

Innsatsstyrt finansiering 2020

Regelverk
IS-2869



INNHold

INNHold	2
1 Innledning	4
2 ISF psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5
2.1 Overordnet innretning og justeringer i 2020	5
2.2 Moderat økning av ISF-andel for psykisk helsevern og TSB	5
2.3 Digitale tjenester	5
2.4 Ambulante konsultasjoner	6
2.5 Tertialvis rapportering av hvordan legemiddelbehandlingen i LAR finner sted	7
3 Endringer i ISF for somatisk spesialisthelsetjeneste	8
3.1 Legemiddelbehandling	8
3.2 Digitale tjenester	9
3.3 Arenanøytralitet - hjemmesykehus	10
3.4 Tjenesteforløp	10
3.5 Utførende helsepersonell	11
3.6 Behandling av øyeblikkelig hjelp tilstander	12
3.7 Telefonkonsultasjoner innen somatikk	13
3.8 Klinisk nevrofysiologi	14
3.9 Terapeutisk blodtapping	14
3.10 Tiltak som understøtter samhandling	15
3.11 Tjenester knyttet til vurdering (tolkning) av fundusfoto- ISF refusjon uavhengig av organisering av tjenesten	17
3.12 Ambulante konsultasjoner	18
3.13 Pasientopplæring	18
4 Endringer i DRG-, STG- og TFG-grupperingssystemet	19
4.1 Endringer i DRG-systemet	19
4.2 Endringer i STG-systemet	21
4.3 TFG-systemet (Tjenesteforløpsgrupper)	22

4.4	Overgang til NCMP-koder og administrative koder for en del særkoder fra 2020	26
4.5	Særkoder 2020	28
4.6	STG for registrering i utvalgte medisinske kvalitetsregistre (2-årig pilot).....	29
5	Grunnlag for kostnadsvektberegningene	31
5.1	Generelt om kostnadsberegningen innen somatikken	31
5.2	Nærmere om spesifikke endringer i regelverk og KV-beregninger	32
5.3	Generelt om kostnadsberegningen innen PHV og TSB	33
6	Presiseringer og annen informasjon	34
6.1	NPK	34
6.2	Regelendring for hvilke prosedyrekoder som inkluderes i DRG-gruppering	34
6.3	Aktivitetsgrunnlag somatikk på overordnet nivå	34
6.4	DRG-logikk definisjonstabeller for somatikk og PHV/TSB integreres.....	35
6.5	Rapporteringsformat.....	36
6.6	Særtjenester og rapportering.....	36
6.7	Rapporteringsfrister til Norsk pasientregister.....	36

1 INNLEDNING

Dette dokumentet beskriver vesentlige endringer i ISF-ordningen fra 2019 til 2020. Dokumentet er et arbeidsdokument som offentliggjøres for å understøtte åpenhet om endringer i ISF-ordningen og valgene Helsedirektoratet gjør i den forbindelse.

2 ISF PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

2.1 Overordnet innretning og justeringer i 2020

Reglene i 2020 er i all hovedsak en videreføring av ISF-reglene fra 2019.

I 2020 er de fleste særkodene erstattet med prosedyrekoder (NCMP) for psykisk helsevern og TSB, se kapittel 4.4 i dette dokumentet.

Reglene knyttet til pasientopplæring (A0099) gjelder nå både for somatikk og psykisk helsevern og TSB, se kapittel 7.13 i ISF-regelverket. Programmets lengde er endret til 5 timer (fra 7).

Regelverket for ambulante konsultasjoner er justert og presisert, se kapittel 2.4 her.

Det har kommet tre nye STG-er, hvorav to for PRO (Pasient Reported Outcome) - aktivitet og en for fjernmonitorering og annen avstandsoppfølging. Se kapittel 2.3. i ISF-regelverket.

2.2 Moderat økning av ISF-andel for psykisk helsevern og TSB

ISF for poliklinisk psykisk helsevern og TSB har egen enhetspris. Enhetsprisen er justert opp ut over normal prisjustering i 2020 ved at 200 millioner kroner er overført fra RHF-enes basisbevilgning til ISF. Dette som et ledd i gradvis økning i ISF-andel innen psykisk helsevern og TSB mot et langsiktig mål om at all aktivitet i spesialisthelsetjenesten skal ha samme enhetspris og ISF-andel.

2.3 Digitale tjenester

Det er opprettet tre nye grupper (STG-er) for digitale tjenester innen psykisk helsevern og TSB. Disse er:

TS04 Oppfølging og monitorering av pasienter med angst og tvangslidelser basert på Patient Reported Outcome (PRO)

TS05 Oppfølging og monitorering av pasienter med andre psykiske og rusrelaterte lidelser basert på Patient Reported Outcome (PRO)

TS06 Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre psykiske og rusrelaterte lidelser

2.4 Ambulante konsultasjoner

ISF regelverket for ambulante konsultasjoner endres i 2020. Rapporteringskrav og vilkår for å utløse poengtillegg fremgår av ISF regelverket kapittel 5.13 og 9.1.

Bakgrunn:

Ved innføringen av ISF for psykisk helsevern og TSB i 2017 ble det opprettet en særkode, B0015 Ambulante konsultasjoner, som erstattet takstkode P17/P27. Fra 2018 ble særkoden også gyldig innen ISF somatikk. Formålet med særkoden har vært å justere for økt ressursbruk ved ambulant aktivitet overfor pasienter som har særskilt behov for det. Koden har utløst et poengtillegg utover refusjon for ordinære polikliniske konsultasjoner.

Helsedirektoratet har fått mange henvendelser fra sektoren med spørsmål om særkode B0015. Mange av spørsmålene har vært knyttet til kravet om at den ambulante tjenesteformen skal være "begrunnet i pasientens behov", og hvordan dette skal forstås. Det er også spurt om hvilke typer tjenester særkoden er gyldig for, og om forholdet til administrativ kode Sted for aktivitet. Regelverket har blitt oppfattet som uklart. Dette gjenspeiles i aktivitetsdata, i form av stor variasjon og dels også feil i registreringspraksis. Det legges derfor opp til en forenkling og presisering av regelverket for ambulante konsultasjoner i 2020.

Endringer i 2020

Hovedhensynet bak løsningen ligger fast. Poengtillegg gis for kontakter som gjennomføres ambulant (utenfor rammen av ordinære fysiske lokaler i spesialisthelsetjenesten), med bruk av virksomhetens eget personell. Det må være snakk om en konsultasjon som er rettet mot pasienten, foresatte eller andre nærstående personer som naturlig inngår i utredning og behandling av pasienten. Den ambulante tjenesteformen må være begrunnet i pasientens behov.

Rapporteringskravene endres ved at særkode B0015 utgår. Kontakter som oppfyller kriteriene til poengtillegg skal isteden identifiseres basert på rapportert Sted for aktivitet og DRG-gruppering av den aktuelle kontakten. Dette skal bidra til at ambulante konsultasjoner finansieres mer i tråd med intensjonen og under like forutsetninger for alle helseforetak og regioner.

Poengtillegg gis for kontakter med rapportert Sted for aktivitet = 4 "Hjemme hos pasienten" eller 5 "Annet ambulant sted". Merk at kodeverdiene av Sted for aktivitet er oppdatert og presisert i ny versjon av NPR melding, se Grunnlagsdokumentet kapittel 6.5.

Det gis ikke poengtillegg for enkelte ambulante kontakter, se DRG-liste for oversikt.

De samme overordnede reglene vil gjelde for ambulante konsultasjoner i psykisk helsevern og TSB og ambulante konsultasjoner i somatikk. Se også Grunnlagsdokumentet kapittel 3.12

2.5 Tertianvis rapportering av hvordan legemiddelbehandlingen i LAR finner sted

For pasienter som er gjenstand for legemiddelbehandling gjennom LAR skal det minst én gang per tertial rapporteres nye NCMP-koder som angir på hvilken måte behandlingen gjennomføres. Fra 2020 gjelder følgende prosedyrekoder (som erstatter særkoder):

Kode	
IECC10	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – Utlevering og inntak i spesialistpoliklinikk (<i>prosedyrekoden erstatter særkoden B0003</i>)
IECC15	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – Utlevering og inntak i apotek (<i>prosedyrekoden erstatter særkoden B0001</i>)
IECC20	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – Utlevering og inntak i regi av kommunal tjeneste (<i>prosedyrekoden erstatter særkoden B0002</i>)
IECC25	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – Annen gjennomføringsform (<i>prosedyrekoden erstatter særkoden B0004</i>)

NCMP-kodene kan registreres i tilknytning til hvilken som helst episode innen et tertial der pasienten er gjenstand for aktuell behandling, eventuelt som en teknisk episode. Den administrasjonsform som dominerer i aktuelt tertial avgjør valg av kode.

