

ISF 2021 – Grunnlagsdokumentet

INNHOOLD

INNHOOLD	1
1 Innledning	3
2 Overordnet om ISF-utvikling	4
3 Generelle regler	5
3.1 Digitale tjenester	5
3.2 Tjenesteforløp	5
3.3 Video- og telefonkonsultasjoner	8
3.4 Ambulante konsultasjoner	9
4 ISF for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	10
4.1 Overordnet innretning og justeringer i 2021	10
4.2 Aggregeringsreglene.....	10
4.3 Digitale tjenester	11
5 ISF for somatisk spesialisthelsetjeneste	12
5.1 Legemiddelbehandling	12
5.2 Utførende helsepersonell.....	13
5.3 Fysisk treningsterapi.....	13
5.4 Nettbasert behandling av somatiske tilstander	14
5.5 Tverrfaglige tiltak.....	14
5.6 Kliniske studier og utprøvende behandling.....	16
5.7 Organisering av blandede avdelinger.....	18
5.8 Aggregeringsreglene.....	18
5.9 Pårørende	19
5.10 Hjemmesykehus	20
5.11 Eggdonasjon	21
6 Endringer i DRG-, STG- og TFG-grupperingssystemet	22
6.1 Endringer i DRG-systemet	22

6.2	Endringer i STG-systemet	24
6.3	TFG-systemet (Tjenesteforløpsgrupper)	24
6.4	Særkoder 2021	25
6.5	STG for registrering i utvalgte medisinske kvalitetsregistre (2-årig pilot).....	25
7	Grunnlag for kostnadsvektberegningene	26
7.1	Generelt om kostnadsberegningen innen somatikken	26
7.2	Generelt om kostnadsberegningen innen PHV og TSB	27
8	Presiseringer og annen informasjon	28
8.1	NPK	28
8.2	Aktivitetsgrunnlag somatikk på overordnet nivå	28
8.3	Rapporteringsformat.....	29
8.4	Særtjenester og rapportering.....	29
8.5	Rapporteringsfrister til Norsk pasientregister.....	29

1 INNLEDNING

Dette dokumentet beskriver vesentlige endringer i ISF-ordningen fra 2020 til 2021. Dokumentet er et arbeidsdokument som offentliggjøres for å understøtte åpenhet om endringer i ISF-ordningen og valgene Helseledelsen gjør i den forbindelse.

2 OVERORDNET OM ISF-UTVIKLING

Det er ikke lagt opp til større utviklingsoppgaver i ISF som medfører behov for flytting av midler fra basisbevilgningen til ISF for 2021.

Det er lagt opp til noen endringer og justeringer for 2021 blant annet som følge av innspill fra de regionale helseforetakene. Dette håndteres innenfor gjeldende bevilgninger (basis- og ISF-bevilgningen).

3 GENERELLE REGLER

3.1 Digitale tjenester

Det opprettes egen STG for nettbasert behandling for somatiske lidelser. Prosedyrekode som skal brukes er den samme som for psykisk helsevern, IEAB20 *gjennomført nettbasert behandlingsprogram*.

Ut fra vurdering av innspill fra RHF/HF og egne analyser anses det ikke nødvendig med ytterligere endringer i STG-strukturen for 2021. Vi har ikke fått konkrete innspill som skulle tilsi at det er områder med aktivitet av en viss størrelse som trenger egen STG foreløpig. Aktivitet som ikke har egen STG-løsning registreres med hovedtilstand og dekkende prosedyrekoder, og grupperer til samle STG-er for patient reported outcome eller fjernmonitorering og asynkron telemedisin.

Vi legger til grunn at nettbasert behandling i STG kan være andre opplegg enn e-Meistring. Det kreves imidlertid at koden og STG-en skal brukes for nettbasert behandlingsopplegg som går over en viss tid og med en viss struktur og deltakelse. Det kan ikke dreie seg om enkeltstående hendelser.

Noen foretak har tatt i bruk tekstlige e-konsultasjoner som erstatning for ordinære fysiske konsultasjoner. For at dette skal inngå i ISF skal det dreie seg om elektronisk dialog og oppfølging over tid, og med et konsultativt innhold. Dersom disse kriteriene oppfylles kan kode WMGA42 Fjernmonitor eller asynkron telemedisinsk oppfølging benyttes.

Bruk av ulike skjemaserte verktøy kan ha noe ulikt formål. I ISF er vi mest orienterte mot den delen av oppfølgingen som er direkte helsehjelp og som ofte kan være et alternativ til fysiske frammøter, og der noe av hovedintensjonen er å redusere omfanget av ordinære konsultasjoner. Andre typer skjemaserte verktøy kan ha andre hovedformål. Noen skjema fylles ut i forbindelse med fysiske frammøter (enten i selve konsultasjonen, eller i forkant) og er ment å være et supplement til selve konsultasjonen, mens andre kan ha fokus på systemforbedringstiltak på overordnet nivå (typisk PROM og PREM) som blant annet kan benyttes i forbindelse med arbeid inn mot de ulike medisinske kvalitetsregistre. Utfylling av skjema som del av eller i tilknytning til en ordinær poliklinisk konsultasjon inngår ikke i STG og prosedyrekode WMGA28 skal ikke benyttes. Koden skal heller ikke benyttes i forbindelse med ulike typer feedbackverktøy der formålet ikke er direkte helsehjelp og oppfølging av enkeltpasienter.

