

Innsatsstyrt finansiering og nytt i kodeverkene for 2026 m.m.

Informasjonsmøte

14.oktober 2025



Dagsorden

Tidspunkt	Tema
1000-1015	Velkommen og kort om ISF-ordningen
1015-1035	Nytt i kodeverkene
1035-1045	ISF-nettsider
1045-1130	ISF-2026
1130-1200	Pause
1200-1235	ISF-2026 fortsetter
1235-1300	Egenandeler
1300-1315	Resultatbasert finansiering
1315-1320	Avslutning

Publisering av foreløpigregelverk for 2026



Statsbudsjettet for 2026 legges frem 15. oktober kl 10



ISF-regelverk med tilhørende dokumenter publiseres i etterkant av fremleggelsen



Publiseringen vil skje på ny nettside for ISF

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 tjenesteinnhold 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.

Finansiering gjennom ISF og ramme i 2026

Omsorgsnivå	Somatikk	Psykisk helsevern og TSB (rusbehandling)
Innlagte	30 % ISF	100 % ramme
	70 % ramme	
Poliklinikk	30 % ISF	25 % ISF
	70 % ramme	75 % ramme

Fra St.prop. 1 S (2025-2026)

«En høyere andel basisfinansiering kan bidra til økt strategisk handlingsrom for de regionale helseforetakene, særlig knyttet til sammenhengende pasientforløp og samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten»

Helsedirektoratets ansvar (fra St.prop 1 S):



«Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering. Arbeidet utføres i dialog med de regionale helseforetakene.»



« ISF skal understøtte ønsket faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten. ISF utvikles for at ordningen skal understøtte sammenhengende forløp, bruk av ny teknologi og andre nye og effektive måter å organisere tjenestetilbudet på».

Aktivitetsdata som ligger til grunn for ISF

Aktivitetsdata (pasientbehandling) i spesialisthelsetjenesten skal rapporteres til Norsk pasientregister (NPR) i FHI

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

Helsedirektoratet har ansvar for de medisinske kodeverkene som ligger til grunn for rapporteringen til NPR

[Helsefaglige kodeverk - Helsedirektoratet](#)



Utvalg for en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste

Regjeringen setter ned Helsereformutvalget

Nyhet | Dato: 29.08.2025

Regjeringen tar initiativ til å gjennomføre en nødvendig reform for å skape fremtidens helse- og omsorgstjenester. Det er allerede igangsatt en rekke ulike forsøk i «Prosjekt X». Nå setter regjeringen ned helsereformutvalget som skal utrede og foreslå nye modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste i Norge.

– Vår felles helse- og omsorgstjeneste skal være førstevalget for både innbyggere og medarbeidere. For å lykkes med denne ambisjonen må vi ta innover oss viktige utviklingstrekk og erkjenne at vi står overfor store omstillingsbehov i årene fremover. Vi må våge å tenke nytt hvis vi skal ha tjenester i verdensklasse fremover, sier helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre.

Nytt i kodeverkene 2026

ISF-møte 14.10.25



Agenda

- Nytt fra Avdeling for kodeverk i Helsedirektoratet
 - FinnKode
 - Status ICD-11
 - Europeisk helsedataområde (EHDS)
- Regelendringer og kodeveiledning 2026
- Endringer i:
 - ICD-10
 - NKPK



Kliniske kodeverk for 2026 er publisert

Helsedirektoratet har publisert oppdaterte kodeverk og endringsdokumenter for ICD-10 og Norsk klinisk prosedyrekodeverk (NCMP, NCSP og NCRP).

Endringene trer i kraft 01.01.2026, og filene må ikke tas i bruk før.

Oppdatert kodeveiledning for 2026 og retningslinjer for koding i PHBU blir publisert i midten av desember 2025

Last ned kodeliste og endringsdokumenter for ICD-10 på [Helsedirektoratet.no](https://helsedirektoratet.no)

Last ned kodeliste og endringsdokumenter for NKPK på [Helsedirektoratet.no](https://helsedirektoratet.no)

Helsefaglige kodeverk

Gode helsedata kan samles og deles ved bruk av kodeverk. Dette gjør at vi kan følge med på helsen til befolkningen og aktivitetene i helse- og omsorgstjenesten. Disse dataene hjelper oss til å forutse behov og fordele ressurser i framtiden. Kodeverk brukes også til å kommunisere strukturerte helseopplysninger om hver enkelt pasient for entydig forståelse og tilpasset behandling.



Søk i kodeverk på FinnKode

FinnKode er Helsedirektoratets tjeneste for søk og oppslag i kodeverk og terminologi til bruk i den norske helse- og omsorgstjenesten. Her kan du søke i samtlige kodeverk, laste ned kodeverk til Excel-format og importere til fagsystemer gjennom API.

[Gå til FinnKode](#)

[Gå til Front API for Terminologi \(FAT\)](#)


Kliniske kodeverk

ICD

Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer



NKPK

Norsk klinisk prosedyrekodeverk



PHBU

Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge



ICPC-2

Den internasjonale klassifikasjonen for helseproblemer, diagnoser og andre årsaker til kontakt med primærhelsetjenesten



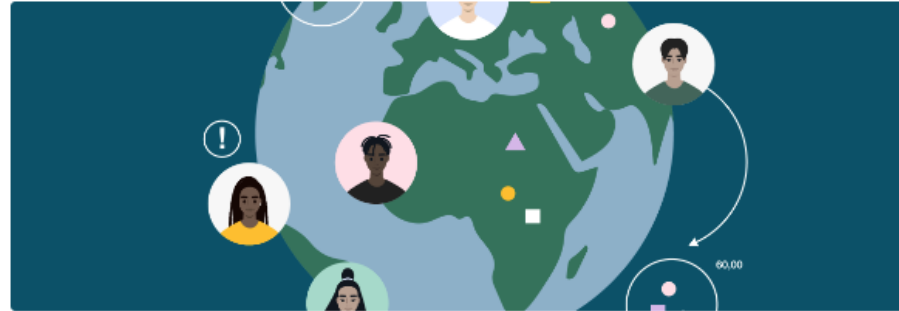
Laboratoriekodeverk

Norsk laboratoriekodeverk (NLK) og relaterte laboratoriekodeverk

Norsk patologikodeverk (NORPAT og APAT)

NordClass

The Nordic Centre for Classifications in Health Care (NordClass) is a center for Nordic collaboration on health-related classifications established in 1987.



Kontakt

- Kliniske kodeverk: kodehjelp@helsedir.no
- Kodeverk i e-helsestandarder: kodehjelp@helsedir.no
- Laboratoriekodeverk: lab@helsedir.no

Merk: informasjonen du sender inn skal ikke inneholde helseopplysninger eller andre personopplysninger om pasienter, heller ikke i sladdet form.

Abonner på nyheter

Abonner på nyheter om helsefaglige kodeverk



Vil du ha siste nytt fra oss?

Velg hvilke områder du ønsker å motta nyheter om. Du kan når som helst endre dine innstillinger for nyhetsbrevet.

E-postadresse *

☐ Ja jeg ønsker å motta informasjon på e-post

Hva er du interessert i? *

- ☐ Norm for informasjonssikkerhet
- ☐ Helsefaglige kodeverk og terminologi
- ☐ Norsk laboratoriekodeverk
- ☐ Aktuell informasjon fra e-helsefeltet
- ☐ Arkitekturstyring, standarder og referansekatalog

Meld på

FinnKode

—

Videre arbeid med FinnKode

Fortsetter arbeidet med forbedring av søkefunksjonaliteten

Synonymer legges fortløpende inn

- Ord til kode
- Ord til ord

Vi setter stor pris på nye synonymforslag

FinnKode

Kliniske kodeverkLaboratoriekodeverkKodeverk i standarder (tidl. Volven)SNOMED CT

Kliniske kodeverk

ICD-10
Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer.

NKPK (prosedyrekoder)
Norsk klinisk prosedyrekodeverk.

PHBU
Multiklassifisering i psykisk helsevern for barn og unge.

ICPC-2
Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten.

Laboratoriekodeverk

Norsk patologikodeverk (NORPAT og APAT)

Norsk laboratoriekodeverk (NLK)

Prøvemateriale

Anatomisk lokalisasjon

Tekstlige resultatverdier

Undersøkelsesmetode

Kodeverk i standarder (tidl. Volven)

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 >

Om FinnKode

FinnKode er en tjeneste for søk og oppslag i kodeverk og terminologi til bruk i den norske helse- og omsorgstjenesten. Tjenesten samler kliniske kodeverk, laboratoriekodeverk, kodeverk i standarder og SNOMED CT på en felles side.