2.5. Individuell jobbstøtte (IPS)

Helsedirektoratet har vurdert aktivitet knyttet til Individuell jobbstøtte (IPS), basert på ulike henvendelser fra sektoren og innføringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus der betydningen av arbeidsrettede tiltak er påpekt. IPS anses som en integrert del av behandlingen, og jobbspesialistene i IPS er del av brukerens behandlingsteam. Det vurderes derfor at jobbspesialister kan registrere pasientkontakter og inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom øvrige krav i regelverket er oppfylt.

3 ENDRINGER I ISF FOR SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE

3.1 Legemiddelbehandling

I 2019 har de regionale helseforetakene overtatt finansieringsansvar for ny legemiddelbehandling fra folketrygden. Overført finansieringsansvar gjelder legemiddelbehandling for veksthormonforstyrrelser og sjeldne tilstander. Samlet ble det overført 1,283 millioner kroner til de regionale helseforetakene fra folketrygden knyttet til nytt finansieringsansvar. Bevilgningen blir ytterligere styrket i 2020 for å inkludere helårseffekt.

Helsedirektoratet har vurdert muligheten for at de nye legemiddelområdene skal inkluderes i ISF fra 2010. Det er gjort separate vurderinger av de to legemiddelområdene.

Veksthormonforstyrrelser

Legemiddelbehandling for veksthormonforstyrrelser (veksthormon overskudd) hadde i 2018 en utgift på 145 millioner kroner fordelt på 4 ulike virkestoffer (ATC-koder).

Legemiddelbehandlingen gjaldt 994 pasienter i 2018. Indikasjonsområdet for disse legemidlene er kreft og veksthormonforstyrrelser (akromegali). Pasientadministrert legemiddelbehandling for kreft er allerede inkludert i ISF og to av virkestoffene inkluderes i etablert løsning. I tillegg etableres det en ny indikasjonsgruppe for å dekke øvrige diagnoser der alle de fire virkestoffene inkluderes. Det etableres en ny STG i 2020, LS02 Pasientadministrert legemiddelbehandling ved veksthormonoverskudd for å inkludere denne legemiddelbehandlingen i ISF. Det er overført midler fra basisrammen til ISF-bevilgningen for å ta høyde for ny legemiddelbehandling i ISF fra 2020.

Sjeldne tilstander

Legemiddelbehandling for sjeldne tilstander hadde en utgift på 951 millioner kroner i 2018 fordelt på 2033 pasienter. Samlet sett gjelder overført finansieringsansvar 61 ulike ATC-koder med flere tilhørende varenavn.

Datagrunnlaget fra Helfo fra 2018 inkluderer utgifter på 49 ulike ATC-koder/varenavn. Det er stor variasjon i kostnader og svært høye kostnader for enkelte behandlinger. For mange av behandlingene er det veldig få pasienter (ned til 1). ISF-ordningen er et gruppebasert system hvor refusjonene beregnes basert på gjennomsnittlige kostnader for behandlingsaktiviteten i

definerte grupper (DRG/STG). Dette gjør det utfordrende med en robust nok grupperingsløsning i ISF allerede fra 2020. Helsedirektoratet har etter dialog med de regionale helseforetakene anbefalt at legemiddelbehandling knyttet til sjeldne diagnoser ikke overføres til ISF fra 2020. De regionale helseforetakene ønsker å få bedre tid til å skaffe oversikter over behandlingsaktiviteten og behandlingskriterier og tilrettelegging for prisforhandlinger gjennom Sykehusinnkjøp. Midler til legemiddelbehandling for sjeldne tilstander videreføres derfor i basisbevilgningen til RHF-ene også for 2020.

Det innebærer at legemiddelbehandling for sjeldne tilstander ikke inkluderes i grunnlaget for ISF fra 2020.

3.2 Digitale tjenester

Innføring av ny teknologi og digitalisering av tjenestetilbudet er viktige virkemidler for å møte nåværende og fremtidige utfordringer i helsetjenesten. Slik utvikling er viktig både for å heve kvaliteten i helsetjenesten, og for å kunne redusere behandlingstkostnadene (se rapporten om [lansiktige utviklingsbehov i ISF](#)). Ny teknologi gir mulighet for nye måter å yte tjenester på til erstatning for mer tradisjonelle behandlingsformer.

I 2019 har vi bedt om innspill fra RHF-ene samt gjort analyser av aktivitetsdata. Vår vurdering taler for at det ikke er behov for store endringer i forbindelse med nye digitale metoder nå ut over det fokus som er på video- og telefonkonsultasjoner. Vi er kjent med at det foregår digitale oppfølgingstjenester for blant annet pasienter med KOLS, diabetes, hjertesvikt, lidelser innen psykisk helse og for pasienter med komorbiditet. Aktiviteten på disse områdene er foreløpig i stor grad utprøvningsprosjekter, og vi trenger ytterligere kunnskap om grensegangen mot kommunen før vi tar stilling til hvordan dette kan løses i ISF. Her kan vi i tillegg til innspill fra RHF-ene støtte oss på utredningsarbeid om medisinsk avstandsoppfølging som Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens legemiddelverk utfører og som skal rapporteres til HOD i desember 2019.

Følgende endringer gjøres i ISF for 2020:

1. Det opprettes egen STG TS04 *Oppfølging og monitorering av pasienter med angst og tvangslidelser basert på Patient Reported Outcome (PRO)*.
2. De to generelle STG-ene, XS05 og XS06 splittes på hhv somatikk og psykisk helsevern basert på registrert hovedtilstand (HDG 19 vs resten). Det vil da bli
 - Ny STG TS05 *Oppfølging og monitorering av pasienter med andre psykiske og rusrelaterte lidelser basert på patient reported outcome (PRO)*
 - Ny STG TS06 *Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre psykiske og rusrelaterte lidelser "*

Navnene på XS05 og XS06 endres slik at disse knyttes til somatiske lidelser.

- STG XS05 *Oppfølging og monitorering av pasienter med andre somatiske lidelser basert på Patient Reported Outcome (PRO)*
- STG XS06 *Fjernmonitorering av asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre somatiske lidelser*

Disse STG-ene er ment for aktivitet som ikke har egen, mer spesifikk STG (jf "andre lidelser").

3. Det gjøres ingen endring i STG for somatikk, ut over skillet omtalt i pkt. 2 over. Dette begrunnet i lav aktivitet foreløpig, og at vi ikke vet nok om hva slags aktivitet dette er.
4. For STG nettbasert behandlingsprogram (for eksempel e-meistring) har vi gjort en kostnadskartlegging av tjenesten gjennom KPP-arbeidet som innebærer en økt vekt for 2020. De fleste øvrige STG-er har økt noe på et skjønnsmessig grunnlag. Foreløpig har vi begrensede kostnadsdata her.

I tillegg til dette er det gjort presiseringer i regelverket knyttet til beskrivelser av aktivitet knyttet til PRO og fjernmonitorering og annen asynkron telemedisinsk oppfølging.

3.3 Arenanøytralitet - hjemmesykehus

Hjemmesykehus innebærer behandling og oppfølging i hjemmet for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus. Dette er et tilbud til personer som trenger sykehusbehandling, men hvor tilstanden tilsier at det er forsvarlig å få behandling og oppfølging hjemme. Rapporteringsreglene knyttet til hjemmesykehus er presisert i ISF-regelverket 2020 i kapittel 6.25.

3.4 Tjenesteforløp

Som en oppfølging av Helsedirektoratets rapport "Forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten – Vurdering av endringer i ISF-ordningen for 2019" ble det gjennomført en begrenset endring i ISF-ordningen fra 2019 der aktivitet i og utenfor sykehus sees i sammenheng. Dette gjaldt for dialyse og for legemiddelbehandling for fire ulike pasientgrupper. Dette ble gjort ved å opprette et nytt aggregeringsnivå for aktivitet som summerer antall pasienter per DRG og STG for avgrensede områder, kalt tjenesteforløpsgrupper (TFG). Hensikten er å finansiere samme tjenesteinnhold likt uavhengig av hvordan behandlingen blir gitt.

