

Informasjonsmøte om ISF 2027 og nytt i kodeverkene med mer

Oslo 11.juni 2026



Dagsorden

1000-1015 Innledning

1015-1105 Nytt i Innsatsstyrt finansiering 2027

1105-1115 Resultatbasert finansiering

1115-1135 Lunsj

1135-1205 Nytt i kodeverkene 2027

1205-1210 Avslutning



Presiseringsdokument 2026 – publisert 12.mai



Behov for å presisere rundt følgende tema:

- Enhetsrefusjonen i somatikk-justert
- Respiratorbehandling-kodingsregler
- Hjemmesykehus
- Heldigitale pasientopplæringsprogrammer
- Bruk av prosedyrekoden IEAD00 *Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam*

[Presiseringsdokument - ISF 2026.pdf](#)

Endring i enhetsrefusjonen innen somatikk i 2026

- Enhetsprisen per ISF-poeng i somatikk 2026 er 55 704 kroner
- Enhetsprisen ble redusert ned 0,8 prosent sammenlignet med forslag til statsbudsjett 2026 fordi ISF-regelverket ikke var budsjettneøytralt
- Enhetsprisen per ISF-poeng i psykisk helsevern og TSB er uendret og satt til 3 954 kroner

- Rammene gitt i statsbudsjettet er ikke berørt av dette

Budsjettforliket RNB– egenandelsfritak 16-17 åringer

«Gi egenandelsfritak for 16- og 17 åringer innenfor alle helsetjenester, inkludert på sykehus, fra 1. august» Opplegget omfatter alle egenandeler som inngår i skjermingstaket.

Formålet med Innsatsstyrt finansiering (ISF)

- Understøtte «sørge-for-ansvaret» til de regionale helseforetakene. Avhenger av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling.
- Mest mulig nøytralt med hensyn til
 - Utførende helsepersonell
 - Organisering
 - Hvordan pasientbehandlingen gis (herunder teknologi)
- ISF-ordningen er ikke et prioriteringssystem
- RHF-ene har egne modeller for fordeling av inntekter til det enkelte sykehus

Hesedirektoratets rolle versus politiske beslutninger

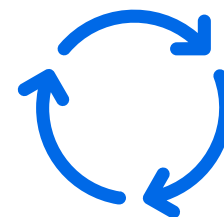


Politisk bestemt:

Budsjettets ramme

Enhetsrefusjonen

ISF-andel



Hesedirektoratets rolle:

Utvikle ISF-ordningen sammen med RHF/HF

Forvalte ISF-regelverk

Nye nettsider - utkast

[Forsiden](#) / [Tilskudd og finansiering](#)

Finansiering av helesetjenesten

Helsetjenestene i Norge finansieres hovedsakelig av det offentlige. Staten og kommunene dekker det meste av kostnadene til sykehus, fastleger, omsorgstjenester og legemidler.

Innhold på siden	↑
------------------	---

Finansiering av sykehusene

Innsatsstyrt finansiering (ISF) er knyttet til aktivitetsnivå. Resultatbasert finansiering (RBF) avhenger av måloppnåelse på utvalgte indikatorer.

Innsatsstyrt finansiering (ISF) og pasientklassifisering	→
Resultatbasert finansiering	→
Egenandeler og pasientbetaling ved poliklinisk helsehjelp	→



Refusjoner for helsetjenester

Refusjon betyr at staten betaler en del av kostnaden for helsetjenester hos fastlege eller spesialist

Regler for refusjoner (rundskriv folketrygdloven kap. 5)	→
Oppgjør og takstbruk (helfo.no)	→
Filnedlasting og teknisk dokumentasjon	→

Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Innhold på siden	↑
------------------	---

ISF-regelverk

ISF-regelverk 2026	📄
Vedlegg til ISF-regelverk 2026 (DRG/STG/TFG-masterlister, grunnlags- og presiseringsdokument, presentasjoner)	↓



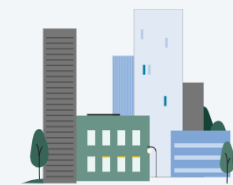
Feil i ISF
Enhetsrefusjonen er endret til 55 704 kr. Nærmere informasjon er gitt i [brev til RHF og HF \(PDF\)](#).

Pasientklassifiseringer og kostnadsvekter

DRG-systemet	→	STG-systemet	→	TFG-systemet	→
Kostnad per pasient - nasjonal spesifikasjon	→	Norsk pasientklassifisering (NPK)	→		

Hva er innsatsstyrt finansiering (ISF)?

Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en aktivitetsbasert bevilgning til de regionale helseforetakene (RHF-ene) gjennom statsbudsjettet. Finansieringen av RHF-ene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert bevilgning. Basisbevilgningens størrelse er uavhengig av aktivitet, og bestemmes blant annet av demografiske forhold. ISF er avhengig av hvor mange som får behandling og hvilken type behandling de får. Hovedformålet til ISF er å understøtte sørge-for-ansvaret til RHF-ene, og ordningen skal legge til rette for kostnadseffektiv pasientbehandling.



Arrangementer

11 juni 2026	ISF-informasjonsmøte 11. juni 🕒 10:00–12:30 📍 Helseidrettoratet, Vitaminveien 4, Oslo. Materom: Hjerterommet og digitalt. 📅 Påmeldingsfrist 08. juni 2026
	Konferanse Webinar

Videreutvikling ISF mot 2027

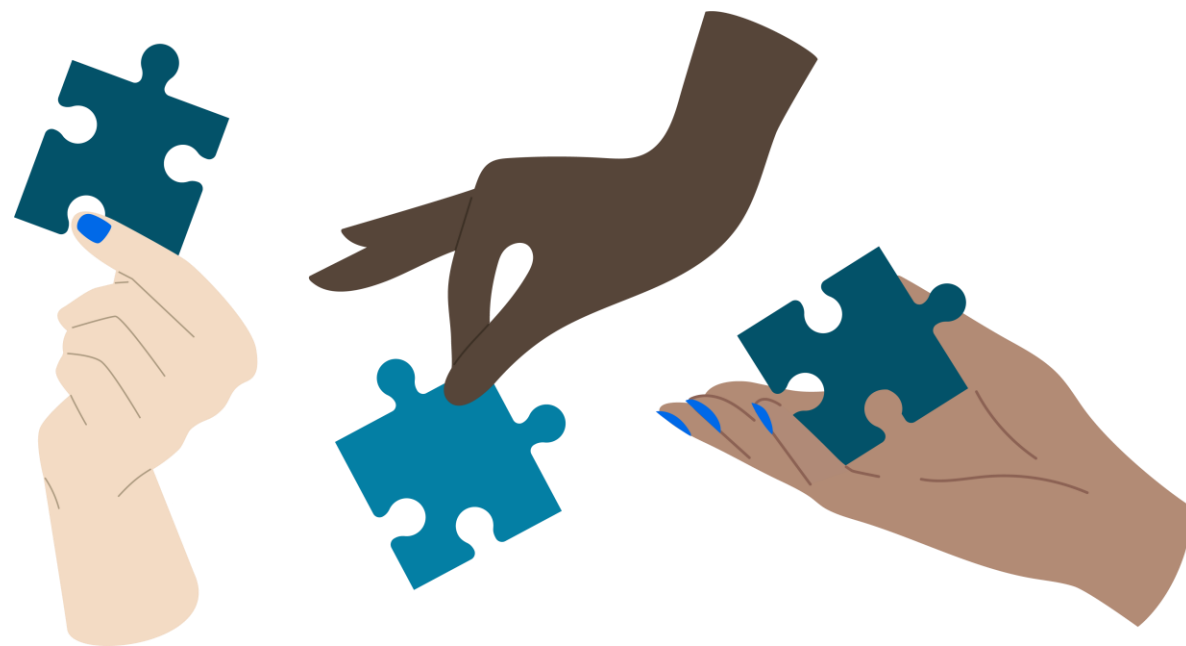
Kristin Dahlen m.fl.