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 2021 planlagt en forsiktig videre utvikling av TFG som klassifikasjonssystem uten at det knyttes finansiering til forløpene. Innføring av tjenesteforløp uten tilknyttet finansiering vil også kunne gi mulighet til videreutvikling av tjenesteforløp som et klassifikasjonssystem, og vil kunne gi en god oversikt over endringene og konsekvensene før det eventuelt omfattes av TFG-finansiering. Data på TFG nivå kan gi et godt grunnlag for styringsdata.

Mål med tjenesteforløp:

- Finansiere samme tjenesteinnhold likt uavhengig av hvordan behandlingen blir gitt
- Stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling
- Gi god styringsinformasjon

Vi har i 2020 syv tjenesteforløp som det er knyttet finansiering til. Dette inkluderer fire TFG-er for ulike legemiddelbehandling, én TFG for dialysebehandling og to TFG-er for behandling av pasienter som får satt inn primære hoftelødsproteser.

Fra 2021 vil også STG-en XS07 Nettbasert behandlingsprogram for somatiske lidelser kunne inngå i TFG-ene for hofteprotese der aktuell diagnose er relatert til protesekirurgi.

I tillegg har vi etablert 34 forløp det ikke er knyttet finansiering til i 2020. Det er ni spesifikke forløp for ulike strålebehandlinger, ett forløp for kneprotese og 24 TFG-er som er mer uspesifikke. Hvor 22 av disse er knyttet til de ulike HDG-ene og de to siste er en for uspesifiserte tjenesteforløp og en for ikke-grupperbare tjenesteforløp.

For 2021 opprettes det nye TFG-er innen fødselsomsorg og psykiatri, alle uten at det knyttes finansiering til TFG nivået. Dette gjelder til sammen 33 nye forløp.

I tillegg til konkrete innspill fra RHF-ene vedrørende tjenester som bør vurderes utredet mht egnethet som tjenesteforløp, har det kommet innspill fra prosjektgruppen som har sett på fødselsomsorgen i Norge. Jf. rapporten «*Endring i føddepulasjonen og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem*». Fra rapporten overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 01. mars 2020 står det følgende om tjenesteforløp:» *Helsedirektoratet må utrede muligheten for å finansiere (deler av) fødselsomsorgen som helhetlige tjenesteforløp. Dette bør integreres i det pågående utviklingsarbeidet knyttet til forløpsfinansiering i ISF: Fagmiljøene og RHF bør involveres i prosessen. Målet kan være å innføre aktuelle tjenesteforløp i ISF-modellen fra 2021, i første omgang uten finansiering for å kunne vurdere konsekvenser for økonomi, styring og utvikling av tjenestene.»*

Følgende seks forløp opprettes innen fødselsomsorgen:

TFGkode	TFGnavn	Inklusjonskriterium	
		DRGkode	DRGnavn
PT01	Fødselsforløp keisersnitt m/bk	370	Keisersnitt m/bk
PT02	Fødselsforløp keisersnitt u/bk	371,3710	Keisersnitt u/bk
PT03	Fødselsforløp med vaginalfødsel m/bk	372	Vaginal fødsel m/bk
PT04	Fødselsforløp med vaginalfødsel u/bk	373, 3730	Vaginal fødsel u/bk
PT05	Fødselsforløp med vaginalfødsel m/sterilisering og/eller evakuering	374	Vaginal fødsel m/sterilisering og/eller evakuering
PT06	Fødselsforløp med vaginalfødsel m/ op ekskl sterilisering og/eller evakuering	375	Vaginal fødsel m/ op ekskl sterilisering og evakuering

Det har også kommet innspill fra RHF-ene med ønske om å se nærmere på muligheten for å opprette TFG-er innen psykisk helsevern og TSB. For 2021 opprettes 27 nye TFG-er innen poliklinisk psykisk helsevern og TSB, uten at det knyttes finansiering til TFG-nivået.

Følgende forløp inkluderes innen psykisk helsevern/TSB for 2021:

TFG	TFG navn	Trigger DRG
TT01	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. knyttet til alkoholavhengighet, voksne	TD10A
TT02	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. knyttet til opioidavhengighet, voksne	TD11A
TT03	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. knyttet til cannabisavhengighet, voksne	TD12A
TT04	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v samtidig rusproblem og alvorlig psykisk lidelse, voksne	TD18A
TT05	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v samtidig rusproblem og alvorlig psykisk lidelse, barn og unge	TD18B
TT06	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. knyttet til annen rusmiddelavhengighet, voksne	TD19A
TT07	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v schizofreni, voksne	TD20A
TT08	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v andre psykososer, voksne	TD21A
TT09	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v bipolar lidelse, voksne	TD31A
TT10	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v andre depressive tilstander, voksne	TD32A
TT11	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v depresjon, barn og unge	TD32B
TT12	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v alvorlig depresjon, voksne	TD33A
TT13	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v for angst og fobiske lidelser, voksne	TD40A
TT14	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v for angst og fobiske lidelser, barn og unge	TD40B
TT15	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v tvangs lidelser, voksne	TD42A
TT16	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v tvangs lidelser, barn og unge	TD42B
TT17	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v PTSD og tilpassningsforstyrrelser m.v., voksne	TD43A
TT18	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v PTSD og tilpassningsforstyrrelser m.v., barn og unge	TD43B
TT19	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v personlighetsforstyrrelser, voksne	TD60A
TT20	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v alderspsykiatriske problemstillinger	TD80A