For 2020 utvides dette noe og vil i tillegg omfatte to grupper for innsetting av hoftelddsprotese. Det opprettes to nye tjenesteforløp for hofteprotese, der forløpene knyttet til innsetting av primær hoftelddsprotese inkluderes. Ved eventuelle komplikasjoner i etterkant vil disse gruppene til sine respektive DRG-er som tidligere og telles med i ISF grunnlaget. Det har vært en prosess med RHF-ene der en har sett på aktuelle forløp. Begrunnelsen for å opprette avgrensede forløp for innsetting av primær hofteprotese, der en ikke inkluderer eventuelle komplikasjoner og reinnleggelser, er at en ønsker en mest mulig oversiktlig og kontrollerbar innføring. Det er ulike måter å organisere pre- og postoperativ vurdering og oppfølging av hofteprotese, og denne løsningen gir virksomhetene samme refusjon uavhengig av hvordan tjenestene blir organisert.

Det har også vært en prosess knyttet til oppretting av evt. TFG for kronikere (HIV pasienter) og for pasienter med angst og depresjon. Basert på tilbakemeldinger fra RHF-ene og egne vurderinger har en valgt å ikke inkludere TFG for HIV, angst og depresjon i ISF for 2020. Parallelt med arbeidet å inkludere flere TFG-er i ISF, arbeides det med å inkludere TFG-er for 2020 uten at det knyttes finansiering til disse i 2020. En oversikt over de to nye TFG-ene i ISF for 2020 er omtalt nærmere i kapittel 4.3 i dette dokumentet. For spesifisering av definisjonene vises det til definisjonstabellene.

3.5 Utførende helsepersonell

Helsedirektoratet har over flere år fått henvendelser fra sektoren med ønske om å inkludere flere kategorier av helsepersonell i ISF, og/eller flere tjenester for helsepersonell som allerede er inkludert.

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2019 i oppdrag å utvikle ISF-ordningen for å understøtte nye og effektive måter å organisere tjenestetilbudet på. Dette inkluderer tiltak som legger til rette for større grad av helsepersonellnøytralitet, jf. målsetningen om "lik finansiering for likt tjenesteinnhold". Helsedirektoratet har også fått innspill fra RHF-ene på dette.

Fra og med 2020 inkluderes all aktivitet for grupper av helsepersonell som allerede inngår i ISF for utvalgte tjenesteområder, i tillegg til all aktivitet for stråleterapeuter, sosionomer, vernepleiere, pedagoger, barnevernspedagoger, logopeder og genetikere. Fortsatt gjelder at Z50.1 (annen fysikalsk behandling) ikke er inkludert i ISF. Dette gjelder i hovedsak for fysioterapeuter.

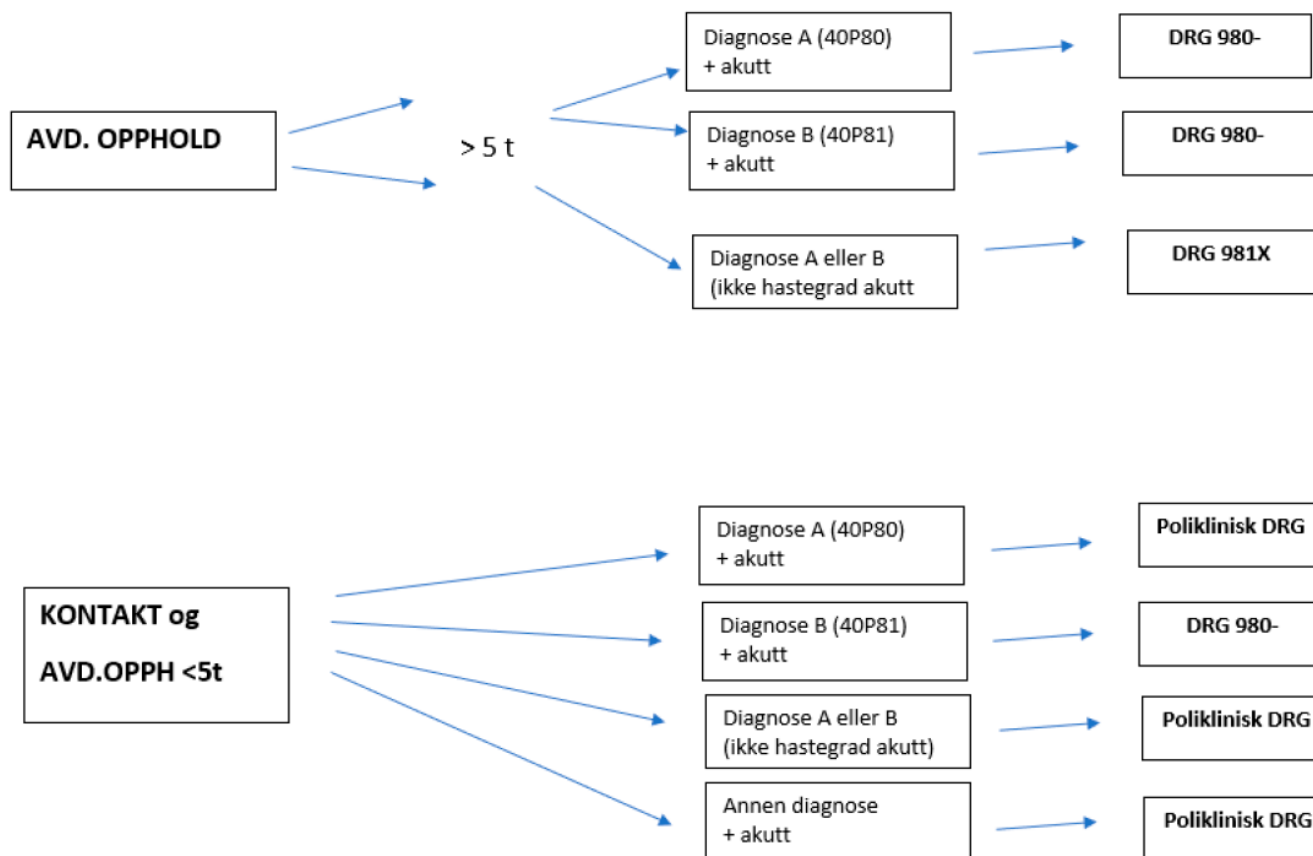
Endringen over er forutsatt håndtert budsjettneutralt ved at det er flyttet midler fra RHF-enes basisbevilgning til ISF.

3.6 Behandling av øyeblikkelig hjelp tilstander

Helsedirektoratet fikk i oppdrag, i samarbeid med RHF-ene, å utrede eventuelle endringer i ISF-ordningen fra og med 2019 for å understøtte ønsket faglig innretning av øyeblikkelig hjelp og redusere incentiver til overnatting i sykehus (med budsjettneøytral løsning). I 2018 ble det innført endringer i finansieringen av øyeblikkelig hjelp pasienter som medførte at episoder ble gruppert som dagbehandling (til respektive 980 DRG-er) selv om oppholdets varighet var under 5 timer. Fra 2019 ble det en utvidelse og endring av ordningen. I 2020 videreføres ordningen, men det gjennomføres en justering i logikken for 980 DRG-ene. Fra 2020 vil det være:

- Krav om hastegrad akutt for alle oppholdene i 980 DRG-ene
- En utvidet liste med potensielle øyeblikkelig hjelp tilstander for opphold over 5 timer (denne er identisk med 2019)
- Slik at avdelingsopphold under 5 timer og polikliniske kontakter sidestilles fullt ut. Dette betyr at en noe begrenset liste med hovedtilstander blir gjort gyldig også for avdelingsopphold under 5 timer (identisk med listen for kontakter i 2019). Dette gir samme behandling av polikliniske kontakter og de korteste avdelingsoppholdene

Skjematisk ser løsningen slik ut:



3.7 Telefonkonsultasjoner innen somatikk

Telefonkonsultasjoner som kommer til erstatning for konsultasjoner som ellers ville blitt gjennomført ved fysisk oppmøte eller videokonsultasjon inkluderes i beregningsgrunnlaget for ISF somatikk fra 2020.

Det er flere typer kontakter mellom behandler og pasient som ikke anses som en konsultasjon, og som heller ikke skal rapporteres eller inngå i beregningsgrunnlaget. For å avgrense kontakter som anses som konsultasjoner er det satt flere vilkår som må være oppfylt for at kontakten skal kunne rapporteres som en telefonkonsultasjon, blant annet med tanke på innhold og omfang av kontakten. Det vil også stilles som krav at vilkårene for å kreve egenandel for konsultasjonen er oppfylt, og at egenandelstakst rapporteres til NPR.