Innspill fra RHF-ene

Viktige tilbakemeldinger og innspill til videreutvikling

Både samstemte og ulike vurderinger om ønsket utvikling

- Digitale tjenester
- Intensivbehandling
- Samhandling og samarbeidsaktiviteter
- Øyeblikkelig hjelp løsningen
- Dagkirurgiløsningen
- Forløpsfinansiering
- Rehabilitering
- Nye behandlinger, som CART-behandling m.m.



Tildelingsbrev 2026

Helsedirektoratet

I dette tildelingsbrevet meddeles Stortingets budsjettvedtak og Helse- og omsorgsdepartementets styringssignaler for Helsedirektoratet for 2026. Prop. 1 S (2025–2026) for Helse- og omsorgsdepartementet ble behandlet 15.12.2025 på grunnlag av Innst. 11 S (2025–2026).

Ulike oppdrag vi er involvert i nå – mulige konsekvenser for ISF-ordningen

- Kliniske studier og aktivitetsbasert finansiering
- Digitale tjenester
 - Digital førstelinje (digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy herunder vurdere spørsmål knyttet til finansiering)
 - Styringsinformasjon
- Prosjekt X
 - 14 utprøvinger
- Opptrappingsplan psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Rehabilitering og habilitering
- ICD-11
- Med flere..

Prosjekt X

- **Regjeringen** har startet arbeidet med en **ny helsereform**. Målet med reformen er bedre sammenheng i helse- og omsorgstjenestene.
- En del av **reformarbeidet skal bygge på erfaringer fra 14 utvalgte utprøvinger der kommuner og sykehus i fellesskap tester ut nye samarbeidsmodeller**.
- Hver av disse 14 utprøvingene har egne mål, men de er alle knyttet til bedre sammenheng i tjenestene. Disse utprøvingene kalles **Prosjekt X**.
- Prosjektet gjennomføres sammen med KS.

Helsedirektoratet vil ha en todelt rolle i arbeidet:

- .. følge med på utprøvingene, oppsummere erfaringer og identifisere læringspunkter
- ..bistå utprøvingene med avklaring/veiledning innenfor sine virkemidler, herunder forholdet til forsøksloven og identifisering av ev. behov for fritak eller regelverksendringer.



Kartlegging av meroppgaver knyttet til klinisk forskning- oppdrag fra HOD i 2026

- Helsedirektoratet vil invitere RHFene til å svare på kartlegging av meroppgavene knyttet til klinisk forskning i helseforetakene
 - Kartleggingen skal vurdere hvordan meroppgavene inngår i finansieringsordningene i dag og vurdere behov for justeringer i aktivitetsbasert finansiering
 - Oppdraget har frist til 31.12.2026
- Dette skal sees i sammenheng med et oppdrag til FHI om registrering av pasienters deltakelse i kliniske studier i Norsk pasientregister- som ble levert HOD ultimo mai.

Kliniske studier og ISF- se punkt 3.13 i ISF-regelverket

- Helsehjelp som gis i forbindelse med kliniske studier er i hovedsak del av ISF-grunnlaget
- Unntak: Helsehjelp som finansieres gjennom privat betaling, eller gjennom andre alternative finansieringsordninger, inngår ikke i beregningsgrunnlaget.
- Målet er at kliniske studier skal være en integrert del av all klinisk praksis og pasientbehandling, jf. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning

Digital hjemmeoppfølging (DHO) og nettbaserte behandlingsprogram- intensjonen fra et ressursperspektiv

- Erstatte fysiske konsultasjoner
- Frigjøre kapasitet
- Behandle/følge opp flere pasienter med samme ressurser

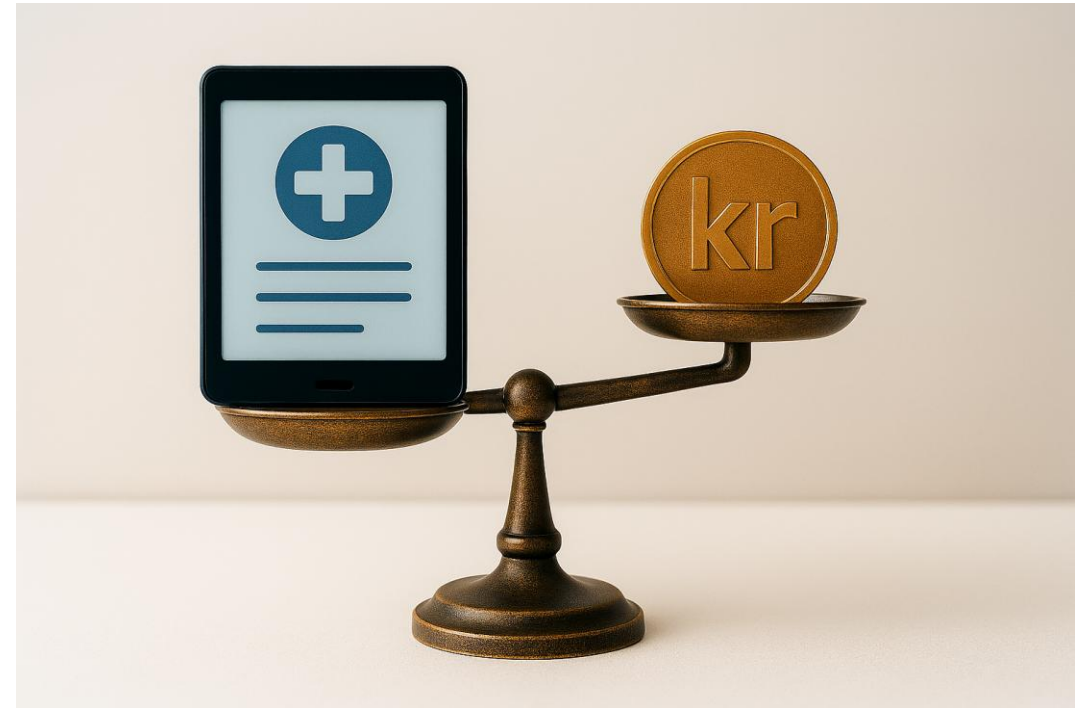
- Bedre pasientbehandling - bedre kontinuitet – mer involvering fra pasienten