TT21	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v spiseforstyrrelser, voksne	TD81A
TT22	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v spiseforstyrrelser, barn og unge	TD81B
TT23	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v autisme og andre gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, barn og unge	TD84B
TT24	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v psykisk utviklingshemming, barn og unge	TD85B
TT25	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v ADHD o.l., voksne	TD90A
TT26	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v ADHD o.l., barn og unge	TD90B
TT27	TFG v pol.kl.beh. hovedsakl. v barn under 5 år	TD91B

I tillegg splittes TFG TT99 Andre tjenesteforløp HDG19 i to nye tjenesteforløp, ett for voksne og ett for barn/unge: TT98 Andre tjenesteforløp HDG19, barn og unge og TT99 Andre tjenesteforløp HDG19, voksne. En vil videre bruke 2021 til å se nærmere på forløpene med hensyn til ulike problemstillinger, for eksempel fordeling, antall opphold, diagnoser, prosedyrer, demografi, behandling ved evt. flere HF/RHF osv.

Det er mulig det vil bli endringer på forløpene beskrevet over basert på videre analyser.

RHF-ene har også påpekt viktigheten av at de trenger oversikt og forutsigbarhet over fordeling og økonomiske konsekvenser ved innføring av finansiering på et nytt nivå som TFG.

3.3 Video- og telefonkonsultasjoner

Helsedirektoratet arbeider med å videreutvikle ordningen *Kvalitetsbasert finansiering*, med implementering fra 2022. I den forbindelse er det av interesse å utvikle en indikator for videokonsultasjoner. Dette krever en endring i ISF-regelverket for 2021 om videokonsultasjoner, for å sikre en mer entydig rapportering av disse. Endringen er påkrevd for å kunne beregne volum av videokonsultasjoner på en enklere og mer robust måte, enn på grunnlag av slik videokonsultasjoner registreres i dag.

For å sikre en entydig rapportering av videokonsultasjoner (og telefonkonsultasjoner) har det i etterkant av publisering av foreløpig ISF-regelverk for 2021, vært et godt og tett samarbeid med RHF-ene og Norsk pasientregister (NPR). Dette for å finne en mer tilfredsstillende løsning for rapportering fra 2021. Det ble presentert en løsning i Foreløpig ISF-regelverk for 2021 som ble vurdert å ha flere uønskede sideeffekter. I etterkant har Helsedirektoratet hatt en prosess med RHF/HF samt med Norsk pasientregister for å finne en bedre rapporteringsløsning.

Løsningen for 2021, som det har blitt enighet om, er at videokonsultasjoner skal rapporteres som en direkte kontakt med ny kodeverdi fra kodeverket for kontakttipe (OID=8432). Kodeverdien for videokonsultasjonen er 6 – "Videokonsultasjon". Se ellers ISF-regelverket for 2021 for detaljene i rapporteringskrav.

Tilsvarende er det også gjort en endring for hvordan telefonkonsultasjoner skal rapporteres. I 2021 skal telefonkonsultasjoner, som ellers oppfyller kravene for å rapporteres som telefonkonsultasjon, rapporteres som en direkte kontakt. For disse skal det benyttes en ny kodeverdi i kodeverket for kontakttipe (OID=8432): kodeverdi 7 – "Telefonkonsultasjon med egenandel".

3.4 Ambulante konsultasjoner

Regelen for beregning av poengtillegg for særskilte ambulante konsultasjoner er justert slik at for opphold bestående av mer enn en episode, må minst en episode ha kontakttipe ulik 6 og 7 og minst en episode må ha sted for aktivitet lik 4 eller 5 for å få poengtillegg, gitt at de andre kriteriene også er oppfylt.

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 2021. Justeringene i ISF-regelverk er håndtert innenfor gjeldende ISF-bevilgning vedtatt av Stortinget. Enhetsrefusjonen er justert for prisvekst.

4.2 Aggregeringsreglene

Aggregeringsreglene endres i 2021. Endringene er basert på en gjennomgang av rapporteringspraksis for flere kontakter samme dag og utarbeidet i dialog med koordineringsgruppen ISF for psykisk helsevern og TSB. Tilsvarende vurderinger er gjort i somatikk, se egen omtale i kapittel 5.10.

Bakgrunn

Hovedregelen ved rapportering til NPR er at polikliniske tjenester (tiltak) som utføres samme dag skal rapporteres på én kontakt, for å unngå unødig oppstyking av det som for pasienten fremstår som en helhetlig tjeneste. S sammensatte tjenester kan eventuelt registreres som strukturerte polikliniske dagtilbud, dersom de skiller seg fra ordinære kontakter i innhold og ressursbruk, jf. ISF regelverket kapittel 7.1. Dersom det rapporteres flere kontakter samme dag, vil disse som hovedregel aggregeres til ett «opphold». Noen tjenester (DRG-er) er derimot unntatt aggregering og telles separat, jfr. ISF-regelverkets kapittel 9.2.

Unntakene fra aggregering er innført for å ta høyde for at kontakter med ulikt tjenesteinnhold, som for eksempel samarbeidsmøte med kommune eller konsultasjon med foresatte/pårørende, kan skje samme dag som en poliklinisk konsultasjon med pasient og gi grunnlag for refusjon som selvstendige kontakter. En svakhet med denne innretningen er at det i noen tilfeller er vanskelig å definere «ulikt tjenesteinnhold» og angi når tjenester er tilstrekkelig distinkte til å rapporteres som separate kontakter. Dette tolkes og praktiseres ulikt og kan gi ulik finansiering av likeverdige tjenester.