Enkelte grupper pasienter har jevnlig kontakt med behandler i spesialisthelsetjenesten som del av sin oppfølging, også over telefon. Inklusjon av telefonkonsultasjoner i ISF-grunnlaget innebærer ikke at denne typen strukturert oppfølging skal rapporteres som telefonkonsultasjoner. Enklere former for jevnlig telefonisk kontakt kan eventuelt vurderes rapportert med Prosedyrekode WMGA42 – Fjernmonitorering eller asynkron telemedisinsk oppfølging av andre tilstander dersom vilkårene ellers er tilstede. Se for øvrig kapittel 5.23 i ISF-regelverket.

Det stilles krav til at telefonkonsultasjoner ivaretar hensyn til pasientens personvern. Dette innebærer at helseforetaket må ha klare rutiner for å sikre at personopplysninger ikke deles med uvedkommende, hvordan behandler skal forsikre seg om at det er den aktuelle pasienten han eller hun er i kontakt med og at krav i Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten for øvrig er oppfylt.

En telefonkonsultasjon skal være faglig begrunnet. Det stilles også krav til at pasienten er informert om at det er en konsultasjon, og at det kan kreves egenandel. Som hovedregel skal telefonkonsultasjoner være planlagt, men dette er ikke til hinder for at telefonkonsultasjoner kan avtales på kort varsel dersom pasientens behov tilsier det. Det forutsettes at kravet til at pasienten er informert i forkant blir ivaretatt.

I 2020 er det etablert en ny DRG for telefonkonsultasjoner innen somatikk, DRG 994T, og alle telefonkonsultasjoner innen somatikk grupperes til samme DRG.

3.8 Klinisk nevrofysiologi

Klinisk nevrofysiologi har hittil vært finansiert via takster i poliklinikkforskriften for de offentlige poliklinikkene og forskrift om dekning av laboratorieutgifter mv. for de private. Fagområdet er ikke del av norsk laboratoriekodeverk (NLK) og ble derfor ikke tatt inn i ny finansieringsordning for poliklinisk laborativirksomhet i 2018. Begrunnelsen for overføring til ISF har vært at klinisk nevrofysiologi (KNF) er en personellkrevende spesialitet, med liten mulighet til automatisering av analysene. Faget ses på som mer sammenlignbart med områder som dekkes av prosedyrekodeverk (NCMP) enn med laboratorieundersøkelser generelt. Det er dessuten undersøkt at aktiviteten i stor grad dekkes av allerede eksisterende NCMP-koder. Området har gjennom flere år vært diskutert spesielt knyttet til grensegangen mot konsultasjoner som inngår i ISF

Klinisk nevrofysiologi overføres til ISF fra og med 2020. Dette gjelder takstene 702-702g for de offentlige poliklinikkene, samt takstene 721 og 722 hos private poliklinikker.

Aktiviteten skal i hovedsak inngå i allerede eksisterende DRG 801X basert på takster 702c-702g, 720a-c og 721-726. Aktivitet med prosedyrekoder AAFX00 Polygrafisk monitorering av respiratoriske parametre (polygrafi), AAFX05 Polysomnografi (PSG) uten respiratoriske parametre, AAFX10 Polysomnografi (PSG) med respiratoriske parametre og AAFX20 Multiappel søvnlatenstest med minst åtte parametre under søvn grupperes til DRG 803R Diagnostisk intervensjon ved søvnapné som i 2019. Det samme gjelder for takster 702a og 702b. Takster registreres for all klinisk nevrofysiologi i 2020, som en overgangsordning. For eventuell videreutvikling av DRG-systemet på dette området er det viktig at prosedyrekoder som dekker aktiviteten som gjøres, registreres parallelt med takstkodene for 2020.

3.9 Terapeutisk blodtapping

Terapeutisk blodtapping har i 2019 takst i poliklinikkforskriften. Det finnes ingen kode for dette i norsk laboratoriekodeverk (NLK), og i forbindelse med omleggingen av finansieringsordningen for polikliniske laborativirksomhet beholdt man derfor taksten for terapeutisk blodtapping. Begrunnelsen for overføring til ISF fra 2020 har vært at terapeutisk blodtapping blir sett på som mer sammenlignbart med områder som dekkes av prosedyrekodeverk (NCMP) enn med laboratorieundersøkelser generelt. Det er dessuten også slik at noe av denne aktiviteten finnes i ISF i dag.

Terapeutisk tapping og tapping av autologt blod overføres fra poliklinikkforskriften til ISF fra og med 2020. Det betyr at takst 703h utgår.

DRG-logikken justeres slik at kontakter der RXGX05 terapeutisk blodtapping er gjort grupperes til DRG 817S. Denne DRG-en er også flyttet til HDG 40 Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper slik at den dekker flere tilstander enn bare de som tidligere har inngått i DRG 817S.

3.10 Tiltak som understøtter samhandling

For å i større grad understøtte aktiviteter i spesialisthelsetjenesten som bidrar til god samhandling vil det i 2020 inkluderes flere nye tiltak.

3.10.1 Samarbeidsmøter og oppfølgingssamtaler

Innenfor ISF for PHV og TSB gis det refusjon for oppfølgings- og samarbeidsmøter og oppfølgingssamtaler med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fra 2020 vil samarbeidsaktiviteter med eksterne samarbeidsparter utenfor spesialisthelsetjenesten inkluderes i beregningsgrunnlaget for ISF innen somatikk også. Det opprettes en egen DRG for samarbeidsmøter, og en egen DRG for oppfølgingssamtaler. Oppfølgingssamtaler vil rapporteres med prosedyrekode WPBA20 Oppfølgings- og samarbeidssamtale per telefon, med kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern, NAV, eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet og vil også inkludere asynkron kommunikasjon.

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 å inngå i henholdsvis DRG for samarbeidsmøter og andre samarbeidsaktiviteter er oppfylt.

Det forutsettes at samarbeidsaktiviteten som rapporteres med de angitte kodene for samarbeidsmøter og oppfølgingssamtaler 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.

Ordinære kodingsregler gjelder, herunder at hovedtilstand (ICD-10) rapporteres, i tillegg skal følgende rapporteres;

For samarbeids**møter** med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten gjelder følgende rapporteringsregler:

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

For oppfølgings- og samarbeidssamtaler med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten gjelder følgende rapporteringsregler:

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)

For øvrig vises det til kapittel 6.26 i ISF-regelverket.

3.10.2 Teambasert oppfølging, integrerte team og samhandling

Tverrfaglig ambulant oppfølging fra spesialisthelsetjenesten

Oppfølging gjennom tverrfaglige og/eller ambulerende team i spesialisthelsetjenesten er et tiltak som gjennomføres ved, blant andre, ambulerende rehabiliteringsteam og ambulerende hjerneslagsteam. Tidlig støttet utskriving er et tiltak som innebærer en tidsbegrenset oppfølging fra tverrfaglig ambulerende team fra spesialisthelsetjenesten i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Dette tiltaket retter seg særlig mot pasienter med behov for oppfølging fra begge nivåer i en overgangsfase.

Oppfølging gjennom ambulerende tverrfaglige team fra spesialisthelsetjenesten som samarbeider tett med primærhelsetjenesten er et tiltak som har potensiale til å understøtte målsettingene om tettere samhandling, mer helhetlige pasientforløp og kompetanse- og erfaringsdeling mellom tjenestenivåene. Ved at spesialisthelsetjenesten er involvert i oppfølging av pasienten etter utskrivelse og ofte i pasientens hjem vil samarbeidet med primærhelsetjenesten underbygges, spesialisthelsetjenesten kan enklere formidle informasjon om pasientens tilstand og behov for videre oppfølging, og samarbeidet legger også til rette for kompetansedeling mellom tjenestene.

Integrerte team med kommunehelsetjenesten

"Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov" angir strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team som et viktig tiltak i oppfølging og behandling av denne pasientgruppen. Veilederen legger opp til at oppfølgingen skjer gjennom integrerte team med deltagere fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. ISF-ordningen skal finansiere aktivitet i spesialisthelsetjenesten og det er derfor kun spesialisthelsetjenestens aktivitet i tverrfaglige integrerte team som er inkludert i ISF-grunnlaget.

Aktuelle særkoder er:

- B0044 Teambasert oppfølging som bidrar til helhetlige og sammenhengende pasientforløp
- B0045 Strukturert oppfølging fra tverrfaglige integrerte team

Bruk av særkodene begrenses til å gjelde innen somatisk behandling, som følge av at samhandlingstjenester innen ISF for PHV og TSB allerede er understøttet i større grad enn i somatikken, bla. ISF-finansiering av ACT- og PACT-team og lignende team.

Se for øvrig kapittel 6.23 i ISF-regelverket.

