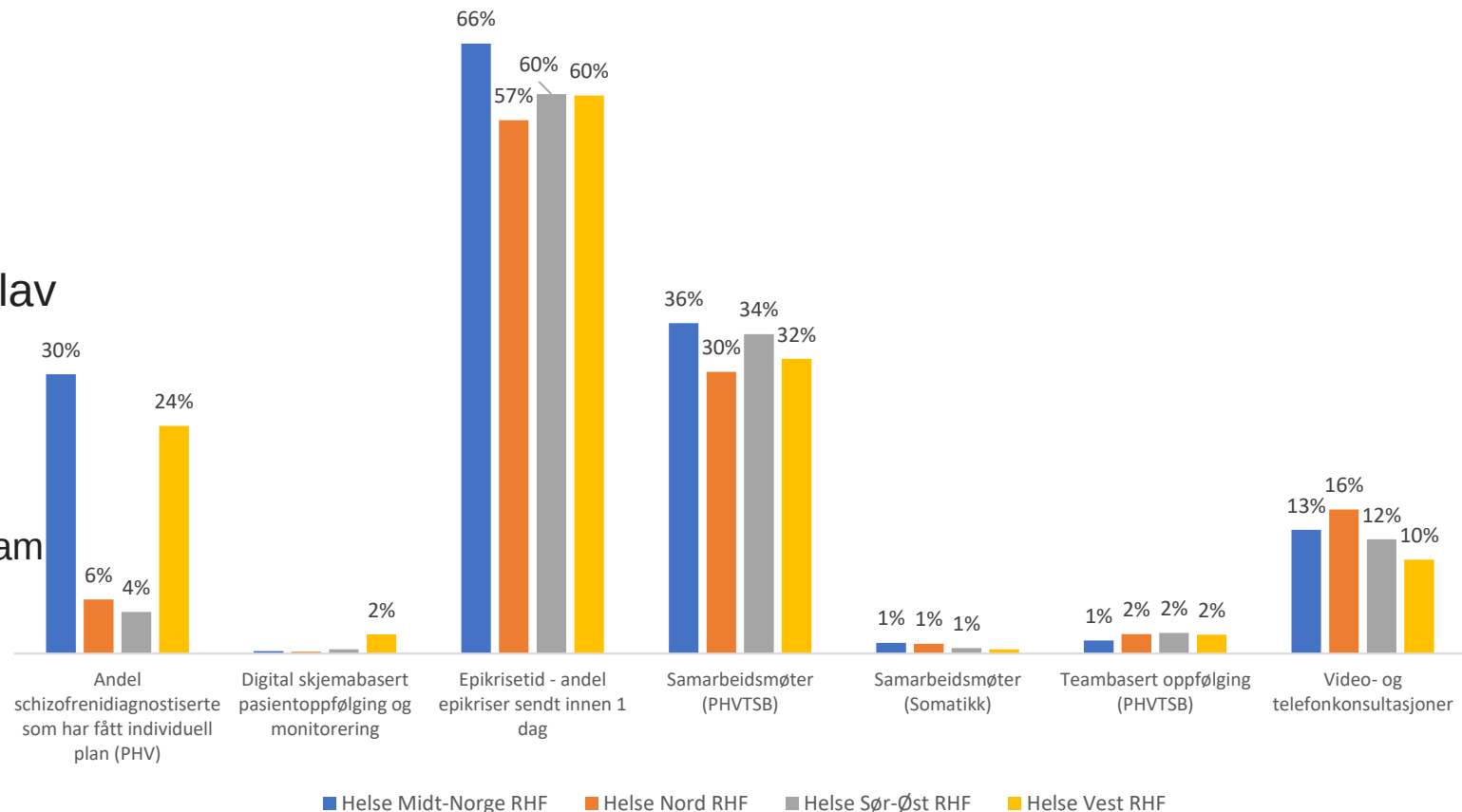
Måloppnåelse ved endelig beregning

God måloppnåelse på indikatorene:

- Video- og telefonkonsultasjoner
- Teambasert oppfølging (PHV/TSB)
- Samarbeidsmøter (PHV/TSB)
- Epikrisetid