Helsedirektoratet har sett nærmere på tilfeller der det er rapportert flere kontakter for samme pasient på samme dag. Omfanget varierer mellom helseforetak og noen skiller seg veldig ut fra gjennomsnittet. I enkelte tilfeller er det rapportert inntil 13 kontakter samme dag, og inntil 10 kontakter på samme dag og i samme DRG. Noen tilfeller fremstår som reelle duplikater med identiske medisinske koder og samme tidspunkt for begynnelse og slutt, men med ulike typer helsepersonell.

I ISF regelverket for 2021 er det gjort en justering av aggregeringsreglene for å begrense konsekvensene av ulik rapporteringspraksis. De nye reglene fremgår av kapittel 9.2.

Endringer i ISF 2021

For 2021 gjelder fortsatt hovedregelen om at alle kontakter som er registrert for samme pasient på samme dag, slås sammen og finansieres som ett opphold. Det vil fortsatt gjøres unntak for enkelte DRG-er, jfr. liste i kapittel 9.2. Unntakene er derimot justert slik at flere kontakter i *samme DRG* ikke kan utløse mer enn ett tellende opphold.

Endringen kan sees som en operasjonalisering av kravet om at tjenester som unntas aggregering skal ha et differensiert tjenesteinnhold, dvs. gruppere til ulike DRG-er. Formålet er å bidra til lik finansiering av likeverdige tjenester.

Sammensatte tjenester (tiltak) samme dag for samme pasient skal som tidligere registreres som strukturerte polikliniske dagtilbud, dersom kravene til dette er oppfylt.

Det legges opp til videre arbeid med aggregeringsreglene i 2021, med mulighet for flere endringer på sikt.

Målsetningen er at rimelig likt tjenesteinnhold skal rapporteres mest mulig likt, se likt ut i aktivitetsstatistikk og gi samme finansiering for de ulike virksomhetene.

Alle ISF-poengene videreføres innen psykisk helsevern og TSB slik at denne endringen har ingen betydning for den samlede ISF-bevilgningen til RHFene.

4.3 Digitale tjenester

Det er ingen endringer i STG-logikken for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for 2021.

For klargjøring knyttet til regler for nettbaserte tjenester vises til generell tekst i kapittel 3.1.

5 ISF FOR SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE

5.1 Legemiddelbehandling

Det er for 2021 ikke overført midler fra basisbevilgningen for å inkludere nye legemidler inn i ISF-ordningen. Finansieringsansvaret for legemiddelbehandling for sjeldne tilstander ble overført til RHF-ene i 2019 og det ble overført finansieringsansvar for nye områder fra 1.september 2020. Fra 1.februar 2021 skjer en ny utvidelse av de regionale helseforetakene sitt finansieringsansvar for legemiddelbehandling. Legemiddelbehandling som gjelder disse områdene vil for 2021 ikke bli inkludert i grunnlaget for ISF, og vil dermed fortsatt bli finansiert gjennom basisbevilgningen. For å lette oversikten over omfang av aktivitet som gjelder sjeldne tilstander og nytt finansieringsansvar blir det etablert tre nye STG-er uten finansiering for å identifisere aktiviteten. På den måten blir det enklere å skille ut denne aktiviteten fra aktivitet som er inkludert i ISF-grunnlaget, og det blir lettere å få oversikt over hvor mange pasienter som gis slik legemiddelbehandling.

Når ny legemiddelbehandling kommer på markedet beslutter Helsedirektoratet om aktuelle legemidler gjelder spesialisthelsetjeneste, eller om det er et legemiddel som skal kunne finansieres av folketrygden. For legemiddel som blir klassifisert som spesialisthelsetjeneste er det de regionale helseforetakene som får finansieringsansvaret. Dersom legemiddelet blir utlevert på resept vil det inngå i fakturagrunnlaget for H-resept. Kriteriet for å bli inkludert i grunnlaget for ISF har så langt vært at legemiddelet er metodevurdert og fått tilslutning til å tas i bruk av beslutningsforum for nye metoder. Helsedirektoratet oppdaterer STG-logikken tertialvis for å ta høyde for endringer i løpet av året.

I kapittel 5.8 vises det også til at behandling som er relatert til utprøvende behandling, kliniske studier eller persontilpasset medisin bør inkluderes i ISF-grunnlaget, men at dette i 2020 fortsatt ikke er på plass når det gjelder pasientadministrert legemiddelbehandling. For å sikre likebehandling med aktivitet i sykehus gjøres det endringer i STG-logikken fra 2021. STG XS99 fortsetter som en restkategori for legemiddelbehandling som ellers ikke blir gruppert til spesifikk STG. Nytt fra 2021 er at STG XS99 gis finansiering og dermed inkluderes i ISF-grunnlaget. XS99 vil inkludere legemiddelbehandling som ikke er inkludert i øvrig STG-logikk av ulike grunner. Her vil nye legemidler som ikke er metodevurdert, eller som ikke er ferdig vurdert av Nye metoder bli gruppert. Her vil også legemidler som er tatt i bruk for andre indikasjonsområder enn de som er inkludert i logikken bli gruppert. STG-vekten (refusjonen) her

vil imidlertid være lavere enn for de spesifikke legemiddel STG-ene hvor etablert og godkjent behandling inngår.