Digitalisering og e-helse >

Gi oss tilbakemelding (kodehjelp@helsedirektoratet.no) >

Brukerviledning FinnKode >

 Helsedirektoratet

Status ICD-11

—

Arbeid med overgang til ICD-11

TB2025-49 Informasjonsforvaltning, kodeverk og terminologi

Helsedirektoratet skal, som ansvarlig for informasjonsforvaltning:

1. Videreutvikle arbeidet med informasjonsforvaltning og vurdere gjenbruk av eller tilknytning til samarbeidsmodellen for internasjonale standarder

2. Være pådriver for bedre datakvalitet i hele verdikjeden for helsedata, inkludert overgang til ICD-11 og videre bruk av SNOMED CT. Arbeidet skal ses i sammenheng med krav som kommer fra den europeiske helsedataforordningen (EHDS).

Frist: 15. juni for løypemelding med overordnet tidsplan for overgang til ICD-11

3. Oppdatere Plan for internasjonale standarder med tiltak for prioriterte nasjonale informasjonsmodeller (Helse-NIM) spesielt rettet mot EHDS. Arbeidet skal gi rammer for felles struktur og harmonisering av helseopplysninger for primær- og sekundærbruk, bl.a. for å gjøre automatisk innrapportering av helsedata enklere å oppnå. Frist: 15. juni 2025

Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med regionale helseforetak, Folkehelseinstituttet, og fagmiljøene i sektoren.

Løypemelding ICD-11 - Hovedbudskap

Vurderinger:

- Få aktører har startet konkret planlegging
- Ulike bruker- og pasientgrupper og helsepersonell er utålmodige
- Relasjonen mellom SNOMED CT og ICD-11 må håndteres. Følge samarbeidet mellom WHO og SNOMED International
- De andre nordiske landene ligger samlet kanskje litt foran Norge i forberedelsene til overgangen

Anbefalinger:

- Foreløpig tidsplan: 2028/2029 oppgraderingsstrategi må på plass først
- Det er behov for tydelige styringssignaler fra HOD for å sikre oppstart i sektoren

Arbeidspakker ICD-11 2025

1

Nettsider og kommunikasjon

- Tydelig og fortløpende informasjon om ICD-11-oppgaderingen
- Øvrige kommunikasjons-aktiviteter



2

Oversettelse av ICD-11

- **Kvalitetssikret norsk oversettelse**
 - **Psykisk helse**
 - **Kreft**
- Verktøy og strategi



3

Tilgjengeliggjøre ICD-11

- Forstå aktørers behov og konsekvenser
- Verktøy og strategi
- **Småskalutprøving (PoC) psykisk helse**
 - **Nidaros DPS**
 - **Østre Agder DPS**



4

Overordnet tidsplan for oppgradering til ICD-11

- Realistisk overordnet tidsplan
- Bred aktørinvolvering
- Bevissthet og eierskap
- Strategi



5

Helhetlig tilnærming til bruk av SNOMED CT og ICD-11

- Helhetlig tilnærming til terminologi og klassifikasjoner
- Forstå og tilrettelegge for samarbeid SNOMED-WHO (joint-action)
- Bidra til felles rammeverk



Europeisk helsesdataområde (EHDS)

—

Vurdering av EHDS fortsetter

Forordning:

Generell hovedregel

"HVA" skal vi oppnå



Lovarbeid

Gjennomførings-
rettsakter

Detaljerte tekniske
spesifikasjoner
"HVORDAN"

2024: EHDS konsekvensvurdering

- Gap-analyse mellom krav i EHDS og situasjon i Norge i dag

2025: Helsedataforordningen

- Økonomiske og administrative konsekvenser for samfunnet

2026: Helsedataforordningen

- Ytterligere detaljering av konsekvenser

Etablere EHDS myndighetsfunksjoner

Norsk deltakelse i EU-aktiviteter knyttet til EHDS

- EHDS infrastrukturprosjekter
 - Primærbruk - MyHealth@EU
 - Sekundærbruk - HealthData@EU
- EHDS samarbeidsprosjekter om utvalgte gjennomføringsrettsakter
 - Primærbruk: Xt-EHR
 - Sekundærbruk: TEHDAS2 m.fl.

Regelendringer Oppdateringer i Kodeveilederen for 2026

Kodeveiledning 2026

- Foreløpig er det minimale endringer
- Avdeling kodeverk og Avdeling finansiering arbeider med en koordinering av kodeveiledningen og ISF-regelverket, slik at informasjon bare skal stå ett sted og at vi unngår rene viderehenvisninger fra det ene dokumentet til det andre
- Kun mindre korrigeringer i "Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) - veiledning til koding" på bakgrunn av innsendte forslag

Endringer ICD-10 2026

—

Endringer ICD-10

- Slettet fem feilaktige femtegnskoder: M19.06, M19.16, M19.26, M19.86 og M19.96. I stedet skal det anvendes underkoder til M17 Kneleddsartrose (gonarthrosis)
- 117 andre endringer, blant annet
 - Fjernet unødvendige mellomrom i starten av kodetekster for å forhindre tekniske problemer i mottakersystemene
 - Henviser til både Kodeveiledning og ISF-regelverket for enkelte koder i stedet for bare til kodeveiledningen.
 - Andre rettelser og oppdateringer

Om endringsønsker i ICD-10



- ICD-10 ble sist gang oppdatert internasjonalt i forbindelse med covid-19-pandemien
- ICD-10 oppdateres nå ikke lenger, unntatt under ekstraordinære omstendigheter og for rene feilrettinger
 - Innsendte forslag er derfor avvist på dette grunnlaget

Endringer NKPK 2026

—

2026: Oversikt endringer i prosedyrekodeverket

- Totalt antall endringer er: 11(NCRP), 48 (NCSP), 34 (NCMP)
- Viktigste endringer:
 - NCRP:
 - Opprydding i koder for bildeveiledet leverablasjon (3 koder inaktiveres, en opprettes som sammen med en annen eksisterende kode erstatter det som er inaktivert)
 - Opprydding i koder for CT-avbildning av urinveiene (ekskl. urethra)
 - NCSP:
 - Større opprydding innen deler av kapittel F. 38 koder er inaktivert pga manglende bruk siste 5 år. Gastrokirurgisk foreninger og fagmiljø har hatt mulighet for innspill
 - Ny kode for inngrep ved dyp endometriose utarbeidet i samarbeid med nasjonal kompetansetjeneste for endometriose og adenomyose (NKTEA)
 - NCMP: tilkommet en del endringer siden juni – mer på neste slide

2026: Oversikt endringer NCMP

- Totalt antall endringer er: 5+28+1
 - Ny kode: WMGX10 Anatomisk modellering for planlegging av prosedyrer
 - Fire nye koder for varighet av respiratorbehandling (WWGX00-03), som må kombineres med ordinær kode for respiratorbehandling
 - Kodene for elektrokonvulsiv terapi (ECT) ved nødrett (IBEB05, IBEB16 og IBEB17) skal ikke brukes etter 31.05.2026, da vedtak må fattes i stedet for nødrett pga. lovendringer som skal tre i kraft juni 2026. Ordinære koder for ECT brukes da i stedet.
 - 25 andre mindre endringer
 - En inaktivert kode: OBDB00 Individuell rådgivning i forebyggende hensikt da uklart anvendelsesområde

2026: Oversikt endringer NCRP

- Totalt antall endringer er: 4+3+4
 - Fire nye koder
 - FGK72A Perkutan transluminal innsetting av trikuspidalimplantat
 - SKX0CD CT Urinveier flerfase
 - SKX0GD CT Oversikt urinveier
 - ZTX6LP 18F PE2I
 - Tre andre endringer /oppdatering av 60-tegnstekst
 - Fire inaktiverede koder

2026: Oversikt endringer NCSP

- Totalt antall endringer er: 7+3+38
 - Syv nye koder
 - JAL27 Laparoskopisk eksisjon av lesjon i septum rektovaginale
 - Fem nye koder for endoskopisk submukosal disseksjon (ESD)
 - JJA46 Perkutan destruksjon av lesjon i lever
 - Tre andre endringer/oppdatering av 60-tegns tekst
 - 36 inaktiverte koder + to hierarkiske koder

Endringsdokument/kodeliste

<https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/helsefaglige-kodeverk>

Last ned neste års filer for ICD-10

Kodeliste, endringsdokument og kumulativ endringshistorikk.