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

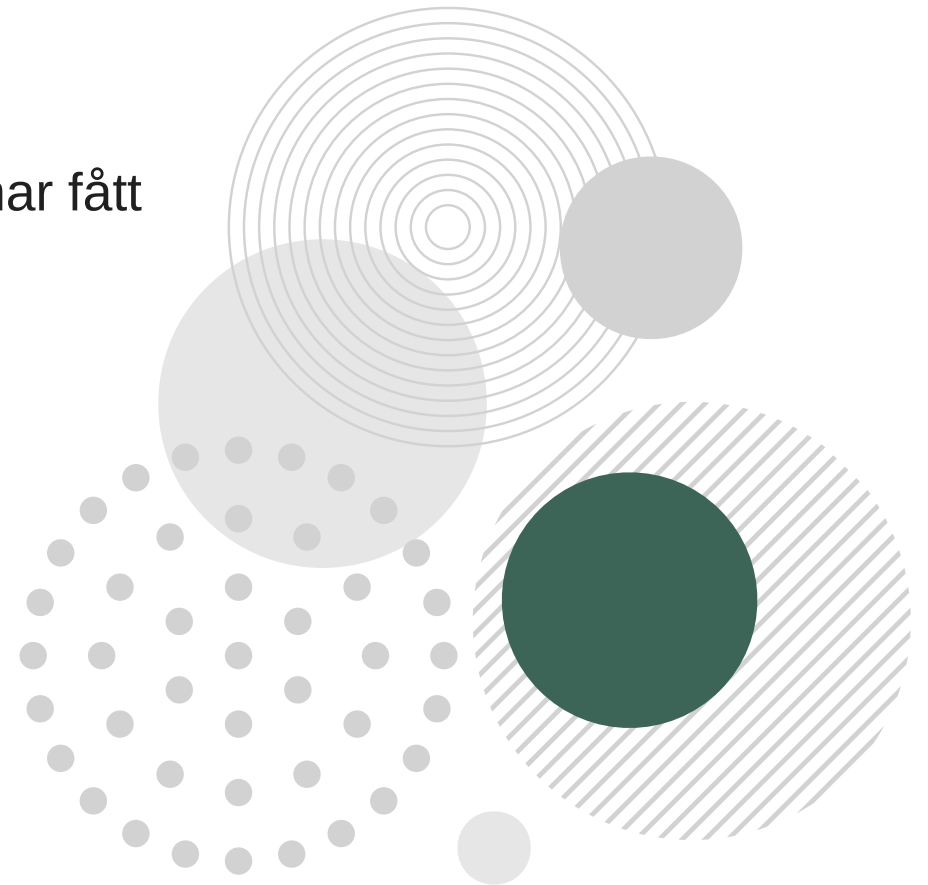
- Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering
- Gjennomført nettbasert behandlingsprogram



Anbefalte endringer i RBF 2025

Følgende endringer anbefales i ordningen:

- Ta ut datakomplettethet som prestasjonsmål
- Ta ut indikatoren Andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan
- Inkludere hjemmeoppfølging av medisinsk utstyr



Kort informasjon om NPK (Norsk pasientklassifisering)

- *NPK 2024*
- Det ble publisert oppdatert NPK-versjon for 2024 i april. Kun en mindre justering relatert til lysbehandling og avdelingsopphold.
- *NPK 2025*
- Vi tar som vanlig sikte på å publisere en foreløpig versjon av NPK for 2025 medio oktober 2024.
- Møte i *NPK-Teknisk fokus* avholdes 24.juni.

Nytt i de medisinske kodeverkene

Avdeling kodeverk



Agenda

- Nytt fra Avdeling for kodeverk i Helsedirektoratet.
- Endringer i:
 - ICD-10
 - NCRP
 - NCSP
 - NCMP

Nytt fra avdeling kodeverk

- Avdeling kodeverk og terminologi delt i to avdelinger: avdeling terminologi og **avdeling kodeverk**
- Nye epost-adresser:@helsedir.no
Forlenget svartid på **kodehjelp@helsedir.no**
- Migrering av nettsider fra www.ehelse.no til www.helsedirektoratet.no planlagt høsten 2024
- [E-læringskursene](#): vurderer fremtidig større revisjon av kurspakken

Avdeling for Kodeverk

Team kliniske

 Jan Ivar Ernø Seniorrådgiver Kliniske kodeverk	 Øystein Carl Emil Hebnes Seniorrådgiver Kliniske kodeverk Teamkoordinator
 Bente Bull-Hansen Seniorrådgiver Kliniske kodeverk	 Guro-Marte Gulstad Mpot Seniorrådgiver kliniske kodeverk
 Marit Omnes Pettersen Seniorrådgiver Kliniske kodeverk	 Marie Vikdal Seniorrådgiver Kliniske kodeverk Center Head NordClass
 Linn Brandt Seniorrådgiver Kliniske kodeverk	 Ole-Fredrik Melleby Seniorrådgiver Kliniske kodeverk