3.11 Tjenester knyttet til vurdering (tolkning) av fundusfoto- ISF refusjon uavhengig av organisering av tjenesten

Helsedirektoratet har gitt et anbefalt program for regelmessig netthinneundersøkelse for diabetisk retinopati (se rapport med IS-nummer 2752). I denne rapporten skisseres alternative måter å få utført netthinneundersøkelser, herunder også en mer desentral løsning der pasienten tar fundusfoto lokalt mens selve tolkningstjenesten av bildet skjer i spesialisthelsetjenesten.

I forbindelse med arbeidet med programmet har også problemstillinger knyttet til finansieringsordningene og egenandeler dukket opp. Herunder hvordan aktiviteten kan inkluderes i ISF-grunnlaget når tjenesten til pasienten utføres som en delt tjeneste, der noe skjer lokalt (taking av fundusfoto) med pasient tilstede, og annen del av tjenesten skjer sentralt uten pasient tilstede (tolkning av fundusfoto).

Netthinneundersøkelse av diabetespasienter i sykehus er en aktivitet som inngår i ISF-grunnlaget. Aktuell prosedyrekode er CKDP10 Fundusfotografi som er dekkende prosedyrekode for øyebunnsbilde og tolkning. Når det blir registrert at pasient møter på poliklinikk, får tatt fundusfoto, som senere blir vurdert og tolket blir aktiviteten gruppert til DRG 802P som er en generell poliklinisk DRG innen øyefaget.

Det er ikke en egen kode for tolkning av fundusfotografi. Prosedyrekodene har som generelt prinsipp at hele aktiviteten i en prosedyre er samlet i én kode. Det betyr at tolkning inngår i prosedyrekoden CKPD10 Fundusfotografi.

Hvis samme tjeneste utføres som to separate aktiviteter, dels lokalt (fundusfotografering) og dels i tolkningsenhet i spesialisthelsetjenesten (tolkningen), som i øyehelseprogrammet for diabetespasienter, skal aktiviteten rapporteres på en annen måte, se rapporteringsregler under.

Hvis samme tjeneste utføres som to separate aktiviteter på forskjellige dager (som i øyehelseprogrammet nevnt over) krever det behov for en ny måte å rapportere aktiviteten på.

Der RHF/helseforetak inngår avtale om fundusfotografering annet sted enn på sykehuset forutsettes det en avtale mellom partene. På samme måte som andre avtaler der private utfører tjenester på vegne av RHF/ HF.

Rapportering av aktiviteten i ISF skal skje fra tolkningsenheten (som kan være i et HF) til Norsk pasientregister. Se rapporteringsregel i ISF-regelverket

Aktiviteten grupperes på samme måte og i samme DRG som om tjenesten ble utført samlet på sykehus. Denne aktiviteten skal rapporteres fra der hvor tolkningen skjer, som er i spesialisthelsetjenesten. Det forutsettes at dette kun rapporteres som én samlet aktivitet (fra tolkningsenheten). Generelt gjelder at kun selve fundusfotograferingen ikke skal rapporteres som en egen helsehjelp i ISF. Det ville innebære en dobbeltfinansiering av tjenesten. Dersom en velger å **rapportere** selve fundusfotograferingen skal debitorcode 99 benyttes.

Den samlede aktiviteten grupperes til 802P og vil gi grunnlag for ISF fra 2020 uavhengig av om deler av tjenesten er organisert utenfor sykehuset.

Det kan avkreves én (samlet) egenandel selv om deler av tjenesten skjer lokalt. RHF/HF må finne praktisk løsning på dette gitt at pasienten ikke møter der tolkningen skjer.

3.12 Ambulante konsultasjoner

ISF regelverket for ambulante konsultasjoner endres i 2020. Rapporteringskrav og vilkår for å utløse poengtillegg fremgår av ISF regelverket kapittel 5.13, samt 8.16 og 9.1.

De overordnede reglene for ambulante konsultasjoner i somatikk er de samme som for ambulante konsultasjoner i psykisk helsevern og TSB.

Poengtillegg gis for kontakter med rapportert Sted for aktivitet = 4 "Hjemme hos pasienten" eller 5 "Annet ambulans sted". Merk at kodeverdiene av Sted for aktivitet er oppdatert og presisert i ny versjon av NPR melding.

Enkelte ambulante kontakter gis ikke poengtillegg, se DRG-listen for oversikt.

3.13 Pasientopplæring

Reglene knyttet til pasientopplæring (A0099) gjelder nå både for somatikk og psykisk helsevern og TSB. Programmets lengde er endret til 5 timer (fra 7 tidligere).

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

4.1 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 2019 til 2020. Endringer i kodeverkene for 2020 implementeres i endelig versjon av grupperingslogikken som publiseres før nyttår. I denne forbindelse bør man spesielt legge merke til at en del særkoder byttes ut med prosedyrekoder (se kapittel 4.4 om overgang til NCMP-koder).

Det opprettes totalt fem nye DRG-er for 2019, mens én DRG utgår.

Oversikt over nye DRG-er:

DRG	HDG	Navn
9930	40	Samarbeid- og oppfølgingsmøte med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten for somatiske problemstillinger
994T	40	Telefonkonsultasjoner for somatiske problemstillinger
9950	40	Oppfølgingsamtale med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten for somatiske problemstillinger
TD998A	19	Grupperettet pasientopplæring innen PHV/TSB – voksne
TD998B	19	Grupperettet pasientopplæring innen PHV/TSB - barn

Oversikt over DRG-er som utgår:

DRG	HDG	Navn
996P	23	Behandlingstiltak rettet mot en gruppe pasienter i utvalgte HDG-er

Aktivitet fra denne DRG-en vil inngå i DRG 996O Behandlingstiltak rettet mot en gruppe pasienter. 996P blir unødvendig når det åpnes for ytterligere aktivitet for helsepersonellgrupper som tidligere har hatt begrensning.

Det er også foretatt justering av navn for følgende DRG-er (her angis den nye betegnelsen):

DRG	HDG	Navn
TD02A	19	Grupperettede tiltak - Annen grupperettet behandling – voksne
TD02B	19	Grupperettede tiltak - Annen grupperettet behandling – barn og unge
TD03A	19	Familierettet poliklinisk behandling - Voksne
TD03B	19	Familierettet poliklinisk behandling - Barn og unge

Andre endringer

Det gjort flere endringer i ISF 2020 som har fått konsekvenser for DRG-systemet. Dette gjelder

- Øyeblikkelig hjelp i 980 DRG-ene som er omtalt i kapittel 3.6
- Klinisk nevrofysiologi som er omtalt i kapittel 3.8
- Hierarkiendring i HDG 9 gir færre opphold til DRG 809R Annen lysbehandling. Ved flere utførte prosedyrer grupperer oppholdet i stedet til andre DRG-er i HDG 9.
- Regelendring ved at alle prosedyrekoder nå skal inngå ved aggregering til opphold (se kapittel 6.2)

Tatovering av brystvorte

Her har det kommet korrigering knyttet til kodingen på området. Korrekt koding er

- Z488 Annen spesifisert etterbehandling etter operasjon som hovedtilstand
- Eventuelle bitilstander som beskriver hvorfor tatoveringen er utført
- Prosedyrekode QXGX70 Tatovering på medisinsk indikasjon

På grunn av dette har vi justert på reglene i DRG-logikken, men slik at oppholdet fortsatt skal grupperes til DRG 809T Mindre hudprosedyre.

4.2 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 noen endringer i STG-systemet for 2020, som beskrives nærmere i det følgende.

Det opprettes fem nye STG-er for 2020.

STG	Navn
LS02	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved veksthormonoverskudd
TS04	Oppfølging og monitorering av pasienter med angst og tvangslidelser basert på Patient Reported Outcome (PRO)
TS05	Oppfølging og monitorering av pasienter med andre psykiske og rusrelaterte lidelser basert på Patient Reported Outcome (PRO)
TS06	Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre psykiske og rusrelaterte lidelser
XS09	Teambaserte tverrfaglige oppfølgingstjenester

Det er også foretatt justering av navn og til dels også noen små justeringer i innhold for følgende STG-er (her angis den nye betegnelsen)

DRG	Navn
GS03	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved hepatitt B-infeksjon og annen virushepatitt
XS03	Pasientadministrert legemiddelbehandling med mindre kostbare kreftlegemidler
XS05	Oppfølging og monitorering av pasienter med andre somatiske lidelser basert på Patient Reported Outcome (PRO)

XS06	Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre somatiske lidelser
XS09	Teambaserte tverrfaglige oppfølgingstjenester

4.3 TFG-systemet (Tjenesteforløpsgrupper)

Fra 2019 ble TFG for dialyse behandling og enkelte legemiddelbehandlinger innført, til sammen fem TFG-grupper. For 2020 utvides ordningen med to nye grupper for innsetting av hoftedeppsproteser, slik at en har til sammen syv TFG-grupper i 2020. De to nye TFG-ene er også omtalt i kapittel 3.4.