Kodeliste ICD-10 2026 (Excel)



Endringsdokument ICD-10 2026 (Excel)



Last ned neste års filer for NKPK

Kodeliste og endringsdokumenter.

Alle prosedyrekoder NKPK 2026 (Excel)



Endringsdokument NCMP 2025-2026 Inkl. særkoder (Excel)



Endringsdokument NCRP 2025-2026 (Excel)



Endringsdokument NCSP 2025-2026 (Excel)





kodehjelp@helsedir.no

—

ISF 2026 - Foreløpig

—

Kristin Dahlen

Prosjektleder



Ny nettside for ISF på helsedir.no

Innsatsstyrt finansiering (ISF)

ISF-regelverk 2025

ISF-regelverk (PDF)

Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2025 (ISF-regelverket).



DRG-liste (XLS)

Vedlegg til regelverket.



STG-liste (XLS)

Vedlegg til regelverket.



TFG-liste (XLS)

Vedlegg til regelverket.



Endringer i ISF-regelverket for 2025

Grunnlagsdokument for ISF-regelverket (PDF)

Endringslogg

Presiseringsdokument (PDF)

Telefonkonsultasjoner versus telefonsamtaler

Punkt 3.3 i presiseringsdokumentet for 2025

- Vanskelig å beskrive et eksakt skille
- Understreker at et av kriteriene er at konsultasjoner i all hovedsak skal være planlagte
- Fødselsomsorgen brukt som konkret eksempel
- Raske avklaringer, avvente situasjon, komme innom for en sjekk, innleggelsessamtaler der formål er å bekrefte kjent informasjon -> ikke konsultasjoner
- Kan ta egenandel evt bruke frikode fra folketrygden

Oppdrag fra HOD vedrørende klargjøring av konsultasjonsbegrepet (gjelder allmennlegetjenesten; men kan ha overføringsverdi)



Intensivbehandling

Avholdt arbeidsgruppemøte med representanter fra RHF/HF mai 2025 (fulgt opp av skriftlige tilbakemeldinger fra RHF i juli)

Innføring av koder for varighet av respiratorbehandling?



Åpning av DRG-er for ventilasjonsstøtte til å gjelde flere hoveddiagnoser enn de som er knyttet til HDG 4 åndedrettssystemet?



Endre egenskaper i DRG-logikken for GBGC10 endotrakeal intubasjon og GBGC05 fiberendoskopisk trakeal intubasjon?



CC-splitt av DRG 127 Hjertesvikt og ikke-traumatisk sjokk?

Intensivbehandling

Innfører koder for varighet av respiratorbehandling:

- WWGX00 Varighet av respiratorbehandling <1 døgn
 - WWGX01 Varighet av respiratorbehandling 1-3 døgn
 - WWGX02 Varighet av respiratorbehandling 3-10 døgn
 - WWGX03 Varighet av respiratorbehandling >10 døgn
- døgnrør koder for varighet av respiratorbehandling

Brukes ved:

- **GXAV01** respiratorbehandling
(inkluderer CPAP eller BiPAP ved invasiv ventilasjonsstøtte. Akutt/temporær, nasal samt bruk av O2, bronkolytika eller steroider Ekskluderer Noninvasiv ventilasjonsstøtte med CPAP ([GXAV10](#)), BiPAP ([GXAV20](#)))
- **GXAV24** Respiratorbehandling med høyfrekvensventilasjon (lite i bruk)

For øvrige saker blir det ingen endring for 2026



Hjemmesykehus – innlagte pasienter

- Noen mindre tekstlige endringer
- Endrer ikke på prinsippene som tidligere er lagt til grunn i ISF-regelverk
- Avsnitt om forsvarlighet i behandlingen tas inn
- Kreves ikke daglig fysisk oppmøte fra helsepersonell. Kan også være digitalt
 - Allikevel skal denne kontakten oftest være fysisk og tilsvarende som i sykehus. Dette for å avspeile oppfølgingen i en sykehusinnleggelse.

Palliativ behandling

- Prosedyrekoder og ISF-regler er knyttet til nasjonale retningslinjer for palliasjon (IS-2800 og IS-2599)
- Disse retningslinjene er under revisjon og kan komme i løpet av 2026
- Vi opprettholder innretningen på koder og ISF-regler, og har derfor tatt ekstra tekst inn i ISF-regelverk
- Koding og ISF-regler opprettholdes som for 2025 (og tidligere)

Digitale tjenester – oppdrag fra HOD til Helsedirektoratet

«Helsedirektoratet skal kartlegge kostnader i digital hjemmeoppfølging, med sikte på å implementere kostnadsberegnete vektorer i ISF-ordningen fra 2026. Arbeidet inkluderer fokus på nærmere definisjoner av innholdet i digital hjemmeoppfølging, og hva slags styringsinformasjon som vil være hensiktsmessig for området. Dette vil danne viktig grunnlag for å vurdere hvilke alternativer som finnes for hvordan dette skal inngå i ISF-ordningen.»

«...Helsedirektoratet skal iverksette tiltak for å tilgjengeliggjøre og øke bruken av kvalitetssikrede digitale verktøy innen psykisk helse...»



Digitale tjenester



Prioritert område både for RHF/HF og Helsedirektoratet

- Nettbaserte behandlingsprogram/ eBehandling
 - Vekten på nettbaserte behandlingsprogram i somatikk økes til 0,178 (tilsvarer om lag 3000 kroner)
ISF-andelen skal dekke om lag 30% av kostnaden knyttet til pasientbehandlingen. Resterende dekkes av rammebevilgningen
- Jobber med forenkling av regelverket på digital hjemmeoppfølging
 - Inkl nærmere definering av krav for ulike typer aktivitet (f.eks. nettbaserte behandlingsprogram/ eBehandling) (jf oppdraget fra HOD)
- Det er fokus på kostnadsberegninger, men det er utfordrende å avgrense både aktivitet og kostnader
- Aggregering av ulike typer digital hjemmeoppfølging vurderes
- Muligheter for forenkling av rapportering diskuteres



Det jobbes videre med problemstillinger rundt eBehandling og digital hjemmeoppfølging

Øyehelse – fundusfoto (bilde av øyebunnen)

- - Prosedyrekode *CKDP10 Fundusfotografi* dekker både fundusfotografering og tolkning
 - Fra og med 2026 skal prosedyrekoden, som hovedregel, registreres i forbindelse med at fundusfoto tas
 - Tolkningen skal ikke registreres som egen aktivitet, da dette vil inngå i registrering/ rapportering av at det er tatt et fundusfoto (forutsetter at bildet tolkes)
- Unntaket fra hovedregelen er dersom taking av foto skjer i en enhet som ikke inngår i ISF. Dersom tolkning av disse bildene skjer i et helseforetak, kan tolkningen registreres med prosedyrekode *CKDP10*



Pårørendekontakter

	Somatikk og PHV/TSB			
Alternativ	1a(trer inn for pasient)	1b(bistår i utr./beh.)	1c(trenger informasjon)	2a(pasientopplæring)
Aktivitet	Direkte aktivitet	Direkte aktivitet	Registreres ikke	Direkte aktivitet
Kontakttype (8432)	1,2,3,6,7	1,2,3,6,7		13 Opplæring
Registreres på	Pasient	Pasient		Pasient
Hovedtilstand	Pasientens hovedtilstand	Pasientens hovedtilstand		Pasientens hovedtilstand
Prosedyrekode	Ingen spesifikke om at pårørende er inkludert?	WPBA25		WPCK00, ZWWA30, ZWWA40, ZWWA25
Særkode	Nei			WWA00
Egenandel	Ja	Nei		Ja, for hele programmet
ISF-aktivitet	Ja	Ja		Ja