Team lab

 Elisabeth Abrahamsen Seniorrådgiver <u>Labkodeverk</u>	 Jostein Ven Seniorrådgiver <u>Labkodeverk</u> , <u>forvaltningsadministrator</u>
 Evita Maria Lindholm Seniorrådgiver <u>Labkodeverk</u>	 Ny medarbeider fra 1.sept
 Anette Vasdal Gundersen Seniorrådgiver, <u>Labkodeverk</u>	
 Helene Tuft Stavnes Seniorrådgiver, <u>Labkodeverk</u> Teamkoordinator	

Fungerer avd.dir

Nye FinnKode blir produksjonsløsning - ikke lenger beta - fra 15 august

- Ny løsning settes i produksjon fra 15 august på finnkode.no. Erstatte Volven og etter hvert også dagens FinnKode.
- Den nye løsningen er godt tilpasset bruk på mobil.
- Dagens -"Gamle" - FinnKode vil være tilgjengelig også etter 15 august for å sikre myk overgang. Det kommer av at det gjenstår oppgaver med å forbedre søket i den nye løsningen.
- Det legges inn lenke fra forsiden på nye løsningen til "Gamle" FinnKode.

The screenshot shows the FinnKode BETA web application. At the top, there is a navigation bar with the FinnKode BETA logo on the left and links for 'Kliniske kodeverk', 'Laboratoriekodeverk', 'Kodeverk i standarder', and 'SNOMED CT' on the right. Below the navigation bar, there is a search section titled 'Søk i kodeverk og terminologi' with a subtitle 'Søk i kliniske kodeverk og laboratoriekodeverk'. A search input field with the placeholder text 'Søk med fritekst eller kode' and a magnifying glass icon is provided. Below the search field, there are two columns of code systems. The left column is titled 'Kliniske kodeverk' and lists 'ICD-10' (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer), 'ICPC-2' (Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten), 'NKPK (prosedyrekoder)' (Norsk klinisk prosedyrekodeverk), and 'PHBU' (Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge). The right column is titled 'Laboratoriekodeverk' and lists 'Norsk patologikodeverk (NORPAT og APAT)', 'Norsk laboratoriekodeverk (NLK)', 'Prøvemateriale', 'Anatomisk lokalisasjon', 'Tekstlige resultatverdier', and 'Undersøkellesmetode'. Each item in the right column has a right-pointing arrow next to it.

[FinnKode beta \(lenke frem til 15. august\)](#)

Søk i kodeverk og terminologi

Søk i kliniske kodeverk og laboratoriekodeverk

Søk med fritext eller kode



Kliniske kodeverk

ICD-10

Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer.

ICPC-2

Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten.

NKPK (prosedyrekoder)

Norsk klinisk prosedyrekodeverk.

PHBU

Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge.



Laboratoriekodeverk

Norsk patologikodeverk (NORPAT og APAT)



Norsk laboratoriekodeverk (NLK)



Prøvemateriale



Anatomisk lokalisasjon



Tekstlige resultatverdier



Undersøkellesmetode



Kodeverk i standarder

Kodeverk som benyttes i standarder i helse- og omsorgstjenesten.

[Gå til kodeverk i standarder >](#)

SNOMED CT

SNOMED CT eller SNOMED Clinical Terms er en maskinlesbar samling av medisinske termer som gir koder, termer, synonymer og definisjoner som brukes i klinisk dokumentasjon og rapportering.

[Gå til SNOMED CT >](#)

ICD-10 ICPC-2 NKPK PHBU

Søk i ICD-10

Flere valg ⋮

Søk med fritekst eller kode



Travisning Søkevisning

I (A00-B99) Visse infeksjonssykdommer og para-

A00-A09 Infeksiøse tarmsykdommer

A00 Kolera (cholera)

A01 Tyfoidfeber og paratyfoidfeber

A01.0 Tyfoidfeber

A01.1 Paratyfoidfeber A

A01.2 Paratyfoidfeber B

A01.3 Paratyfoidfeber C

A01.4 Uspesifisert paratyfoidfeber

A02 Andre salmonellainfeksjoner

A03 Shigellose

A04 Andre bakterielle tarminfeksjoner

A05 Andre bakterielle matforgiftninger, il

A06 Amøbeinfeksjon

A07 Andre protozositykdommer i tarmkan

A08 Virusinfeksjoner og andre spesifiser

A09 Annen gastroenteritt og kolitt av infi

A15-A19 Tuberkulose

A20-A28 Visse bakterielle zoonoser

A30-A49 Andre bakteriesykdommer

A50-A64 Hovedsakelig seksuelt overførbare

A65-A69 Andre spiroketsykdommer

innendørs og andre akutte luftveisinfeksjoner (J00-J22)

visse lokaliserte infeksjoner [se kapitler relatert til kroppssystemer]

Kodetips

Merk: Bruk hvis mulig tilleggskode (U82-U85) for å angi resistens mot antimikrobielle og antineoplastiske medikamenter.

