

ISF 2022 – Grunnlagsdokumentet

INNHold

INNHold	1
1 Innledning	3
2 Overordnet om ISF-utvikling	4
3 Generelle regler	5
3.1 Digitale tjenester	5
3.2 Tjenesteforløp	6
3.3 Video- og telefonkonsultasjoner	7
3.4 Ambulante konsultasjoner	8
4 ISF for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	9
4.1 Overordnet innretning og justeringer i 2021	9
4.2 Implementering av kostnadsbaserte vekter	9
5 ISF for somatisk spesialisthelsetjeneste	10
5.1 Legemiddelbehandling	10
5.2 Eggdonasjon	10
5.3 Palliativ behandling inklusive barnepalliasjon.....	11
5.4 Fødsel	11
5.5 Gjennomgang av finansieringsordningen for rehabilitering	11
5.6 Intensivbehandling inkl innføring av særkode	12
5.7 Samarbeidsaktiviteter	13
5.8 Ortogeriatri.....	15
5.9 Behandling av Dupuytren's kontraktur/krokfinger uten kirurgi- utgått behandling	15
5.10 Stimulering til bruk av dagkirurgi	16
6 Endringer i DRG-, STG- og TFG-grupperingsystemet	17
6.1 Endringer i DRG-systemet	17
6.2 Endringer i STG-systemet	19
6.3 TFG-systemet (Tjenesteforløpsgrupper)	19

6.4	Særkoder 2022	20
6.5	STG for registrering i utvalgte medisinske kvalitetsregistre.....	20
7	Grunnlag for kostnadsvektberegningene	21
7.1	Generelt om kostnadsberegningen innen somatikken	21
7.2	Generelt om kostnadsberegningen innen PHV og TSB	22
8	Presiseringer og annen informasjon	24
8.1	NPK (Theo).....	24
8.2	Aktivitetsgrunnlag somatikk på overordnet nivå	24
8.3	Rapporteringsformat.....	25
8.4	Særtjenester og rapportering.....	25
8.5	Rapporteringsfrister til Norsk pasientregister.....	25

1 INNLEDNING

Dette dokumentet beskriver vesentlige endringer i ISF-ordningen fra 2021 til 2022. Dokumentet er et arbeidsdokument som offentliggjøres for å understøtte åpenhet om endringer i ISF-ordningen og valgene HelseDirektoratet gjør i den forbindelse.

2 OVERORDNET OM ISF-UTVIKLING

Det er ikke lagt opp til endringer i ISF som medfører behov for flytting av midler fra basisbevilgningen til ISF for 2022.

Det innføres kostnadsbaserte vekter for den polikliniske aktiviteten innen PHV og TSB for 2022. En nærmere omtale er gitt i avsnitt 4.2 og 7.2.

Innen somatikken har Helsedirektoratet det siste året hatt en gjennomgang av finansieringsordningene for intensiv og rehabilitering. Endringer som følge av dette arbeidet er omtalt i avsnitt 5.5 og 5.6.

Videre er lagt opp til enkelte endringer og justeringer for 2022 blant annet som følge av innspill fra de regionale helseforetakene. Disse er omtalt i dette dokumentet.

3 GENERELLE REGLER

3.1 Digitale tjenester

Det gjøres ingen endringer i definisjoner eller STG-er for digitale tjenester for 2022. Med bakgrunn i tilbakemeldinger fra RHF-ene foreligger det ikke konkrete store behov for utvikling av systemene nå.

STG-er for digitale tjenester er ikke kostnadsberegnet og har hatt en skjønsmessig fastsatt vekt de første årene. Dette med unntak av nettbaserte tjenester i PHV/TSB som er basert på en kostnadsberegning av eMeistring. Selv om vi ikke har gjennomarbeidede kostnadsberegninger for disse tjenestene har vi allikevel funnet at vi kan justere vektene opp noe for 2022. Dette gjelder følgende STG-er:

STG:	Navn:
AS02	Oppfølging og monitorering av pasienter med epilepsi basert på Patient Reported Outcome (PRO)
CS01	Telemedisinsk oppfølging av pasienter med søvnapne som bruker CPAP
ES01	Telemedisinsk oppfølging av pasienter med pacemaker/ICD
HS02	Oppfølging og monitorering av pasienter med revmatiske lidelser basert på Patient Reported Outcome (PRO)
JS03	Asynkron telemedisinsk oppfølging og behandling av pasienter med kroniske sår

For videreutvikling av finansieringsløsningen for digitale tjenester jobbes det videre med bakgrunn i generelle føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) 2020-2023 (Meld. St.7 (2019-2020): "I videreutviklingen av innsatsstyrt finansiering bør det være innholdet i tjenestene som tilbys som avgjør finansieringen, ikke hvem som gir behandling, hvor behandlingen gis eller hvordan behandlingen gis. Dette vil legge til rette for innføring av nye arbeidsformer og økt bruk av teknologi i tjenesten".

Som oppfølging av NHSP kan nevnes to utredningsoppdrag som kan få betydning for videre utvikling av ISF og digitale tjenester

- Digi hjem "flytte tjenester hjem" (arbeidet ledes av Helsedirektoratet)
- Utredningsoppdrag de regionale helseforetakene har knyttet til definisjoner og måltall for digitale tjenester (arbeidet ledes av Helse Nord)

Disse utredningsarbeidene kan føre til endringer i vår begrepsbruk og i utformingen av STG-ene. Eventuelle endringer vil vurderes for 2023.

3.2 Tjenesteforløp

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 viser til utviklingstrekk de seneste årene der mer helhetlige og pasientorienterte tjenesteforløp i spesialisthelsetjenesten omtales og der det innenfor enkelte områder er finansiering knyttet til forløp fremfor enkeltstående aktiviteter. Det er ønskelig at videreutvikling av finansieringsordningene skal understøtte helhetlige tjenesteforløp. Det har samtidig kommet tilbakemelding fra RHF-ene med ønske om en gradvis utvikling da utviklingen i ISF-ordningen med finansiering på TFG nivå oppfattes som krevende spesielt med hensyn til å få full oversikt over egen aktivitet slik dataløsningene er p.t. Det er for 2022 planlagt en endring i TFG-ene i ISF for pasienter som får satt inn primær hofteprotese.