Kostnadsberegning digital hjemmeoppfølging - STG

Oppdrag gitt til Helsedirektoratet 2025:

- «Helsedirektoratet skal **kartlegge kostnader** i digital hjemmeoppfølging, med sikte på å implementere kostnadsberegnete vekter 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.
- Det skal gis en foreløpig tilbakemelding på arbeidet innen utgangen av mai.»
- Utsatt frist – innen utgangen av året.



Status

- Gjennomført fase med informasjonsinnhenting
 - Innsikt i mangfold av tjenester og plattformer for dokumentasjon og rapportering
 - Ulik forståelse av definisjoner og tolkning av begreper
 - Ulik modenhet mellom HF i hvor langt en har kommet i utvikling/tatt i bruk disse nye tjenestene
 - Ulik organisering – egne enheter versus helintegret i tjenesten/poliklinikken, samt grad av automatisering/digitalisering i arbeidsprosessene
- Utfordrende å etablere en konkret oppskrift for kostnadsberegning
 - Samme prinsipper for etablering av kostnadsgrunnlag for disse tjenestene som for øvrig aktivitet
 - Fortsetter arbeidet i samarbeid med kontaktpersoner i HF

Nettbaserte behandlingsprogram utfordringer



Bilde lånt fra Helse Sør-Øst

Avgrensingsproblematikk behandling versus pasientopplæring?

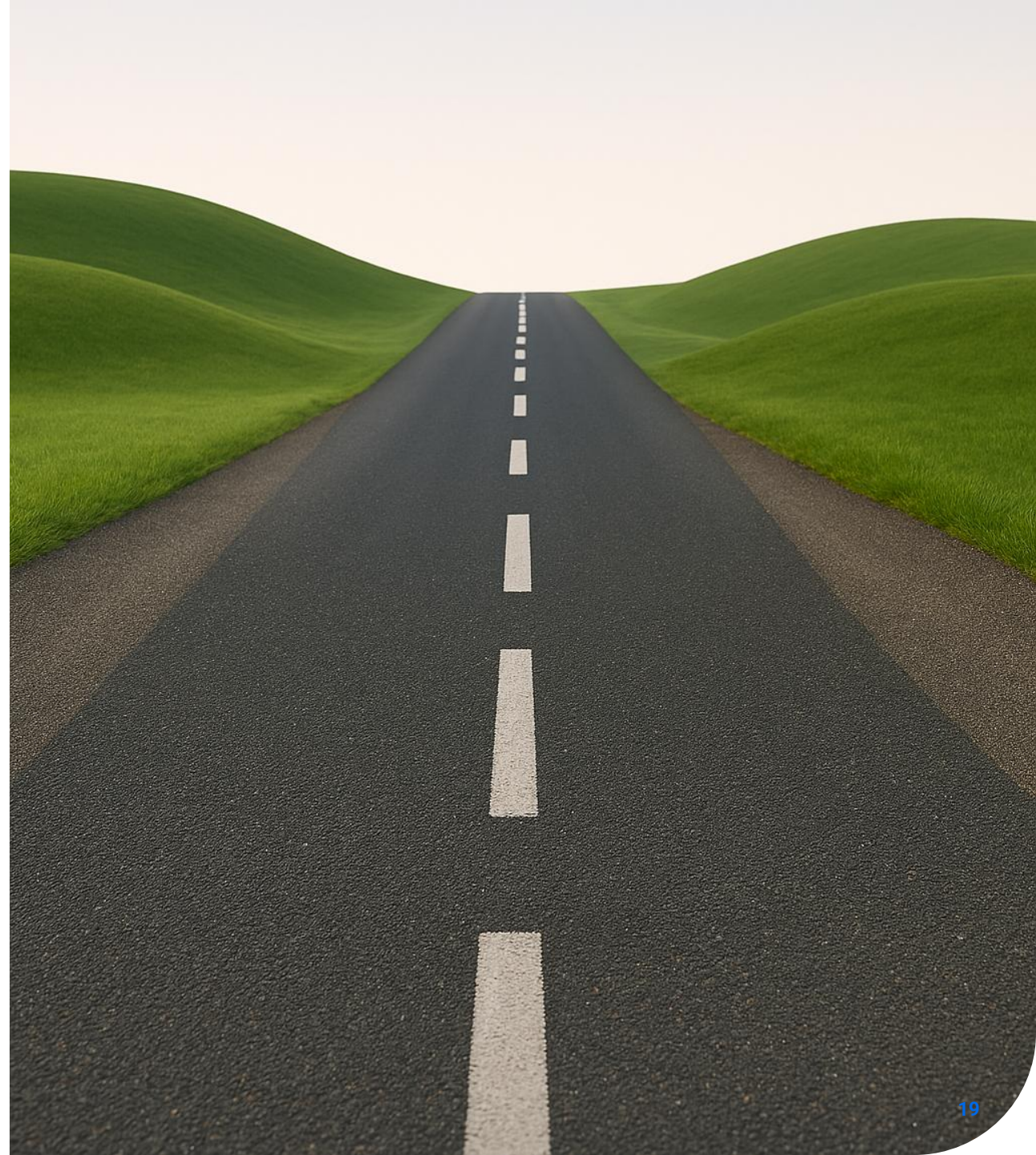
Ulikheter i lengde/antall moduler - finansieringsperiode

Kapasitetsproblematikk – oppstart versus implementert

Andre digitale aktiviteter som del av nettbaserte behandlingsprogram

Hva skjer videre?