A00-A09 Infeksiøse tarmsykdommer

A00 Kolera (cholera)

A00.0 Kolera som skyldes *Vibrio cholerae* 01, biovar *cholerae*

Rapporteres til NPR

Inkluderer

Klassisk kolera

A00.1 Kolera som skyldes *Vibrio cholerae* 01, biovar *eltor*

Rapporteres til NPR

Inkluderer

Kolera eltor

A00.9 Uspesifisert kolera

Rapporteres til NPR

A01 Tyfoidfeber og paratyfoidfeber

A01.0 Tyfoidfeber

Rapporteres til NPR

Inkluderer

Infeksjon som skyldes *Salmonella typhi*

A01.1 Paratyfoidfeber A

Rapporteres til NPR

A01.2 Paratyfoidfeber B

Rapporteres til NPR

A01.3 Paratyfoidfeber C

Rapporteres til NPR

A01.4 Uspesifisert paratyfoidfeber

Rapporteres til NPR

Inkluderer

Vi ønsker innspill fra fagmiljøene

- Ny e-postadresse: Kodehjelp@helsedir.no
- Skjema **må** fylles ut for å bli saksbehandlet: [Ønske om endringer i de helsefaglige kodeverkene – ehelse](#).
- Veiledning for kodeønsker: [Prinsipper for endringer i Norsk klinisk prosedyrekodeverk v1.0 \(5\).pdf](#)
- Normalt om lag 3-4 ukers svartid, forlenget svartid pt.
- Informasjonen du sender inn skal ikke inneholde helseopplysninger eller andre personopplysninger om pasienter, heller ikke i sladdet form.
- Frister for innsending av ønske om endring:
 - 1. mars: NCRP.
 - 1. mai: NCSP, NCMP, ICD-10.



Ønske om endring i helsefaglige kodeverk

Ved forespørsler om nye koder eller endringer i kodeverkene kan dette skjemaet benyttes. Vennligst last ned skjemaet og fyll det ut elektronisk. Alle hvite felter skal fylles ut. Skriv «ikke aktuelt» dersom feltet ikke kan benyttes.

Dokumentet sendes til: kodehjelp@helsedir.no

Frist:

- 1. mars – NCRP (kodeverk for radiologiske prosedyrer)
- 1. mai – ICD-10, NCMP, NCSP, ICPC-2, ICF