Det ble i 2021 innført to nye TFG-er (m/u bk) med finansiering for pasienter som fikk innsatt primær hofteprotese. Det har kommet tilbakemelding fra RHF-ene om disse TFG-ene der det ble påpekt at TFG-ene inneholdt i hovedsak to ulike pasientgrupper. Pasienter som får protese p.g.a. hoftebrudd og pasienter som får hofteprotese pga. artrose eller andre elektive årsaker til operasjon har tom 2021 inngått i de samme DRG-er. DRG-ene for innsetting av primære hofteproteser har siden de ble opprettet på slutten av 1990 tallet inkludert pasienter som blir operert både akutt og elektivt. Ved innføring av TFG så en at dette inkluderte i hovedsak to ulike pasientgrupper også med hensyn til liggetid, alder og kostnader knyttet til oppholdet. Fra 2022 splittes hver av de to DRG-ene for primærinnsatt av hofteprotese (u/m bk) i to nye DRG-er på bakgrunn av operasjonsårsak, akutt eller elektiv.

Saken har vært diskutert i NorDRG samarbeidet, ([Case #747: Splitting of DRG 209D and 209E Insertion of primary hip replacement based the cause of surgery - Nordic Casemix Centre - NordDRG forum](#)).

For 2022 foreslås det at disse to TFG-ene erstattes av to nye forløp som det knyttes finansiering til, men der forløpene er avgrenset til å gjelde elektiv kirurgi med innsetting av primære hofteproteser.

Nye TFG-er:

HT05	Innsetting av elektiv primær hofteleddsprotese m/bk
HT06	Innsetting av elektiv primær hofteleddsprotese u/bk

Denne endringen innebærer at det blir færre opphold som inkluderes i tjenesteforløp med finansiering for hofteprotese for 2022 enn i 2021. Pasienter som får hofteprotese pga. brudd inngår i egne DRG-er og egne TFG-er der TFG-ene inkluderes uten tilknyttet finansiering i 2022.

Parallelt med arbeidet å inkludere flere TFG-er i ISF, arbeides det med å inkludere TFG-er uten at det knyttes finansiering til disse. En oversikt over endringer TFG-ene i ISF for 2022 er omtalt

nærmere i kapittel 4.3 i dette dokumentet. For spesifikasjon av definisjonene vises det til definisjonstabellene.

3.3 Video- og telefonkonsultasjoner

I 2022 videreføres reglene i all hovedsak som de var i 2021 for video- og telefonkonsultasjoner, men med noen justeringer.

- I 2022 endres navn på kontaktttype 7 fra *Telefonkonsultasjoner med egenandel til Telefonkonsultasjoner*.
- For telefonkonsultasjoner innen somatikk fjernes kravet om rapportert egenandel (201b) som grupperingskriterium for ISF. Det vil si at man kan rapportere med kontaktttype = 7 (*Telefonkonsultasjoner*) uten å samtidig rapportere egenandel, så fremt øvrige vilkår i ISF-regelverket er oppfylt. Dette er en harmonisering med reglene for telefonkonsultasjoner innen psykisk helsevern og TSB.

Vi fikk fra sektoren i 2021 innspill på tilfeller hvor reglene for telefonkonsultasjoner innen somatikk virket unødvendig rigide. Dette var for eksempel tilfeller hvor krav for registrering og rapportering ellers var oppfylt (med andre ord det var snakk om en fullverdig telefonkonsultasjon), men det av ulike årsaker ikke var anledning til å kreve egenandel fra pasient (eller HELFO). I 2021 løsnet vi på dette kravet, men med resultat at telefonkonsultasjonen ble gruppert til DRG 470. I 2022 vil konsultasjonen grupperes til en ordinær DRG, idet rapportert egenandel ikke lenger har betydning for grupperingen.

Likevel understreker vi at i de tilfeller hvor det faktisk er avkrevd egenandel, skal dette registreres og rapporteres som før. Aktivitetsutviklingen vil følges opp, for å tilse at endringen ikke får utilsiktede konsekvenser. Egenandelsreglene gjelder generelt for polikliniske konsultasjoner, så telefonkonsultasjoner bør således ikke adskille seg vesentlig fra fysiske konsultasjoner og videokonsultasjoner.

Reglene for telefonkonsultasjoner innen psykisk helsevern og reglene for videokonsultasjoner videreføres slik de var i 2021. Her har det ikke lagt inne særskilte grupperingsregler knyttet til rapportert egenandel.

3.4 Ambulante konsultasjoner

Fra 2017 har en fått ett tillegg for ambulante konsultasjoner innen psykisk helsevern og TSB. Reglene ble harmonisert til også å omfatte somatiske ambulante konsultasjoner fra 2018. Rapporteringsreglene ble tydeliggjort fra 2020.

Det har kommet flere innspill knyttet til å øke finansieringen av ambulante tjenester. Av saker siste år pekes det på ambulant aktivitet knyttet opp mot tverrfaglige tjenester, se sak 21/4162 om aktivitet knyttet opp mot veiledning og ambulerende virksomhet fra palliative team. Også fra rehabiliteringsmiljøet har det kommet innspill knyttet til størrelsen på det ambulante tillegget.

Sentrale forhold knyttet til det ambulante tillegget er:

- I dagens ISF-modell gis poengtillegg for ambulante tjenester som er knyttet til pasientbehandling
- Det er en generell innretning av det ambulante tillegget. Variasjon i reisekostnader som følge av forskjeller i geografiske og demografiske forhold er forutsatt kompensert gjennom fordelingsmodellen for basisbevilgningen til RHF-ene

Etter dialog med de regionale helseforetakene er det et ønske om å øke det ambulante tillegget noe. Dette kan også ses i sammenheng med at det er et ønske om å øke vektene noe på enkelte digitale tjenester. Samlet sett kan dette bidra til å understøtte samhandling og digitalisering ytterligere, samt å kunne tilby helsetjenester der pasienten bor.

Det vil for 2022 åpnes for ambulant tillegg også for palliativ ambulant dagbehandling i DRG 959W.

Tillegget øker i 2022 for både helsetjenester innen somatikk (med 50 pst ISF-andel) og psykisk helsevern/TSB, og med dertil hørende vekt. Ny vekt somatikk blir 0,019 (fra 0,014) og ny vekt psykisk helsevern blir 0,137 (fra 0,112).