- Ser mer på definisjoner, registrering og rapportering
- Tekstlige justeringer/ klargjøringer i ISF-regelverk
- Vurdere nivået på ISF-refusjonen for disse tjenestene
- Analysere dagens STG-grupper for å se om det er nødvendig med justeringer (flytte noe til mer spesifikke grupper)
- Videre fokus på styringsinformasjon



Heldigital gjennomføring av lærings- og mestringsaktiviteter

- Økende antall spørsmål om hvordan heldigitale lærings- og mestringsaktiviteter skal registreres
- Dagens løsning er ikke tilpasset digital og asynkron aktivitet, og gir utfordring med riktig koding
- Registreres med kodeverdi 13 "Opplæring" i NPR-meldingselementet "Kontakt". Digitale tjenester skal registreres med kontakttipe – indirekte pasientkontakt, men gir ikke et DRG-resultat
- Ser på en løsning som gir riktig koding og identifisering av aktiviteten

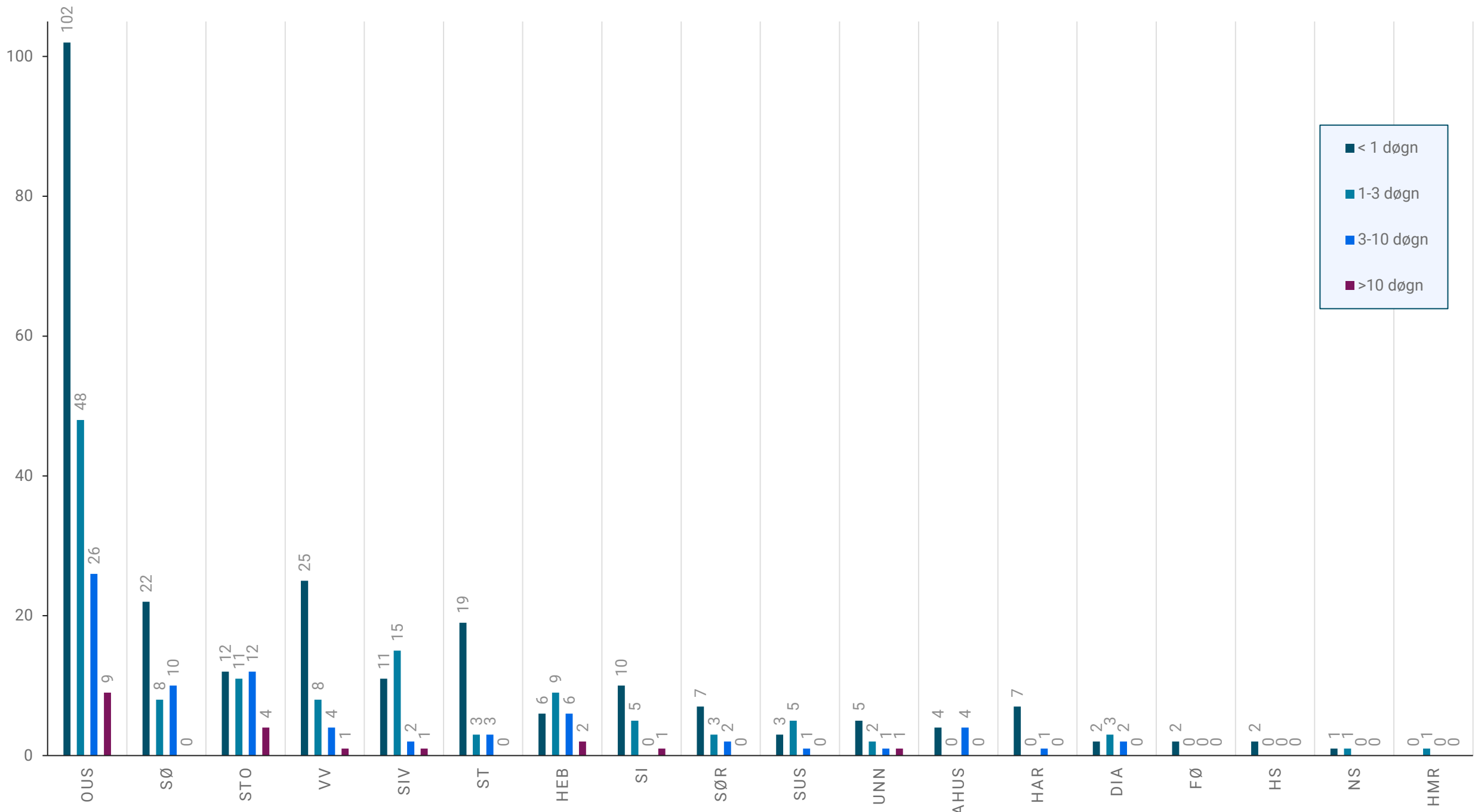
Intensivbehandling – innføring av koder for varighet av respiratorbehandling

Kodene skal brukes sammen med *GXAV01 respiratorbehandling* og *GXAV24 Respiratorbehandling med høyfrekvensventilasjon*

Kodene skal brukes én gang for hver sammenhengende periode med respiratorbehandling, med følgende tidsangivelser:

- WWGX00 Varighet av respiratorbehandling <1 dag
- WWGX01 Varighet av respiratorbehandling ≥ 1 dag og <3 dager
- WWGX02 Varighet av respiratorbehandling ≥ 3 dager og <11 dager
- WWGX03 Varighet av respiratorbehandling ≥ 11 dager

ANTALL OPPHOLD



Videre arbeid på intensivområdet



Avhenger av komplette data av god kvalitet

Samarbeide med HF-ene for å få registreringene komplette
Kartlegge eventuelle hindringer