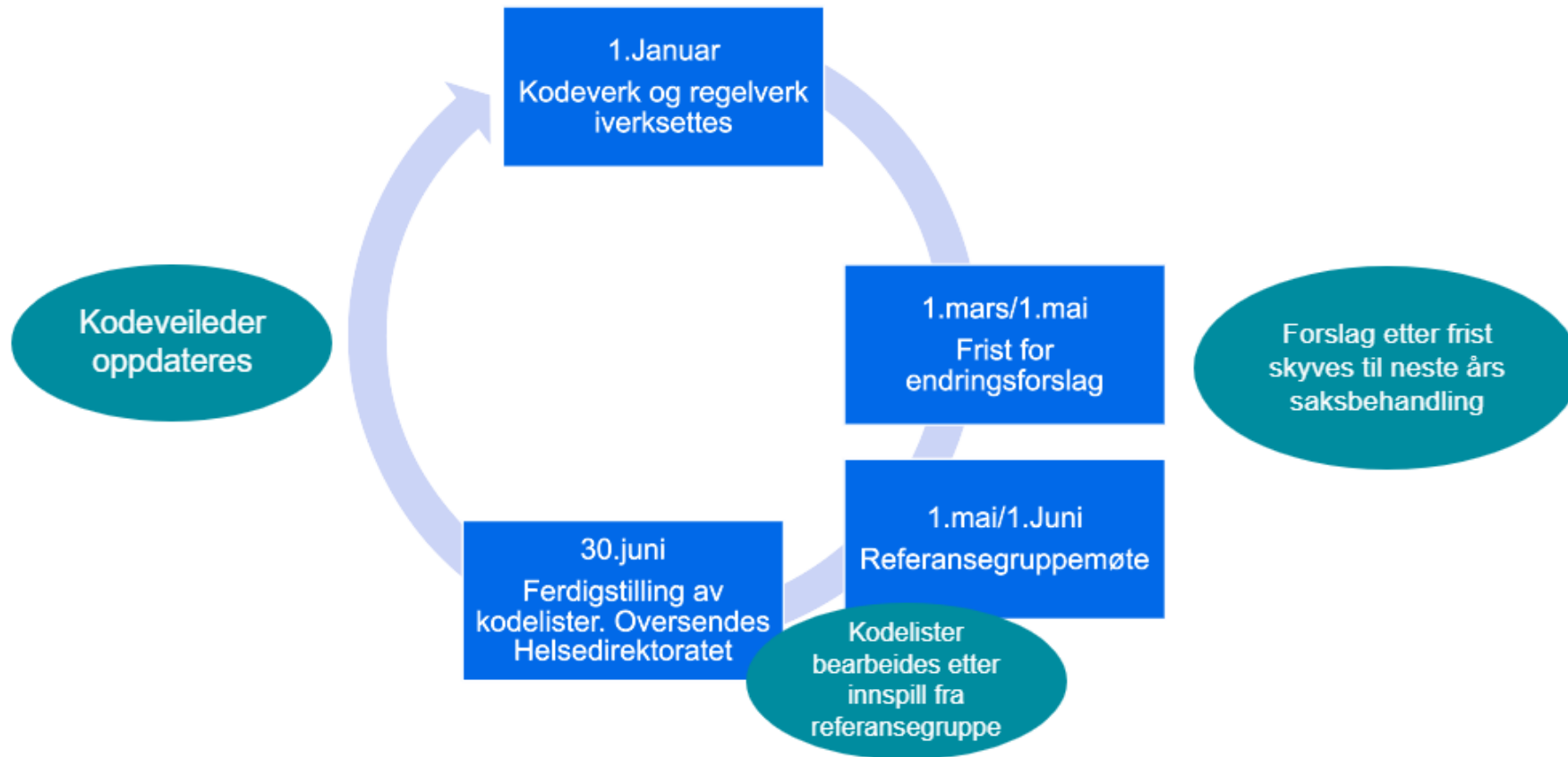
☐ Jeg bekrefter at dette skjemaet og tilhørende e-post ikke inneholder helseopplysninger eller andre personopplysninger om pasienter, heller ikke i sladdet form (boksen må krysses ut for at skjemaet skal tas til vurdering).

Avsender	Navn	Stillingsbetegnelse
	Arbidssted	E-post og telefonnummer
Faglig kontaktperson	Navn	Stillingsbetegnelse
	Kan kontaktes ved behov for faglig avklaring.	
	Arbidssted	E-post og telefonnummer
Fagmiljø som står bak endringsønsket	Sett inn betegnelse på det aktuelle fagmiljøet	

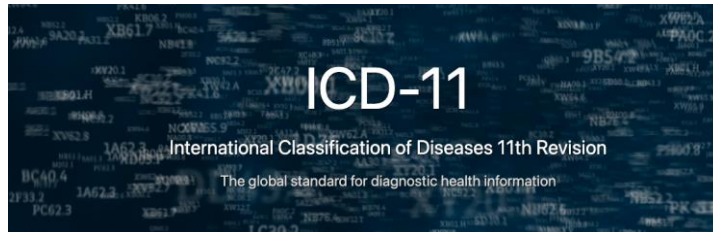
Hvilket kodeverk gjelder endringen?	Navn på kodeverk			
Type endring (kryss av)	Ny kode	Endre tekst/undertekst	Fjerne kode	Annet
Bakgrunn for endringsønske	Detaljert forklaring på hvorfor en kode ønskes opprettet eller endret. Legg gjerne ved et eksempel, eller en representativ beskrivelse av en prosedyre som eget vedlegg.			
Anslagsvis antall utførte prosedyrer eller påviste tilstander årlig (nasjonalt):	Presiser evt. om dette kun er aktuelt for ett behandlingssted.			
Ved ønske om ny kode:	Gjelder koden etablert behandling i Norge, eller er metoden utprøvd?			
Ved ønske om andre endringer i kodeverk:	Forslag til kodetekst, undertekst og koder som eventuelt kan tas ut av bruk.			
Evt. supplerende informasjon:	Referanser, dokumenter, lenker o.a.			