Konsekvensene av endringen håndteres innenfor gjeldende ISF-bevilgning for somatikk og for psykisk helsevern/TSB. Det betyr i praksis å flytte DRG-poeng og midler til det ambulante tillegget.

4 ISF FOR PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

4.1 Overordnet innretning og justeringer i 2021

Det er ikke overført midler fra basisbevilgningen til ISF-bevilgningen for 2022. Justeringene i ISF-regelverk er håndtert innenfor gjeldende ISF-bevilgning vedtatt av Stortinget. Enhetsrefusjonen er justert for prisvekst.

4.2 Implementering av kostnadsbaserte vekter

Kostnadsvektene for den polikliniske aktiviteten innenfor psykisk helsevern og TSB ble ved inkludering i ISF basert på de tidligere refusjonstakstene. Fra 2022 implementeres kostnadsbaserte vekter for psykisk helsevern og TSB. Kostnadsgrunnlagene er HF-enes rapporterte beregnede kostnader per pasient (KPP) og vektene beregnes nå etter samme metode som for somatikken. Omleggingen til kostnadsbaserte vekter innebærer en relativ endring av vektene mellom BUP og VOP/TSB. Vektene til VOP/TSB øker relativt til vektene til BUP.

Det forutsettes at endringen håndteres innenfor de samlede rammene (som videreføres) og at dette ikke skal ha betydning for tjenestetilbudet. De regionale helseforetakene er kjent med disse effektene og vil håndtere endringene innenfor de samlede rammene til RHF. ISF og kostnadsberegnete vekter baseres på empiriske data og er ikke et uttrykk for prioritering. Se kapittel 7 for nærmere omtale av kostnadsberegningene.

5 ISF FOR SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE

5.1 Legemiddelbehandling

Det skjer ingen endring i ISF-grunnlaget når det gjelder pasientadministrert legemiddelbehandling i 2022. Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene vurdert mulighet for å inkludere legemiddelbehandling for sjeldne tilstander inn i ISF, jf. det finansieringsansvaret RHF-ene fikk overført 1. februar 2019. De regionale helseforetakene oppfatter fortsatt at det er for stor risiko ved å overføre dette legemiddelområdet til ISF. Konsekvensen av dette er at STG XS81 Pasientadministrert legemiddelbehandling for behandling av sjeldne tilstander ikke gir ISF-poeng for 2022. Det skal jobbes videre med forslag til STG-logikk med sikte på inklusjon fra 2023.

De regionale Helseforetakene fikk også utvidet finansieringsansvar for legemiddelbehandling 1. september 2020 og 1. februar 2021. Omfang av pasientbehandling innenfor de ulike overføringsdatoene er identifisert i egne STG-er, henholdsvis XS80 og XS82. Foreløpige analyser av datagrunnlaget viser at det mangler diagnosekoder på resepter innenfor disse nye områdene. Det er ønskelig å ha bedre oversikt over diagnosefordeling og kostnader for å utvikle en god STG-logikk for disse områdene før legemiddelområdene overføres til ISF. Derfor vil også XS80 og XS82 ikke gi ISF-poeng i 2022. Helsedirektoratet tar sikte på å videreutvikle STG logikken med sikte på overføring av finansiering til ISF fra 2023.

5.2 Eggdonasjon

I forbindelse med endring i bioteknologiloven ble det åpnet opp for eggdonasjon fra 2021. Det ble fra 01.01.2021 opprettet to særkoder (*B0046 og B0047*) for eggdonasjon:

Fra 01.01.2022 blir disse kodene erstattet av følgende nye koder:

LAA21 Uthenting av egg til donasjon

LCW31K Overføring av donert egg eller embryo til uterus ved assistert befruktning

5.3 Palliativ behandling inklusive barnepalliasjon

Helsedirektoratet har mottatt henvendelser på at kapitlet om palliativ behandling ikke godt nok dekker palliasjon for barn og unge da dette kan ha en noe annen innretning enn palliasjon i kreftomsorgen. Kapittel 6.15 Palliativ behandling er derfor oppdatert slik at det bedre dekker palliasjon for barn og unge. Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge danner grunnlag for krav til bruk av gitte prosedyrekoder for palliasjon slik tilfellet er for nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen.

Denne endringen har ikke innvirkning på reglene for palliasjon for voksne, der det fortsatt vises til kravene i nasjonal faglig retningslinje i kreftomsorgen, og der det også er åpnet for palliasjon knyttet til andre alvorlige tilstander.

For 2022 er det opprettet ny prosedyrekode WRBA30 Annen palliativ behandling. Denne benyttes for palliasjon for både barn og voksne der kravet til bruk av spesifikke koder for palliasjon ikke er oppfylt. Med innføring av denne koden vil det ikke lenger være nødvendig å benytte Z51.5 som bitilstand på opphold der det gis palliasjon.

Det vil for 2022 åpnes for ambulant tillegg også for palliativ ambulant dagbehandling i DRG 959W.

5.4 Fødsel

Helsedirektoratet har ledet en arbeidsgruppe som har kartlagt endringer i fødepopulasjonen og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem.

Rapporten ble publisert 11. mars 2020 - [se nettsiden](#)

Arbeidsgruppen anbefaler blant annet å vurdere behov for justeringer i DRG-logikken, herunder grupperingsegenskaper til kompliserende tilstander. En oppfølging her er at det opprettes to nye DRG-er fra 01.01.2022 innen HDG 14:

370B	14	Keisersnitt m/kompliserende faktor preeklampsi
372B	14	Vaginal fødsel m/kompliserende faktor preeklampsi

5.5 Gjennomgang av finansieringsordningen for rehabilitering

Helsedirektoratet har foretatt en gjennomgang av finansieringsordningen for rehabilitering. Bakgrunnen er at tjenesten har utviklet seg over tid og det har kommet opp ulike problemstillinger fra fagmiljø og RHF/HF omkring klassifiseringen av rehabilitering i ISF ordningen. RHF-ene og enkelte HF har deltatt i arbeidet. Arbeidet har vært avgrenset til kun å se

på spesialisert rehabilitering i regi av helseforetakene, det vil si at rehabilitering som skjer ved avtaleinstitusjoner og innen fritt behandlingsvalg er holdt utenom denne gjennomgangen. Eventuelle endringer er forutsatt innpasset innenfor rammen av dagens ISF, samt skal bygge på rapporterte aktivitetsdata til Norsk pasientregister (NPR). Med basis i gode skriftlige beskrivelser av dagens praksis og innspill i møter har vi fått god innsikt i hvordan spesialisert rehabilitering utføres i helseforetakene i dag.