Ny STG sikrer at all pasientadministrert legemiddelbehandling inngår i ISF-grunnlaget på linje med det som gjelder for sykehusaktiviteten. Samtidig forutsettes det fortsatt at RHF gjennom basisbevilgningen, og evt. andre finansieringskilder, i stor grad må bidra for å finansiere utprøvende behandling, som har høyere kostnader enn det vekten i den nye STG XS99 tilsier. For oversikt over nye STG-er som gjelder pasientadministrert legemiddelbehandling, se kapittel 6.2.

5.2 Utførende helsepersonell

De senere år har reglene for utførende helsepersonell i ISF somatikk gradvis blitt utvidet. Nye grupper ble inkludert i 2016 (fysioterapeut, ergoterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, audiograf), 2018 (optiker, ortoptist) og 2020 (stråleterapeut, sosionom, vernepleier, pedagog, barnevernspedagog, logoped, genetiker). I 2020 ble dessuten avgrensninger på fagområde opphevet, slik at helsepersonell nå blir godkjent uavhengig av DRG.

Begrunnelsen for endringene har vært:

- Understøtte effektivisering i helsetjenesten
- Lik finansiering av likeverdige tjenester uavhengig av personell, teknologi og sted for aktivitet
- Harmonisering med regelverket for psykisk helsevern og TSB

Fra 2021 utvides regelverket ytterligere ved at polikliniske konsultasjoner med farmasøyt inngår i beregningsgrunnlaget. Utvidelsen er basert på innspill fra RHF.

Farmasøyt må her forstås som klinisk farmasøyt, som har selvstendig konsultasjon med pasient for individuell tilpasning av legemiddelbehandling og veiledning knyttet til dette. Kontaktene skal rapporteres til NPR med utførende helsepersonell kode 20 (Farmasøyt). Det forutsettes at tjenesten er del av helseforetakets pasienttilbud og at personellkostnaden dekkes av helseforetakets midler til pasientbehandling. Tjenester som er del av sykehusapotekenes drift, inngår ikke i ISF.

NPR data indikerer at omfanget av aktiviteten per i dag er beskjedent. Utvidelsen vil derfor håndteres innenfor budsjettammen, uten overføring av midler fra basisbevilgningen.

5.3 Fysisk treningsterapi

Fysisk trening som behandlingstilbud i somatisk spesialisthelsetjeneste inkluderes i ISF fra 2021. Det forutsettes at treningsterapien er et planlagt og målrettet tiltak for oppfølging av pasienten i spesialisthelsetjenesten. Tjenesten må være organisert og utført av et HF eller annen virksomhet som har drift- eller kjøpsavtale med RHF. Det er kun kontakter med virksomhetens eget personell som skal rapporteres til NPR og kan utløse ISF. I tilfeller der tjenestetilbudet er

samfinansiert av RHF og andre (private) aktører, som for eksempel kan gjelde treningsterapi i forbindelse med enkelte «Pusterom», er ISF-finansieringen ment å delfinansiere RHF-enes kostnader.

Endringen innebærer at kontakter med hovedtilstand Z50.1 Annen fysikalsk behandling ikke lenger ekskluderes fra ISF-grunnlaget, men blir tellende kontakter og grupperes til en egen, ny DRG 9920 Fysisk treningsterapi som ledd i spesialisthelsetjenester til pasienter med somatiske lidelser. Hovedtilstand Z50.1. skal registreres for fysisk treningsterapi. Dette gjelder både når treningsterapien skjer i gruppe og når den gjennomføres individuelt. Det skal foreligge henvisning fra lege for å registrere en kontakt med koden Z50.1. Se kodeveileder for nærmere kriterier.

Aktiviteten antas å ha et begrenset omfang og utvidelsen vil derfor håndteres innenfor ISF-bevilgningen. Kostnadsvekten er satt på omtrent samme nivå som for tilsvarende DRG innen psykisk helsevern og TSB.

5.4 Nettbasert behandling av somatiske tilstander

Det opprettes egen STG for nettbasert behandling for somatiske lidelser.

5.5 Tverrfaglige tiltak

Vi har fått flere henvendelser vedrørende problemstillingen knyttet til tverrfaglig utredning ved kjente tilstander. Tverrfaglig utredning ved ukjent hovedtilstand er i varetatt i ISF ordningen. Problemstillingen her gjelder der kravene til bruk av koden for tverrfaglig utredning ikke er oppfylt da dette gjelder kjent hovedtilstand. Der en (eks. kronisk) diagnose er kjent tilsier ikke det at alle opphold i spesialisthelsetjenesten er enklere konsultasjoner eller kontroller etter at diagnosen er stilt. Kronisk sykdom er sykdom i utvikling og i ulike faser som kan kreve ulike utredninger, oppfølging, tiltak og behandling. Selv om en hoveddiagnose er kjent så kan en sykdom ha mange ulike kliniske manifestasjoner med ulike problemstillinger knyttet til seg som vil kunne kreve tverrfaglig utredning i samme omfang som der hovedtilstanden er ukjent.

Direktoratet for e-helse har fra 2021 opprettet en ny prosedyrekode WMAA11 Tverrfaglig vurdering av kjent tilstand

Eksempler på tverrfaglige vurderinger ved kjent hovedtilstand er:

Tverrfaglige «ortopedklinikker» hvor pasient og oftest også begge foreldre møter. Det er ortoped, ortopediingeniør, pediater, fysioterapeut, evt. ergoterapeut tilstede, evt. også andre spesialiteter.

Eks. på problemstilling: økende spastisitet som kan kreve operativ, medikamentell, fysikalsk eller annen behandling.