Gjøre dybdeanalyser – aktivitet og kostnader



Vurdere endringer i DRG-systemet



Ingen planlagte endringer for 2027

Dagkirurgi

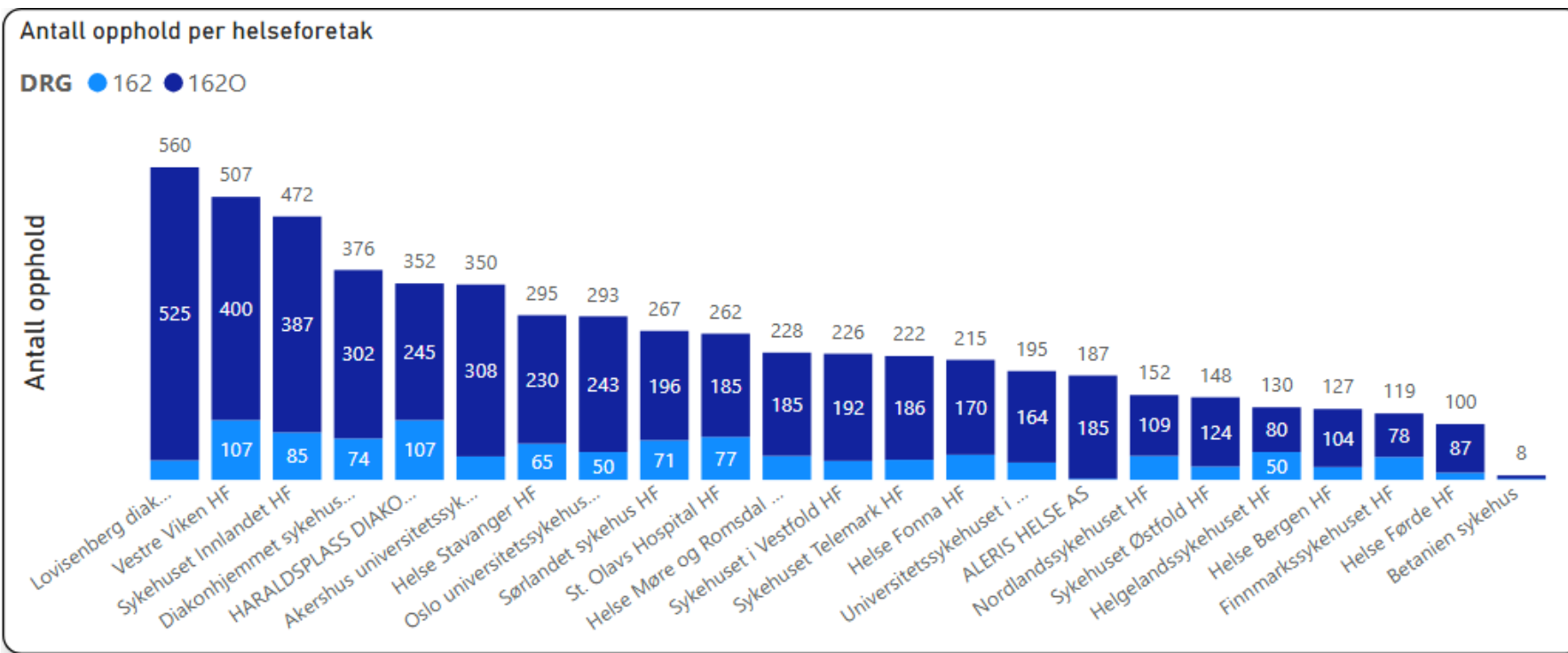
- Dagkirurgiløsningen (fra 2018)- betyr at vekten (refusjonen) for korresponderende dag og døgn DRG-er settes likt
 - Gradvis inkludert flere DRG-er i løsningen, basert på empiri knyttet til kirurgiske prosedyrer
 - Inkluderte 4 nye DRG-er i dagkirurgiløsningen fra 2026
 - Vurderer om flere kan tas inn, ingen konkrete planer for 2027 foreløpig
- «Dagkirurgi-løsningen»- ønske om å stimulere til økt andel dagkirurgisk behandling
 - Sammenliknbare DRG-er med hensyn til homogenitet, liggetid osv.

Dagkirurgi

- Ca. 2/3 av all dagkirurgi inngår i dagkirurgiløsningen (volum), 42 dagkirurgiske DRG-er
- I 2025 ca. 75% av kirurgi i dag/døgn DRG-er utført som dagkirurgi, gradvis økende fra 2018 (fra 2022- 2025- varierert fra 72-75%)
- Stor variasjon mellom helseforetakene i enkelte DRG-er



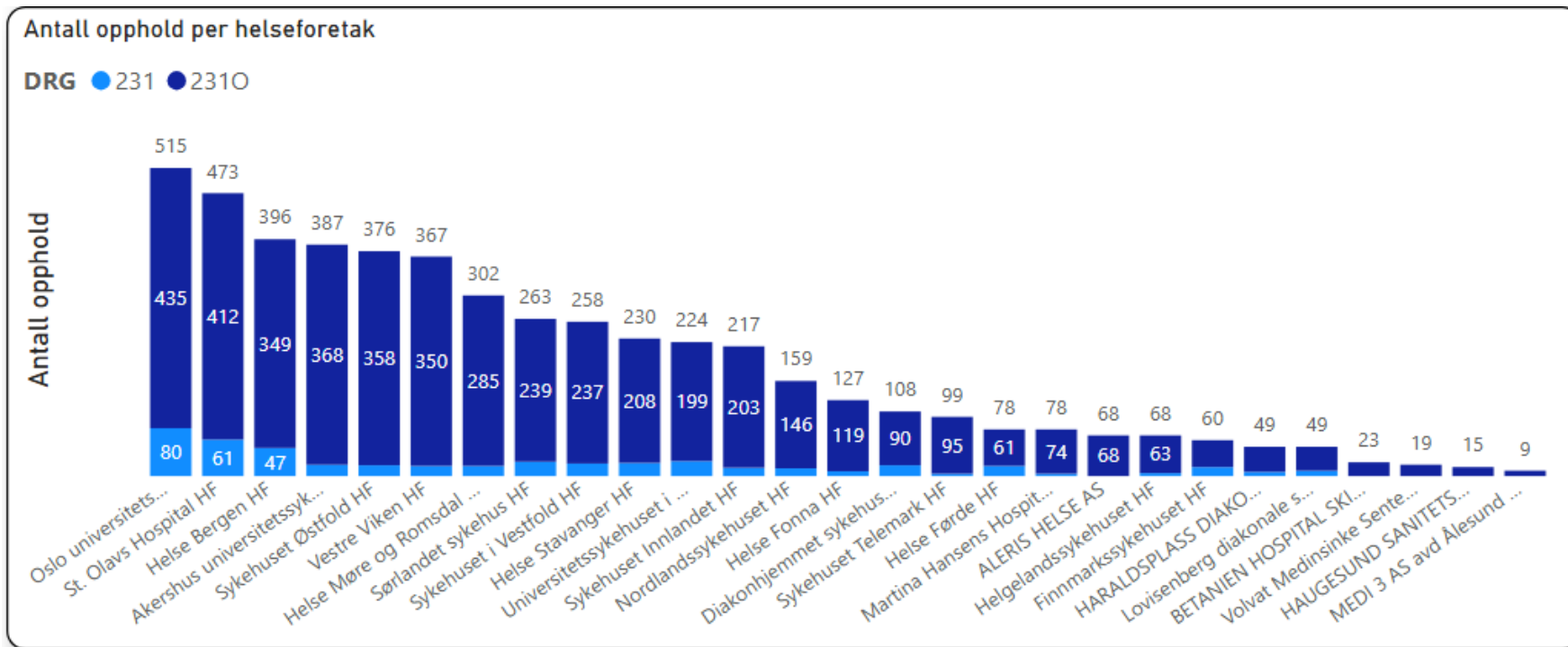
Brokkoperasjoner dag/døgn (2024 tall)



- Ca. 75% av operasjoner som dagkirurgi
- Variasjon i andel dagkirurgi

Eks. Lovisenberg 94% DK, Stavanger 78% DK, sykehuset Telemark 84% DK

Fjerning av osteosyntesemateriale (ikke hofte/femur)