1. Pårørende som en aktiv del i pasientens behandlingsnettverk
 - a. **Pårørende som trer inn i pasientens sted, med pasient til stede.** Dette kan for eksempel være foreldre til mindreårige barn eller voksne barn til eldre pasienter som ikke på egen hånd kan ivareta sine interesser i en konsultasjon eller innleggelse i sykehus. Pårørende ivaretar i disse tilfellene pasientens rolle direkte.
 - b. **Pårørende bistår i utredning eller behandling av pasient, uten pasient til stede.** Dette kan typisk gjelde for utredning av enkelt tilstander i psykisk helsevern (for eksempel ADHD for voksne pasienter) og der det er essensielt å få innblikk i hvordan pasienten var i oppveksten. Her vil pårørende sitte på viktig informasjon om hvordan pasientens atferd var, og pårørende har derfor en viktig rolle i utredning eller behandlingen.
 - c. **Pårørende som trenger informasjon om pasientens behandlingsforløp.** Dette kan gjelde både barn og voksne som pårørende. Denne aktiviteten registreres verken på pasient eller pårørende. Regnes ikke som behandlingsaktivitet, slik oppfølging dekkes av de samlede rammene til helseforetakene. Enkel dialog etter pasientens samtykke, administrativ kontakt.
2. Pårørende med belastninger, plager og bekymringer knyttet til en pasient med alvorlig psykisk eller somatisk tilstand, eller med alvorlig rusmiddelproblem/avhengighetstilstand. Pårørende kan selv ha behov for råd/veiledning eller behov for pårørendeopplæring.
 - a. **Deltakelse i pasientopplæring** kan skje både individuelt og gjennom tiltak i gruppe. Kan også være heldigitale tilbud. Her kan både pasient og pårørende være til stede, eventuelt også bare pårørende.

Konsultasjoner med pårørende vil grupperes ulikt innen psykisk helsevern og TSB og somatikk. I psykisk helsevern og TSB vil prosedyrekoden WPBA25 grupperes til DRG-ene TD96A og TD96B konsultasjon med pårørende. I somatikken vil ikke prosedyrekoden grupperes til en egen DRG, men grupperes basert på andre egenskaper.

Pasientopplæring og tiltak i gruppe

- Harmonisert reglene for somatikk og psykisk helsevern og TSB
- DRG-gruppene er ikke endret
- Tilbudet kan organiseres og ytes forskjellig for ulike pasientgrupper
- Tilbudene kan gjennomføres ved fysiske oppmøter og delvis digitalt
- Regelverket er forenklet og tilpasset ulike former



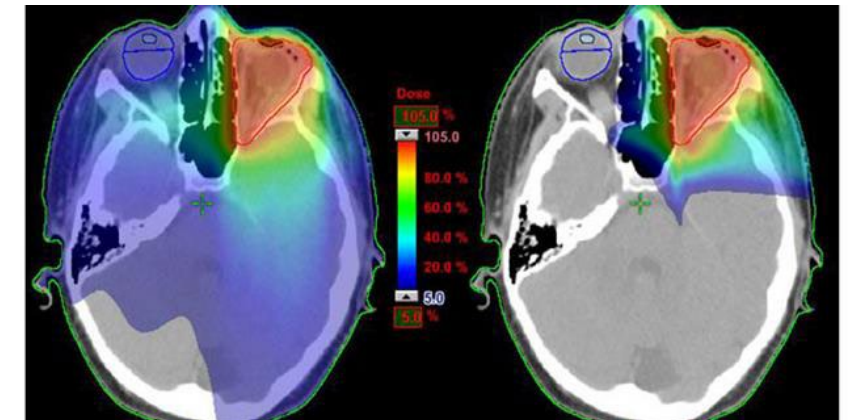
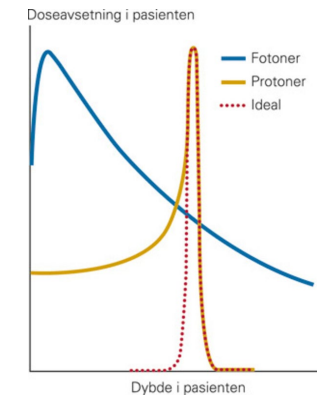
Hanne Osnes Ringen

Seniorrådgiver



Strålebehandling med protoner

- I løpet av 2025 er det startet opp med strålebehandling med protoner i Norge
- Det er mange behandlinger pr pasient, poliklinisk behandling
- Prosedyrekoder:
 - WEGX90 Doseplan for protonbehandling
 - WEOC00 Protonterapi
- **For 2026 ny DRG**
 - **DRG 853X Poliklinisk strålebehandling med protoner**



Dagkirurgi

oppdatering av dagkirurgiløsningen

- «Dagkirurgi-løsningen»-ønske om å stimulere til økt andel dagkirurgisk behandling
- Valgfrihet for sykehusene mht behandling, finansiering ikke førende for valget
- Sammenliknbare DRG-er

Endring fra 01.01.2026, inkludere følgende DRG-er:

60N Operasjoner på tonsiller eller adenoid vev 0-17 år (sammen med DRG 59N og 600)

112B Perkutan ablasjonsbehandling for hjertearytmi (sammen med DRG 112P)

530 Større plastikkirurgi etter stort vekttap (inkl postbariatrisk kirurgi) og 531 Annen plastikkirurgi etter stort vekttap (inkl postbariatrisk kirurgi) (sammen med 5300 og 530)

361 Gynekologisk laparoskopi og sterilisering via laparotomi (sammen med DRG 3610)

Dagfødsler

- 1,3% av antall fødsler er dagfødsler (2024)
- Dagfødsler og vaginalfødsel uten komplikasjoner finansieres likt i ISF fra 2026.
 - Gi bedre finansiering av dagfødsler
 - Finansieringen vil ikke være til hinder for å legge til rette for dagfødsler
 - Følge med på utviklingen videre og evt reversere ordningen dersom denne endringen skaper utilsiktet endring



Forløp for aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD) med finansiering knyttet til forløpsnivå

- Innspill fra RHF
- DRG-endring fra 01.01.2025
- DRG 802U Poliklinisk behandling av AMD og makulaødem med lokal medikasjon
- Det knyttes finansiering til følgende TFG fra 01.01.2026:

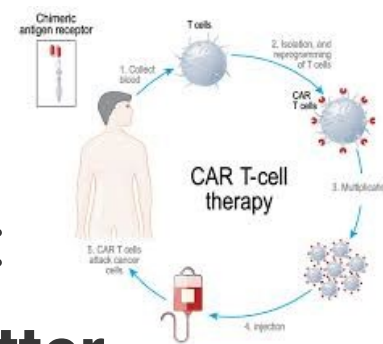
BT01 Forløp for injeksjonsbehandling av macula degenerasjon

- BT01 inkluderer hele 802U
- BT01 inkluderes med periode på årsbasis



CAR-T

- Det vil fra 2026 bli opprettet en ny DRG for CAR-T celleterapi:
- **DRG 412A Transfusjon av genmodifiserte autologe lymfocytter**



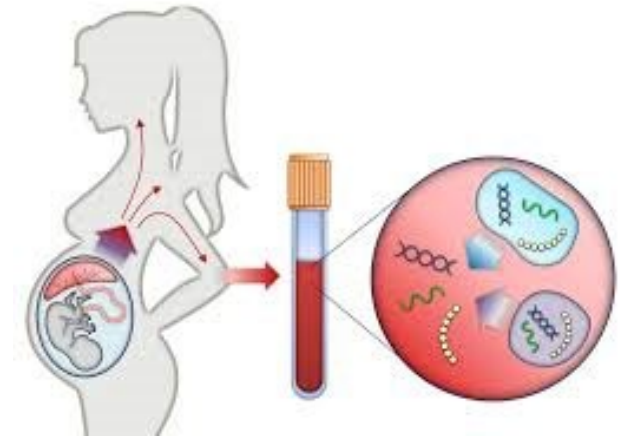
- CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell) celleterapi er relativt ny behandling, omtalt som neste generasjons immunterapi.
- potensielt kurativ behandling av alvorlig kreftsyke pasienter, indikasjon ved enkelte former for blodkreft og ved lymfomer.
- Behandlingen er i stadig utvikling mht eks. medikamenter, behandling, liggetid mfl.
- Det er høye kostnader knyttet til både behandlingsopphold og medikament, og det er relativt lang liggetid ved behandling med CAR-T.
- CAR-T behandling er i løpet av 2025 planlagt utført ved universitetssykehus i alle de fire helseregionene.