TFG-ene med navn fremkommer i tabellen under:

TFG	Navn
HT02	Behandling ved innsetting av primær hoftedeppsprotese m/bk
HT03	Behandling ved innsetting av primær hoftedeppsprotese u/bk

Tjenesteforløp er definert som tjenester som sees i sammenheng og finansieres samlet innad i spesialisthelsetjenesten. På engelsk er denne type finansiering ofte omtalt som "bundled payments". Det er opprettet et aggregeringsnivå for tjenesteforløpsgrupper (TFG-er), som er et nivå over DRG og STG, der en legger opp til en mer samlet finansiering av et pasientforløp med flere opphold og aktiviteter (DRG-er og evt STG-er).

Tjenesteforløp (TFG) er således en samlet gruppering av definerte opphold og særtjenester. TFG er avgrenset utfra definert innhold og/eller periode. En pasient kan også inngå i flere ulike tjenesteforløp samtidig, eks. en pasient som får en primærprotese i hoften og som også går til dialysebehandling vil kunne inngå i TFG for både dialyse og TFG for innsetting av hofteprotese. TFG er på samme måte som annen aktivitet innen ISF begrenset til budsjettåret (årsskillet). Det vil si at tjenesteforløpene kan være inkludert i en tidsperiode på inntil ett kalenderår. For enkelte tjenesteforløp kan det være aktuelt med noe kortere tidsperiode for inkludering. Eksempelvis TFG for dialyse som har en måned som tidsperiode.

Innføring av TFG kan gi incentiv til bedre samhandling, intensivert behandling og koordinering av tjenester for pasienten, også på tvers av enkelte aktører. TFG kan stimulere til mer kostnadseffektiv behandling i et forløpsperspektiv og ikke bare innenfor rammen av den enkelte deltjeneste. Det kan også gi rom for ulik organisering av ulike tjenester. Det kan også bidra til kostnadseffektive behandlingsvalg gjennom harmonisering av prissetting og betaling for ulike metoder (teknologi og organisering m.v.). TFGsystemet gir mulighet til å følge grupperinger på annet nivå enn tidligere, som mer helhetlige tjenester. Dette kan være hensiktsmessig i forhold til styringsarbeid der en for eksempel skal følge opp aktivitetsutvikling og variasjon.

Pasienter som opereres med leddprotese følger i stor grad et avgrenset forløp med utredning og behandling inkludert operasjon med leddprotese og postoperativ oppfølging. Utredning og behandling kan foregå på ulike måter, for eksempel preoperative vurderinger som enkelt(e) konsultasjon(er) eller samlet, postoperativ kontroll gjennom for eksempel videokonsultasjoner eller ved hjelp av PROs (patient reported outcomes) og er derfor godt egnet for forløpsfinansiering. For de konkrete forløpene som innføres i 2020 er forløpet inkludert i en tidsperiode på inntil et år (avgrenset av årsskillet). Der pasienten får to hofteproteser i løpet av et år, vil dette inkluderes som to ulike forløp.

Det er i hovedsak normalforløpet med innsetting av protese, og med polikliniske konsultasjoner i for- og etterkant av det, som er inkludert her. Det er valgt en enkel modell der større komplikasjoner etter protese ikke er inkludert i forløpet. Dette bidrar til å redusere den økonomiske risikoen for virksomhetene, men kan bli revurdert for senere år.

Hovedandelen av kostnadene knyttet til TFG-ene for behandling ved innsetting av primær hofteleddsprotese er knyttet til selve oppholdet for innsetting av protesen (trigger).

Trigger er det eller de kriteriene som må være oppfylt for å bli inkludert i tjenesteforløpet. Det kan for eksempel være en bestemt prosedyre, en diagnose eller opphold i en bestemt

DRG. Trigger for innsetting av primær hoftelddsprotese er definert som opphold i DRG 209E Innsetting av hoftelddsprotese u/bk (for TFG HT03) og opphold i DRG 209D Innsetting av hoftelddsprotese m/bk (for TFG HT02).

I tillegg til trigger DRG-en vil opphold pasienten har samme året i enkelte DRG-er innen samme HDG også bli inkludert i samme TFG (noen med enkelte tilleggs kriterier som for eksempel. diagnose).

Et eksempel er opphold i DRG 908B Poliklinisk kontroll pga. artrose, et annet eks. er opphold i DRG 908A Kontroller pga. brudd. Opphold i DRG 908A vil kunne inkluderes ved et tilleggskriterium om å ha hoveddiagnose for brudd i lårben/hofta i tillegg. Dette er for ikke å inkludere annen ortopedi eks. kontroll etter ankelbrudd hos en pasient som samme året har fått satt inn en hofteprotese. Opphold i relevante DRG-er er også i enkelte tilfeller avgrenset av tid, før eller etter trigger. Aktuelle video- og telefonkonsultasjoner vil også kunne bli inkludert i tjenesteforløpene.

Se tabell under for oversikt over aktuelle DRG-er i tillegg til trigger DRG-ene 209D og 209E. Det er de samme tilleggs DRG-ene som er aktuelle og med samme premisser for begge forløpene for hofteprotese. I tillegg vil Opphold i DRG 209O der innsetting av hoftelddsprotese er utført utløse tilsvarende tjenesteforløp. Av tabellen fremgår det at for opphold i de fleste DRG-er gjelder en viss tidsperiode før og etter innsetting av hofteprotese, og i et noe lengre tidsrom der aktuelle diagnoser er inkludert. Dette for å inkludere de pasientene som inngår i forløpet og ikke der pasienten har vært på sykehuset for annen årsak. Aktuelle diagnosekoder der diagnose er et tilleggskriterium er i hovedsak ICD10 koder for artrose, lårhalsbrudd og aktuelle kontroll diagnoser, disse er gjengitt i sin helhet i definisjonstabellen på hjemmesiden til Helsedirektoratet.

DRG	DRGnavn	inkl før trigger (antall dager), uten tilleggskriterier	inkl etter trigger (antall dager), uten tilleggskriterier	inkl før m/tilleggs-kriterium diagnose	inkl etter m/tilleggs-kriterium diagnose
908A	Poliklinisk konsultasjon vedr brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken	15	10	90	100
908B	Poliklinisk konsultasjon vedrørende artrose	15	10	90	100
908C	Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk leddsykdom	15	10	90	100
908D	Poliklinisk konsultasjon vedr systemiske bindevevssykdommer	15	10	90	100
908E	Poliklinisk konsultasjon vedr tendinitt og bursitt	15	10	90	100
908F	Poliklinisk konsultasjon vedr lidelser og skader i rygg og nakke	15	10	90	100
908G	Poliklinisk konsultasjon vedr myositt	15	10	90	100
908H	Poliklinisk konsultasjon vedr osteoporose	15	10	90	100
908O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i bevegelsesapparatet	15	10	90	100
980H	ØH-relaterte muskel og skjelettilstander uten overnatting	15	10	90	100
994T	Telefonkonsultasjoner for somatiske problemstillinger	15	10	90	100
923O	Poliklinisk kons vedr faktorer som har betydning for helsetilstander/kontakt med helsetjenesten	15	10	90	100
981X	Innleggelse uten overnatting for andre tilstander	15	10	90	100
996O	Behandlingsrettet tiltak mot en gruppe pasienter	15	10	90	100
998O	Grupperettet pasientopplæring	15	10	90	100

Basert på logikken for inkludering av tjenester i tjenesteforløpet vil enkelte polikliniske kontakter som ikke er relatert til hofteproteseforløpet kunne inkluderes i forløpet og enkelte relevante polikliniske kontakter ikke alltid bli inkludert. På individnivå vil det derfor være enkelte avvik, men på gruppenivå vil det samsvare rimelig med det en observerer i pasientdata.

For fullstendig oversikt over logikken for hvilke kontakter som er inkludert i TFG-ene for primære hofteproteser, se definisjonstabellen på hjemmesiden til Helsedirektoratet (link: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/tfg-systemet>).

4.4 Overgang til NCMP-koder og administrative koder for en del særkoder fra 2020

NCMP-koder vil erstatte flere særkoder fra 2020. Helsedirektoratet har som mål å gå bort fra bruk av særkoder til fordel for andre felles standardiserte kodesett og vil fortsette denne utviklingen. Se tabell under for oversikt over hvilke særkoder som er erstattet med NCMP-koder i 2020.

