Helsedirektoratet

Foreløpig ISF-regelverk 2027 med mer

Informasjonsmøte tirsdag 20.oktober 2026

Dagsorden

- 1000-1010 Innledning og om rammene for ISF
- 1010-1130 Foreløpig ISF-regelverk 2027, i nytt format
- 1130-1200 Lunsj
- 1200-1215 Kostnadsvekter
- 1215-1230 Resultatbasert finansiering (RBF)
- 1230-1300 Nytt i kodeverkene
- 1300-1310 Avslutning



Innretning for ISF i 2027

- Prop 1S legger til rette for aktivitetsvekst på 1,2 prosent fra anslått nivå i 2026
- ISF-andel foreslås hevet
  - fra 30 til 40 prosent innen somatikk
  - fra om lag 25 prosent til om lag 30 prosent innen poliklinisk psykisk helsevern og TSB
- Ny enhetsrefusjon (Prop 1 S)
  - 57 654 kr innen somatikk
  - 4 911 innen psykisk helsevern og TSB

Andre føringer

- Styrking med 130 mill til tiltak under opptrappingsplanen for psykisk helsevern og TSB
- Resultatbasert finansiering endres til en nasjonal insentivordning på om lag 720 mill for å understøtte arbeidet med reduserte ventetider
- Samhandlings- og rekrutteringstilskuddet styrkes og videreføres for å understøtte reformarbeidet med en sammenhengende helsetjeneste
- ProsjektX – samhandling på tvers – videreføres

- Første november skal Helsereformutvalget legge frem sin rapport som kan ha betydning for 2027 arbeidet med finansieringsordningene

Foreslått bevilgning til RHF-ene i 2027

Kap. 732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2025	Saldert budsjett 2026	Forslag 2027
21	Spesielle driftsutgifter, *kan overføres*	6 408	20 806	3 237
70	Særskilte tilskudd, *kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75*	2 755 287	2 137 459	10 161 791
71	Resultatbasert finansiering	671 631	693 123	717 382
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF	95 825 093	94 970 748	90 289 959
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF	33 826 284	33 370 202	31 602 754
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF	24 787 765	24 631 528	23 439 565
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF	21 057 251	20 815 693	20 003 064
76	Innsatsstyrt finansiering, *overslagsbevilgning*	32 116 162	33 605 140	46 550 832
77	Laboratorie- og radiologiske undersøkelser, *overslagsbevilgning*	4 958 048	4 615 595	4 876 019
78	Forskning mv.	1 551 334	1 352 477	1 043 614
80	Kompensasjon for merverdiavgift, *overslagsbevilgning*	10 835 452	11 255 115	12 055 518
82	Investeringslån, *kan overføres*	6 420 200	6 992 500	8 748 600
83	Byggelånsrenter , *overslagsbevilgning*	1 480 081	651 000	901 000
86	Driftskreditter		2 318 000	
	Sum kap. 732	236 290 996	237 429 386	250 393 335

Regelverk i nytt format

- Endringen har ført til
  - Et dokument som skal være lettere å søke i
  - Forenkling (forhåpentligvis)
  - Rydding – kapitteloverskrifter henger bedre sammen med regelen som beskrives
  - Grunnlagsdokument inn som vedlegg



Foreløpig ISF-regelverk 2027

Forord
1 Om Innsatsstyrt finansiering
2 Endringer i ISF fra 2026 til 2027
3 Generelle regler for innsatsstyrt finansiering
4 Fellesbestemmelser om koding, registrering og rapportering
5 **Spesifikke finansieringsregler – Somatikk**
5.1 Helsehjelp som finner sted uten overnatting – Innleggelse versus poliklinikk
5.2 Strålebehandling
5.3 Dialysebehandling
5.4 CAR-T
5.5 Fødsler og nyfødte
5.6 Infertilitet og assistert befruktning (IVF)
5.7 **Legemiddelbehandling i ISF-ordningen**
5.8 Tverrfaglig utredning av sammensatte tilstander
5.9 Rehabilitering
5.10 Helsefaggruppe
5.11 Palliativ behandling
5.12 Sterilisering
5.13 Rituell omskjæring av gutt eller mann
5.14 Teambasert oppfølging, integrerte team og samhandling
5.15 Hjemmesykehus

Søk i seksjon

5.7. Legemiddelbehandling i ISF-ordningen

Innhold på siden

→ Legemiddelbehandling gitt i sykehus
→ Pasientadministrert legemiddelbehandling finansiert av regionale helseforetak
→ Legemiddelbehandling utenfor sykehus - kommunalt utførte tjenester

Legemiddelbehandlingen som omtales i regelverket dreier seg i hovedsak om kostbar legemiddelbehandling. Legemiddelbehandling kan skje som en del av behandlingen i sykehus eller hjemme hos pasienten. Spesialisthelsetjenesten kan også inngå avtale med kommunene om å utføre legemiddelbehandlingen. Omtalen skal sikre lik koding av disse legemidlene.

Koding av denne legemiddelbehandlingen forutsetter at legemiddelbehandlingen har relevans for helsehjelpsepisoden og forutsetter at sykehuset bærer kostnadene for legemidlet som administreres, dvs. at legemidlet ikke er utstedt på resept. ATC-koder brukes for å identifisere hvilke virkestoff som er benyttet i legemiddelbehandling. ATC-kodene inneholder viktig informasjon om behandlingen som er gitt, og er relevant for videre DRG-utvikling. Hvilke ATC-koder som har grupperingsegenskaper framgår av definisjonstabellene til DRG-logikken.

Legemiddelbehandling gitt i sykehus

Kreftlegemiddelbehandling

Reglene gjelder registrering og rapportering av behandlingsepisoder hvor gjennomføring av medikamentell svulstbehandling er hovedformålet. Her menes medikamentell svulstbehandling som gjøres poliklinisk eller som kortvarig innleggelse (0–2 liggedager). Reglene gjelder både godartede og ondartede svulster. Med svulster menes både solide og ikke-solide svulster.

- Indikasjon (ICD-10 kode) skal kodes som hovedtilstand
- Administrasjonsmåte (NCMP-kode) skal kodes som prosedyrekode. Aktuell medikamentell behandling skal registreres med ATC-kode og knyttes til administrasjonsmåten.

I noen tilfeller kan medikamentell kreftbehandling videreføres hjemme gjennom pasientadministrert

Pasientadministrert legemiddelbehandling finansiert av regionale helseforetak

Pasientadministrert legemiddelbehandling inngår i ISF basert på data fra oppgjørssystemet for H-resept. Data i oppgjørssystemet stammer fra spesialisthelsetjenestens registreringer av E-resepter. Det er informasjon fra reseptene som hentes ut på apotek og faktureres RHF-ene som gjenbrukes som ISF-grunnlag. Indikasjon for legemiddelbehandlingen (ICD10-kode) skal kodes på resepten i tråd med gjeldene kodeverksregler jf. også krav i forskriften om helseforetaksfinansierte legemidler.

Virksomheter i spesialisthelsetjenesten som registrerer E-resepter er ansvarlig for at registrert informasjon er tilstrekkelig som grunnlag for kategorisering av behandlingsaktiviteten, herunder gjennom identifikasjon av pasienten, behandlingsindikasjon (tilstandsinformasjon ICD-10 i feltet «refusjonskode») og spesifikasjon av legemiddel (ATC-kode).

Legemiddelbehandling utenfor sykehus - kommunalt utførte tjenester

I ISF-regelverket punkt 3.2 og 3.3 omtales hvilke tjenester som kan inngå i ISF, herunder spesialisthelsetjenester som utføres av personell ansatt i kommunehelsetjenesten.

Slik behandling skal registreres som en poliklinisk kontakt. Dette også dersom det er annet helsepersonell enn helseforetakets egne som er til stede og yter helsehjelpen. Helsepersonell kan da for eksempel være fastlege, sykehjemslege eller annet personell som handler på vegne av et helseforetak.

Det skal framgå av attributtet Sted for aktivitet i NPR-meldingselementet Kontakt hvor denne behandlingen har funnet sted.

Hver behandling skal registreres og rapporteres. Medisinsk koding skal gjøres etter samme regler som ved tilsvarende behandling i sykehus.

Digitale tjenester

4.24 Digital hjemmeoppfølging, telefon- og videokonsultasjoner

4.25 Kommunikasjon og dialog mellom pasient og behandler

4.26 Digital oppfølging basert på data fra pasienten

4.27 Nettbasert behandlingsprogram

4.28 Heldigital pasient- og pårørende opplæring

5 Spesifikke finansieringsregler – Somatikk

6 Finansieringsregler psykisk helsevern og TSB

7 Beregningsregler somatikk

8 Beregningsregler psykisk helsevern og TSB

Vedlegg 1 Grunnlagsdokument for ISF-regelverk 2027

Vedlegg 2 Begreper og forkortelser i ISF-regelverk

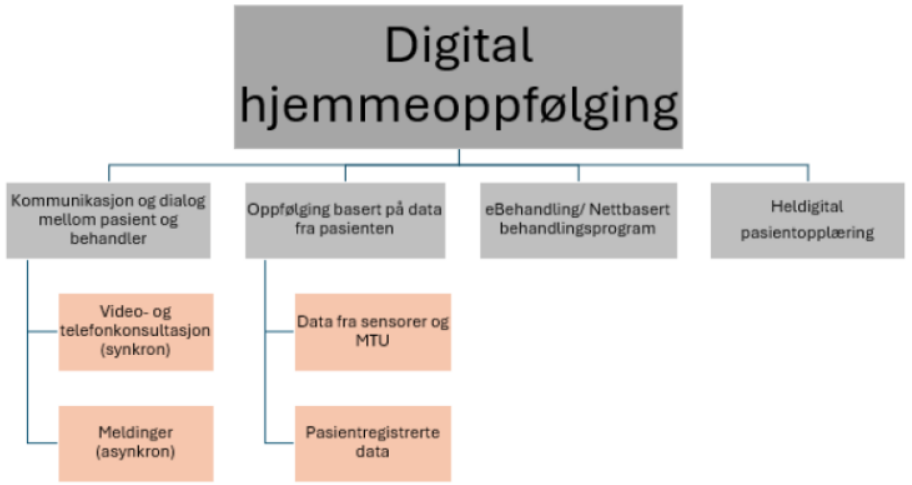
Vedlegg 3 Masterlister for aktivitetsgruppene DRG, STG og TFG

4.24. Digital hjemmeoppfølging, telefon- og videokonsultasjoner

Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud gjennomføres uten fysisk oppmøte. Dialog mellom pasient eller bruker og behandler(e), samt utveksling av relevante helseopplysninger og andre data, skjer ved bruk av digitale løsninger.

De ulike formene for digital hjemmeoppfølging er illustrert i figuren nedenfor. Definisjonen av digital hjemmeoppfølging og den skjematiske framstillingen er hentet fra «Sluttrapport. Digital hjemmeoppfølging – definisjon, måltall og tilrettelegging» utarbeidet av de regionale helseforetakene som svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2021.

Registrering og rapportering av aktivitet knyttet til digital hjemmeoppfølging beskrives under i egne punkter i tråd med denne inndelingen. Heldigital pasientopplæring omtales særskilt her, men må ses i sammenheng med pasientopplæring ved fysisk frammøte eller kombinasjoner av fysisk frammøte og digital opplæring som beskrevet i punkt 4.21.



Skjematiske framstilling av digital hjemmeoppfølging, hentet fra «Sluttrapport. Digital hjemmeoppfølging – definisjon, måltall og tilrettelegging».