Gjennomgangen har vist at rehabiliteringsfeltet er omfattende og komplekst når det gjelder behov for tverrfaglig samarbeid og teamorganisering, samt behov for nødvendig samarbeid og oppfølging på tvers av forvaltningsnivåene; kommunehelsetjenesten og NAV.

I dialogen med fagmiljøene har det blitt tydelig at pasientens funksjonsnivå vurderes som avgjørende for kompleksiteten i behandlingen og hvilken ressursinnsats som ytes. Dette er også noe som vil variere både innad og mellom pasientgrupper og være uavhengig av organisering av tjenesten.

Gjennom analyser av tilgjengelige aktivitetsdata har det blitt tydelig at en endring i finansieringsmodellen for rehabilitering i ISF-ordningen bør skje trinnvis. For 2022, vil det som et nødvendig første skritt, foretas en oppdatering av trimpunktene for de DRG-er som i dag inngår i sekundær rehabiliteringsutvalg.

5.6 Intensivbehandling inkl innføring av særkode

Helsedirektoratet startet i 2019 en prosess sammen med representanter fra RHF-ene for å se nærmere på intensivbehandling og hvordan dette kan ivaretas på en bedre måte i DRG-systemet enn i dag. Arbeidsgruppen har hatt flere møter, men er ikke i mål med en forbedret DRG-løsning. Arbeidsgruppen erkjenner at det er vanskelig å identifisere pasientgruppen i dagens Norsk pasientregister (NPR), noe som gjør det krevende å gjøre forbedringer i DRG-systemet.

Helsedirektoratet vil derfor, etter drøfting i arbeidsgruppen, innføre særkode

B0050 Intensivpasient etter nærmere kriterier

fra 1/1-2022.

Kriteriene for bruk av særkoden er sammenfallende med kriteriene som benyttes for registrering i Norsk intensiv- og pandemiregister (NIPaR tidligere NIR). Registreringen inkluderer barn. Neonatale pasienter unntas fra kravet om registrering av koden.

1. *Pasienter som ligger på intensiv/ i overvåkingsarealet > 24 timer. Unntaket er rene observasjonspasienter som ligger over 24 timer, og som ikke får intensivbehandling eller trenger intensivovervåking. Dette vil typisk gjelde medisinske observasjonspasienter som på*

kort varsel kan flyttes til vanlig sengepost, eller stabile og ukompliserte postoperative pasienter som blir liggende > 24 timer uten at det er en medisinsk grunn til det.

- 2. Pasienter som dør på intensiv/ overvåkingsarealet, uansett liggetid. Unntaket her er pasienter som blir flyttet til intensiv for å dø på et mer skjermet sted enn for eksempel i røntgenavdeling, i akuttmottak eller på operasjonsstue, og der det ikke er startet intensivbehandling.*
- 3. Pasienter som har fått mekanisk pustestøtte (invasiv eller non-invasiv ventilasjon/ respirasjonsstøtte) under intensivoppholdet, men som blir flyttet til post innen 24 timer. Unntak er de som får kortvarig non-invasiv ventilasjonsstøtte forebyggende (profylaktisk) i den postoperative fasen. Disse skal ikke registreres.*
- 4. Pasienter overføres til annen ressursavdeling/ intensivenhet (på samme eller høyere behandlingsnivå) i løpet av de første 24 timer (ved > 24 timer gjelder punkt 1).*
- 5. Pasienter som har fått kontinuerlig vasoaktiv infusjon (medisin som regulerer blodtrykk/-sirkulasjon) over minst seks timer, og der det samtidig er behov for intensivovervåking med direkte (invasiv) blodtrykksmåling. Postoperative pasienter som blir behandlet med vasoaktiv infusjon utover dette, og som skrives ut innen 24 timer, skal ikke registreres dersom en klinisk vurderer årsaken til overvåkingen som et normalt postoperativt forløp.*

For at registreringen skal gi oss den oversikten vi ønsker er det viktig at helseforetakene kun benytter den på intensivpasienter som tilfredsstillter kravene.

Vi ser for oss en prøveperiode på ett år (2022) for registrering av særkoden, og vi vil gjøre evaluering i etterkant av dette for å se om registrering av koden vil gi oss en bedre oversikt over pasientgruppen. Vi vil i tillegg gjøre analyser av data fra Norsk pasientregister etter 1 tertial 2022, og sammen med arbeidsgruppen se på erfaringer knyttet til registreringene for de fire første månedene.

Videre er det gjort en grundig problemanalyse og det er enighet om at dagens DRG-løsning ikke på en god nok måte får fram variasjonen i ressursbruken som er knyttet til intensivpasientene. Arbeidsgruppen har også drøftet ulike modeller for en endring i DRG-systemet. Bruk av skåringssystemer er løftet fram som en parameter som kan utfylle tilstands- og prosedyrekodene i et framtidig klassifiseringssystem. Imidlertid finnes det ikke nasjonale føringer eller enighet knyttet til innføring av slikt system foreløpig. En annen mulig utviklingsmåte vil være å finne kombinasjoner av tilstander og prosedyrekoder som sammen kan danne grunnlag for gruppering til nye mer medisinsk meningsfulle og ressursmessig homogene grupper enn i dag. Vi ser at dette kan være krevende, men en modell man kan fortsette å utrede.

5.7 Samarbeidsaktiviteter

Fra 2022 vil samarbeidsaktiviteter med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten inkluderes i beregningsgrunnlaget for ISF også for inneliggende pasienter som er meldt utskrivningsklare.

Det opprettes en ny STG XS08 *Samarbeid- og oppfølgingsaktiviteter med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten for somatiske problemstillinger*, som vil inkludere aktivitet både for polikliniske kontakter og inneliggende pasienter som er meldt utskrivningsklare.

DRG-ene for samarbeidsaktiviteter 9930 og 9950 vil derfor utgå, og aktiviteten grupperes til STG XS08.