Enkelte av særkodene erstattes av administrative koder som er koder som sier noe om pasienten relasjon til helsevesenet, og som ikke beskriver selve innholdet i helsehjelpen. Administrative koder kan finnes på volven.no. Eksempel på administrative koder kan være innmåte hastegrad (kodeverk OID=8428) som sier noe om pasienten kom inn til sykehus for akutt eller planlagt behandling. Et annet eksempel kan være beskrivelse av om kontakten var en telefonkonsultasjon eller ambulante (sted for aktivitet) (OID=8454).

Nye koder i 2020		Erstatter disse særkodene 2019	
NCMP kode	NCMP-kode tekst	Særkoder	Særkoder tekst
IECC15	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR - utlevering og inntak i apotek	B0001	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR - utlevering og inntak i apotek
IECC20	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR - utlevering og inntak i regi av kommunal tjeneste	B0002	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR - utlevering og inntak i regi av kommunal tjeneste
IECC10	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR - utlevering og inntak i regi av spesialistpoliklinikk	B0003	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR - utlevering og inntak i spesialistpoliklinikk

IECC25	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – annen gjennomføringsform	B0004	<i>Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – annen gjennomføringsform</i>
IEAA00	Strukturert poliklinisk dagtilbud, hovedsaklig diagnostisk formål	B0005	<i>Strukturerte polikliniske dagtilbud innen PHV og TSB, hovedsakelig diagnostiske formål</i>
IEAA10	Strukturert poliklinisk dagtilbud, hovedsaklig terapeutisk formål	B0006	<i>Strukturerte polikliniske dagtilbud innen PHV og TSB, hovedsakelig terapeutiske formål</i>
IBBH10	Terapeutassistert eksponeringsterapi	B0007	<i>Terapeutassistert eksponeringsterapi</i>
WPBA25	Informasjon til og samarbeid med pårørende eller andre nærstående personer	B0008	<i>Konsultasjon med foresatte eller pårørende til pasient med psykisk eller rusrelatert lidelse, uten pasienten tilstede</i>
WPBA10	Oppfølgings- og samarbeidsmøte uten pasient, foreldre eller pårørende tilstede	B0009	<i>Oppfølgings- og samarbeidsmøte med kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet knyttet til psykisk eller rusrelatert lidelse</i>
WPBA15	Oppfølgings- og samarbeidsmøte med pasient og/eller foreldre ev. pårørende tilstede	B0009	
WPBA20	Oppfølgings- og samarbeidssamtale per telefon med kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern, NAV, eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet knyttet til psykisk eller avhengighetsrelatert lidelse	B0010	<i>Oppfølgings- og samarbeidssamtale per telefon med kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet knyttet til psykisk eller rusrelatert lidelse</i>
	<i>Baseres på rapportering i NPR-meldingen*</i>	B0011	<i>Telefonkonsultasjon med pasient eller pasientens foresatte for psykisk eller rusrelatert lidelse</i>
IEAA20	Testing og kartlegging med bruk av standardiserte verktøy med normert eller anbefalt tidsbruk 75 minutter eller mer for vurdering av psykisk, rusrelatert eller avhengighetsrelatert tilstand	B0012	<i>Testing og kartlegging med bruk av standardiserte verktøy med normert eller anbefalt tidsbruk 75 minutter eller mer for vurdering av psykisk eller rusrelatert tilstand</i>
IBBA20	Psykoterapi, gruppebehandling	B0013	<i>Gruppebehandling av pasienter med psykisk eller rusrelatert lidelse</i>
IBBB20	Psykoedukativ behandling, gruppebehandling		
IBBE20	Musikkterapi, gruppebehandling		
IBBD20	Annen kunnskapsbasert terapiform, gruppebehandling		
IBBA15	Psykoterapi, familiebehandling	B0014	<i>Familierettede polikliniske tjenestetilbud for pasient med psykisk eller rusrelatert lidelse</i>
IBBB15	Psykoedukativ behandling, familiebehandling		
IBBD15	Annen kunnskapsbasert terapiform, familiebehandling		
IBBH15	Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser		
	<i>Baseres på rapportert sted for aktivitet i NPR-meldingen*</i>	B0015	<i>Ambulant konsultasjon særskilt begrunnet i pasientens behov</i>
IEAD00	Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulant	B0016	<i>Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam</i>

	oppsøkende behandlingsteam		
IEAB20	Gjennomført nettbasert behandlingsprogram	B0017	Nettbasert behandlingsprogram
OBAB00	Veiledet og instruert fysisk trening knyttet til motorikk og/eller kondisjon	B0018	Fysisk trening som nødvendig del av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern og TSB
OADC00	Observasjon av pasientens funksjonsevne i sitt nærmiljø (hjem, barnehage, skole) og/eller miljøfaktorer	B0019	Observasjon av pasient i sitt nærmiljø (hjem, barnehage, skole)
WRBA20	Døgnbehandling i palliativ enhet	B0020	Innleggelse i palliativ enhet innen palliativt senter (dag- eller døgnbehandling)
WRBA21	Palliativ behandling av innlagt pasient, i regi av palliativt senter	B0021	Palliativ behandling av innlagt pasient i regi av palliativt senter (innleggelse utenom palliativ enhet)
WRBA22	Ambulant dagbehandling i regi av palliativt senter	B0022	Ambulant dagbehandling i regi av palliativt senter
WRBA23	Poliklinisk palliativ behandling i regi av palliativt senter	B0023	Poliklinisk palliativ behandling i regi av palliativt senter
WRBA24	Rådgivning og samarbeid mellom palliativt senter og kommunal helse- og omsorgstjeneste	B0024	Rådgivning og samarbeid mellom palliativt senter og kommunal helse- og omsorgstjeneste
WMGA28	Digital, skjembasert pasientoppfølging og monitorering basert på Patient Reported Outcomes	B0028	Digital, skjembasert pasientoppfølging og monitorering basert på Patient Reported Outcomes
WMGA42	Fjernmonitorering eller asynkron telemedisinsk oppfølging av andre tilstander	B0042	Fjernmonitorering eller asynkron telemedisinsk oppfølging av andre tilstander

*Telefonkonsultasjoner og ambulante konsultasjoner; se ISF-regler og rapporteringsregler for disse aktivitetene i ISF-regelverket.

4.5 Særkoder 2020

Gjenværende særkoder for 2020 (pr.13.12.2019) er som følger:

Særkode	Navn på særkode
3BX01	Behandling med legemiddel M03BX01 Baclofen
1BA01	Behandling med legemiddel S01BA01 Deksametason
1LA01	Behandling med legemiddel S01LA01 Verteporfin
1LA04	Behandling med legemiddel S01LA04 Ranibizumab
1LA05	Behandling med legemiddel S01LA05 Aflibercept
1XA22	Behandling med legemiddel S01XA22 Okriplasmin
3AX01	Behandling med legemiddel M03AX01 Botulinum toxin
1XC02	Behandling med legemiddel L01XC02 Rituximab
4AA23	Behandling med legemiddel L04AA23 Natalizumab
4AA24	Behandling med legemiddel L04AA24 Abatacept
4AA26	Behandling med legemiddel L04AA26 Belimumab
4AA33	Behandling med legemiddel L04AA33 Vedolizumab
4AA34	Behandling med legemiddel L04AA34 Alemtuzumab

4AB02	Behandling med legemiddel L04AB02 Infliximab
4AB06	Behandling med legemiddel L04AB06 Golimumab
4AC07	Behandling med legemiddel L04AC07 Tocilizumab
9AB02	Behandling med legemiddel M09AB02 Kollagenase clostridium histolyticum
A0093	Pasientadministrert peritonealdialyse
A0094	Pasientadministrert hemodialyse
A0099	Grupperettet pasientopplæring
B0029	Asynkron telemedisinsk oppfølging og behandling av sår
B0030	Registrering i Nasjonalt kvalitetsregister for føflekkreft
B0031	Registrering i Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft
B0032	Registrering i Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft
B0034	Registrering i Norsk diabetesregister for voksne
B0035	Registrering i Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten
B0036	Registrering i Norsk register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer
B0037	Registrering i Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi
B0038	Registrering i Nasjonalt barnehofteregister
B0039	Registrering i Norsk hjertesviktregister
B0040	Registrering i Gastronet
B0041	Registrering i Norsk gynekologisk endoskopiregister
B0043	Registrering i Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi
B0044	Teambasert oppfølging som bidrar til helhetlige og sammenhengende pasientforløp
B0045	Strukturert oppfølging fra tverrfaglige integrerte team

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

4.6 STG for registrering i utvalgte medisinske kvalitetsregistre (2-årig pilot)

Det vises til oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet i tillegg til tildelingsbrev nr. 41 om å utrede nærmere hvordan det kan etableres økonomiske insentiver for å øke dekningsgraden i medisinske kvalitetsregistre, innenfor ISF-ordningen, fra og med 2019.