Foreløpig ISF-regelverk 2027

Forord
1 Om Innsatsstyrt finansiering
2 Endringer i ISF fra 2026 til 2027
3 Generelle regler for innsatsstyrt finansiering
4 Fellesbestemmelser om koding, registrering og rapportering
5 Spesifikke finansieringsregler – Somatikk
6 Finansieringsregler psykisk helsevern og TSB
7 Beregningsregler somatikk
8 Beregningsregler psykisk helsevern og TSB
Vedlegg 1 Grunnlagsdokument for ISF-regelverk 2027
1 Overordnet om ISF-utvikling
2 Generelle regler
3 ISF for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
4 ISF for somatisk spesialisthelsetjeneste
5 Endringer i DRG-, STG-og TFG-Grupperingssystemet
6 Kostnadsvekter i ISF 2027
7 Presiseringer og annen informasjon
Vedlegg 2Begreper og forkortelser i ISF-regelverk
Vedlegg 3 Masterlister for aktivitetsgruppene DRG, STG og TFG

Søk i seksjon

Vedlegg 1. Grunnlagsdokument for ISF-regelverk 2027

Dette vedlegget beskriver endringer og forenklinger i ISF-ordningen fra 2026 til 2027. Vedlegget offentliggjøres for å understøtte åpenhet om endringer i ISF-ordningen og valgene Helsedirektoratet gjør i den forbindelse.

→ Vedlegg 1. 1. Overordnet om ISF-utvikling

→ Vedlegg 1. 2. Generelle regler

→ Vedlegg 1. 3. ISF for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

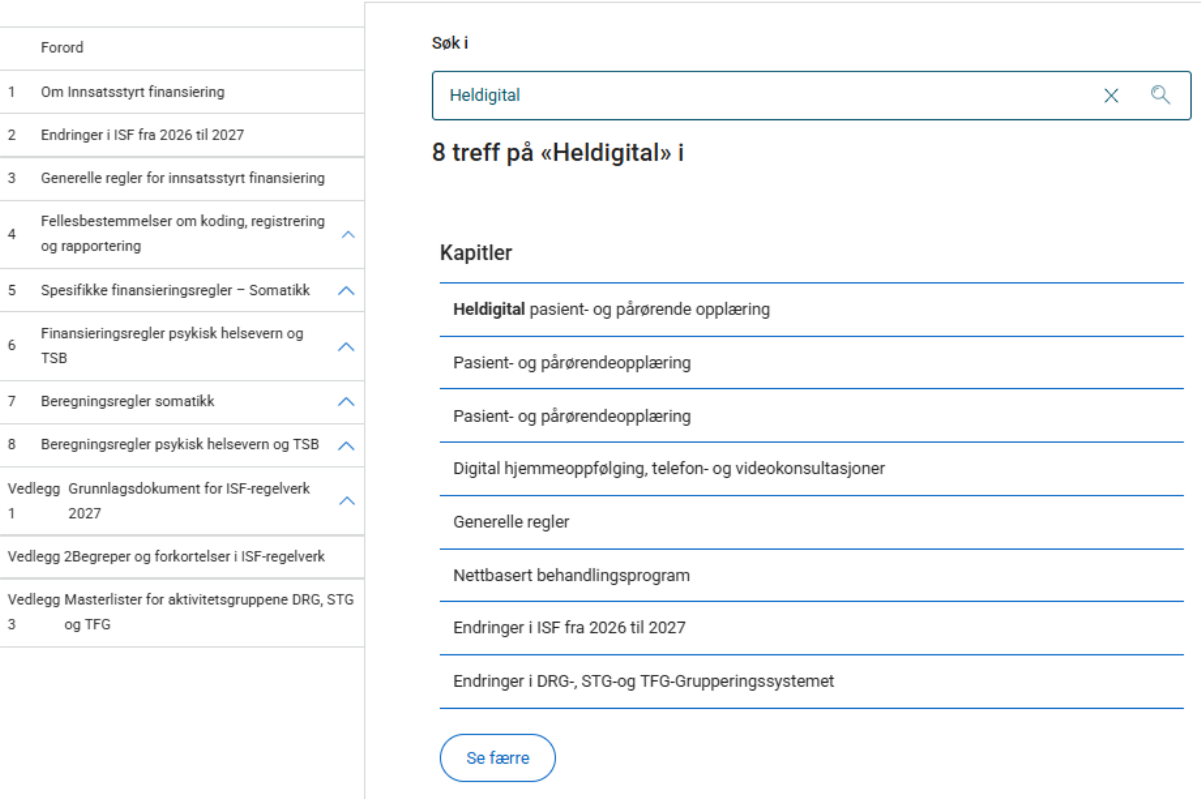
→ Vedlegg 1. 4. ISF for somatisk spesialisthelsetjeneste

→ Vedlegg 1. 5. Endringer i DRG-, STG-og TFG-Grupperingssystemet

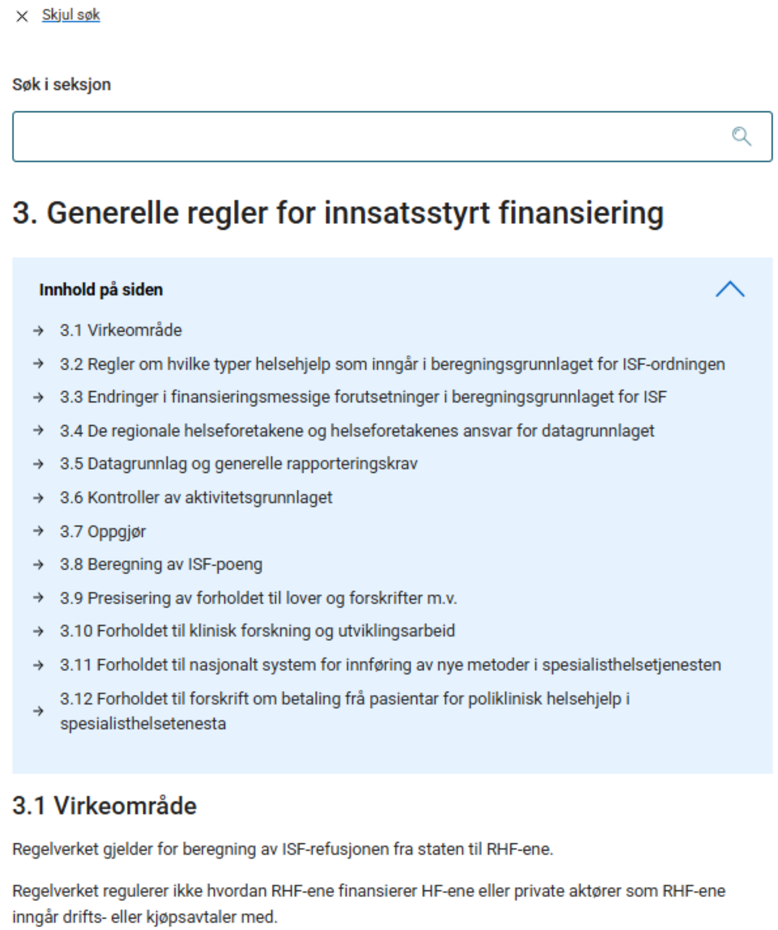
→ Vedlegg 1. 6. Kostnadsvekter i ISF 2027

→ Vedlegg 1. 7. Presiseringer og annen informasjon

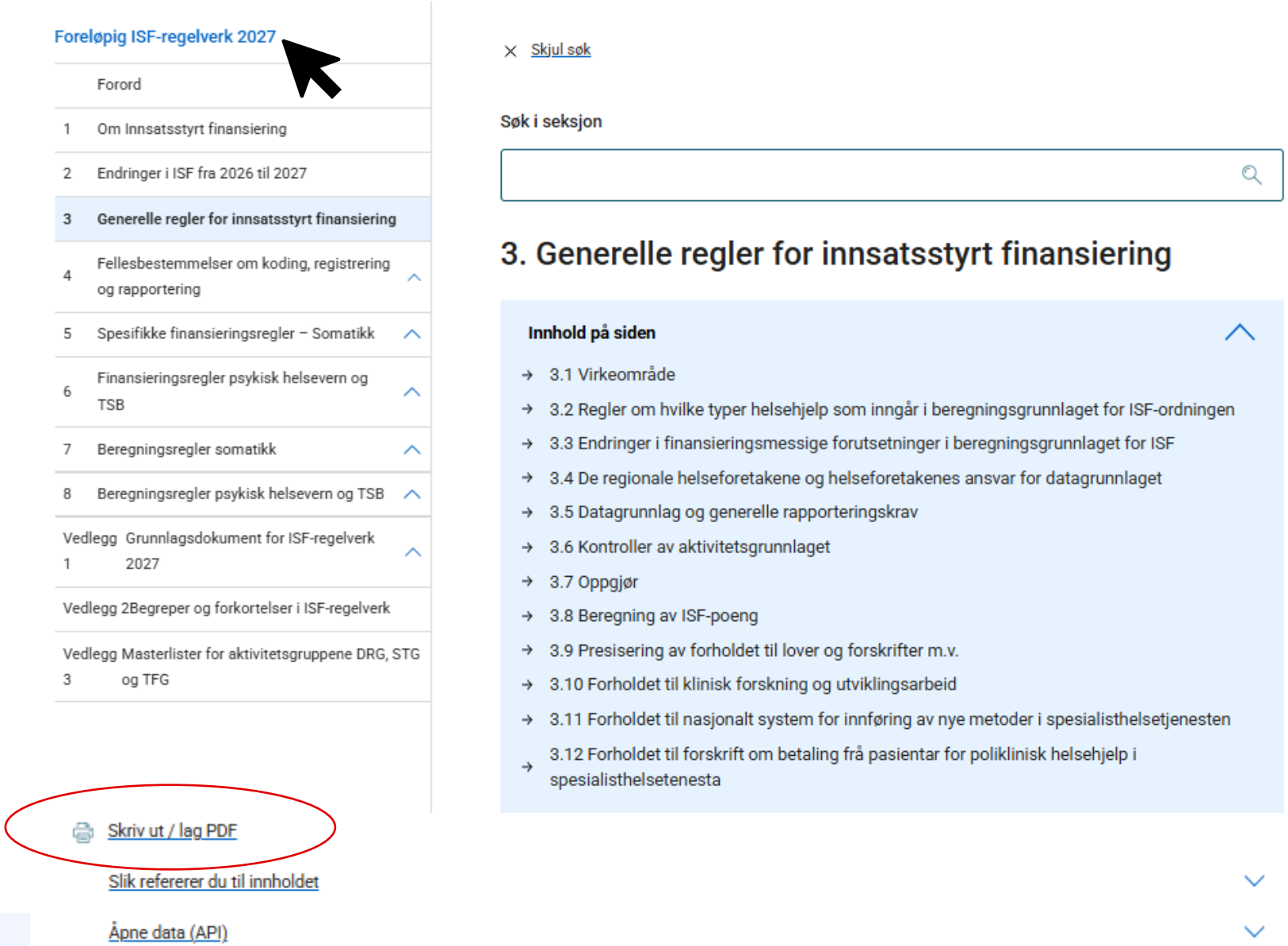
Ulike søkemåter







PDF


Foreløpig ISF-regelverk 2027
Forord
1 Om Innsatsstyrt finansiering
2 Endringer i ISF fra 2026 til 2027
3 Generelle regler for innsatsstyrt finansiering
4 Fellesbestemmelser om koding, registrering og rapportering
5 Spesifikke finansieringsregler – Somatikk
6 Finansieringsregler psykisk helsevern og TSB
7 Beregningsregler somatikk
8 Beregningsregler psykisk helsevern og TSB
Vedlegg 1 Grunnlagsdokument for ISF-regelverk 2027
Vedlegg 2 Begreper og forkortelser i ISF-regelverk
Vedlegg 3 Masterlister for aktivitetsgruppene DRG, STG og TFG
Skriv ut / lag PDF
Slik refererer du til innholdet
Åpne data (API)
Skjul søk
Søk i seksjon
3. Generelle regler for innsatsstyrt finansiering
Innhold på siden
3.1 Virkeområde
3.2 Regler om hvilke typer helsehjelp som inngår i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen
3.3 Endringer i finansieringsmessige forutsetninger i beregningsgrunnlaget for ISF
3.4 De regionale helseforetakene og helseforetakenes ansvar for datagrunnlaget
3.5 Datagrunnlag og generelle rapporteringskrav
3.6 Kontroller av aktivitetsgrunnlaget
3.7 Oppgjør
3.8 Beregning av ISF-poeng
3.9 Presisering av forholdet til lover og forskrifter m.v.
3.10 Forholdet til klinisk forskning og utviklingsarbeid
3.11 Forholdet til nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten
3.12 Forholdet til forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta

Ønske om tilbakemelding

- Vi ønsker tilbakemeldinger på ISF-regelverk på nytt format
- Bruk drginfo@helsedir.no



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



- **ISF er ikke førende for hva slags type helsehjelp som skal gis**

Nettbaserte behandlingsprogram utfordringer



- Avgrensningsproblematikk behandling versus pasientopplæring?
- Ulikheter i lengde/antall moduler - finansieringsperiode
- Kapasitetsproblematikk – kostnader ved oppstart versus drift
- Andre digitale aktiviteter som del av nettbaserte behandlingsprogram

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
  - Grensegang mot nettbaserte behandlingsprogram

- **Oppretter tre nye STG-er for heldigitale pasientopplæringsprogram**
- Beskrives i punkt 4.28 i regelverket
- Opplæringen skal tilfredsstille reglene i punkt 4.21
  - Program som er en kombinasjon av frammøte og digitale tjenester reguleres av punkt 4.21
- NB! dette er ikke selvhjelpsprogram

Digitale tjenester – andre endringer for 2027

- Øke insentivene for bruk av skjema og monitorering via utstyr
  - ➢ Refusjon på nivå med fysiske konsultasjoner
- Koding av robotassistert oppfølging og registrering
  - ➢ Utførende helsepersonell «annet»

AS10	Oppfølging av pasienter med lidelser i HDG 1 nervesystemet basert på pasientregistrerte data via
CS11	Telemedisinsk monitorering og oppfølging av pasienter med tilstander i HDG 3 øre, nese, hals via medisinsk utstyr
ES10	Oppfølging av pasienter med lidelser i HDG 5 sirkulasjonssystemet basert på pasientregistrerte
ES11	Telemedisinsk monitorering og oppfølging av pasienter med tilstander i HDG 5 sirkulasjonssystemet via medisinsk utstyr
FS10	Oppfølging av pasienter med lidelser i HDG 6 fordøyelsessystemet basert på pasientregistrerte data via skjema
HS10	Oppfølging av pasienter med lidelser i HDG 8 muskel-/skjelett og bindevev basert på pasientregistrerte data via skjema
HS11	Telemedisinsk monitorering og oppfølging av pasienter med tilstander i HDG 8 muskel, skjelett og bindevev via medisinsk utstyr
JS11	Telemedisinsk monitorering og oppfølging av pasienter med tilstander i HDG 9 hud via medisinsk utstyr
LS10	Oppfølging av pasienter med lidelser i HDG 10 indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer basert på pasientregistrerte data via skjema
PS10	Oppfølging av pasienter med tilstander i HDG 14 svangerskap, fødsel og barseltid basert på pasientregistrerte data via skjema
TS10	Oppfølging av pasienter med psykiske og rusrelaterte lidelser basert på pasientregistrerte data via skjema
TS11	Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med psykiske og rusrelaterte lidelser via medisinsk utstyr
XS10	Oppfølging av pasienter med andre somatiske lidelser basert på pasientregistrerte data via skjema
XS11	Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre somatiske lidelser via medisinsk utstyr

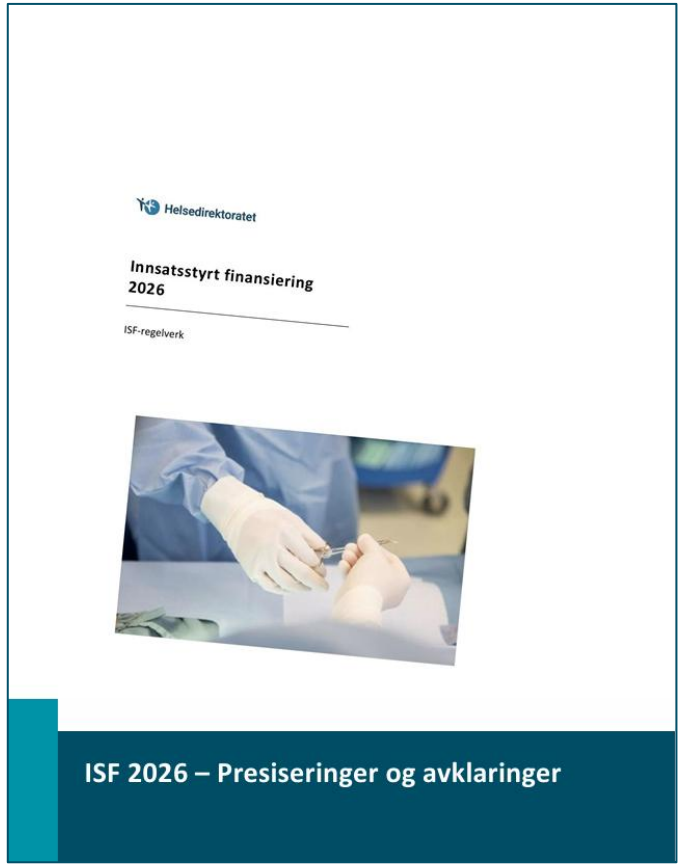
Digitale tjenester – hva jobber vi videre med?

- Kartlegging av kostnader
  - ➢Omforent og lik inklusjon/eksklusjon av kostnader
- Definisjon og avgrensing av aktivitet
- Registrerings- og rapporteringsforbedringer
- Kommunikasjon og bistand rundt finansieringsordninger

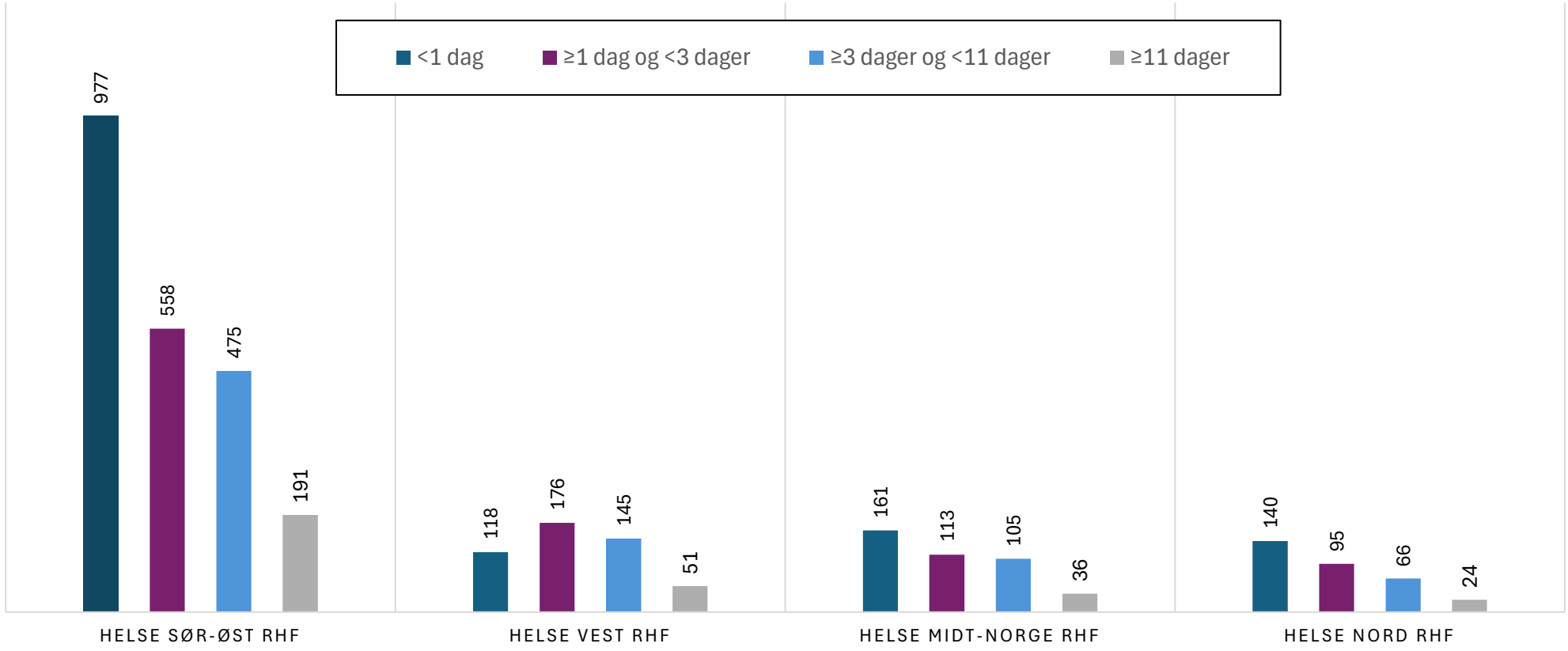


Hjemmesykehus

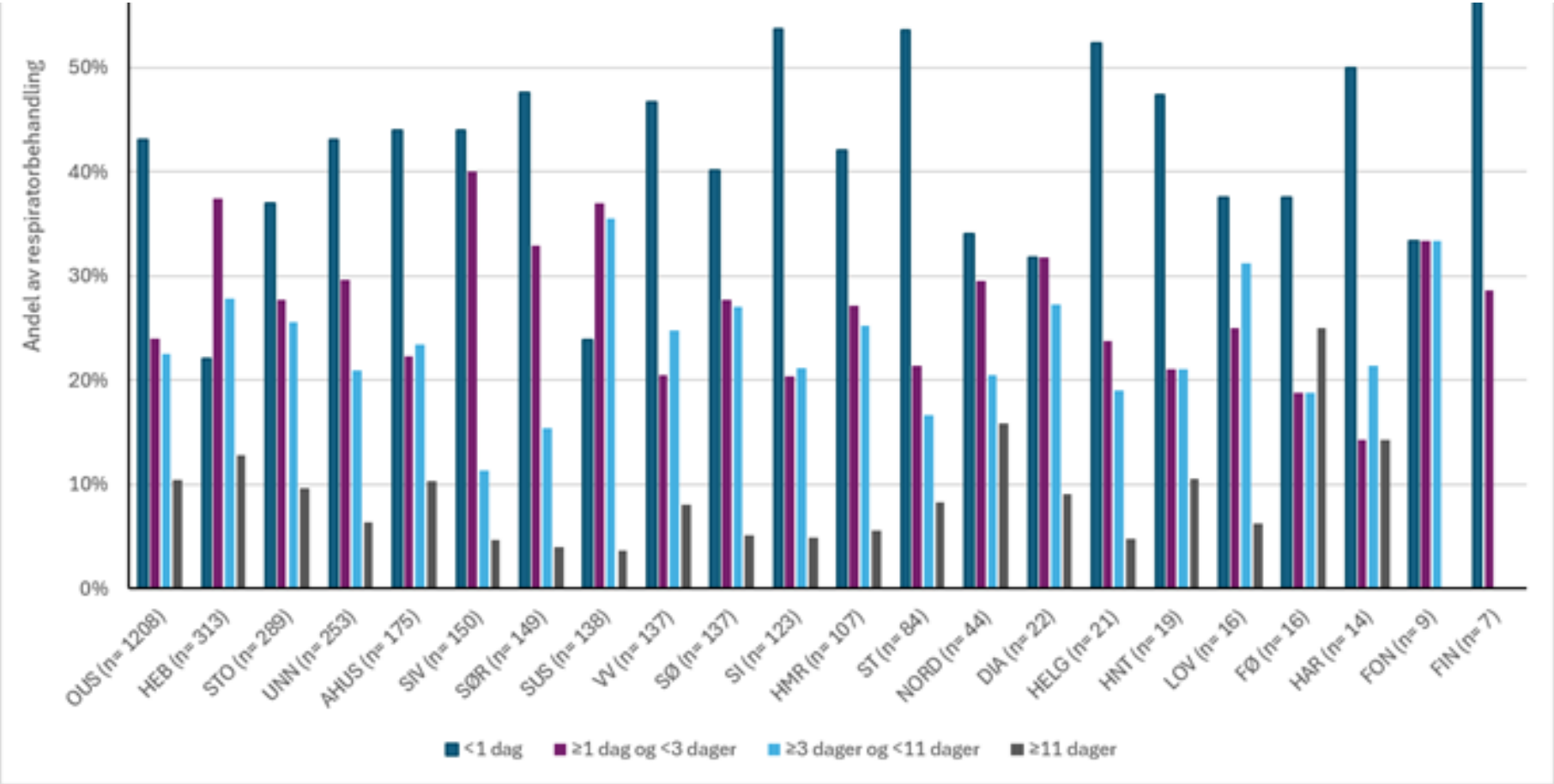
- For innlagte pasienter i hjemmesykehus er det i henhold til ISF-regelverk krav om *"… kontakt med kvalifisert personell fra sykehuset daglig for behandling og oppfølging i løpet av perioden innleggelsen varer. I hovedsak skal denne kontakten være fysisk eller tilsvarende som i sykehus"*
- Det presiseres at der sykehuset har ansvar for pasienten, men der personell fra kommunen utfører helsetjenester/ behandling på vegne av sykehuset (regulert i avtale) vil kravet om slik daglig kontakt med kvalifisert personell også dekke personell fra kommunen