Utredning av ME pasienter med uforklarlig tretthet;

Pasienter med uforklarlig tretthet, men kjent ME som hoveddiagnose, kommer til smertepoliklinikk, eller annen poliklinikk og utredes for tretthet mht årsaker og valg av videre strategi for behandlingsmetoder.

Det kan også være eksempler på tverrfaglig aktivitet der flere faggrupper er involvert i behandling av pasienter, men der aktiviteten ikke nødvendigvis og rutinemessig skal rapporteres med koden WMAA11, det gjelder for eksempel preoperative vurderinger eller planlagte kontroller (eks. kontroll etter operasjon eller kontroll etter hjerneslag) der flere faggrupper er involvert for forberedende aktiviteter eller kontroller. Det er i tilfeller der det er kompliserte sammensatte problemstillinger som krever tverrfaglig utredning samme dag og der øvrige krav er oppfylt at koden WMAA11 skal benyttes.

Dette er avhengig av kriterier nevnt over der den tverrfaglige utredningen både med hensyn til tid, tverrfaglighet og ressursbruk samme dag er betydelig mer omfattende enn en ordinær konsultasjon, tilsvarende om lag tre konsultasjoner. Det arbeides tverrfaglig med pasienten samme dag.

Tilsvarende som for bruk av koden WMAA10 Tverrfaglig utredning (av ukjent tilstand), jf kap 6.11 i regelverket vil det være samme vilkår og kriterier knyttet til bruk av koden WMAA11 Tverrfaglig vurdering av kjent tilstand. Den eksisterende koden WMAA10 vil endre navn fra tverrfaglig utredning til Tverrfaglig utredning ved ukjent hovedtilstand. Dette endrer ikke innholdet i bruk av koden, da den kun har vært forutsatt brukt ved ukjent hovedtilstand.

Begge kodene grupperes til DRG 997O tverrfaglig utredning i 2021.

5.5.1.1.1.1 Kriterier og rapporteringskrav:

Kriterier for bruk av koden WMAA11 Tverrfaglig vurdering ved kjent hovedtilstand:

Med tverrfaglig vurdering menes tilbud som er etablert for utredning og vurdering av pasienter med kjent hovedtilstand, men der det er en endring eller utvikling i sykdomsmanifestasjon og symptomer som krever en tverrfaglig vurdering for å gi pasienten en god behandling. Formålet med vurderingen skal være å fastsette en plan for videre behandling. Det forutsettes tverrfaglig involvering av minst 3 faggrupper, hvorav en lege eller psykolog med klinisk spesialist-kompetanse relevant for tilstanden som utredes. Videre gjelder at pasienten skal være tilstede under utredningen.

Tverrfaglig vurdering av kjent tilstand skal kodes som følger:

- Pasientens tilstand (ICD-10) skal kodes som hovedtilstand
- WMAA11 Tverrfaglig vurdering av kjent hovedtilstand (etter ovennevnte krav)

Ovennevnte regel omfatter tverrfaglige utredningen som skjer koordinert samme dag. Der hvor utredningen skjer oppstykket over flere dager, uavhengig av hvor mange faggrupper som er inne samlet på deler av utredningen skal dette registreres som ordinære konsultasjoner. Da skal ikke prosedyrekode WMAA10 Tverrfaglig utredning benyttes. Disse kontaktene grupperes da til andre DRG-er enn DRG 9970. Den foreslåtte løsningen er et tiltak for å synliggjøre ekstra ressursinnsats samme dag som ellers kamufleres ved aggregering. Foreslått løsning vil gi en bedre beskrivelse av aktiviteten enn dagens løsning gjør, både med hensyn til innhold og varighet.

5.6 Kliniske studier og utprøvende behandling

Behandling som er relatert til utprøvende behandling, kliniske studier eller persontilpasset medisin kan på samme måte som ordinær behandling rapporteres til NPR . Slik som systemet er i 2020 vil en del av denne aktiviteten kunne inngå i ISF. Det er imidlertid noen unntak.

Unntaket som fremkommer i ISF-regelverket kapittel 4.2 i) er: «Helsehjelp som finansieres gjennom privat betaling, særskilte prosjekt- og forskningsmidler, eller gjennom andre alternative finansieringsordninger, inngår ikke i beregningsgrunnlaget.»

For reglene i kapittel 4.2 i), nevnt over, ligger det til grunn at selve helsehjelpen er finansiert gjennom privat betaling. Det kan for eksempel være at et legemiddelfirma eller et utstyrsfirma dekker alle kostnadene knyttet både til selve behandlingen og forskningen. I slike tilfeller skal ikke dette rapporteres som aktivitet som samtidig skal gi grunnlag for aktivitetsbasert finansiering fra staten. Det ville innebære dobbeltfinansiering.

I tilfellet med utprøvende behandling, kliniske studier eller persontilpasset medisin vil det ofte være kostnader utenom selve behandlingskostnaden, som forutsettes dekket gjennom basisbevilgningen eller særskilte forskningsmidler. Det kan dreie seg om kostnader knyttet til å ansatte forskere, administrative kostnader eller særskilte kostnader med behandlingen som avviker fra de gjennomsnittlige kostnadene for standardbehandlingen (aktiviteten) som ligger til grunn for ISF-refusjonen.

I ISF-regelverket for 2020 er det også en bestemmelse i kapittel 4.2. j) «Helsehjelpens hovedinnhold kan ikke være gjennomføring av behandling og utredning med metoder som etter vurdering i Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten er forutsatt ikke tatt i bruk.»