Helsedirektoratet har lagt til rette for en prøveordning over 2 år hvor RHF-ene gis ISF-refusjon per registrerte pasient per år i utvalgte kvalitetsregistre. Forutsetningen for ISF-refusjon vil være registrering av nasjonale særkoder i pasientadministrative systemer når informasjon om pasientbehandling rapporteres til aktuelle kvalitetsregistre.

For 2020 er det ett kvalitetsregister som utgår (KOLS) og ett nytt som inngår (fedmekirurgi). Særkodene fremkommer i tabellen i kapittel 4.5, dvs særkodene B0030-B0043.

5 GRUNNLAG FOR KOSTNADSVEKTBEREGNINGENE

5.1 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 for den somatiske aktiviteten og vektene for 2020 er beregnet med utgangspunkt i rapporterte gjennomsnittskostnader per DRG basert på disse dataene. KPP-modellene er fremdeles under 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 kostnadsgrunnlaget 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 korrigert i kostnadsgrunnlaget for den egenandel pasienten betaler ved polikliniske kontakter og dagkirurgiske opphold. Dette er gjort ved å trekke ut egenandelsbeløpet (kr 351) fra kostnadsgrunnlaget for aktuelle polikliniske og dagkirurgiske DRG-er.

Beregning av vektene blir gjort ut fra historisk informasjon om kostnader og pasientbehandling. Kostnadsdata for 2018 legger grunnlag for vektene til 2020, og vektene er derfor korrigert for å ta høyde for endret grupperingslogikk fra 2018 til 2020. I tillegg er endringer i finansieringsmodellen som følge av utvidelse av tjenesteforløpsfinansieringen og andre endringer i finansieringsordningen omtalt i kapittel 3 innarbeidet.

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 2020 er kalibrert basert på aktivitetsgrunnlag 2018 regruppet med 2019 logikk.

Når det gjelder pasientadministrert legemiddelbehandling er datagrunnlaget oppgjørsordningen for H-resepter. Kostnadsvektene for STG-ene for legemiddelbehandling er beregnet som gjennomsnittskostnad per pasient per STG basert på data fra 2018. Det er gjort justeringer av gjennomsnittskostnaden for prisutvikling per 1.tertial 2019.

5.2 Nærmere om spesifikke endringer i regelverk og KV-beregninger

5.2.1 Øyeblikkelig hjelp (ØH)

Ordnningen videreføres som for 2019, men det gjennomføres en justering i DRG-logikken, jf kapittel 3.6. DRG-basispoeng beholdes på samme nivå som for 2019. Kontakter og avdelingsopphold med kort liggetid får et fradrag på 0,1 DRG-poeng, jf ISF-regelverkets kapittel 8.18. Hensikten er at mer intensiv poliklinisk behandling av utvalgte øyeblikkelig hjelp tilstander skal få en høyere finansiering enn ordinære polikliniske konsultasjoner.

5.2.2 Digitale tjenester

Det foreligger ikke spesifikke kostnadsdata med unntak av eMeistring i PHV/TSB for de nye tjenesteområdene, og behandlingsvolumet er beheftet med usikkerhet. Vektene er derfor satt skjønnsmessig for 2020.

5.2.3 Tjenesteforløp

Beregnete kostnadsvekter for tjenesteforløpsgruppene (TFG) er basert på beregnede gjennomsnittskostnader (KPP-data) per DRG og STG, og disse er vektet sammen til ny gjennomsnittskostnad per pasient per periode per tjenesteforløpsgruppe (TFG).

TFG vil gi grunnlag for ISF-poeng for 7 TFG-er i 2020.

5.2.4 Nye aktiviteter som understøtter samhandling

Fra 2020 er det etablert en ny STG XS09 Teambaserte tverrfaglige oppfølgingstjenester. Dette skal dekke tverrfaglig ambulant virksomhet, herunder også integrert team mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Kostnadsvekten her er satt til 0,05. Det er lagt til grunn et estimat på aktiviteten som er begrenset og de økonomiske konsekvensene er håndtert innenfor ISF-bevilgningen.

Samarbeidsmøter er fra 2020 også inkludert for somatikken. Dette grupperes til DRG 9930 Samarbeids- og oppfølgingsmøte med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten for somatiske problemstillinger og DRG 9950 Oppfølgingsamtale med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten for somatiske problemstillinger. Det er også her lagt til grunn et estimat på aktiviteten som er begrenset i 2020 og de økonomiske konsekvensene er håndtert innenfor ISF-bevilgningen.

5.2.5 Medisinske kvalitetsregistre

Det er ikke kostnadsberegnete vekter for registrering i kvalitetsregistrene. RHF-ene betales per registrert pasient per år i utvalgte kvalitetsregistre. Det er lagt opp til en refusjon på om lag 200 kroner per pasient per år. Inndekningen for denne endringen i ISF hentes fra redusert enhetsrefusjon.

5.3 Generelt om kostnadsberegningen innen PHV og TSB

I 2020 videreføres ISF-regelverket og metoden for beregning av kostnadsvekter fra 2019. Det pågår nå et utviklingsarbeid med etablering av kostnadsberegningsmodeller (KPP) innen psykisk helsevern (PHV) og TSB, slik at vi fra 2021 forventer å ha kostnadsbaserte vekter pr DRG også for poliklinisk PHV og TSB.

Vektene for STG-ene er skjønnsmessig satt, med unntak for TS02 Nettbasert behandlingsprogram (eMeistring). Denne er nå kostnadsberegnet med utgangspunkt i kostnadsdata fra HF med etablert tilbud.

6 PRESISERINGER OG ANNEN INFORMASJON

6.1 NPK

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>.

6.2 Regelendring for hvilke prosedyrekoder som inkluderes i DRG-gruppering

Det vises til kapittel 8.17 Aggregering til opphold (oppholdskonstruksjon) i somatikk, ISF-regelverket for 2019. Prinsippet "Prosedyrekode overføres som hovedregel kun fra den episoden som oppholdets hovedtilstand hentes fra (hovedepisoden)" vil ikke lenger være gjeldende. I ISF-regelverket for 2020 vil alle prosedyrekoder fra alle episoder inngå i DRG-grupperingen av oppholdet.

6.3 Aktivitetsgrunnlag somatikk på overordnet nivå

Det vises til kapittel 4 (generelle regler for innsatsstyrt finansiering) i ISF-regelverket for 2020. 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-, døgnerbehandling 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-resept og disse vil inngå i ISF-grunnlaget.
Behandling i utlandet i regi av RHF	Døgnerbehandling	Ja
Utenlandske og privatbetalende pasienter	Dag- og døgnerbehandling Poliklinikk	Nei. Andre ordninger brukes.
Samarbeidsenheter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten som ikke er en del av spesialisthelsetjenesten	Dag- og døgnerbehandling Poliklinikk	Nei. Finansiering gjennom avtaler mellom partene.
Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner	Dag- og døgnerbehandling Poliklinikk	Nei. Finansiering gjennom avtaler mellom partene.
Virksomheter innen Fritt behandlingsvalg- somatikk	For utvalgte områder innen somatikk.	Ja.

6.4 DRG-logikk definisjonstabeller for somatikk og PHV/TSB integreres

Fra 2020 vil definisjonstabellene for somatikk og psykisk helsevern/TSB integreres til ett felles definisjonsdatasett. Dette som del av en langsiktig plan om harmonisering av finansieringsmodellene for somatikk og psykisk helsevern/TSB.

For 2020 vil det fortsatt publiseres 2 ulike konfigurasjonssett til NPK: et for somatikk og et for PHV/TSB. Forskjellen mellom konfigurasjonssettene vil være episodeseleksjonsfilen. Resterende konfigurasjonsfiler vil ellers være identiske, herunder parameterfil og kodeunntaksfil.

6.5 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.

Fra 1.mai 2020 vil 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> .

6.6 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).

6.7 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 2020:

Tertial	Dataperiode	Første dataleveranse	Andre og siste dataleveranse
1	01.01–30.04	05.05.2020	26.05.2020
2	01.01–31.08	02.09.2020	23.09.2020
3	01.01–31.12	05.01.2021	02.02.2021