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
- Skal registreres og rapporteres på vanlig måte til NPR, men med egen debitorskode slik at det ikke inngår i ISF



Vegard Kvilesjø

Rådgiver



Kjeveortopedisk behandling av pasienter med leppe, kjeve og ganespalte og kraniofaciale tilstander

- I 2025 ble det vedtatt at finansieringsansvaret for kjeveortopedisk behandling av pasienter med leppe, kjeve og ganespalte og kraniofaciale tilstander skulle overføres fra folketrygden til RHF-ene, og ble med det inkluderes i ISF fra 2025. I forbindelse med denne overføringen har det oppstått praktiske, juridiske og helsefaglige problemstillinger.
- Finansieringsansvaret for denne aktiviteten tilbakeføres dermed tilbake til folketrygden for 2026, og inngår med det ikke lenger i ISF-ordningen.

Øyeblikkelig hjelp i 980-DRG-er



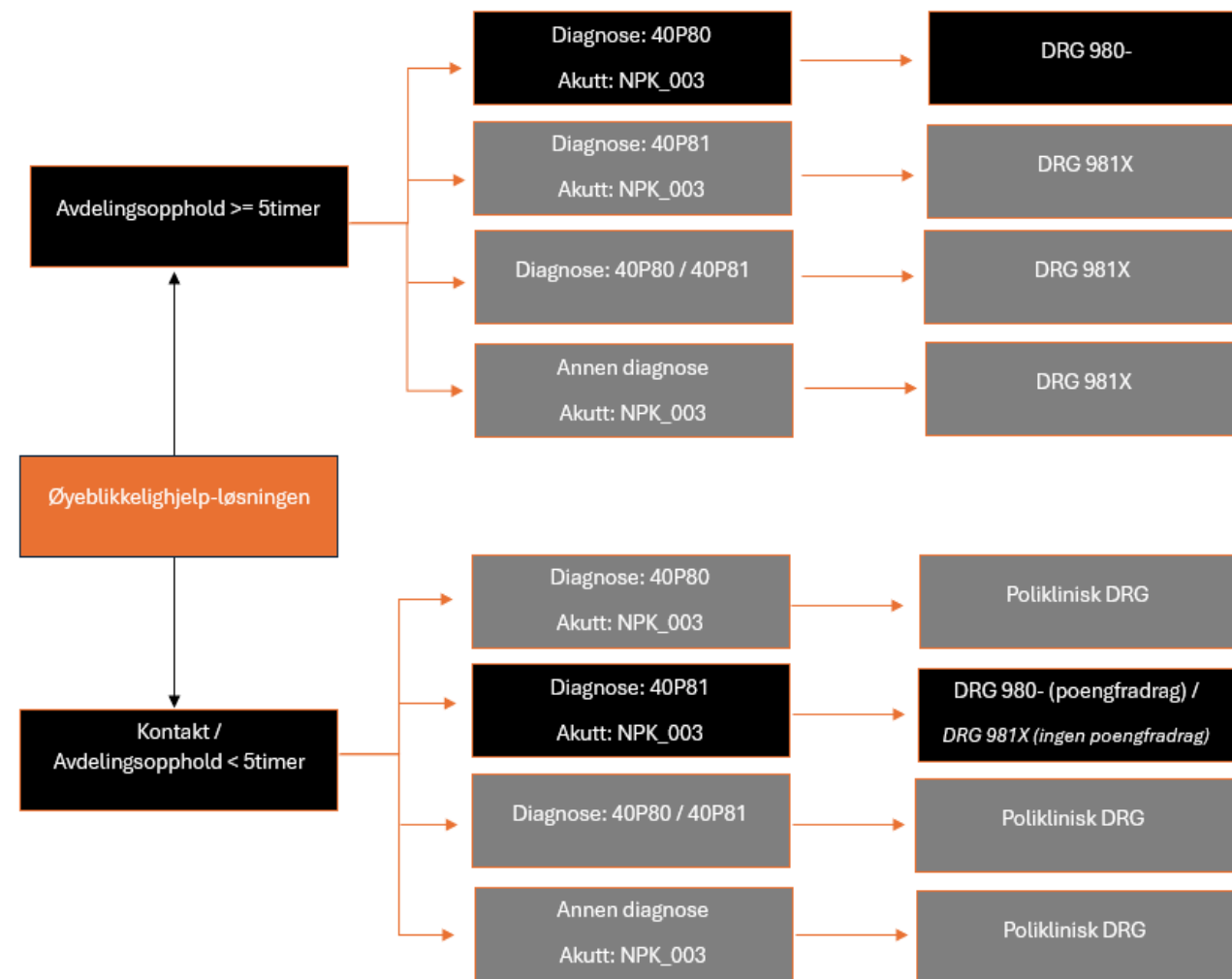
OPPRINNELIG ET INSENTIV TIL AT PASIENTER
SKULLE «SNU» I AKUTTMOTTAKET, SAMT
HINDRE INNLEGGELSER I SYKEHUS.



INSENTIVERES MED HØYERE FINANSIERING
SAMMENLIGNET MED POLIKLINISKE
KONSULTASJONER

Øyeblikkelig hjelp i 980-DRG-er

- Ikke et klart, **objektivt** kriterium for hvilke hovedtilstander som skal inngå, og i hvilken liste.
- Poengfradraget** kompliserer ytterligere, da det kun gjelder noen tilfeller. DRG-ene er ikke mindre kostnadshomogene enn øvrige DRG-er.
- Oppstår et uheldig insentiv av å holde igjen pasienter grunnet 5-timersregel.



Øyeblikkelig hjelp i 980-DRG-er

Mulige alternativer:

1. Fjerne kontakter og/eller kortere avdelingsopphold fra løsningen
2. Fjerne poengfradraget
3. Kun benytte administrativ kode for hastegrad akutt
4. Etablere en systematisk tilstandsliste (andel tilfeller med administrativ kode for akutt)
5. Kombinasjon av 3 og 4.

(Dagens)	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3	Alternativ 4	Alternativ 5
Forenkling	Ja, forenkler NPK og KV	Ja, forenkler NPK og KV	Ja	Ja, som formål	Ja, forenkler NPK, KV
Transparent (hovedtilstander)	Nei, ikke i stor grad	Nei, ingen endring	Ja, alle diagnoser er aktuelle	Ja	Ja
Homogenitet	Ja, mer homogent	Nei, ingen endring	Nei, mindre homogent	Uvisst	Ja
Omfordelings-effekter	Lite/noe	Lite/noe	Potensielt store	Uvisst	Lite/noe
Insentiv skapende	Øker insentiv knyttet til 5 timers regel	Reduserer insentiv knyttet til 5 timers regel	Ingen endring	Uvisst	Øker insentiv knyttet til 5-timers regel
Omfattende endring	Delvis, påvirker mange opphold	Nei	Nei	Ja	Delvis, påvirker mange opphold
Bevarer intensjonen	Delvis	Ja	Nei	Ja, som formål	Delvis

Øyeblikkelig hjelp i 980-DRG-er

Vurdering: Behov for endringer på løsningen;

1. Fase 1 (2026): Fjerner poengfradraget.
2. Fase 2 (2027): Fokus på tilstandslisten(e).

WBGM10 Subkutan injeksjon av legemiddel

- DRG-logikken har særskilt håndtering av legemiddelbehandling for avgrensede indikasjonssområder, dvs. MS, mage-tarm, revma og hud
- Enkelte av de aktuelle legemidler har fått ny administrasjonsform og kan administreres subkutan istedenfor gjennom infusjon
- I en overgangsperiode trengs overvåkning og administrasjon i sykehus
- DRG-logikken endres slik at kode WBGM10 får egenskap for aktuell legemiddelbehandling i sykehus, aktuelle DRGer endrer også navn
- Legemiddelbehandlingen finansieres fra TFG – og er lik per pasient per år uavhengig av om legemiddelbehandlingen skjer hjemme eller i sykehus

Overført finansieringsansvar fra folketrygden til RHF

- Fra 1. januar 2025 fikk RHF-ene overført finansieringsansvar for:
 - Legemiddelbehandling for behandling av tuberkulose (STG DS03)
 - Intravenøs antibiotika (STG XS82)
 - Intravenøs ernæring (STG XS83)
- Legemiddelbehandlingen blir ikke inkludert i ISF fra 2026 – dvs. legemiddelområdene blir fullt basisfinansierte også i 2026

Overført finansieringsansvar fra folketrygden til RHF

- 2026: Finansieringsansvar overføres fra Folketrygden til RHF på to nye legemiddelområder:

Indikasjon	Virkestoff	ATC-nummer
Legemiddelbehandling for alvorlig, fremskreden Parkinsons sykdom	Levodopa, karbidopa	N04BA02
	Entakapon, karbidopa, levodopa	N04BA03
	Foslevodopa, karbidopa	N04BA07
	Apomorfin	N04BC07
Legemidler til forebygging av alvorlige nedre luftveisinfeksjoner forårsaket av RS-virus hos barn	Pavlizumab	J06BD01
	Nirsevimab	J06BD08

- Det opprettes 2 nye STG-er AS04, og DS04 for å følge med på aktiviteten.
- Finansiering 2026: Midler overføres fra folketrygden til basisbevilgningen (STG uten finansiering)
- Finansiering 2027: Inkludering i ISF (STG med finansiering)

DRG-, STG- og TFG-logikkendringer

Diagnoserelaterte grupper (DRG): Det opprettes 2 nye DRG-er

DRG	HDG	Navn
412A	17	Transfusjon av genmodifiserte autologe lymfocytter
853X	40	Poliklinisk strålebehandling med protoner

Særtjenestegrupper (STG): Det opprettes 2 nye STG-er (uten finansiering)

STG	HDG	Navn
AS04	01	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved Parkinsons sykdom
DS04	04	Pasientadministrert legemiddelbehandling for forebygging av alvorlig nedre luftveisinfeksjoner

Tjenesteforløpsgrupper (TFG): Et forløp for finansiering

TFG	HDG	Navn
BT01	02	Forløp for injeksjonsbehandling av macula degenerasjon

DRG-, STG- og TFG-logikkendringer

Flere DRG-er endrer navn grunnet logikkendring:

DRG	Gammelt navn	Nytt navn
361	Gynekologisk laparoskopi og sterilisering via laparotomi	Gynekologisk laparoskopi
3610	Gynekologisk laparoskopi og sterilisering via laparotomi, dagkirurgisk behandling	Gynekologisk laparoskopi, dagkirurgisk behandling
362	Sterilisering via laparoskopi eller annen endoskopisk sterilisering	Sterilisering av kvinner
3620	Sterilisering via laparoskopi eller annen endoskopisk sterilisering, dagkirurgisk behandling	Sterilisering av kvinner, dagkirurgisk behandling
389A	Nyfødt, fødselsvekt 1500 g eller mer, med større operasjon	Nyfødt, med større operasjon
801H	Poliklinisk behandling av nevrologiske lidelser med infusjon av særskilte legemidler	Poliklinisk behandling av nevrologiske lidelser med særskilte legemidler
806H	Poliklinisk behandling av mage-tarmlidelser med infusjon av særskilte legemidler	Poliklinisk behandling av mage-tarmlidelser med særskilte legemidler
808H	Polikl behandling av revmatologiske lidelser med infusjon av særskilte legemidler	Poliklinisk behandling av revmatologiske lidelser med særskilte legemidler
809H	Poliklinisk behandling av hudlidelser med infusjon av særskilte legemidler	Poliklinisk behandling av hudlidelser med særskilte legemidler

DRG, STG og TFG-logikkendringer

Øvrige endringer:

Diagnoserelaterte grupper (DRG)

- Det er gjort en opprydning i diagnosene som inngår i DGCAT **01M09** *Infections except viral meningitis*
- Diagnosen **T85.0** Mekanisk komplikasjon til shunt fra hjerneventrikkel får egenskaper tilknyttet HDG 01
- Diagnosen **Z94.8** *Status etter annet spesifisert transplantert organ og vev* får egenskaper tilknyttet HDG 23
- Det er opprettet en ny DGPROP **04P05** *Lymphatic circulation*
- Gjennomgang av grupperingsegenskaper til arytmi-relaterte prosedyrer i kombinasjon med hovedtilstand fra HDG 1
- Prosedyren **FXA00** *Total peroperativ kardiopulmonal bypass ved normotermi eller moderat hypotermi* har fått egenskapen PROCPR **04S01** Major chest procedure
- Det er gjort en opprydning knyttet til prosedyrer knyttet til brudd i kjeve, men det prinsippet om at samme prosedyre utført på maxillia og mandible (over/underkjeve) skal ha lik gruppering.
- Grupperingsreglene knyttet til DRG **59N** Operasjoner på tonsiller eller adenoid vev >17 år, **60N** Operasjoner på tonsiller eller adenoid vev 0-17 år og **600** Operasjoner på tonsiller og/eller adenoid vev, dagkirurgisk behandling, flyttes over DRG **55/O** Diverse operasjoner på øre/nese/hals/ -dagkirurgisk behandling.
- Legemiddelet **L04AC05** Ustekinumab gis egenskap PROCPR **90010** *Specific biological drug treatment*.

Jostein Bandlien

Seniorrådgiver



Kostnadsvekker 2026

- Årets arbeid har fulgt et ordinært løp
 - Frist for KV-leveranse 11.april
 - Kvalitetssikringsmøte 27.mai
 - Endelig KV-leveranse 30.juni
- Kostnadsgrunnlagene er i kontinuerlig forbedring
- Kostnadsgrunnlaget for 2024 er vurdert som egnet for kostnadsvekker både innen somatikk og PHV og TSB for 2026



Vekter 2026

- Nasjonal beregningsmodell ligger fast
 - Gjennomsnittsbasert modell
- Trimpunkt er oppdatert for alle DRG-er
- Egenandeler poliklinikk
 - Somatikk – refusjon fra Helfo eller fra pasient
 - PHV/TSB – 0 år til kalenderår pasienten fyller 26 år, poengtillegg i ISF, ellers refusjon fra Helfo eller fra pasient. Unntak er pasienter i LAR samt PUT opp til 30 år, hvor refusjonen ligger inne i enhetsrefusjonen
- Vektene for DRG, STG og TFG 2026 tar høyde for ny logikk

Omfordelingseffekter – Foreløpig regelverk

- Forutsetninger for omfordelingseffekter:
 - 2024 aktivitet med 2024 logikk, 2025 vekter og 2026 vekter
 - Ikke hensyntatt ulike poengtillegg; ambulant, sekundær rehab, palliativt etc
 - Ikke hensyntatt konsekvenser av TFG-finansieringen
 - Nytt vektsett er kalibrert for å sikre budsjettnøytralitet

Effekter RHF – Nye vektor 2026 Somatikk – sørge for

Sørge for	2025-vektor	2026-vektor	Endring	%-endring
Helse Midt-Norge	247 218	246 696	-522	-0,21 %
Helse Nord	171 558	171 768	211	0,12 %
Helse Vest	356 617	357 287	670	0,19 %
Helse Sør-Øst	972 925	972 566	-359	-0,04 %
	1 748 317	1 748 317	0	0,00 %

Effekter HF somatikk

Foretak	2025-vekter	2026-vekter	Endring	%-endring
Oslo universitetssykehus HF	248 556	251 247	2 691	1,08 %
Helse Bergen HF	159 046	160 370	1 324	0,83 %
Akershus universitetssykehus HF	143 179	143 036	-143	-0,10 %
Vestre Viken HF	130 674	130 161	-514	-0,39 %
St. Olavs Hospital HF	129 806	130 140	334	0,26 %
Sykehuset Innlandet HF	99 945	99 384	-561	-0,56 %
Helse Stavanger HF	96 381	96 285	-96	-0,10 %
Sykehuset Østfold HF	92 944	92 437	-507	-0,55 %
Sørlandet sykehus HF	85 252	85 010	-242	-0,28 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	75 799	76 212	413	0,54 %
Møre og Romsdal HF	71 462	70 884	-578	-0,81 %
Sykehuset i Vestfold HF	69 103	68 674	-429	-0,62 %
Sykehuset Telemark HF	48 938	48 532	-405	-0,83 %
Nordlandssykehuset HF	46 512	46 479	-33	-0,07 %
Helse Fonna HF	44 265	43 974	-292	-0,66 %
Helse Nord Trøndelag HF	38 111	37 846	-264	-0,69 %
Helse Førde HF	29 537	29 277	-260	-0,88 %
Diakonhjemmet Sykehus	24 995	24 770	-225	-0,90 %
Lovisenberg Sykehus	24 658	24 460	-198	-0,80 %
Helgelandssykehuset HF	21 012	20 746	-266	-1,27 %
Haraldsplass Diagonale sykehus AS	18 688	18 672	-16	-0,08 %
Helse Finnmark HF	17 170	17 035	-135	-0,79 %
Private sykehus	12 903	13 020	117	0,90 %
Martina Hansens hospital	7 685	7 895	210	2,74 %
Betanien hospital	3 440	3 515	75	2,18 %
Haugesund sanfor revm	2 771	2 898	127	4,60 %
Oslo legevakt	2 294	2 143	-151	-6,59 %
Revmatismesykehuset AS Lillehammer	1 130	1 185	55	4,86 %
Betanien sykehus	1 107	1 082	-25	-2,24 %
Sunnaas sykehus HF	955	949	-6	-0,59 %
TOTALT	1 748 317	1 748 317	0	0,00 %