Intensivbehandling – tid på respirator



Fordeling per helseforetak og tid på respirator



Eksempelvis ligger drøye 40% av de som ligger på respirator ved OUS mindre enn en dag, mens 10% av alle som ligger på respirator ved OUS ligger i 11 dager eller mer

Antallet der koder for respiratortid er angitt presenteres med «n=.»

Videre arbeid på intensivområdet

Avhenger av komplette data

Samarbeide med HF-ene for å få registreringene komplette
Kartlegge eventuelle hindringer
Høsting av data fra fagsystem?

- Gjøre dybdeanalyser – aktivitet og kostnader
- Vurdere endringer i DRG-systemet
- Ingen endringer for 2027

Koding og kontroll i ISF-ordningen

- Medisinsk koding av aktivitet skal finne sted i tråd med "Regler og veiledning for klinisk koding" fra Helsedirektoratet
- Koding skal bygge på opplysninger som er dokumentert i journalen og skal gjenspeile helsehjelpen pasienten har fått under oppholdet
- Tilstrebe korrekt og enhetlig kodingspraksis som gir god statistikk, god styringsinformasjon og **lik refusjon for like tjenester på tvers av enheter**







Ulike former for støtte og kontroll for korrekt koding og riktig ISF-refusjon

- Arbeidet som gjøres i sykehusene er viktig (opplæring, korrekt koding og etterkontroll via egnede støttende verktøy)
- Regelverk og veiledere
- Kodehjelp og drginfo
- Analyser og journalgjennomganger som gjøres i regi av Helsedirektoratet og av andre (inkl benchmarking)
- Avregningsutvalget
- Faglige fora



Lukkeregelen i ISF ble opphevet fra 2025

- Årsdata fra siste innrapportering for året utgjør ISF-grunnlaget
- En forutsetning at registrering og kodingen per tertial er oppdatert
  - Viktig for å få god oversikt over aktivitet og aktivitetsutvikling
  - Sikre oppdatert og riktig grunnlag for prognoser for ISF
- Prognosene er grunnlaget for RHF-ene sine budsjetter, og de økonomiske overføringene til RHF-ene
- Avvik følges opp i kontrollarbeidet – og kan medføre avkorting



Koden E46.00 Risiko for underernæring

Sett på bruk av denne koden

Økende bruk, og svært ulik registrering mellom sykehus

Analyser viser at slik koden nå benyttes er den ikke kompliserende for oppholdet (eks. målt ved liggetid)

Fra 01.01.2027 vil koden ikke lengre være kompliserende for oppholdet

Koden vil fortsatt være gyldig og uendret slik at den kan registreres der den er av betydning for oppholdet (oppfordrer til å vurdere egen kodepraksis)

Vårt arbeid med ICD-11

- **Forberedelse før innføring av ICD-11**
  - Mye som ikke er klart foreløpig. Tidspunkt for innføring og metode (big-bang eller gradvis)
  - Utfordringer vi må se på (database, kodestruktur, kodeklustere, rekkefølge og hvordan implementere i Norsk pasientklassifisering)
  - Tid og ressurs for oppdatering av DRG logikk og NPK
- **Samarbeid med flere**
  - RHF-ene
  - FHI (Norsk pasientregister) om registrering og rapportering
  - Utviklingsprosjektet for ICD-11 i Helsedirektoratet
  - Avdeling for kodeverk og terminologi som forvalter av ICD10/ICD11 og ansvar for koderegler
  - Nordisk samarbeid



Legemidler

- Pasientadministrert legemiddelbehandling
- Legemidler utlevert i sykehus
- Poliklinisk legemiddelbehandling
- Videreutvikling av legemiddelområdet



Pasientadministrert legemiddelbehandling

- Overføres 164 millioner fra basisbevilgning til ISF for 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

Pasientadministrert legemiddelbehandling, forts.

- Klassifisering av kreftlegemidler ut fra kostnadsinformasjon
  - Fire legemidler endrer gruppering fra kreftlegemidler til mindre kostbare kreftlegemidler

- Årlig gjennomgang av STG *XS99 - Annen pasientadministrert legemiddelbehandling*
  - Enkelte utvidelser av diagnosekrav / type legemiddel
  - Opprettes en ny STG, og 2 STG-er endrer navn:

Endring	STG	Navn
Ny STG	CS03	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved øre-, nese- og halstilstander
Nytt navn	MS04	*Gammelt navn:* Pasientadministrert legemiddelbehandling ved nyresykdom *Nytt navn:* Pasientadministrert legemiddelbehandling ved nyresykdom med tilhørende komplikasjoner
Nytt navn	XS12	*Gammelt navn:* Pasientadministrert legemiddelbehandling med immunsuppressive legemidler etter transplantasjon *Nytt navn:* Pasientadministrert legemiddelbehandling med immunmodulerende legemidler etter transplantasjon

Legemidler utlevert i sykehus

- I tilfeller pasienten får utlevert legemidler for selvadministrasjon direkte fra sykehusavdeling skal aktivitet kodes *ZWUU20 – medikament utlevert i spesialisthelsetjenesten for tidsavgrenset hjemmebehandling*

- Etter innspill utvides løsningen til å nå også gjelde pasientadministrert legemiddelbehandling knyttet til kreft.

- 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.

Poliklinisk legemiddelbehandling med særskilte legemidler (Somatikk)

- Gjennomgang av poliklinisk medikamentell behandling av migrene og hodepine
- Opprettes ny DRG for å samle denne type behandling.
  - Opphold hentes primært fra DRG 901A og 801W.
  - I forlengelse endrer DRG 801W navn

Endring	DRG	Navn
Ny DRG	801V	Poliklinisk medikamentell behandling av migrene og hodepine
Nytt navn	801W	*Gammelt navn:* Poliklinisk behandling av tilstander i nervesystemet med lokal injeksjon av botulinumtoksin *Nytt navn:* Poliklinisk behandling av tilstander i nervesystemet med lokal injeksjon av botulinumtoksin, ekskl. migrene og hodepine

Poliklinisk legemiddelbehandling med særskilte legemidler (PHV/TSB)

- Opprettes ny DRG **TD30 – Poliklinisk medikamentell behandling med særskilte legemidler** 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

DRG	HDG	Navn
TD30	19	Poliklinisk medikamentell behandling med særskilte legemidler

Videreutvikling av ISF og legemiddelbehandling

- 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



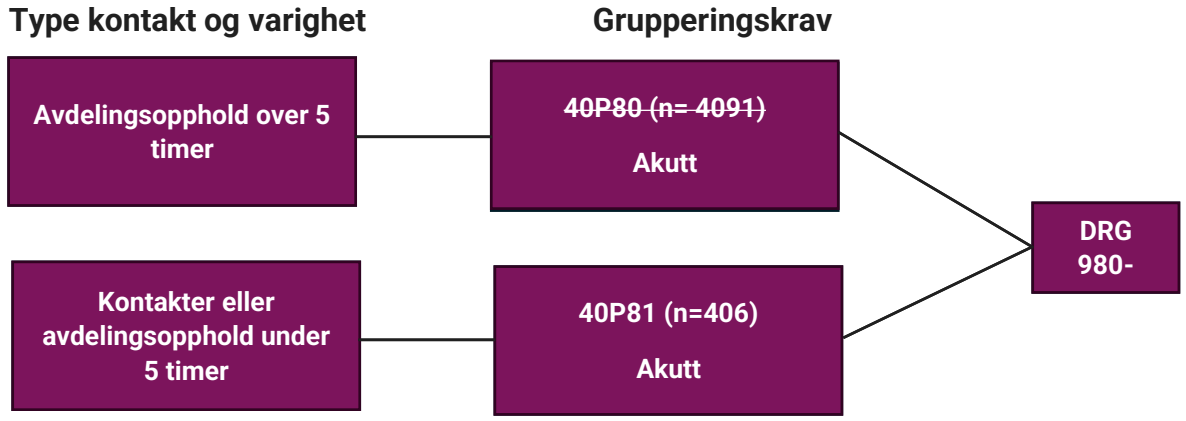
Øyeblikkelig hjelp

- Gjennomgang av kravet rundt oppholdets hovedtilstand
  - Inkluderte hovedtilstander utover ISF-regelverk (2026)
  - Delvis inkonsistente inklusjonskriterie
  - Stort omfang, men begrenset praktisk betydning
- Rom for forenkling
  - Resulterer i hovedsak to endringer

Krav om hovedtilstand

- Krav om hovedtilstand avhenger av oppholdets varighet

- For avdelingsopphold over 5 timer fjernes krav om hovedtilstand
  - For avdelingsopphold under 5 timer og kontakter beholdes krav om hovedtilstand



Andre ØH-relaterte tilstander uten overnatting

- Innhold i DRG *980X - Andre ØH-relaterte tilstander uten overnatting* inneholder ØH-opphold fra en rekke ulike HDG-er.

- For fire HDG-er ble volum identifisert som tilstrekkelig for å opprette egne DRG-er.

DRG	HDG	Navn
980G	07	ØH-relaterte tilstander i lever, gallevei og bukspyttkjertel uten overnatting
980J	09	ØH-relaterte tilstander i hud og underhud uten overnatting
980M	11	ØH-relaterte nyre- og urinveistilstander uten overnatting
980P	14	ØH-relaterte tilstander i svangerskap, fødsel og barseltid uten overnatting

Amputasjoner

- 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.