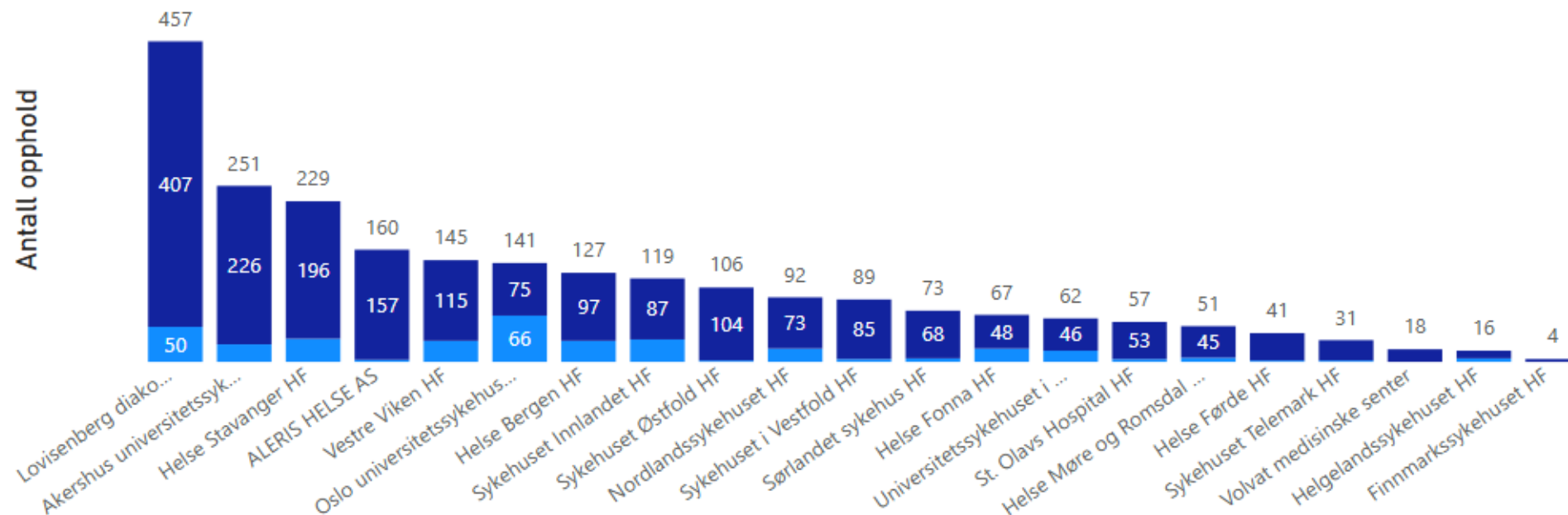


- Universitets sykehusene skiller seg noe ut i forhold til de andre sykehusene, mulig mer komplisert
- Øverste kurve er dagkirurgi

Bihuleoperasjoner dag/døgn

Antall opphold per helseforetak

DRG ● 53A ● 54O



- Variasjon i dag/døgn mellom de ulike helseforetakene
- Totalt sett utføres ca.85% av bihuleoperasjoner som dagkirurgi (øverste graf)

Annen videreutvikling i ISF og DRG

Vegard Kvilesjø

Øyeblikkelig hjelp

- For 2026– fjernet poengfradrag for kontakter eller avdelingsopphold under 5 timer.
- Ny gjennomgang med fokus på *hovedtilstander*

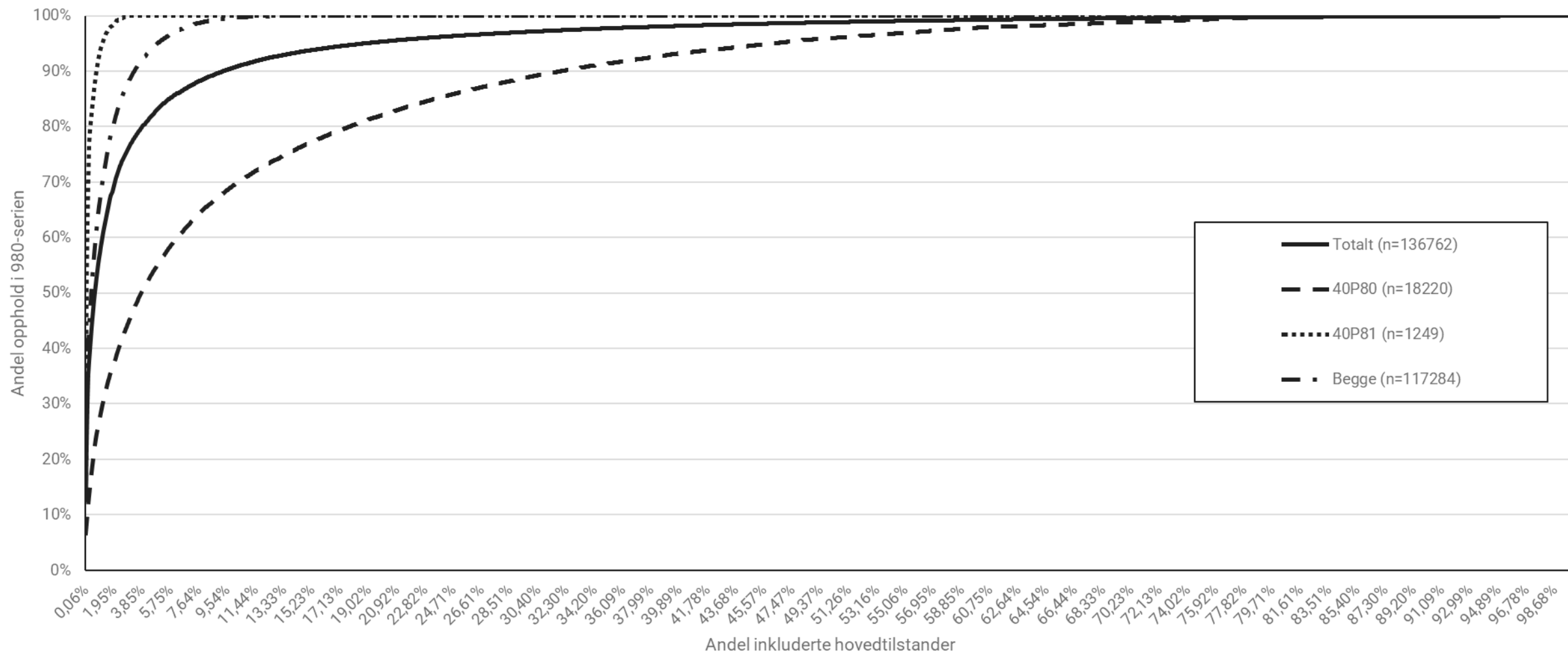
7.19 Øyeblikkelig hjelp tilstander uten overnatting

Polikliniske øyeblikkelig hjelp pasienter innen angitte grupper/fagområder vil gruppere til 980 DRG-er. Dette gjelder selv om oppholdet har en varighet mindre enn fem timer. Følgende grupper/fagområder er inkludert:

- Akutte brystmerter eller mistanke om akutt alvorlig hjertesykdom
- Akutte magesmerter
- Mistanke om DVT
- Akutt hodepine eller hjernerystelse
- Akutt neseblødning
- Akutte forgiftninger eller allergiske reaksjoner (F-diagnoser er ikke inkludert her)
- Akutt dyspne, hoste eller lignende akutte symptomer fra åndedrettet

Grupperingen vil basere seg på bruk av den administrative koden for hastegrad akutt.