Effekter RHF – Nye vekter 2026 PHV/TSB – sørge for

Sørge for	2025-vekter	2026-vekter	Endring	%-endring
Helse Midt-Norge	75 001	74 933	-68	-0,09 %
Helse Nord	49 333	49 297	-36	-0,07 %
Helse Vest	108 885	109 030	145	0,13 %
Helse Sør-Øst	318 461	318 421	-40	-0,01 %
	551 681	551 681	0	0,00 %

Effekter HF PHV/TSB

Foretak	2025-vekter	2026-vekter	Endring	%-endring
AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF	53 215	53 194	-21	-0,04 %
VESTRE VIKEN HF	53 098	53 103	5	0,01 %
HELSE BERGEN HF	40 617	40 777	160	0,39 %
ST. OLAVS HOSPITAL HF	36 822	36 782	-39	-0,11 %
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	34 342	34 362	20	0,06 %
SYKEHUSET INNLANDET HF	31 818	31 821	3	0,01 %
SØRLANDET SYKEHUS HF	31 076	31 072	-5	-0,01 %
HELSE STAVANGER HF	29 568	29 605	38	0,13 %
SYKEHUSET ØSTFOLD HF	27 667	27 703	36	0,13 %
SYKEHUSET I VESTFOLD HF	27 054	27 079	25	0,09 %
LOVISENBERG DIAKONALE SYKEHUS AS	25 176	25 119	-57	-0,23 %
HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	22 193	22 189	-4	-0,02 %
UNN HF	18 324	18 326	2	0,01 %
HELSE FONNA HF	15 413	15 435	21	0,14 %
SYKEHUSET TELEMARKE HF	15 081	15 102	20	0,13 %
Private idelle Vest	14 169	14 091	-78	-0,55 %
DIAKONHJEMMET SYKEHUS AS	13 781	13 766	-14	-0,10 %
HELSE NORD-TRØNDELAG HF	11 515	11 501	-14	-0,12 %
NORDLANDSSYKEHUSET HF	11 251	11 252	1	0,01 %
HELSE FØRDE HF	8 835	8 839	4	0,04 %
Private ideelle Sør-Øst	8 709	8 646	-63	-0,72 %
FINNMARKSSYKEHUSET HF	8 173	8 159	-14	-0,17 %
HELGELANDSSYKEHUSET HF	7 290	7 289	-1	-0,01 %
Private idelle Midt-Norge	3 536	3 527	-9	-0,26 %
Private idelle Nord	2 958	2 941	-17	-0,58 %
TOTALT	551 681	551 681	0	0,00 %

Kostnadsvekter 2027

- Vi følge samme prosess som tidligere år
- Nødvendig med et utviklingsarbeid for å sikre et omforent kostnadsgrunnlag for de nye digitale tjenestene (STG-er)
- Sektoren vil bli involvert

NPK 2026

- Eget møte med teknisk fokus avholdes 21. oktober klokken 14.30-15.30.
- Her gjennomgås endringer i NPK og konfigurasjonsfiler/definisjonsdata.
- Kort om NPK 2026
 - Kun NET8 versjon
 - Ulike regelendringer utført

Egenandeler og pasientbetaling ved poliklinisk helsehjelp

Seniorrådgiver Vegar Skau Ilseth



Hva er egenandeler?

- Egenandel er en lovpålagt betaling fra pasienten som inngår i frikortordningen.
- For at sykehusene kan kreve egenandel for poliklinisk helsehjelp må det være hjemmel i lov eller i forskrift.
- Hjemmel for å kreve egenandel er gitt i pasientbetalingsforskriften.
 - *(Forskrift om betaling frå pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta)*
- Det er bare når det er gitt hjemmel i denne forskriften det kan kreves egenandel.

Pasientbetaling

- Dette er en annen form for betaling enn egenandeler.
- Dette er utgifter som pasienten må dekke selv – inngår ikke i frikortordningen.
- Det er kun lov til å kreve pasientbetaling når det er gitt hjemmel i lov eller forskrift.
- Hjemmel er gitt i pasientbetalingsforskriften § 7, § 8 og § 9.
- Forskriften er uttømmende og det kan ikke:
 - Kreves betalt for andre helsetjenester enn det som er nevnt i forskriften
 - Kreves andre beløp enn hva som er bestemt i forskriften.

Finansiering av sykehus

- Aktivitetsuavhengig basisrammetilskudd
 - Aktivitetsbasert finansiering
 - Egenandeler
 - Pasientbetaling
- ISF og egenandeler er to ulike finansieringsordninger, og i noen tilfeller utløser aktiviteten ISF selv om det ikke er kan kreves egenandeler.
 - Spørsmålet er om det er hjemmel i pasientbetalingsforskriften til å kreve egenandel. Ikke om det gis ISF for aktiviteten.

Erfaringer

- Pasientbetalingsforskriften kom i 2017.
- Gjennom flere år har Helsedirektoratet og Helfo mottatt en rekke spørsmål om regelverket.
- Dette viser:
 - Usikkerhet rundt forståelse og praktisk gjennomføring av bestemmelsene.
 - At dette er av stor betydning for sykehusene – egenandeler er en viktig inntektskilde.



Behov for å tydeliggjøre regelverket.

Ny nettside om egenandeler

- Helsedirektoratet har sammen med Helfo gått gjennom innsendte spørsmål, tidligere svar og avklaringer.
- Dette er forsøkt systematisert, og presentert på en samlet måte på en nettside.
- Målsetting:
 - **Bidra til likebehandling og felles praksis**
 - Tydeliggjøre reglene
 - Samle avklarte spørsmål på et sted
 - Gjøre det enklere å finne ut hva som er gjeldende rett
 - Danne grunnlaget for den pasientrettede informasjonen som ligger på Helsenorge

Ny nettside forts.

- Ligger på Helsedirektoratets side «Finansiering».
- Nettsiden heter «Egenandeler og pasientbetaling ved poliklinisk helsehjelp».

Andre finansieringsordninger

Takster og kodeverk →	Resultatbasert finansiering (RBF) →
Bruk av gebyr for timebestilling på sms og andre internett-tjenester →	Egenandeler og pasientbetaling ved poliklinisk helsehjelp →
Takstendringer for leger, psykologer, fysioterapeuter og andre behandlergrupper →	Nøytral merverdiavgift for helseforetak →
Utskrivningsklare pasienter →	Finansiering av legemidler →
Helserefusjoner for primær og spesialisthelsetjenesten →	FLO (fastlegeordningen) →

Nettsidens oppbygging – følger forskriften

- Innledende del - Rekkevidde for pasientbetalingsforskriften
- Egenandeler - § 4
 - Hva er vilkårene for å kreve egenandeler
 - Når kan det kreves egenandeler – konkrete eksempler
 - Personell som kan utløse egenandel
 - Flere egenandeler samme dag
 - Behandlingstiltak over flere dager
- Fritaksgrunner – pasienten er fritatt fra å betale egenandel - § 5 og § 6
- Pasientbetaling - § 7, § 8 og § 9

Status på arbeidet

- Tekst for egenandeler er oppdatert – vi har valgt å prioritere dette.
- Pasientbetaling vil bli endret på et senere tidspunkt.
- Vi mener nettsiden vil være et verktøy for å sikre korrekt forståelse og praktisk bruk.
 - Kan brukes som referanse – både for å gi en oversikt og avklare mer detaljerte spørsmål.
- Alle spørsmål er helt sikkert ikke besvart – nettsiden er derfor ment å være dynamisk og oppdateres ved nye avklaringer og regelendringer.
- Spørsmål om egenandeler rettes til Helfo. Dette gjelder både tekniske/praktiske spørsmål om innrapportering og spørsmål om regelverket.