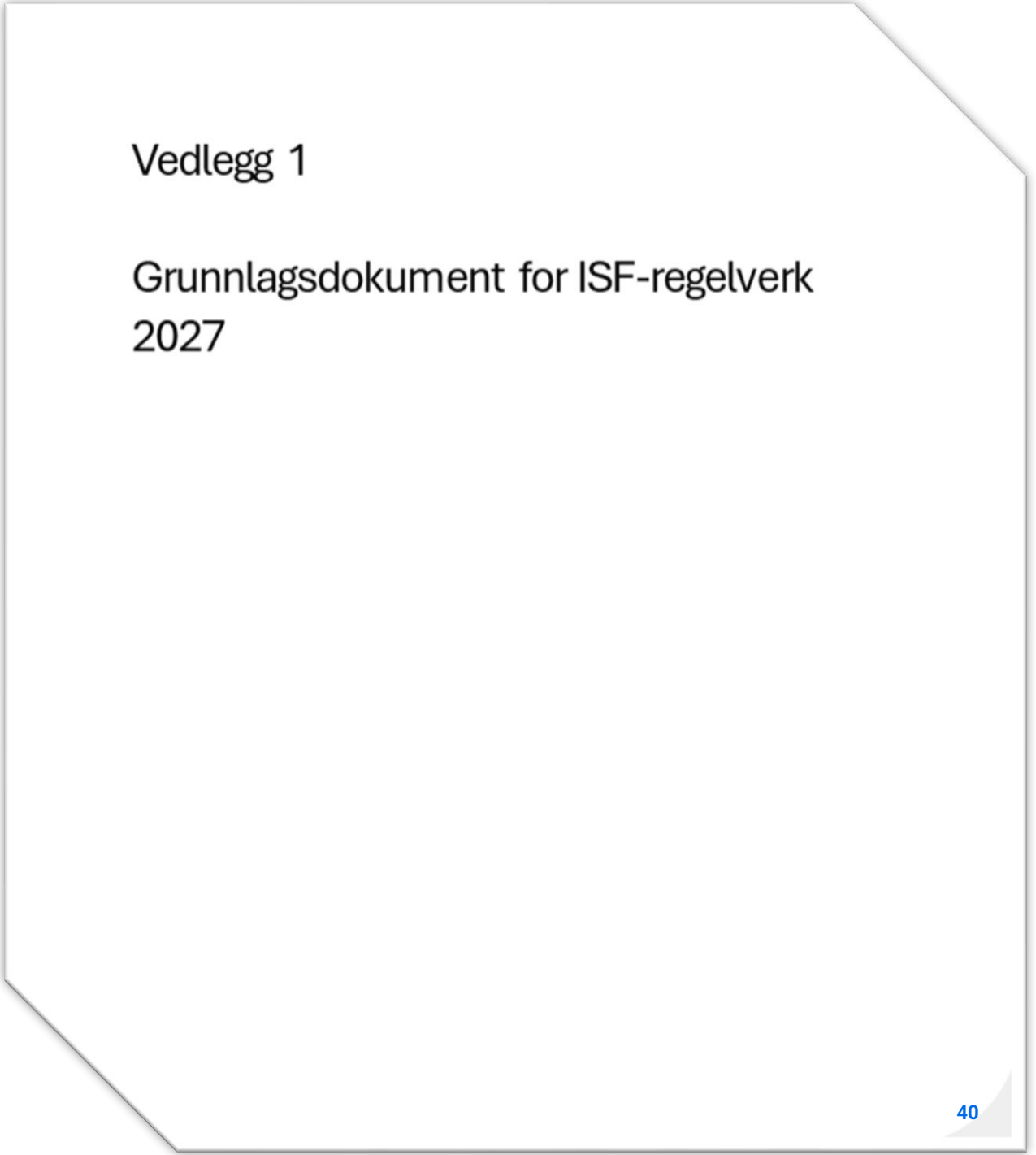
Amputasjoner

DRG	Navn	Ny DRG	Navn
113	Amputasjon av underekstr ekskl tå v/ sirk.svikt	.	.
113O	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	.	.
114O	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	.	.
213O	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
285O	Amputasjoner av underekstr pga sykdom i HDG 10, dagkirurgisk behandling	113P	Amputasjon ved sykdommer i sirkulasjonssystemet, dagkirurgisk behandling

Endringer i TFG-systemet

- Det legges ikke opp til noen endringer i TFG-systemet for 2027

For øvrige endringer i DRG-, STG- og TFG-systemet vises det til **Vedlegg 1 Grunnlagsdokumentet for ISF-regelverk 2027.**



Kostnadsvekter 2027

- Årets arbeid har fulgt et ordinært løp
  - Frist for KV-leveranse 10.april
  - Kvalitetssikringsmøte 3.juni
  - Endelig KV-leveranse 30.juni
- Kostnadsgrunnlagene er i kontinuerlig forbedring
- Kostnadsgrunnlaget for 2025 er vurdert som egnet for kostnadsvekter både innen somatikk og PHV og TSB for 2027



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 fylle 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
    - NB! Poengtillegget går ned etter som at enhetsrefusjonen går opp. →Færre poeng, like mange kroner
- Vektene for DRG, STG og TFG 2027 tar høyde for ny logikk

Omfordelingseffekter – Foreløpig regelverk

- Forutsetninger for omfordelingseffekter:
  - 2025 aktivitet med 2025 logikk, 2026 vekter og 2027 vekter
  - Ikke hensyntatt ulike poengtillegg; ambulant, sekundær rehab, palliativt etc
  - Ikke hensyntatt konsekvenser av TFG-finansieringen
  - Nytt vektsett er kalibrert for å sikre budsjettnøytralitet

PHV/TSB					
Foretak	2026-vekter	2027-vekter	Endring	%-endring	i NOK
AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF	56 431	56 333	-98	-0,17 %	-482 602
VESTRE VIKEN HF	57 234	56 811	-423	-0,74 %	-2 077 777
HELSE BERGEN HF	41 637	41 902	266	0,64 %	1 304 899
ST. OLAVS HOSPITAL HF	37 754	37 657	-96	-0,25 %	-472 530
HELSE STAVANGER HF	30 407	30 469	62	0,20 %	305 674
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	36 212	35 990	-222	-0,61 %	-1 088 446
SØRLANDET SYKEHUS HF	33 243	33 217	-25	-0,08 %	-123 651
SYKEHUSET INNLANDET HF	31 498	31 443	-55	-0,17 %	-268 934
SYKEHUSET I VESTFOLD HF	28 669	28 678	9	0,03 %	43 822
SYKEHUSET ØSTFOLD HF	28 488	28 512	24	0,08 %	116 126
HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	25 343	25 175	-168	-0,66 %	-826 008
LOVISENBERG DIAKONALE SYKEHUS AS	25 541	26 370	829	3,24 %	4 069 716
UNN HF	21 420	21 357	-63	-0,29 %	-309 370
SYKEHUSET TELEMARK HF	16 384	16 296	-88	-0,54 %	-431 529
HELSE FONNA HF	15 477	15 433	-44	-0,29 %	-218 094
NORDLANDSSYKEHUSET HF	11 724	11 656	-68	-0,58 %	-335 257
Private idelle Vest	15 842	15 924	82	0,52 %	404 733
HELSE NORD-TRØNDELAG HF	12 198	12 140	-59	-0,48 %	-287 695
DIAKONHJEMMET SYKEHUS AS	14 167	14 181	15	0,10 %	72 129
HELSE FØRDE HF	9 936	10 021	85	0,86 %	418 012
HELGELANDSSYKEHUSET HF	7 480	7 455	-25	-0,33 %	-121 772
FINNMARKSSYKEHUSET HF	8 400	8 345	-55	-0,65 %	-269 398
Private ideelle Sør-Øst	6 373	6 448	75	1,17 %	366 343
Private idelle Midt-Norge	1 005	1 025	20	2,03 %	99 998
Private idelle Nord	2 292	2 315	23	0,99 %	111 611

VOP/TSB					
Foretak	2026-vekter	2027-vekter	Endring	%-endring	i NOK
AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF	36 550	37 064	513	1,40 %	2 520 905
VESTRE VIKEN HF	34 045	34 490	445	1,31 %	2 185 342
HELSE BERGEN HF	26 375	27 264	889	3,37 %	4 365 948
ST. OLAVS HOSPITAL HF	25 477	25 805	328	1,29 %	1 609 759
HELSE STAVANGER HF	18 386	18 862	476	2,59 %	2 337 783
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	22 662	23 010	348	1,54 %	1 709 325
SØRLANDET SYKEHUS HF	23 053	23 395	342	1,48 %	1 679 975
SYKEHUSET INNLANDET HF	20 177	20 503	326	1,62 %	1 600 875
SYKEHUSET I VESTFOLD HF	18 207	18 514	306	1,68 %	1 504 386
SYKEHUSET ØSTFOLD HF	18 579	18 927	348	1,87 %	1 706 934
HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	15 347	15 543	196	1,28 %	964 181
LOVISENBERG DIAKONALE SYKEHUS AS	20 759	21 765	1 006	4,84 %	4 939 032
UNN HF	13 686	13 932	245	1,79 %	1 204 349
SYKEHUSET TELEMARK HF	9 142	9 305	163	1,78 %	798 876
HELSE FONNA HF	9 033	9 191	158	1,75 %	776 913
NORDLANDSSYKEHUSET HF	7 075	7 184	109	1,53 %	533 283
Private idelle Vest	13 730	13 909	179	1,30 %	878 742
HELSE NORD-TRØNDELAG HF	7 051	7 155	104	1,48 %	510 877
DIAKONHJEMMET SYKEHUS AS	10 588	10 746	158	1,49 %	776 165
HELSE FØRDE HF	5 950	6 174	223	3,76 %	1 097 326
HELGELANDSSYKEHUSET HF	4 676	4 752	75	1,61 %	369 368
FINNMARKSSYKEHUSET HF	5 402	5 465	63	1,17 %	310 177
Private ideelle Sør-Øst	6 204	6 286	83	1,33 %	406 617
Private idelle Midt-Norge	1 002	1 023	20	2,05 %	100 650
Private idelle Nord	2 185	2 213	28	1,28 %	137 113

BUP					
Foretak	2026-vekter	2027-vekter	Endring	%-endring	i NOK
AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF	19 881	19 269	-612	-3,08 %	-3 003 508
VESTRE VIKEN HF	23 189	22 321	-868	-3,74 %	-4 263 120
HELSE BERGEN HF	15 261	14 638	-623	-4,08 %	-3 061 049
ST. OLAVS HOSPITAL HF	12 277	11 853	-424	-3,45 %	-2 082 288
HELSE STAVANGER HF	12 021	11 607	-414	-3,44 %	-2 032 109
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	13 550	12 980	-570	-4,20 %	-2 797 771
SØRLANDET SYKEHUS HF	10 190	9 822	-367	-3,60 %	-1 803 626
SYKEHUSET INNLANDET HF	11 321	10 940	-381	-3,36 %	-1 869 809
SYKEHUSET I VESTFOLD HF	10 462	10 164	-297	-2,84 %	-1 460 565
SYKEHUSET ØSTFOLD HF	9 909	9 585	-324	-3,27 %	-1 590 808
HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	9 996	9 631	-365	-3,65 %	-1 790 188
LOVISENBERG DIAKONALE SYKEHUS AS	4 782	4 605	-177	-3,70 %	-869 316
UNN HF	7 734	7 426	-308	-3,99 %	-1 513 718
SYKEHUSET TELEMARK HF	7 241	6 991	-251	-3,46 %	-1 230 405
HELSE FONNA HF	6 444	6 242	-203	-3,14 %	-995 007
NORDLANDSSYKEHUSET HF	4 649	4 472	-177	-3,80 %	-868 540
Private idelle Vest	2 112	2 015	-97	-4,57 %	-474 009
HELSE NORD-TRØNDELAG HF	5 147	4 984	-163	-3,16 %	-798 573
DIAKONHJEMMET SYKEHUS AS	3 579	3 436	-143	-4,01 %	-704 036
HELSE FØRDE HF	3 985	3 847	-138	-3,47 %	-679 314
HELGELANDSSYKEHUSET HF	2 804	2 704	-100	-3,57 %	-491 141
FINNMARKSSYKEHUSET HF	2 998	2 880	-118	-3,94 %	-579 575
Private ideelle Sør-Øst	169	161	-8	-4,84 %	-40 274
Private idelle Midt-Norge	3	3	0	-4,84 %	-652
Private idelle Nord	107	102	-5	-4,84 %	-25 502

Sørge for	2026-vekter	2027-vekter	Endring	%-endring	i NOK
Helse Midt-Norge	76 020	75 738	-282	-0,37 %	-1 386 914
Helse Nord	53 199	53 028	-171	-0,32 %	-842 133
Helse Vest	113 572	113 979	407	0,36 %	1 998 008
Helse Sør-Øst	332 363	332 410	47	0,01 %	231 039