Øyeblikkelig hjelp – Få tilstander utgjør de fleste opphold



Øyeblikkelig hjelp – videre arbeid

- Behov for gjennomgang av dagens lister
 - Kvalitetssikring
- Forbedringspunkter
 - Forenkle løsningen?
 - Etablere objektive inklusjonskriterie?
- Antall av inkluderte hovedtilstander utfordrer tekniske endringer

Overføring av legemiddelbehandling til ISF fra 2027

- I 2025: 3 nye STG-er etter overføring av finansieringsansvar fra folketrygden til RHF
 - DS03 – Pasientadministrert legemiddelbehandling ved tuberkulose
 - XS83 – Pasientadministrert parenteral ernæring
 - XS84 – Pasientadministrert legemiddelbehandling med antibiotika, ITAD
- I 2026: 2 nye STG-er etter overføring av finansieringsansvar fra folketrygden til RHF
 - AS04 – Pasientadministrert legemiddelbehandling ved Parkinsons sykdom
 - DS04 – Pasientadministrert legemiddelbehandling for forebygging av alvorlig nedre luftveisinfeksjoner
- Foreslås overført bevilgninger fra basis til ISF fra 2027.

Utlevering av kreftlegemidler fra sykehus

- Dersom pasienten får med seg legemidler for selvadministrasjon direkte fra sykehusavdeling skal aktivitet kodes ZWUU20 – medikament utlevert i spesialisthelsetjenesten for tidsavgrenset hjemmebehandling
- I data per mars 2026 gjenfinnes 24 koder knyttet til kreftbehandling, gjelder for 5 pasienter som kan gå inn i STG-grunnlaget
- Vi tar imot innspill til videre utvikling og følger opp informasjon fra NPR-data for vurdering av logikken, f.eks. inkludere flere eller nye ATC-koder.

Videreutvikling av ISF og legemiddelbehandling

- To legemidler som inngikk i overføringen for sjeldne tilstander foreslås inkludert i eksisterende STG-logikk, gjelder legemiddelbehandling for myelomatose og symptombehandling MS
- Videreutvikling av STG-logikk vil også angå sjeldenområdet for evt. ytterligere endringer fra 2028
- STG-logikken oppdateres tertialvis også for inklusjon av nye legemidler som er vedtatt innført av beslutningsforum for nye metoder
- I DRG utviklingsarbeidet vurderes også tilpasninger når det gjelder legemiddelbehandling i sykehus

Ny DRG innen psykisk helsevern og rus

- Opprettes ny DRG **TD30 – Poliklinisk medikamentell behandling innen psykisk helsevern** for medikamentrelatert behandling i poliklinikken.
- Aktiviteten skiller seg ressursmessig fra ordinære konsultasjoner grunnet blant annet legemiddelkostnaden og økt tidsbruk til observasjon.
- Krav til gruppering:
 - **Administrasjonsform:** Injeksjon eller infusjon
 - **Relevant legemiddel:** Særskilte legemidler – i første omgang Ketamin (N01AX03).

DRG	Navn	Kostnadsvekt
TD30	Poliklinisk medikamentell behandling innen psykisk helsevern	Ser blant annet til metodevurdering (ID2022_018) for kostnadsgrunnlag

Endringer i amputasjons DRG-er

- Det gjøres endringer i DRG-logikken for amputasjoner.
 - Ønske om å samle alle amputasjoner i amputasjons DRG-ene.
- Åpner for amputasjoner hvor hovedtilstanden tilhører HDG 9
- Amputasjoner som utføres dagkirurgisk (ekskl. 2130) samles til ny DRG – 113P
 - Følgende DRG-er fjernes: 1130, 1140 og 2850
 - Følgende DRG-er opprettes: 113P
- Amputasjoner i DRG 285 fjernes og legges til DRG 113.

Endringer i amputasjons DRG-er

DRG	Navn	Ny DRG	Navn
113	Amputasjon av underekstr ekskl tå v/ sirk.svikt	.	.
1130	Amputasjon av underekstr ekskl tå v/ sirk.svikt, dagkirurgisk behandling	113P	Amputasjon ved sykdommer i sirkulasjonssystemet, dagkirurgisk behandling
114	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt	.	.
1140	Amputasjon av overekstr eller tå v/ sirk.svikt, dagkirurgisk behandling	113P	Amputasjon ved sykdommer i sirkulasjonssystemet, dagkirurgisk behandling
213	Amputasjoner pga traume eller sykd i bevegelsesapparatet	.	.
2130	Amputasjoner pga traume eller sykd i bevegelsesapparatet, dagkirurgisk behandling	.	.
285	Amputasjoner av underekstr pga sykdom i HDG 10	113	Amputasjon av underekstr ekskl tå v/ sirk.svikt
2850	Amputasjoner av underekstr pga sykdom i HDG 10, dagkirurgisk behandling	113P	Amputasjon ved sykdommer i sirkulasjonssystemet, dagkirurgisk behandling

Send innspill

- Mye av endringer i logikken kommer som følge av innspill fra fagmiljøene ute i sektoren.
- Vi ber derfor om innspill til justering i logikken.
- Innspillskjema finner du (nederst) på våre [hjemmesider](#)
- sendes drginfo@helsedir.no

Ønske om endring eller feilretting i STG/DRG-systemet

Ved forespørsler om nye STG/DRG-er eller endringer i STG/DRG-systemet skal 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: drginfo@helsedir.no.