Ved spørsmål, kontakt kodehjelp@helsedir.no

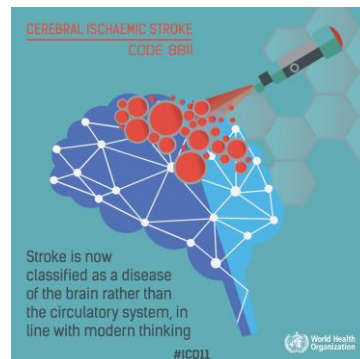
Saksgang – årshjul kodeverk



Status overgang til ICD-11 i Norge



- 11. revisjon av ICD
- Medisinskfaglig oppdatert
- «E-bok» til digitalt system
- Nye kapitler, diagnoser og kodeverdier
- Ny oppbygging – nye muligheter



Status overgang til ICD-11 i Norge

TB2024-80	<u>Avd.HOD: EHE</u>	Kodeverk for diagnoser
Helsedirektoratet skal fortsette arbeidet med overgangen til ICD-11 og utrede hvordan kodeverket ICD-11 skal brukes og forvaltes. Utredningen må tydeliggjøre forholdet til SNOMED CT og andre relevante kodeverk og terminologier. Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere arbeidet og involvere relevante aktører, og skal rapportere på sektorens oppslutning og forslag til videre tiltak innen 15. oktober 2024.		

- Prosjektgruppe nedsatt, ulike «arbeidspakker»
- ICD-11 er klar til bruk fra WHO, men ikke oversatt til norsk
- Dato for endelig overgang i Norge er ikke satt
- Norge samarbeider tett med andre nordiske land om overgangen

Endringer ICD-10 2025

—

E05.4 Iatrogen tyreotoksikose

Endrer tekst til Thyrotoxicosis factitia, som i engelsk utgave. Koden skal bare brukes ved tyreotoksikose på grunn av for høyt inntak av tyreoidhormon, ikke ved andre årsaker som f.eks. medikamentbivirkninger.

Kort tarm-syndrom og tarmsvikt – K91.2

- Vi foreslår å opprette to nasjonale femtegnskoder under K91.2 Postoperativ malabsorpsjon, ikke klassifisert annet sted:
 - K91.20 Kort tarm-syndrom (SBS)
 - K91.21 Tarmsvikt

026.4 Herpes gestationis

- Sjelden autoimmun sykdom. Vi endrer teksten til Svangerskapspemfigoid, for å unngå sammenblanding med herpesinfeksjon i svangerskapet.

Forbedre oversettelse av Z88- og Z91-koder

- **Z88 Personal history of allergy to drugs, medicaments and biological substances**
 - Z88.0 Personal history of allergy to penicillin**
 - ...
 - **Z88.7 Personal history of allergy to serum and vaccine**
 - Z88.8 Personal history of allergy to other drugs, medicaments and biological substances**
 - Z88.9 Personal history of allergy to unspecified drugs, medicaments and biological substances**
- **Z91.0 Personal history of allergy, other than to drugs and biological substances**
- Med «biological substances» menes det her biologiske stoffer i medisinsk bruk, ikke f.eks. pollen eller vepsegift. Vi oppdaterer kodetekstene for å tydeliggjøre dette. Pollenallergi i egen sykehistorie skal kodes med Z91.0, ikke Z88-kode.

Planlagte endringer i PHBU

- PHBU-retningslinjen med behov for oppdatering
- Tidsbegrenset løsning i påvente av innføring ICD-11
- Ny PHBU-retningslinje vil nå være betydelig forkortet fra originalpublikasjon – WHO oppdaterer ikke lenger produktet
- Innspill fra årets referansegruppemøte gjenspeiles i ny utgave
- Tentativ publisering av versjon 4 er 1.1.2025

Endringer NCRP 2025

—

2025: Oversikt endringer NCRP

Totalt antall endringer er:

- 5 nye koder
- 10 inaktiverte koder
- 14 andre endringer

(Foreløpige tall, justeringer kan forekomme.)

Nye koder

- PJI30A Injeksjon av terapeutisk substans i lymfatisk malformasjon, røntgenveiledet
- PXY10B Perkutan okklusjon av lumbalarterie
- Implantasjon av transvenøs pacemakerelektrode i hjertets ledningssystem:
 - Implantasjon av paceelektrode i ledningssystemet i høyre ventrikel, i stedet for i vanlig hjertevegg, kan motvirke utvikling av pacemakerrelatert hjertesvikt. Implantasjonen må gjøres elektrofysiologisk veiledet. Vi oppretter to nye koder, den første må brukes *i tillegg til* vanlig kode for pacemakerinnleggelse.
 - FPK56A Implantasjon av transvenøs pacemakerelektrode i hjertets ledningssystem
 - FPK66A Utskifting av transvenøs pacemakerelektrode i hjertets ledningssystem