Gruppe	2026-vekter	2027-vekter	Endring	%-endring	i NOK
VOP/TSB	375 343	382 475	7 132	1,90 %	35 024 903
BUP	199 811	192 679	-7 132	-3,57 %	-35 024 903

Foretak	2026-vekter	2027-vekter	Endring	%-endring
Sykehuset Østfold HF	92 788	92 941	154	0,17 %
Akershus universitetssykehus HF	146 030	145 670	-359	-0,25 %
Oslo universitetssykehus HF	260 693	261 473	780	0,30 %
Sunnaas sykehus HF	912	908	-4	-0,43 %
Sykehuset Innlandet HF	100 350	100 333	-17	-0,02 %
Vestre Viken HF	135 081	134 707	-374	-0,28 %
Sykehuset i Vestfold HF	73 083	73 020	-63	-0,09 %
Sykehuset Telemark HF	51 653	51 781	128	0,25 %
Sørlandet sykehus HF	86 431	86 233	-198	-0,23 %
Diakonhjemmet Sykehus	26 337	26 373	36	0,14 %
Lovisenberg Sykehus	25 968	25 981	13	0,05 %
Martina Hansens hospital	6 767	6 436	-332	-4,90 %
Revmatismesykehuset AS Lillehammer	1 201	1 181	-20	-1,62 %
Betanien hospital	3 690	3 596	-94	-2,56 %
Oslo legevakt	1 960	2 071	111	5,65 %
Helse Stavanger HF	95 574	95 255	-319	-0,33 %
Helse Fonna HF	46 104	46 241	137	0,30 %
Helse Bergen HF	163 915	163 964	49	0,03 %
Helse Førde HF	29 508	29 524	16	0,06 %
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	18 164	18 461	297	1,64 %
Haugesund sanfor revm	2 948	2 779	-168	-5,70 %
Betanien sykehus	1 133	1 143	10	0,87 %
Møre og Romsdal HF	74 836	75 040	204	0,27 %
St. Olavs Hospital HF	132 169	132 036	-133	-0,10 %
Helse Nord Trøndelag HF	38 915	38 866	-49	-0,13 %
Helgelandssykehuset HF	21 411	21 485	74	0,35 %
Nordlandssykehuset HF	47 699	47 667	-32	-0,07 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	78 522	78 509	-13	-0,02 %
Helse Finnmark HF	17 426	17 446	20	0,11 %
Private sykehus	10 097	10 243	146	1,44 %

Sørge for	2026-vekter	2027-vekter	Endring	%-endring
Helse Midt-Norge	251 237	251 597	359	0,14 %
Helse Nord	176 053	176 203	150	0,09 %
Helse Vest	362 820	363 009	189	0,05 %
Helse Sør-Øst	1 001 254	1 000 555	-699	-0,07 %

Region	2026-vekter	2027-vekter	Endring	%-endring
Midt	245 920	245 943	22	0,01 %
Nord	165 058	165 107	49	0,03 %
Vest	357 345	357 367	22	0,01 %
Sør-Øst	1 012 943	1 012 704	-239	-0,02 %
Privspes	10 097	10 243	146	1,44 %

	2026-vekter	2027-vekter	Endring	%-endring
Dag/Døgn	1 317 603	1 323 828	6 224	0,47 %
Poliklinikk	358 685	359 373	688	0,19 %
STG	101 712	95 652	-6 060	-5,96 %
Stråleterapi	13 363	12 511	-852	-6,38 %

	2026-vekter	2027-vekter	Endring	%-endring
STG	101 712	95 652	-6 060	-5,96 %
Medisinsk	598 250	612 534	14 284	2,39 %
Kirurgisk	620 697	617 424	-3 273	-0,53 %
Annet	470 705	465 754	-4 950	-1,05 %

HDG		2026-vekter	2027-vekter	Endring	%-endring
1	Sykdommer i nervesystemet	133 137	134 213	1 076	0,81 %
2	Øyesykdommer	42 618	43 025	407	0,96 %
3	Øre, nese og halssykdommer	66 003	67 664	1 661	2,52 %
4	Sykdommer i åndedrettsorganene	146 769	146 882	113	0,08 %
5	Sykdommer i sirkulasjonsorganene	179 158	184 234	5 075	2,83 %
6	Sykdommer i fordøyelsesorganene	182 317	182 135	-181	-0,10 %
7	Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	59 592	58 927	-665	-1,12 %
8	Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	261 395	254 937	-6 458	-2,47 %
9	Sykdommer i hud og underhud	60 418	59 639	-779	-1,29 %
10	Indresektoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	44 159	45 714	1 556	3,52 %
11	Nyre og urinveissykdommer	109 726	111 397	1 670	1,52 %
12	Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	25 974	25 332	-642	-2,47 %
13	Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	41 784	41 609	-176	-0,42 %
14	Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid	74 910	75 277	366	0,49 %
15	Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperiode	72 416	66 241	-6 175	-8,53 %
16	Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunappa	25 871	25 334	-537	-2,08 %
17	Myeloproliferative Sykdommer og lite differensierte svulst	58 239	59 764	1 525	2,62 %
18	Infeksiøse og parasittære Sykdommer	35 760	34 927	-833	-2,33 %
19	Psykiske lidelser og rusproblemer	25 147	26 639	1 492	5,93 %
21	Skade, forgiftninger og toksiske effekter av medikamenter	30 973	30 810	-163	-0,53 %
22	Forbrenninger	1 502	1 622	121	8,04 %
23	Faktorer som påvirker helsetilstanden - andre kontakter m	15 443	15 735	292	1,89 %
30	Sykdommer i bryst	32 653	32 799	146	0,45 %
40	Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper	60 796	61 934	1 138	1,87 %
99	Kategorier uten hoveddiagnose	4 603	4 575	-29	-0,62 %

Kostnadsvekter 2028

- Vi følge samme prosess som tidligere år
  - Rapportering av gjennomsnittskostnader pr DRG til Helsedirektoratet
  - Episodekostnader til NPR
- Arbeidet med å få etablert et kvalitetssikret og omforent kostnadsgrunnlag for de nye tjenestekategoriene (STG) vil fortsette
- STG-grunnlaget må etableres parallelt med øvrig kostnadsgrunnlag

NPK 2027

- Eget møte med teknisk fokus avholdes 22. oktober klokken 10.00-11.00.
- Her gjennomgås endringer i NPK og konfigurasjonsfiler/definisjonsdata.

- Kort om NPK 2027
  - Kun NET10 versjon
  - Ulike regelendringer utført
  - I foreløpig versjon vil parameterinnstillingen være slik dersom UtDatoTid mangler, vil det settes inn en verdi for denne.

Resultatbasert finansiering legges om fra 2027

- Resultatbasert finansiering (RBF) ble innført i 2022 og innebar at deler av bevilgningen til helseregionene var avhengig av måloppnåelse på utvalgte indikatorer.
- Helsedirektoratet har fått i oppdrag å konkretisere og forvalte en ny nasjonal insentivordning for kortere ventetider i 2027.
- RBF legges om fra 1. januar 2027.



138 **Prop. 1 S** 2026–2027
Helse- og omsorgsdepartementet

Håndtering av opparbeidet driftskreditt under regnskapslovens bestemmelser

Det vises til omtale under kap. 3732, post 86, og til beskrivelse av ny modell for regnskapsføring av helseforetakenes pensjonsforhold og håndtering av driftskreditter i Prop. 96 S (2025–2026). Det foreslås å bevilge 7 460 mill. kroner til dekning av helseforetakenes driftskredittrammer på 14 921 mill. kroner opparbeidet gjennom regnskapslovens bestemmelser for kostnadsføring av pensjon. Bevilgningen fordeles i tråd med de regionale helseforetakenes resterende driftskredittramme ved overgangen til ny modell for regnskapsføring av pensjonsforhold fra 2026. Bevilgningen er en oppfølging av kompensasjonen på 7 461 mill. kroner vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 96 S (2025–2026) og innebærer at all gammel driftskreditt nå er kompensert. Bevilgningen fordeles med:

- 3 861 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 1 466 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 1 137 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 996 mill. kroner til Helse Nord RHF

Post 71 Resultatbasert finansiering

Ordningen med resultatbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten ble innført fra budsjettåret 2022, jf. Prop. 1 S (2021–2022). Resultatbasert finansiering erstattet den tidligere ordningen med kvalitetsbasert finansiering. Formålet med ordningen har vært å stimulere til ønsket tjenesteutvikling, med vekt på samhandling og digitalisering, og midlene har blitt fordelt mellom de regionale helseforetakene basert på måloppnåelse på noen utvalgte indikatorer.

Bevilgningsrammen på posten utgjorde 693,1 mill. kroner i 2026. I utbetaling av tilskuddet for 2026 ble de regionale helseforetakene basert på måloppnåelse i 2025 på følgende indikatorer:

- Andel epikriser sendt innen 1 dag
- Digital hjemmeoppfølging av pasienter via medisinsk utstyr
- Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering
- Gjennomført nettbasert behandlingsprogram
- Samarbeidsaktiviteter (PHV/TSB)
- Samarbeidsaktiviteter (Somatikk)
- Teambasert oppfølging (ACT- og FACT-team)
- Teambasert oppfølging (Somatikk)
- Video- og telefonkonsultasjoner

Basert på måloppnåelse for første tertial 2025, ble de regionale helseforetakene tildelt en andel av rammen i Prop. 1 S (2025–2026) for budsjettåret 2026. Helse Sør-Øst RHF ble tildelt 358 mill. kroner, Helse Vest RHF tildelt 162 mill. kroner, Helse Midt-Norge tildelt 94,9 mill. kroner, og Helse Nord RHF tildelt 78,2 mill. kroner. I forbindelse med behandlingen av Prop. 96 S (2025–2026) ble det gjort en justering av fordeling basert på måloppnåelse for hele 2025, hvor 2,5 mill. kroner ble omfordelt mellom de regionale helseforetakene. Helse Vest RHF var det eneste regionale helseforetaket som hadde måloppnåelse som gav utslag i høyere tildeling sammenlignet med ordinær inntektsfordeling.

Med bakgrunn i regjeringens satsing på å redusere ventetider i spesialisthelsetjenesten foreslår regjeringen å legge om ordningen i 2027 slik at den understøtter arbeidet med ventetider i de regionale helseforetakene. Innretningen med ordningen foreslås derfor endret fra 2027 med virkning fra 1. januar. Det innebærer at eksisterende indikatorer tas ut av ordningen. Regjeringen foreslår heller at bevilgningen skal finansiere en nasjonal insentivordning som bidrar til økt aktivitet utover det en skal kunne forvente gjennom ordinær drift, for å korte ned ventetidene i spesialisthelsetjenesten. Insentivordningen skal utformes slik at helseforetakene gis ekstra tilskudd dersom flere pasienter får startet sin helsehjelp og flere behandles sammenliknet med et fastsatt referansenivå, på en slik måte at ventetidene reduseres. Aktivitetsindikatorer som skal inngå i modellen er flere avviklede pasienter fra venteliste (flere med påbegynt helsehjelp) og flere behandlede pasienter målt med «Tid til tjenestestart». Dette for å redusere ventetidene. Alle helseforetak som øker aktiviteten, skal få uttelling innenfor bevilgningen. Helsedirektoratet vil forvalte endelig fastsatt regelverk og administrere ordningen. Endelig innretning vil bli beskrevet i styringsdokumentene til de regionale helseforetakene.