Aktivitetene kan rapporteres uavhengig av kommunikasjonsform for eksempel som fysisk møte, videomøte/samtale eller telefonmøte/samtale. Det er omfanget og innholdet i aktiviteten som avgjør om vilkårene for bruk av prosedyrekodene er oppfylt. Det forutsettes at samarbeidsaktiviteten som rapporteres med de angitte kodene for samarbeidsmøter og oppfølgingsamtaler er relatert til helsehjelp. Kodene skal ikke brukes for kontakt med eksterne samarbeidsparter av mer administrativ art, som for eksempel å avtale tidspunkt for møter eller konsultasjoner, oversendelse av journaler og epikrise eller annen administrativ oppfølging av pasientkontakt.

For innlagte pasienter rapporteres prosedyrekodene for samhandling som en del av innleggelsen. Dersom pasienten også meldes utskrivningsklar vil oppholdet grupperes til STG XS08 i tillegg til den ordinære DRG-en oppholdet grupperer til.

Ordinære kodingsregler gjelder, herunder at hovedtilstand (ICD-10) og andre relevante tilstandskoder rapporteres, i tillegg skal minst én av følgende prosedyrekoder rapporteres;

WPBA10	Oppfølgings- og samarbeidsmøter med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, uten pasient, foreldre eller pårørende tilstede
WPBA15	Oppfølgings- og samarbeidsmøter med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, med pasient, foreldre eller pårørende tilstede
WPBA20	Oppfølgings- og samarbeidssamtale per telefon, med kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern, NAV, eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet
WRBA24	Rådgivning og samarbeid mellom palliativt senter og kommunal helse- og omsorgstjeneste
WMFG10	Kartlegging av pasientens behov for oppfølging ut over tjenester i spesialisthelsetjenesten (bistandsvurdering)

Bruken av disse prosedyrekodene må vurderes skjønnsmessig i hvert enkelt tilfelle, med utgangspunkt i at et møte er en noe mer formell og omfattende aktivitet enn en samtale. Det vil for 2023 ses på muligheten for å forenkle og klargjøre kodeverk og regler knyttet til disse prosedyrekodene.

5.8 Ortogeriatreri

Ortogeriatreri er der definert som organisert, tverrfaglig samarbeid for eldre pasienter med lavenergibrudd. RHF-ene kom med innspill om finansiering av ortogeriatreri og med ønske om en egen kode for ortogeriatreri og finansiering tilsvarende palliativ behandling.

Man har i dag etablert ortogeriatriske behandlingstilbud ved flere sykehus i Norge. Det er ulike måter å organisere dette på. I Norge er de fleste ortogeriatriske behandlingstilbudene tilknyttet ortopediske avdelinger. Det som skiller ortogeriatrisk behandling fra annen behandling av pasienter med hoftebrudd er at ortogeriatrisk behandling innebærer et planlagt organisert behandlingstilbud der både ortoped og geriater samarbeider om oppfølging i motsetning til der geriater kommer på tilsyn der pasienten er innlagt med et hoftebrudd.

Det er for 2022 ikke planlagt noen tilleggsrefusjon for ortogeriatrisk behandling da dette ansees som et ønsket og nødvendig tverrfaglig samarbeid for god pasientbehandling som finner sted/bør finne sted innen de aller fleste fagområder.

Finansiering av ortogeriatreri kan sees i sammenheng med videreutvikling av tjenesteforløp. Det ble for 2020 opprettet egne tjenesteforløp for pasienter som fikk innsatt primære hofteproteser. I innspillene fra RHF-ene påpeker de også et ønske om å endre grupperingen til TFG for hofteproteser til kun å inkludere elektiv aktivitet. Det blir fra 2022 en endring og splitt i DRG-er på dette området, se kap 6.1 om DRG endringer. Ved en splitt i DRG-er for innsetting av primære hofteproteser basert på diagnose (her, akutt vs. elektiv) vil en få frem ulikheter i liggetid, alder og kostnader knyttet til oppholdet som også vil bidra til å belyse de økte kostnader knyttet til behandling av hoftebruddpasienter. Endring fra 2022 medfører at pasienter som opereres primært pga. hoftebrudd ikke vil inngå i tjenesteforløp med finansiering. Pasienter som opereres for hoftebrudd med innsetting av primær hofteprotese vil inngå i nyopprettede DRG-er. Pasienter som opereres elektivt med hofteprotese vil inngå i tjenesteforløp med finansiering. Se kap. om DRG endringer og tjenesteforløp.

5.9 Behandling av Dupuytren's kontraktur/krokfinger uten kirurgi- utgått behandling

Medikamentell behandling av dupuytren's kontraktur er pr. nå ikke tilgjengelig i Norge. Medikamentet er avregistrert i hele Europa. Det er ikke kommet noe annet medikament til erstatning slik at tidligere omtale av kodingsregler ikke lengre er relevante og disse er derfor tatt ut av ISF-regelverket fra 2022.

5.10 Stimulering til bruk av dagkirurgi

DRG-er med samme tjenesteinnhold (prosedyrer), og der pasientene er sammenlignbare (lav liggetid), gir samme ISF-refusjon uavhengig av om pasienten behandles dagkirurgisk eller med døgninnleggelse. Hensikten er å understøtte målsetningen om mindre variasjon i andel dagkirurgi. For DRG-par hvor det er et en-til-en forhold er vekten satt lik for de to DRG-ene. For DRG-par hvor det er en-til-flere relasjoner mellom dag-DRG og døgnkirurgiske-DRG, er de relative forskjellene mellom de døgnkirurgiske-DRG-ene evt. dagkirurgiske vektene opprettholdt.

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

6.1 Endringer i DRG-systemet

Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor opphold eller polikliniske konsultasjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. Grupperingen gjøres ut fra de data som registreres om pasientene i sykehusenes pasientadministrative datasystem. Gruppering til DRG skjer ved hjelp av et dataprogram (Norsk pasientklassifisering - NPK).

Her gis en kortfattet fremstilling av endringene i DRG struktur og grupperingsregler fra 2021 til 2022. Endringer i kodeverkene for 2022 implementeres i endelig versjon av grupperingslogikken som publiseres før nyttår.

Det opprettes totalt åtte nye DRG-er for 2022, mens fem DRG-er utgår.