Opprydning av synoviortese-koder

Inaktiveres:

TNB0AT NTP Synoviortese av skulderledd med radioaktive isotoper
TNC0AT NTP Synoviortese av albueledd med radioaktive isotoper
TND0AT NTP Synoviortese med radioaktive isotoper, fingerledd
TND0BT NTP Synoviortese med radioaktive isotoper, karpometakarpalledd
TNF0AT NTP Synoviortese av hofteledd med radioaktive isotoper
TNG0AT NTP Synoviortese av kneledd med radioaktive isotoper
TNH0AT NTP Synoviortese av ankelledd med radioaktive isotoper
TNH0BT NTP Synoviortese av tarsalledd med radioaktive isotoper
TNH0CT NTP Synoviortese av tåledd med radioaktive isotoper
TNX0XT NTP Synoviortese av andre ledd med radioaktive isotoper

Erstattes av:

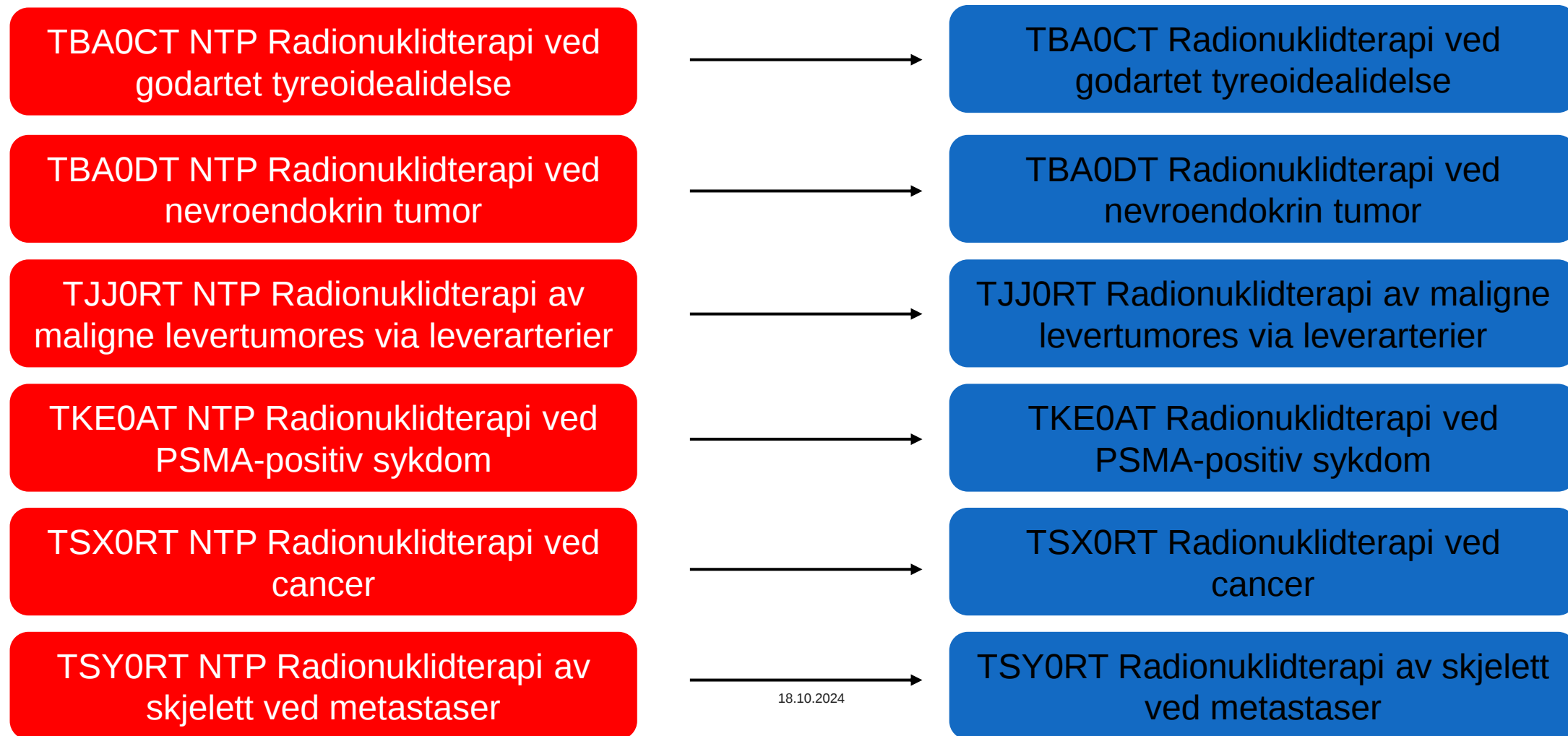


TNX0YT
Synoviortese av ledd
med radioaktive
isotoper

Endret kodetekst for røntgenveilede termokoagulasjonskoder

NAO10A Termokoagulasjon i lumbalkolumna	→	NAO10A Termokoagulasjon i lumbalkolumna, røntgenveiledet
NBO10A Termokoagulasjon i overarm	→	NBO10A Termokoagulasjon i overarm, røntgenveiledet
NCO10A Termokoagulasjon i underarm	→	NCO10A Termokoagulasjon i underarm, røntgenveiledet
NEO10A Termokoagulasjon i bekkenet	→	NEO10A Termokoagulasjon i bekkenet, røntgenveiledet
NFO10A Termokoagulasjon i hofte	→	NFO10A Termokoagulasjon i hofte, røntgenveiledet
NFO20A Termokoagulasjon i lår	→	NFO20A Termokoagulasjon i lår, røntgenveiledet
NGO10A Termokoagulasjon i kne	→	NGO10A Termokoagulasjon i kne, røntgenveiledet
NGO20A Termokoagulasjon i legg	→	NGO20A Termokoagulasjon i legg, røntgenveiledet

Fjernet NTP fra kodeteksten til nukleærmedisinske terapeutiske prosedyrer



Endringer NCSP 2025

—

2025: Oversikt endringer NCSP

Totalt antall endringer er:

- 1 ny kode
- Ingen inaktiverede koder
- 14 andre endringer

(Foreløpige tall, justeringer kan forekomme.)

Tekstlig endring «Avbrutt prosedyre»

Formål: samstemme formuleringer og klargjøre at det også kan brukes ved medisinske prosedyrer

ZXF Årsaker til avbrutt prosedyre