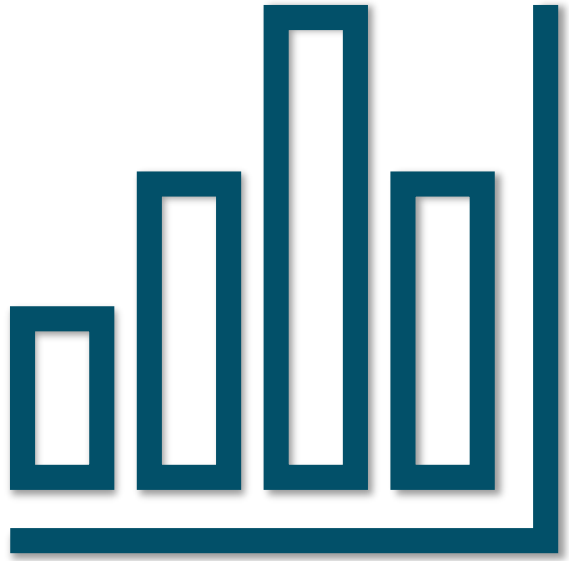
Bevilgningen foreslås utbetalt til de regionale helseforetakene basert på rapporterte resultater blant regionens foretak. Midlene skal gå til helseforetak med størst målbar endring som følge av ordningen, ikke utfra en på forhånd fastsatt fordelingsnøkkel mellom og innad i de regionale helseforetakene.

En endret innretning kan føre til at enkelte helseforetak får mindre midler enn året før, mens andre får mer. Departementet vil følge med på ev. utilsiktede effekter av ordningen.

Det foreslås bevilget 717,4 mill. kroner i 2027.

Ny insentivordning for kortere ventetider

- Med bakgrunn i regjeringens satsing på å redusere ventetider i spesialisthelsetjenesten foreslår regjeringen å legge om RBF i 2027
- Ny insentivordning har en samlet ramme på 717,4 mill. kroner.
- Helseforetakene skal få ekstra tilskudd når flere pasienter får startet helsehjelp og flere pasienter blir behandlet sammenlignet med et fastsatt referansenivå.
- Modellen skal bygge på to aktivitetsindikatorer:
  - flere pasienter med oppstart av helsehjelp
  - flere behandlede pasienter målt med Tid til tjenestestart
- FHI og de regionale helseforetakene skal involveres i arbeidet.



Helsedirektoratet

Nytt i kodeverkene 2027

ISF-møte 20.10.26 | avdeling for kodesystemer og standarder

Agenda

- Nytt fra Avdeling for kodesystemer og standarder i Helsedirektoratet
  - Status ICD-11

- Endringer i Norsk klinisk prosedyrekodeverk (NKPK):
  - NCMP
  - NCSP
  - NCRP

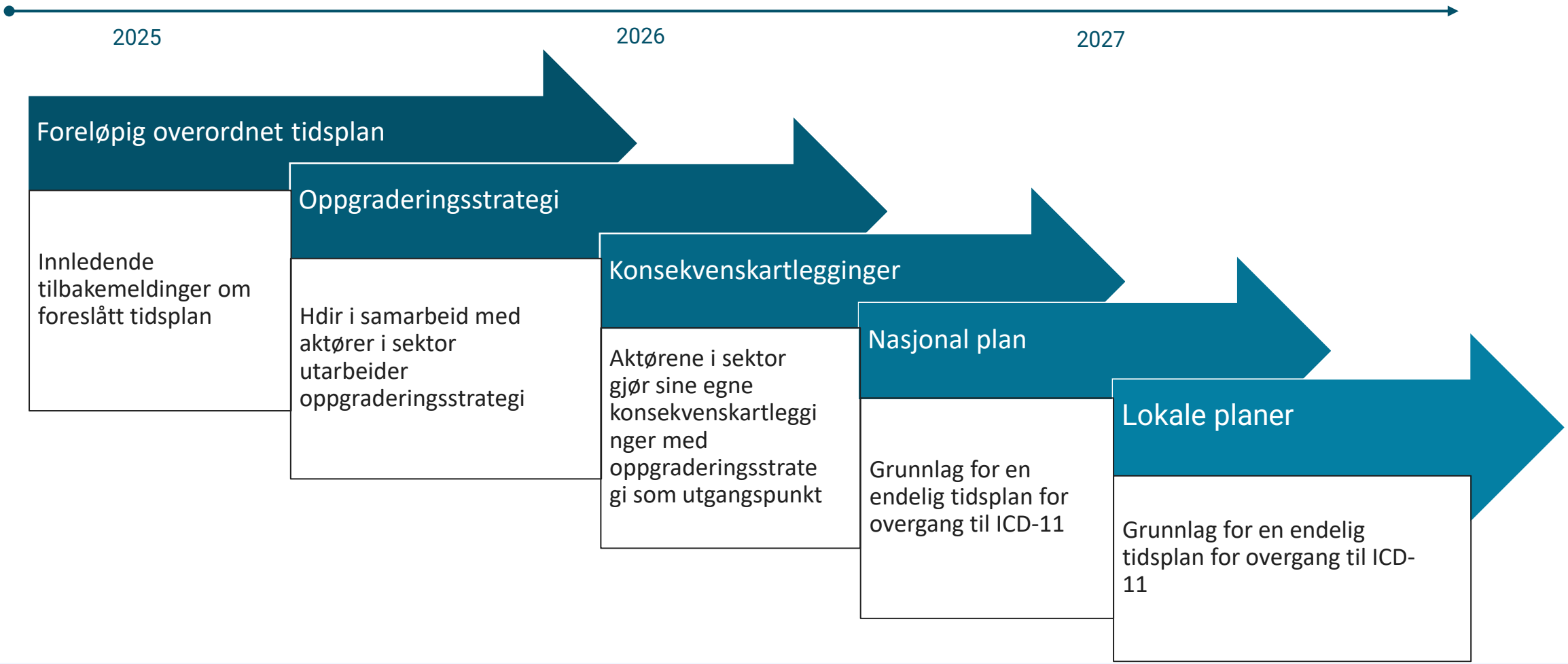
Tildelings- og oppdragsbrev 2026

TB2026-38	Avd. HOD: DIG	Informasjonsforvaltning Kodeverk og terminologi
Helsedirektoratet skal, som en del av arbeidet med informasjonsforvaltning, legge til rette for større forutsigbarhet for sektoren. Helsedirektoratet skal 1. fortsette arbeidet med overgangen til ICD-11, dette inkluderer arbeid med å oversette og tilgjengeliggjøre kodeverket, samt fastsette og følge opp oppgraderingsstrategi slik at det gir forutsigbarhet og effektiv bruk av sektorens ressurser		

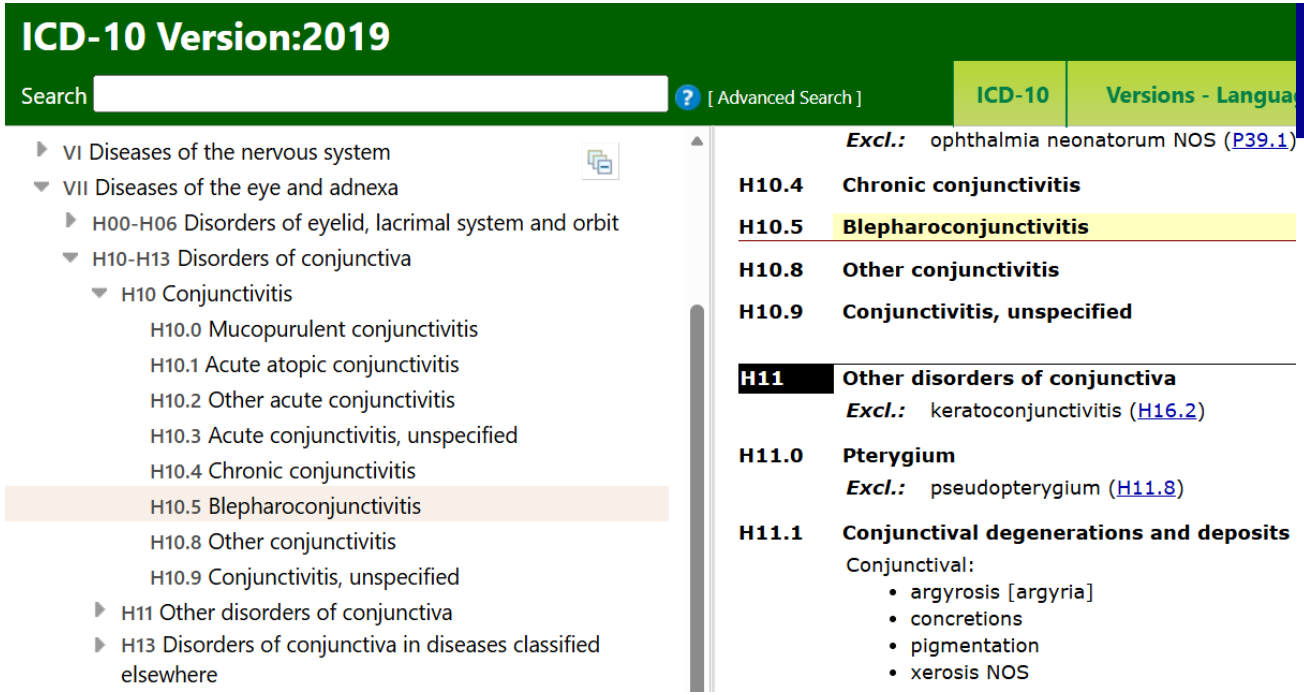
TB2026-11	Avd. HOD: DIG	Overgang til ICD-11 for helseregistrene
Folkehelseinstituttet skal kartlegge konsekvenser av overgang til ICD-11 for helseregistrene med utgangspunkt i Helsedirektoratets oppgraderingsstrategi når denne foreligger. Frist: Settes i dialog med Folkehelseinstituttet		

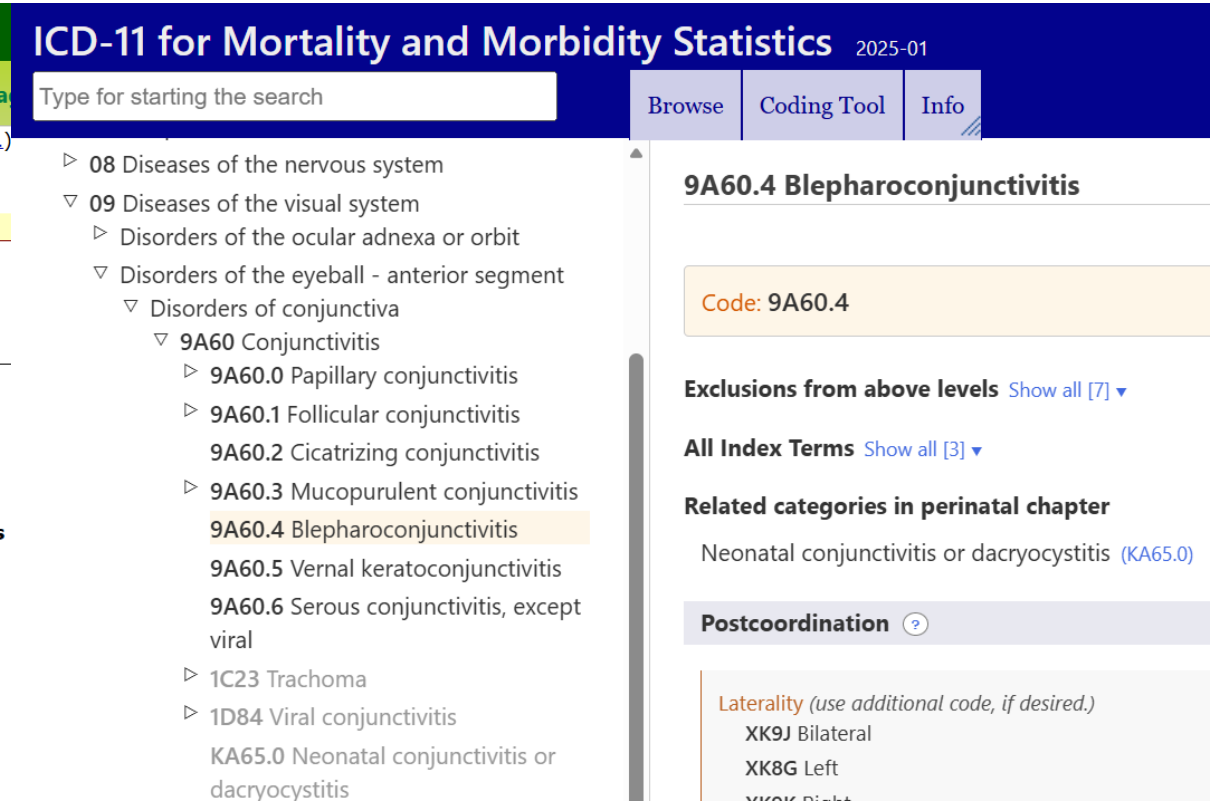
22	Kodeverk, terminologi og standarder – overgang til ICD-11	De regionale helseforetakene skal kartlegge konsekvenser av overgang til ICD-11 som diagnosekodesystem på de områdene man i dag benytter ICD-10 kodesystem. Kartleggingen skal følge Helsedirektoratets anbefalte plan for overgang til ICD-11.