Oversikt over nye DRG-er:

DRG	HDG	Navn
57A	03	Større kjeveoperasjoner
209S	08	Innsetting av primær hoftededdsprotese pga. fraktur m/ bk
209T	08	Innsetting av primær hoftededdsprotese pga. fraktur u/ bk
209U	08	Innsetting av primær hoftededdsprotese av andre årsaker enn fraktur m/ bk
209V	08	Innsetting av primærhoftededdsprotese av andre årsaker enn fraktur u/ bk
808O	08	Polikliniske kontakter for gjennomføring av middels omfattende prosedyrer i bevegelsesapparatet
370B	14	Keisersnitt m/kompliserende faktor preeklampsi
372B	14	Vaginal fødsel m/kompliserende faktor preeklampsi

Oversikt over DRG-er som utgår:

DRG	HDG	Navn
801X	01	Poliklinisk kontakt for nevrofysiologisk undersøkelse og testing

209D	08	Innsetting av hoftededdsprotese m/bk
209E	08	Innsetting av hoftededdsprotese u/bk
9930	40	Samarbeid- og oppfølgingsmøte med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten for somatiske problemstillinger
9950	40	Oppfølgingsamtale med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten for somatiske problemstillinger

- Det opprettes en ny DRG i HDG 3, DRG 57A *Større kjeveoperasjoner*. Opphold med mer ressurskrevende prosedyrekoder innen kjevekirurgi flyttes hit, hovedsakelig fra DRG 63 *Operasjoner på øre, nese, hals ITAD*.
- DRG 209D *Innsetting av hoftededdsprotese m/bk* utgår og splittes i to nye DRG-er: 209S *Innsetting av primær hoftededdsprotese pga. fraktur m/ bk* og 209U *Innsetting av primær hoftededdsprotese av andre årsaker enn fraktur m/ bk*
- DRG 209E *Innsetting av hoftededdsprotese u/bk* utgår og splittes i to nye DRG-er: 209T *Innsetting av primær hoftededdsprotese pga. fraktur u/ bk* og 209V *Innsetting av primærhoftededdsprotese av andre årsaker enn fraktur u/ bk*
- Det opprettes en ny DRG, 808O *Polikliniske kontakter for gjennomføring av middels omfattende prosedyrer i bevegelsesapparatet*. Aktivitet i HDG 8 som tidligere grupperte til DRG 877O *Andre polikliniske kontakter for gjennomføring av middels omfattende prosedyrer* flyttes hit for å gjøre DRG 877O mindre og mer homogen.
- Det opprettes to nye DRG-er i HDG 14, DRG 370B og 372B for keisersnitt og vaginal fødsel med preeklampsi som kompliserende faktor
- DRG 801X *Poliklinisk kontakt for nevrofysiologisk undersøkelse og testing* utgår ved overgang fra takstkoder til prosedyrekoder for klinisk nevrofysiologi. Kontaktene flyttes til ulike 900 DRG-er, hovedsakelig 901O *Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nervesystemet*.
- DRG-ene for samarbeidsaktiviteter 9930 og 9950 utgår, og aktiviteten regruppes til ny STG XS08.

Andre endringer:

- Det er lagt til en ny regel for DRG 701O *Poliklinisk endoskopi av øvre luftveier* som flytter endoskopier av øre/nese/hals ut av DRG 877O *Andre polikliniske kontakter for gjennomføring av middels omfattende prosedyrer*. Dette for å gjøre DRG 877O mindre og mer homogen.
- Prosedyrekoden ZXC35 *Bruk av radiobølger* gis ny egenskap slik at disse oppholdene flyttes fra DRG 706O *Terapeutisk endoskopi av øvre magetarmkanal* til 703O *Endoskopisk innlegging av stent eller ablasjonsbehandling i magetarmkanalen*. DRG 703O har også endret navn.
- Det er gjort endringer i hierarkiet for DRG 485 *Større op hoftelårbensop og replantasjoner ved HDG 21* og DRG 486 *Større operasjoner ved signifikant multitraume*. Noen få opphold flyttes fra DRG 485 til DRG 486. DRG 486 har også endret navn.

- Z515 *Palliativ behandling* gis egenskap 99M00 *Code not acceptable as principal diagnosis*. Opphold hvor Z51.5 er brukt som hoveddiagnose vil derfor regruppes til DRG 470 *Ikke grupperbar pga manglende opplysninger*.
- Det innføres betingelse om obligatorisk bitilstand i DRG-logikken for opphold med hoveddiagnose Z509 *Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak*, i tråd med regel i ISF-regelverk fra flere år tilbake. Opphold uten bitilstand vil da regruppes fra 862O *Poliklinisk rehabilitering* til DRG 470 *Ikke grupperbar pga manglende opplysninger*.

6.2 Endringer i STG-systemet

Spesialisthelsetjenester som finner sted gjennom andre typer tjenester enn tradisjonelle innleggelse og polikliniske tjenester, og som strekker seg over lengre tid og slik at pasienten selv i større grad står for administrasjon av behandlingen grupperes i STG, særtjenestegrupper. Særtjenestene må sees på som en komplementær enhet til «Opphold», som er ISF-systemets telle enhet for tradisjonelle innleggelse og polikliniske tjenester. Oppholdene grupperes i DRG-er.

Det gjøres endringer i STG-systemet for 2022 knyttet til samarbeidsaktiviteter ved at det opprettes en ny STG for dette. STG-en vil inkludere aktivitet både for polikliniske kontakter og inneliggende pasienter som er meldt utskrivningsklare og der det er rapportert prosedyrekoder for samarbeidssamtaler eller -møter (se kap5.7).

Tabell over nye STG-er vises i under.

STG	Navn
XS08	<i>Samarbeid- og oppfølgingsaktiviteter med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten for somatiske problemstillinger</i>

6.3 TFG-systemet (Tjenesteforløpsgrupper)

Tjenesteforløp er definert som tjenester som sees i sammenheng og finansieres samlet innad i spesialisthelsetjenesten. Det er en endring for to TFG-er i ISF for 2022, det gjelder TFG-er for innsetting av primær hoftelddsprotese:

For 2022 erstattes to TFG-er for innsetting av primære hoftelddsproteser av to nye forløp som det knyttes finansiering til, men der forløpene er avgrenset til å gjelde elektiv(planlagt) kirurgi.