Denne bestemmelsen sier at helsehjelp som innebærer at metoder som er forutsatt ikke tatt i bruk av Beslutningsforum for Nye metoder heller ikke skal inngå i beregningsgrunnlaget for ISF. Systemet for Nye metoder dreier seg om beslutninger som tas på gruppenivå. Sett i relasjon til persontilpasset medisin vurderes denne bestemmelsen som for streng slik den står i ISF-regelverket i 2020 og at den bør endres fra 2021. En endring tilsier at behandlingsaktiviteten kan inngå i ISF som følge av persontilpasset behandling, selv om det er besluttet at dette ikke skal tas i bruk på gruppenivå.

En endring vil innebære at denne aktiviteten grupperes og gir grunnlag for ISF-refusjon. Særskilte merkostnader til behandlingen og kostnader til studien må fortsatt dekkes gjennom basisbevilgningen og/eller særskilte forskningsmidler.

For medikamentell behandling av kreftsykdommer er DRG-systemet i dag utformet slik at all aktivitet i prinsippet kan grupperes og gi grunnlag for ISF.

For at all medikamentell behandlingsaktiviteten skal kunne telles og gi grunnlag for ISF-refusjon kreves endringer i systemet. Det dreier seg spesielt om behov for endringer i STG-systemet for pasientadministrert legemiddelbehandling. Pasientadministrert legemiddelbehandling som ikke er godkjent forutsettes dekket av basisbevilgningen med nåværende løsning i 2020. I dag er systemet lagt opp slik at det er godkjente indikasjoner og godkjente medikamenter (ATC-koder) som gir grunnlag for gruppering til STG-er for legemiddelbehandling og som igjen gir grunnlag for ISF-refusjon. I DRG-systemet (behandling på sykehuset) blir aktiviteten gruppert, men for medikamentell behandling som ikke er spesifisert vil en havne i generelle DRG-er avhengig av indikasjon (ICD-10) og eventuelle prosedyrekoder. Dagens system oppdateres etter beslutninger i Beslutningsforum, hvor nye behandlinger inkluderes når de er godkjent.

Kliniske studier, utprøvende behandling og persontilpasset medisin kan ha ulike finansieringskilder som nevnt over. Det anses likevel som hensiktsmessig at selve pasientbehandlingen kan rapporteres og gi grunnlag for ISF. Og det krever som nevnt over noen tilpasninger i dagens løsning.

I praksis legges det opp til endring som innebærer at det etableres en ny STG for behandlinger som i dag ikke er omfattet av ISF. Kostnadsvektene settes lavere enn de spesifikke STG-ene, der en har definerte og godkjente behandlingsaktiviteter og tilhørende kostnadsdata. Se kapittel 6.2 i dette dokumentet.

Det vil for en del av denne behandlingen (klinisk studier, utprøvende og persontilpasset medisin) fortsatt innebære at mesteparten av kostnadene fortsatt forutsettes dekket gjennom øvrig finansiering, avhengig av kostnadsnivået på behandlingen.

En endring av systemet vil også kunne gi oss mer oversikt over denne aktiviteten og gi grunnlag for bedre spesifisering av aktivitet og kostnadsberegninger på sikt.

Det forutsettes ikke etablert noe nytt rapporteringsregime. Til Norsk pasientregister (NPR) skal behandlingsaktivitet rapporteres etter de regler som gjelder, herunder tilstandskoding (ICD-10), eventuelle prosedyrer og for medikamentell behandling brukes ATC-kode.

Behandling av sjeldne sykdommer forutsettes fortsatt finansiert gjennom basisbevilgningen i 2021, det gjelder også legemidler som overføres fra Folketrygden til RHF-ene i løpet av 2020.

Videreutvikling av STG- og DRG-systemet for 2021 vil ivareta ovennevnte og kunne skille denne aktiviteten fra ISF-grunnlaget, idet alle midlene ligger i basisbevilgningen.

ISF-regelverkets kapittel 4.2 j) endres til:

«Behandling som etter vurdering i Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten besluttet innført inngår i ISF. Også behandlingsaktivitet som ikke er

formelt godkjent gjennom Nye metoder vil grupperes og kan gi grunnlag for ISF- finansiering, med mindre behandlingen er forutsatt finansiert gjennom basisbevilgningen eller andre midler."

5.7 Organisering av blandede avdelinger

Spesialisthelsetjenesten omfatter virksomhet innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk (TSB). I forbindelse med både styring, aktivitetsstatistikk og finansiering opereres det med skiller mellom nevnte sektorer.

Et skille mellom somatikk og psykisk helsevern er langt på vei gjenspeilet i organisasjonsstrukturen til sykehusene, herunder gjennom avdelingskodeverket. Et slikt skille er også reflektert i måten data rapporteres til Norsk pasientregister på, hvordan tjenestene følges opp, hvordan statistikk utarbeides og måten finansieringssystemene er innrettet på. Rapporteringsplikten til NPR skal ikke i seg selv være til hinder for en hensiktsmessig organisering av tjenestene, men siden finansieringsordningene og rapporteringskravene for psykisk helsevern og somatikk er forskjellige, vil det være behov for å på en eller annen måte skille mellom de ulike tjenesteområdene.

Innrapportering av data til Norsk pasientregister skal gjenspeile de tjenestene som ytes. Tilpasninger bør gjøres når det skjer endringer i organisering av tjenester, for eksempel i retning av integrasjon på tvers av psykisk helsevern og somatikk. En slik mer helhetlig tilnærming kan finne sted på flere måter, blant annet gjennom en organisering i felles avdelinger slik noen helseforetak planlegger.