Avsender	<i>Navn</i>	<i>Stillingsbetegnelse</i>
	<i>Arbeidssted</i>	<i>E-post og telefonnummer</i>
Faglig kontaktperson Kan kontaktes ved behov for faglig avklaring.	<i>Navn</i>	<i>Stillingsbetegnelse</i>
	<i>Arbeidssted</i>	<i>E-post og telefonnummer</i>
RHF/HF/fagmiljø som står bak endringsønsket	<i>Sett inn betegnelse på det aktuelle fagmiljøet</i>	

Kostnadsvekker, NPK med mer

Jostein Bandlien

Kostnadsvektsberegningen - datagrunnlag

- Kostnadsvektene er det som binder aktiviteten og ISF-refusjonen sammen
- Kostnadsvektene beregnes med utgangspunkt i HF-kostnader – beregnet kostnad pr pasient (KPP)
- Helsedir sammenstiller og kvalitetssikrer HF-enes datagrunnlag
 - Dialog med det enkelte helseforetak

Kostnadsvekker-status



- Frist for dataleveranse til Helsedirektoratet 10.april

- Noen forsinkelser

- Overgang til Logex costing

- Felles Kvalitetssikringsmøte 3.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 imot 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 2025 vil i utgangspunktet bli lagt til grunn for vektene i 2027

Kostnadsgrunnlag 2025 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

Eksempler på gjennomgang av DRG-er fra kvalitetssikringsmøtet

- Ser på:
 - Avvikende kostnadsstruktur
 - Endringer kostnader over tid
 - Endring i volum
 - DRG-er med lavt volum

Videre arbeid

Oppdaterte
kostnadsvekter for 2027



30. juni - Frist reviderte leveranser til KV-arbeidet



Ferdigstille kostnadsgrunnlag – som deles med alle HF



Gjenstående arbeid:

- Innarbeide ny DRG-logikk 2027
- 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

Kort informasjon om NPK (Norsk pasientklassifisering)



Eget møte 22 juni om NPK med teknisk fokus



NPK 2027 - generelt

Publisere en foreløpig versjon av NPK medio oktober 2026

Endelig versjon publiseres i desember 2026



Oppgradering til NET10

NPK – innsetting av UtDatoTid

- Vi tar sikte på å sette parameter InnsettUtDatoTid til Ja. Det betyr at NPK innsetter en UtDatoTid for episoder/opphold som ikke er rapportert med en UtDatoTid.
- Dette er knyttet til håndtering av episoder som er rapportert i etterkant av et uavsluttet opphold. Svakheter i dagens løsning at det tillates selvstendige opphold (i all hovedsak polikliniske) knyttet til uavsluttede avdelingsopphold, og som gir ISF-refusjon. Dessuten behov for å gi aktuelle episoder/opphold et DRG-resultat.
- Beregnet en reduksjon i ISF-refusjon på årsbasis for somatikk på cirka 1 mill. kroner. For psykisk helsevern/TSB er det beregnet til å utgjøre cirka 4 mill. Dette håndteres innenfor ISF-bevilgningen.

Permisjoner

ISF-regelverket (2026) har noen punkter som omhandler permisjoner:

4.13 Permisjoner under innleggelse

7.14 Permisjoner

I dag håndteres dette utenom NPK

Vi vurderer inklusjon av permisjonsdata i NPK, men dette er noe komplisert å få til

Felles aktivitetsmål psykisk helsevern/TSB og somatikk

Oppdraget har vært gitt over flere år og med stadige ønsker om utvidelser av aktivitetsgrunnlaget:

- *Helsedirektoratet skal arbeide for å 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*

Ønsker å bruke DRG-systemet

Tilpasses for innlagte pasienter PHV/TSB

Uavsluttede opphold og DRG resultat?

Langliggere?

Implementere i NPK

Kostnadsvekt/DRG-poeng

Betyr ikke at innlagte PHV/TSB skal inn i ISF

Resultatbasert finansiering

Mats Ulvund Paulsberg

Fordeling av endelig beregning RBF 2026

Andel av RHF-enes basisbevilgning fordeles etter måloppnåelse på utvalgte indikatorer

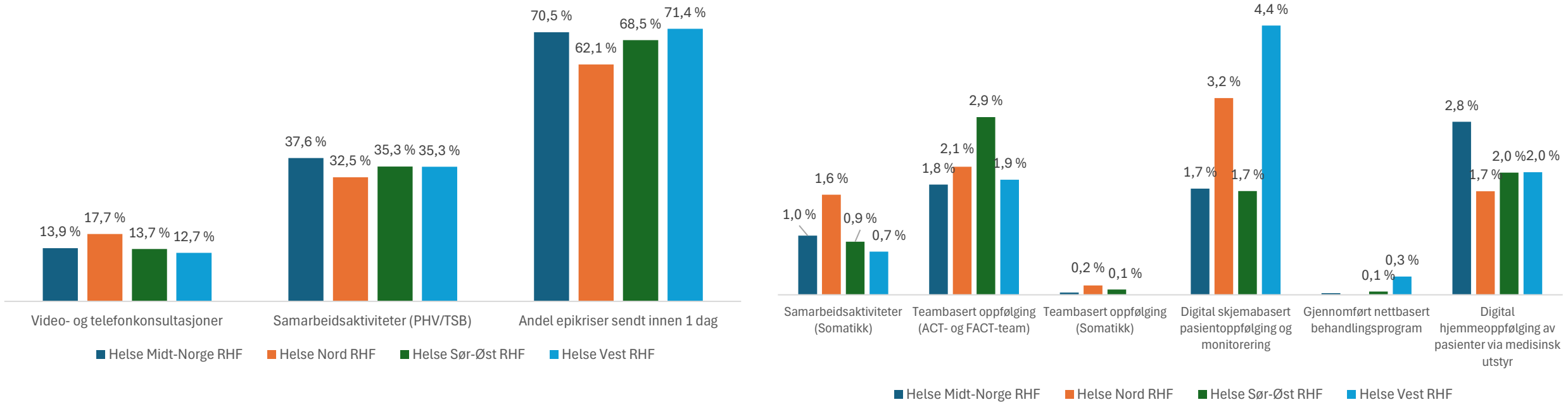
- Lagt til grunn 693 millioner kroner til RBF

I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2026 ble det gjort en avregning basert på årsdata

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

RHF	Foreløpig fordeling 2026, basert på data fra 1. tertial 2025	Endelig fordeling 2026, basert på årsdata 2025	Endring fra foreløpig til endelig fordeling
Helse Midt-Norge RHF	94,9	93,0	- 1,9
Helse Nord RHF	78,2	77,9	- 0,2
Helse Sør-Øst RHF	358,0	357,6	- 0,4
Helse Vest RHF	162,0	164,6	2,5
	693,1	693,1	

Måloppnåelse ved endelig beregning



Mulige justeringer i RBF 2027

- Belønningsmodell – dagens trappetrinnsmodell
- Indikatorpopulasjon
- Utbetalingstakt
- Vurderinger av indikatorer



Welcome to PCSI 2027

May 25 – 28 May in Oslo, Norway, at Radisson Blu Plaza Hotel



**Patient classification as an enabler of high-performing health systems
- Driving quality, efficiency and patient-centered outcomes**



HelseDirektoratet
Norwegian Directorate of Health

NordCase
nordic casemix centre

Takk for møte - god sommer





HelseDirektoratet