Noen konkrete ting

1. Personell som kan utløse egenandeler

- Det er kun personell som er nevnt i forskriften som kan utløse egenandeler. Dette gjelder selv annet personell kan utløse ISF. Dette er to ulike finansieringsordninger og når det gjelder egenandeler er det forskriften som gjelder.

2. Samtaler og veiledning av andre personer enn pasienten

- Det kan bare kreves egenandel når det faktisk ytes helsehjelp til pasienten. Når f.eks. foresatte møter alene, for eksempel til veiledning ytes det ikke helsehjelp til pasienten selv – altså barnet. Det kan ikke kreves egenandel.

3. Egenandel ved behandlingstiltak over flere dager

- Forskriften skiller ikke mellom gruppebehandling somatikk og gruppebehandling psykisk helsevern. Det er nå tydeliggjort på nettsiden at det er anledning til å kreve flere egenandeler ved gruppebehandling over flere dager innen psykisk helsevern og TSB.
- Pågående prosess med å se regelverket opp mot praksis på dette punktet.

Resultatbasert finansiering 2026

Prosjektleder Kristin Dahlen



Resultatbasert finansiering (RBF) 2026

Formål:

- Stimulere til ønsket tjenesteutvikling, med vekt på samhandling og digitalisering

Justering av vektene for enkelte indikatorer for 2026:

- Video- og telefonkonsultasjoner justeres fra 24 % til 20 %
- Andel epikriser sendt innen 1 dag justeres fra 24 % til 20 %
- Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering justeres fra 4 % til 7 %
- Digital hjemmeoppfølging av pasienter via medisinsk utstyr justeres fra 3 % til 7 %



Indikatorer i RBF 2026

	Indikatornavn	Måltall	Vekt	Poeng
NPR	Video- og telefonkonsultasjoner	15 %	20,0 %	20 000
	Samarbeidsaktiviteter (PHV/TSB)	25 %	20,0 %	20 000
	Samarbeidsaktiviteter (Somatikk)	1 %	7,0 %	7 000
	Teambasert oppfølging (ACT- og FACT-team)	2 %	7,5 %	7 500
	Teambasert oppfølging (Somatikk)	1 %	3,0 %	3 000
	Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering	1 %	7,5 %	7 500
	Gjennomført nettbasert behandlingsprogram	1 %	7,5 %	7 500
	Digital hjemmeoppfølging av pasienter via medisinsk utstyr	2 %	7,5 %	7 500
NKI	Andel epikriser sendt innen 1 dag	70 %	20,0 %	20 000
			100 %	100 000

Foreløpig fordeling RBF 2026

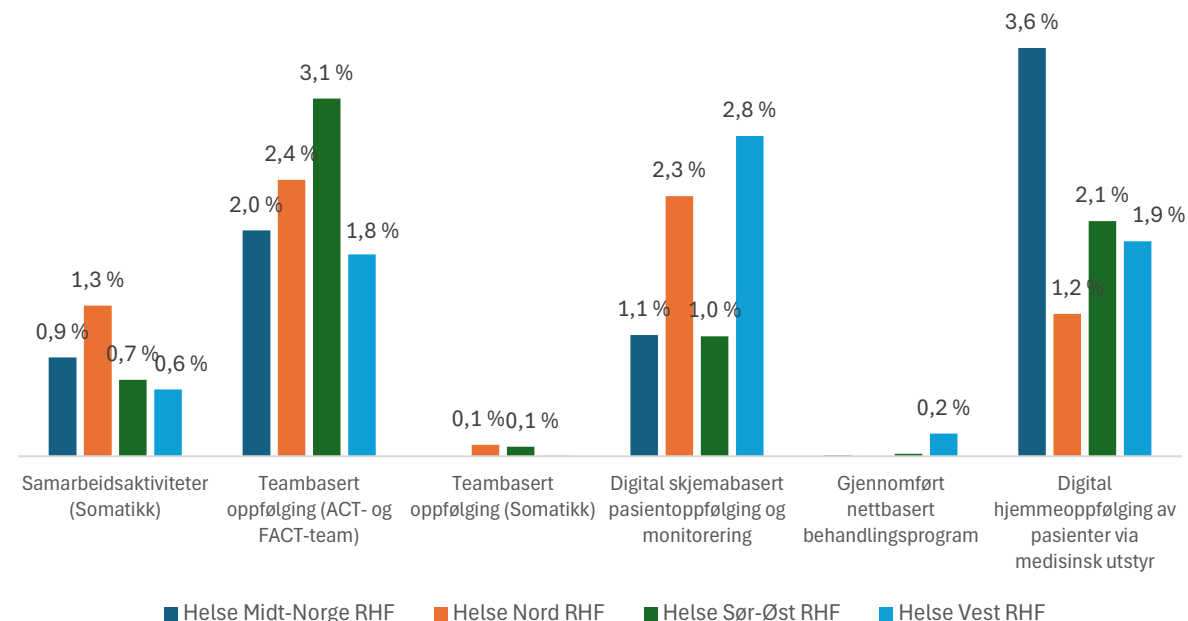
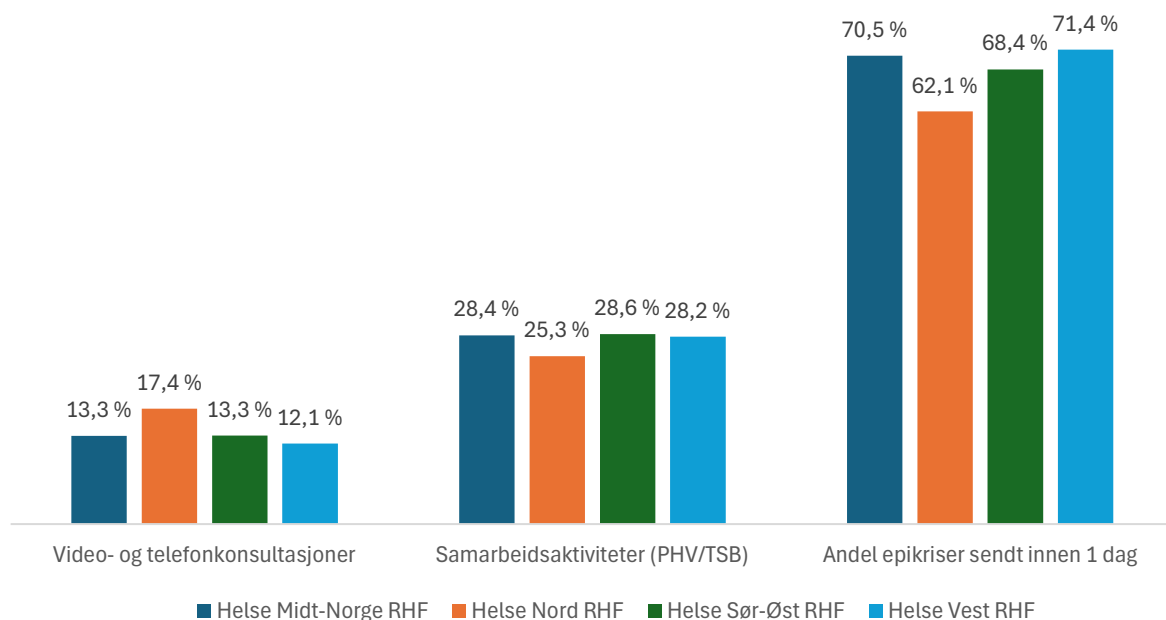
693,1 millioner kroner tatt fra RHF-enes basisbevilgning og fordeles etter kriterier for utvalgte indikatorer

- Fordeling basert på data fra 1. tertial 2025 (NPR) og årsdata for 2024 (NKI)
- Det vil gjennomføres en avregning i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2026

Sammenlignet med en fordeling av midlene etter basisbevilgningen vil Helse Vest øke sine inntekter, mens Helse Midt-Norge, Helse Nord og Helse Sør-Øst få reduserte inntekter

RHF	Basisbevilgning	Foreløpig fordeling RBF 2026	Differanse mot basisbevilgning
Helse Midt-Norge RHF	98,4	94,9	- 3,4
Helse Nord RHF	83,6	78,2	- 5,4
Helse Sør-Øst RHF	378,0	358,0	- 20,0
Helse Vest RHF	133,2	162,0	28,8
	693,1	693,1	

Måloppnåelse ved foreløpig fordeling





Takk for møtet – vel hjem