Hvor står vi nå - og hva skjer videre?



Hvordan blir koding med ICD-11?





Fleksibilitet ved bruk av kodekombinasjoner

postkoordinering

Prekoordinering:
når flere informasjonselementer knyttes til samme kode

En kode: Åpen kompleks fraktur av femurskaft

Postkoordinering:
når man knytter sammen flere koder i en kombinasjon («clustering/kodestreng») for å heve detaljnivået

Kodestreng: femurfraktur skaft kompleks åpen

Kombinerer en stamkode med flere ekstensjons-koder

Fleksibilitet ved bruk av kodekombinasjoner
(postkoordinering)

- I ICD-10 tillater enkelte tilfeller av kodekombinasjoner
- For akutt mitralklaffendokarditt med gule stafylokokker:

I33.0 Acute and subacute infective endocarditis
+
B95.6 Staphylococcus aureus as the cause of diseases classified to other chapters

- Andre eksempler: sverd/stjernekombinasjoner
- Datasystemer har i dag minimal støtte for slike kombinasjoner

- ICD-11 bruker postkoordinering i større grad
- For akutt mitralklaffendokarditt med gule stafylokokker gir kodestrengen:

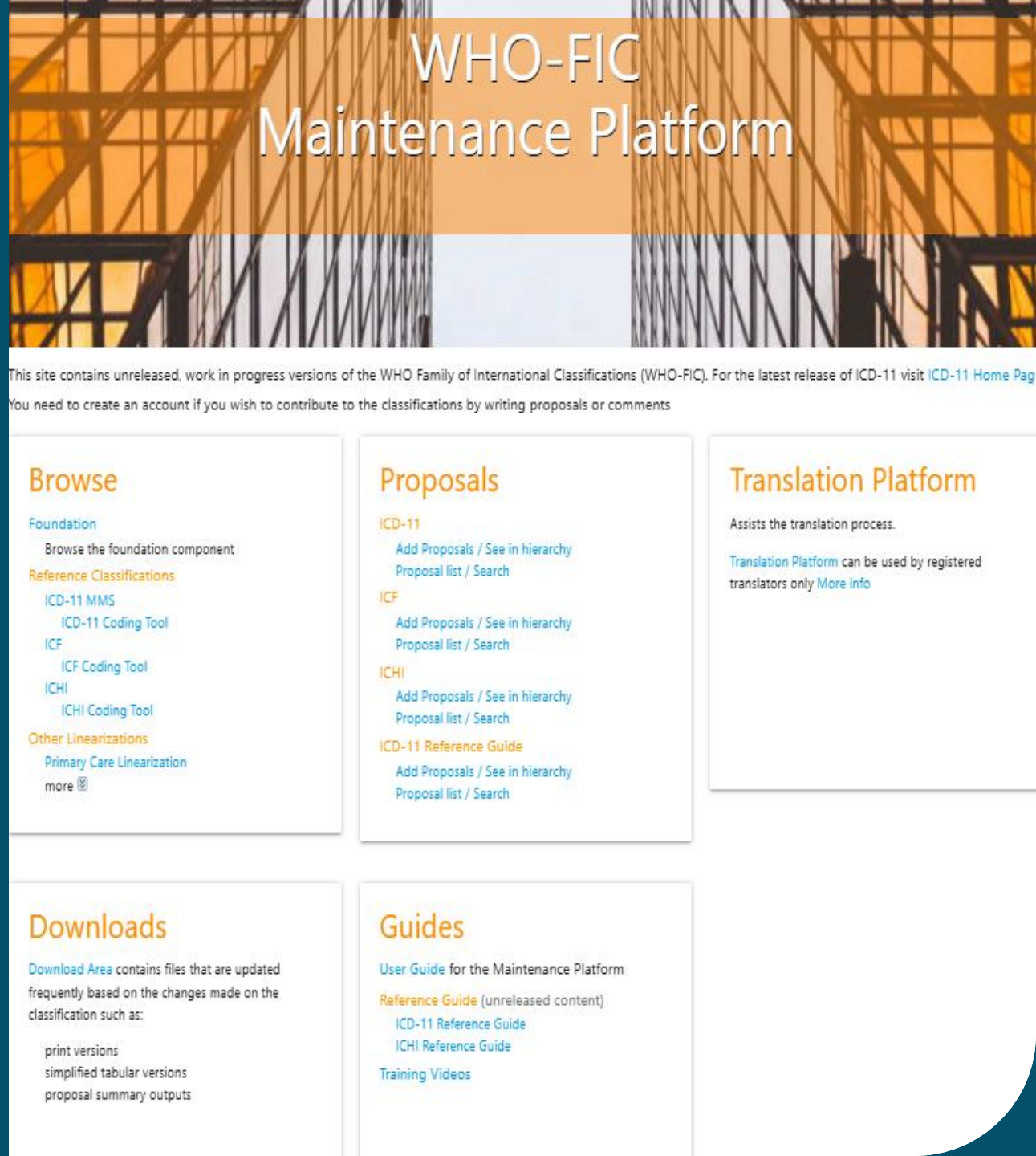
BB40 & XN6BM & XA7V72 & XT5R

BB40 Acute or subacute infectious endocarditis
XN6BM Staphylococcus aureus
XA7V72 Mitral valve
XT5R Acute

Vedlikeholds- og oversettelsesplattform

- **Krever enkel registrering og innlogging**
- Innholdsgrunnlaget (foundation)
- **Forslag (proposals)**
- Oversettelse (tilgangsstyrt)
- WHOs dokumentasjon (reference guide)
- Opplæringsvideoer (nye er under utvikling)

https://icd.who.int/dev11/



ICD-10 og ICD-11

ICD er forkortelse for Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer og er et kodeverk bestående av medisinske koder. ICD-10 er gjeldende versjon i Norge, men Helsedirektoratet jobber med overgang til den nye versjonen, ICD-11.

Generelt om ICD og hva det brukes til →

ICD-11

Norge er i gang med å bytte ut dagens diagnosekodeverk ICD-10 med ICD-11, som er medisinsk oppdatert, digitalt tilrettelagt og utviklet for moderne journalsystemer. Dette vil få stor betydning for både pasienter, helsepersonell, systemleverandører og beslutningstakere.

WHO eier og forvalter den internasjonale utgaven, mens Helsedirektoratet har ansvar for den norske oversettelsen, publisering og tilgjengeliggjøring.



Hva betyr ICD-11 for målgruppene? →

Om overgangen til ICD-11 i Norge og status på arbeidet →

Internasjonalt samarbeid og retning →

Siste nytt fra ICD-11-prosjektet →

Påminnelse etter dokumentkontroll i høst

- Avdeling kodesystemer og standarder har gjennomført en kontroll av koding ved to helseforetak på vegne av Avregningsutvalget og ønsker å minne om følgende (forkortet fra kodeveiledningen):

  - **Hovedtilstanden** skal være den tilstanden som helsehjelpen hovedsakelig er gitt for under oppholdet. Er man i tvil, velger man den som har krevd mest behandlingsressurser medisinsk sett.
  - **Andre tilstander** er de som også blir gjenstand for undersøkelse, behandling eller vurdering, som det må tas hensyn til eller som får konsekvenser for behandlingen av pasienten.
  - Det skal fremgå av den **skriftlige journaldokumentasjonen** at alle tilstander som er tatt med har hatt en reell betydning under oppholdet. Uten dokumentasjon er det ikke mulig å vite hva som er tenkt eller gjort. Krav om dokumentasjon er bl.a. forankret i Helsepersonelloven og Journalforskriften.

Kodeveiledning 2027

Foreløpig er det minimale endringer

Mindre justeringer fremkommer i revisjon av "Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) - veiledning til koding"

- Kodeinstruksjon for akse 5 presiseres
- Særskilt skadekodingspraksis for PHBU avvikles

2027: Endringer i diagnosekoder

- ICD-10 har ingen nye eller inaktiverte koder, hovedsakelig mindre feilrettinger i tekst for 19 kategorier/koder. Se endringsdokumentet.

2027: Oversikt endringer i prosedyrekodeverket

- Totalt antall endringer er: 24 (NCMP), 12 (NCSP) og 8 (NCRP)
- Viktigste endringer:
  - NCSP:
    - 1 ny kode for endoskopisk fullveggsreseksjon i kolon
    - 4 nye koder for gynekologiske prosedyrer utført med endoskopi via vagina
    - 5 reaktiverte koder
    - 1 inaktivert kode + inaktivering av unødvendig hierarkisk nivå
  - NCRP:
    - Oppretter 4 nye koder for CT-myelografi og 1 ny koder for RG-myelografi
    - Presisering av bruk av enkelte prosedyrekoder

2027: Oversikt endringer NCMP

- Totalt antall endringer er: 8 + 12 + 4
  - 8 nye koder:
    - AAFX25 Aktigrafi
    - AAGB01/02/03 ulike typer transkraniell magnetisk stimulering
    - IAAC15 Samspillsobservasjon av barn og foreldre
    - IAAG01 Vurdering av risiko for seksualisert vold
    - WLGX12 Hyperbar oksygenbehandling av sår
    - WMGA05 Bred geriatrisk vurdering
  - 12 andre endringer:
    - Mindre endringer – se endringsdokument
  - 4 inaktiverte koder:
    - De tre nødrettskodene for ECT (IBEB05, IBEB16, IBEB17) og gammel kode for transkraniell magnetisk stimulering (AAGB00) utgår

2027: Oversikt endringer NCSP

- Totalt antall endringer er: 10 + 0 + 2
  - 10 nye/reaktiverte koder:
    - JFA78 Endoskopisk fullveggsreseksjon i kolon
    - LAF02 Vaginal unilateral salpingo-ooforektomi med endoskopi via vagina
    - LAF12 Vaginal bilateral salpingo-ooforektomi med endoskopi via vagina
    - LBE02 Vaginal salpingektomi med endoskopi via vagina
    - LCD12 Vaginal hysterektomi med endoskopi via vagina
    - Reaktiverer 5 koder (JFA16, JFA17, JGA00, JGB20, JGB21)
  - Ingen andre endringer
  - 2 inaktiverte koder:
    - MCA20 Vaginalt keisersnitt
    - Inaktivering av unødvendig hierarkisk nivå NBB0y

2027: Oversikt endringer NCRP

- Totalt antall endringer er: 5 + 3 + 0
  - 5 nye koder:
    - SAB0CD CT Cervikal myelografi
    - SAB0ED CT Torakal myelografi
    - SAB0GD CT Lumbal myelografi
    - SAB0JA RG Totalkolumna myelografi
    - SAB0JD CT Totalkolumna myelografi
  - 3 andre endringer:
    - PYP90B Endovaskulær ballongdilatasjon i AV-fistel
      - Ny eksklusjonsmerknad: Perkutan angioplastikk på arteriovenøs fistel fra overekstremitetsarterier. Se: PBP83B
    - SM / SMA0DK:
      - Presisere at SMA0DK kan brukes ved undersøkelse av adnexa hos gravide
  - Ingen inaktiverte koder



Helsedirektoratet

kodehjelp@helsedir.no



Patient classification as an enabler of high-performing health systems – driving quality, efficiency and patient-centred outcomes