Nye TFG-er:

HT05	Innsetting av elektiv primær hoftelddsprotese m/bk
HT06	Innsetting av elektiv primær hoftelddsprotese u/bk

TFG-er som utgår:

<i>HT02</i>	<i>Innsetting av primær hoftelddsprotese m/bk</i>
<i>HT03</i>	<i>Innsetting av primær hoftelddsprotese u/bk</i>

Denne endringen innebærer at det blir færre opphold som inkluderes i tjenesteforløp med finansiering for hofteprotese for 2022 enn i 2021. Pasienter som får hofteprotese pga. brudd inngår i egne DRG-er og egne TFG-er der TFG-ene inkluderes uten tilknyttet finansiering i 2022.

6.4 Særkoder 2022

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

De nasjonale særkodene for legemiddelbehandling opphører fra 2022, og erstattes av ATC-koder. ATC-koder for legemiddelbehandling har kun betydning for legemiddelbehandling i sykehus for gruppering til utvalgte DRG-er. Det utvalgte områdene er omtalt i regelverket, og hvilke ATC-koder som har grupperingsegenskap framgår av DRG-logikken.

Det innføres en ny særkode fra 01.01.2022, B0050 Intensivpasient etter nærmere kriterier, se kap.5.9 for videre omtale.

To særkoder utgår og erstattes av prosedyrekoder fra 01.01.2022, se kap.5.2.

6.5 STG for registrering i utvalgte medisinske kvalitetsregistre

Ordningen videreføres i 2022. Særkodene fremkommer i særkodelisten nevnt i ovenstående kapittel.

7 GRUNNLAG FOR KOSTNADSVEKTBEREGNINGENE

7.1 Generelt om kostnadsberegningen innen somatikken

Kostnadsvektene til DRG-systemet revideres årlig med utgangspunkt i kostnadsdata fra helseforetakene.

Alle HF har implementert kostnad per pasient (KPP) modeller. Disse er i kontinuerlig utvikling med et spesielt fokus på å få tak i de prosedyrestyrte kostnadene knyttet til implantater, legemidler og kostbare medisinske forbruksvarer og få disse koblet til korrekt pasient. Forbedringer fra et år til et annet kan påvirke rapporterte gjennomsnittskostnader på DRG-nivå fra HF-ene.

Rent metodisk beregnes kostnadsvektene basert på vektete gjennomsnittskostnader per DRG for alle helseforetak med mer enn 5 opphold/kontakter i DRG-en. Kostnadsvektene skal gjenspeile gjennomsnittlig ressursforbruk innen DRG-en, og det er ønskelig å få med kostnader knyttet til normal liggetid for de aktuelle DRG-ene for innleggelser. Derfor ekskluderes kostnader til liggetid over trimpunkt og liggetid ut over tidspunkt der pasientene er meldt utskrivningsklar. Dagens metode for trimming av kostnadsgrunlaget medfører at liggetidskostnadene reduseres andelsmessig ut fra hvor stor andel av de totale liggetidskostnadene per DRG som er knyttet til utskrivningsklare liggedøgn og liggedager ut over trimpunkt.

Før vektene beregnes blir det korrigeret i kostnadsgrunlaget for den egenandel pasienten betaler ved polikliniske kontakter og dagkirurgiske opphold. Dette er gjort ved å trekke ut egenandelsbeløpet (kr 375) fra kostnadsgrunlaget for aktuelle polikliniske og dagkirurgiske DRG-er.

Kostnadsvekter for 2022 skal i utgangspunktet beregnes med basis i HF-enes innrapporterte kostnader for 2020. Covid-19 pandemien, med de konsekvenser dette har hatt for aktivitet og kostnader i 2020, har medført et behov for analyse av hvor godt egnet dette grunnlaget vil være for nye vekter i 2022. Kortsiktige utilsiktede vridningseffekter mellom fagområder og DRG-er, som følge av HF-enes smitteverns beredskap som bla medførte reduksjon i elektiv behandling og flytting av personell som er vanskelig å få regnskapsført korrekt, er ikke ønskelig.

Gjennom dialog og analyse av HF-enes kostnadsgrunnlag for 2020 ser vi vesentlig høyere kostnadsvekst innen enkelte fagområder og mellom enkelte DRG-er som ikke har sin naturlige forklaring i generell kostnadsvekst. Ut fra dette vil vektene for 2022 bli beregnet med bakgrunn i kostnadsdata for 2019, med enkelte korrigeringer. Vektene er korrigert for å ta høyde for endret grupperingslogikk fra 2019 til 2022. I tillegg er endringer i finansieringsmodellen omtalt over innarbeidet i modellen.

Innføring av nytt vektsett skal ikke påvirke budsjettrammen nasjonalt, men kan gi omfordelingseffekter regionalt, lokalt og på pasientgruppenivå. Når nytt vektsett fastsettes sikres det at nytt vektsett gir samme antall DRG-poeng som gammelt vektsett på det samme aktivitetsgrunnlag. Kostnadsvektene for 2022 er kalibrert basert på aktivitetsgrunnlag 2019 regruppert med 2022 logikk.

Når det gjelder pasientadministrert legemiddelbehandling er datagrunnlaget oppgjørsordningen for H-reseptor. Det er beregnet gjennomsnittskostnad per pasient per STG basert på data fra september-2020 til og med august 2021. Disse gjennomsnittskostnadene danner grunnlaget for kostnadsvektene for STG-ene for legemiddelbehandling i 2022.

7.2 Generelt om kostnadsberegningen innen PHV og TSB

Poliklinisk aktivitet innen PHV og TSB ble innlemmet i ISF-ordningen fra 2017. Kostnadsvektene ble den gang basert på en budsjettneøytral overgang fra takster til ISF.

Det er et ønske at kostnadsvektene skal gjenspeile faktisk ressursbruk, og det har siden innlemmelsen av denne aktiviteten i ISF vært jobbet med utvikling av KPP-modeller (KPP=kostnad per pasient) også for denne aktiviteten i helseforetakene (HF). Helsedirektoratet har mottatt og kvalitetssikret disse leveransene siden 2018. Det har også vært et ønske om å harmonisere den aktivitetsbaserte finansieringsandelen (ISF-andel).

Rent metodisk beregnes kostnadsvektene innen PHV og TSB på samme vis som for somatikken, med unntak av regler for trimming av kostnader, da dette er knyttet til opphold med liggetid/døgnbehandlinger noe som ikke er relevant her, jf punkt 7.1 over.