- ZXF00 Avbrutt prosedyre på grunn av forverrelse av pasientens tilstand
- ZXF05 Avbrutt prosedyre på grunn av pasientens tilstand
- ZXF10 Avbrutt prosedyre på grunn av svikt av teknisk utstyr
- ZXF20 Avbrutt prosedyre på grunn av problem med kirurgisk teknikk
- ZXF30 Prosedyre avbrutt av pasient
- ZXF99 Avbrutt prosedyre av annen årsak

Fagområder under fortsatt vurdering:

- Koder for innlegging av stentgraft i aorta
- Gastrokirurgiske koder for endoskopisk submukosal disseksjon (ESD)
- Oppdatering av prosedyrekoder innen kolorektalkirurgi
- Kode for ulike typer av trabekulær bypass

Endringer NCMP 2025

—

Spinalpunksjon

- Det har manglet kode for spinalpunksjon i torakalt nivå, vi har bare hatt koden ABFX01 Lumbalpunksjon. Vi endrer på dette:
ABFX01 ~~Lumbalpunksjon~~ Spinalpunksjon i lumbalt nivå
Inkluderer
Trykkmåling
ABFX02 Spinalpunksjon i torakalt nivå
Inkluderer
Trykkmåling

GAGX05 Pleurolyse med fibrinolytika

- Denne koden er sjelden brukt, og inaktiveres, siden dette i stedet kan kodes med kombinasjonen av:
- WBGM37 Intrapleural administrasjon av legemiddel
- ATC-kode B01A D02 Alteplase (evt. annet medikament)

Intrapleural blodlapp

- Vi oppretter ny kode for dette, tilsvarende som for spinal blodlapp («blood patch»). Hensikten med prosedyren er å lukke en pleuradefekt, særlig etter pleuradren.
- GAGX10 Anlegging av intrapleural blodlapp med autologt blod

JGGX10 Utprøving og stell/vedlikehold av inkontinenshjelpemiddel

- Kodens skal ikke brukes ved vanlig stell av stomi eller tilpasning av plate og pose, og vi legger til merknad om dette:
 - JGGX10 Utprøving og stell/vedlikehold av inkontinenshjelpemiddel
- Merknad**
- Skal ikke brukes ved stell av stomi eller tilpasning av plate og pose for stomi. Ved kontakter for dette kan diagnosekode fra Z43 Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av kunstige åpninger brukes.

Spørsmål om ISF/DRG;
drginfo@helsedir.no

Spørsmål om medisinske koder:
kodehjelp@helsedir.no

God sommer – informasjonsmøte til høsten – 15. oktober