For 2022 er kostnadsvektene for den polikliniske aktiviteten innen PHV og TSB basert på HF-enes KPP-data for 2020. I lys av covid-19 situasjonen i 2020 er det foretatt en egen analyse av om HF-enes innrapporterte kostnadsgrunnlag for 2020 er egnet som grunnlag for vektor 2022. Analysene viser en relativt god stabilitet i gjennomsnittskostnader pr DRG mellom 2019 og 2020, og er vurdert som egnet kostnadsgrunnlag for nye kostnadsbaserte vektorer fra 2022.

Det er ikke forutsatt overføring fra RHF-enes basis-bevilgning til ISF ved denne omleggingen.

Det er imidlertid gjort enkelte tilpasninger:

- Vektene er fortsatt diagnoseuavhengige, med unntak av for TD11A Opioidavhengighet som får sin egen kostnadsberegnete vekt, da det her bl.a. er et spørsmål om ulik kodepraksis og et behov for grenseoppgang mot oppfølging av pasienter og utlevering av medikamenter innen LAR
- Vekten for TD97 Fysisk treningsterapi som ledd i spesialisthelsetjenester til pasienter med psykiske eller rusrelaterte lidelser beholder sin prissatte vekt, da dette er et tilbud som innholdsmessig varierer vesentlig mellom HF
- Vektene for strukturerte polikliniske dagtilbud, både terapeutiske og diagnostiske, beholder sine prissatte vekter, da både innhold og metode for kostnadsberegning, samt kodepraksis er svært varierende

Analyser viser at overgangen fra de takstbaserte til de kostnadsbaserte vektene gir en omfordeling mellom VOP/TSB og BUP, da vektene innen VOP/TSB har økt relativt til vektene innen BUP som følge av kostnadsberegningene. Tilsvarende beregning for ISF-andel viser en harmonisering av ISF-andel mellom BUP og VOP/TSB.

Resultatet er ikke overraskende, da dagens vekter har tatt utgangspunkt i de relative kostnadsforskjellene takstsystemet hadde. HF-enes kostnadsgrunnlag viser en annen fordeling av ressursinnsatsen enn det takstene reflekterte. I tillegg ble det ved utvidelsen av ISF i 2017 lagt til grunn en budsjettneøytral overgang av takstrefusjonsinntektene som var ca en 50/50 fordeling mellom BUP og VOP/TSB. ISF-andelen har dermed vært høyere innen BUP enn i VOP/TSB. Nye kostnadsbaserte vekter bidrar til å korrigere disse skjevhetene dagens vekter representerer. De samlede rammene videreføres slik at denne endringen må håndteres for de utøvende virksomhetene slik at dette ikke påvirker pasienttilbudet.

8 PRESISERINGER OG ANNEN INFORMASJON

8.1 NPK (Theo)

Endringer i NPK er beskrevet i egen endringsdokumentasjon, se denne på vår nettside for NPK: <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/norsk-pasientklassifisering-npk#npk---lisens,-installasjon-og-dokumentasjon>.

8.2 Aktivitetsgrunnlag somatikk på overordnet nivå

Det vises til kapittel 4 (generelle regler for innsatsstyrt finansiering) i ISF-regelverket for 2022. Tabellen under oppsummerer hovedprinsippene for hvilken aktivitet som utløser ISF-refusjon til det regionale helseforetaket hvor pasienten er bosatt.

Enheter	Somatisk aktivitetstype	ISF-refusjon til RHF
Helseforetak	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Ja
Helseforetak	Poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet	Nei. Takstbasert.
Private ideelle sykehus med driftsavtale	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Ja
Private virksomheter med sykehusgodkjenning og som har kjøpsavtale med RHF	Dag-, døgnbehandling og poliklinikk	Ja
Private virksomheter innen spesialisthelsetjeneste med kjøpsavtale med RHF	Dagkirurgi og poliklinikk	Ja
Privatpraktiserende spesialister med kjøpsavtale med RHF	Dagkirurgi	Ja
Private avtalespesialister	Poliklinikk	Nei. Normaltariffen brukes. Private avtalespesialister kan etter avtale med RHF skrive ut H-reseptor og disse vil inngå i ISF-grunnlaget.
Behandling i utlandet i regi av RHF	Døgnbehandling	Ja

Enheter	Somatisk aktivitetstype	ISF-refusjon til RHF
Utenlandske og privatbetalende pasienter	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Nei. Andre ordninger brukes.
Samarbeidsenheter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten som ikke er en del av spesialisthelsetjenesten	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Nei. Finansiering gjennom avtaler mellom partene.
Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner	Dag- og døgnbehandling Poliklinikk	Nei. Finansiering gjennom avtaler mellom partene.
Virksomheter innen Fritt behandlingsvalg- somatikk	For utvalgte områder innen somatikk.	Ja.

8.3 Rapporteringsformat

Data skal være rapportert i henhold til den til enhver tid gjeldende versjon av NPR-meldingen, med mindre annet er avtalt med Helsedirektoratet v/ Avdeling helseregistre.

Kun NPR-meldinger som passerer en teknisk validering bli tatt med i grunnlaget for beregninger til ISF. Kravene for teknisk validering er at meldingen er sendt på rett versjon av NPR-melding og med gyldig hodemelding og at meldingen blir godkjent i en skjema-validering. Se mer informasjon om dette her: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/norsk-pasientregister-npr/registrere-og-rapportere-data-til-npr#validering-av-npr-melding> .

8.4 Særtjenester og rapportering

Særtjenester skal rapporteres i henhold til de reglene som fremkommer i ISF-regelverket.

I de (sjeldne) tilfeller det dreier seg om to ulike særtjenester som skal rapporteres samme dag må dette knyttes til to ulike episoder, hvorav en eller begge kan være teknisk episode, avhengig av behandlingsforløpet til pasienten (om pasienten møter på sykehus eller ei).

8.5 Rapporteringsfrister til Norsk pasientregister

Data rapporteres til NPR 2. virkedag i måneden etter avsluttet tertial. For 1. og 2. tertial er frist for leveranse av endelig fil til NPR tre uker etter første innlevering, mens tilsvarende frist for 3. tertial er andre virkedag påfølgende måned.

Følgende frister gjelder for rapportering av aktivitetsdata for 2022:

Tertial	Dataperiode	Første dataleveranse	Andre og siste dataleveranse
1	01.01–30.04	03.05.2022	24.05.2022
2	01.01–31.08	02.09.2022	23.09.2022
3	01.01–31.12	03.01.2023	02.02.2023