Det pågår en prosess med RHF-ene for å se på ulike måter å ivareta slike felles avdelinger på som er tilstrekkelig for å dekke de behov som RHF-ene og HF-ene har for oppfølging av sine virksomheter for ulike formål, samt nasjonale behov for statistikk og finansiering.

5.8 Aggregeringsreglene

Aggregeringsreglene endres i 2021. Endringene er basert på vurderinger av rapporteringspraksis for flere kontakter samme dag, herunder variasjonsanalyser og arbeid med saker i Avregningsutvalget. Tilsvarende vurderinger er gjort i ISF for psykisk helsevern og TSB, se egen omtale i kapittel 4.2.

Bakgrunn

Hovedregelen ved rapportering til NPR er at polikliniske tjenester (tiltak) som utføres samme dag skal rapporteres på én kontakt, for å unngå unødig oppstyking av det som for pasienten fremstår som en helhetlig tjeneste. Dersom det rapporteres flere kontakter samme dag, vil disse som hovedregel aggregeres til ett «opphold». Det gjelder i dag to unntak fra denne regelen:

1. Kontakter i enkelte DRG-er skal alltid danne selvstendige opphold. Hvilke DRG-er som omfattes av unntaket fremgår av kodeunntakslisten i NPK, dette gjelder blant annet dagkirurgi og strålebehandling.
2. Kontakter med lege eller tannlege som utførende helsepersonell skal alltid danne selvstendige opphold.

Unntakene fra aggregering er innført for å ta høyde for at kontakter med ulikt tjenesteinnhold, som for eksempel et dagkirurgisk inngrep kan skje samme dag som en poliklinisk konsultasjon og gi grunnlag for refusjon som selvstendige kontakter. En svakhet med denne innretningen er at det er vanskelig å definere «ulikt tjenesteinnhold» og angi når tjenester er tilstrekkelig distinkte til å rapporteres som separate kontakter. Dette tolkes og praktiseres ulikt og gir forskjeller i finansieringen av ellers likeverdige tjenester.

Unødig oppstyking av helsehjelpsepisoder har lenge vært et fokus i kontrollarbeidet i ISF, og det er avdekket en betydelig variasjon i rapporteringspraksis. Avregningsutvalget har anbefalt avkortning av ISF-utbetalingen i flere saker over flere år, uten at dette har hatt tilfredsstillende effekt. Avregningsutvalget har derfor oppfordret til en klargjøring av regelverket.

Endringer i ISF 2021

For 2021 gjelder fortsatt hovedregelen om at alle kontakter som er registrert for samme pasient på samme dag, slås sammen og finansieres som ett opphold.

Det vil fortsatt gjøres unntak for enkelte DRG-er og for kontakter med lege eller tannlege som utførende helsepersonell, men med følgende justeringer:

- Kontakter i *samme DRG* kan ikke utløse mer enn ett tellende opphold samme dag. Dette gjelder uavhengig av utførende helsepersonell og for alle DRG-er med unntak av strålebehandling (DRG 851-serien).
- Kontakter med *hovedtilstand i samme hoveddiagnosegruppe* kan ikke utløse mer enn ett tellende opphold samme dag. Dette gjelder uavhengig av utførende helsepersonell. Det gjelder derimot *ikke* for DRG-er på kodeunntakslisten; disse vil fortsatt telle som selvstendige opphold samme dag.
- Kodeunntakslisten utvides ved å legge til skopier (DRG 700-serien), planlegging av strålebehandling (DRG 850-serien) og polikliniske konsultasjoner i HDG 14 (DRG 914-serien).

Endringene kan sees som en operasjonalisering av kravet om differensiert tjenesteinnhold, dvs. at kontakter kun skal unntas aggregering hvis det gjelder ulike medisinske problemstillinger eller tiltak. Formålet er å bidra til mer lik finansiering av likeverdige tjenester.

Det legges opp til videre arbeid med aggregeringsreglene i 2021, med mulighet for flere endringer på sikt.

5.9 Pårørende

Innen somatikk er ikke pårørende nevnt så spesifikt i ISF-regelverket og er heller ikke omfattet av ISF på samme måte som behandling innen psykisk helsevern og TSB, hvor pårørendekonsultasjoner telles separat. Når det dreier seg om grupperettet pasientopplæring (kapittel 6.13 i ISF-regelverket) er det omtalt at pårørende kan tre inn i pasientens sted («Ved

poliklinisk gruppebasert opplæring av pasienter eller pårørende er det alltid pasienten som opplæringstiltaket utføres til fordel for, som skal rapporteres gjennom NPR-meldingselementet «Pasient». Dette gjelder uavhengig av om det er pasienten selv, pasientens pårørende, eller både pasienten og pasientens pårørende som mottar selve opplæringen»). Det kan også være tilfeller der pårørende må tre inn på vegne av pasienten for konsultasjoner. F.eks. for små barn eller for pasienter som har tilstander som tilsier behov for bistand i helsehjelpen. Dette skal journalføres og rapporteres på pasienten. Kontakter som finner sted i forbindelse med ivaretagelse av pårørende, men som ikke er helsehjelp til pasienten, regnes ikke som behandlingsaktivitet i somatikken.

I Nasjonal pårørendeveileder følger også at:

«Egen journal for pårørende skal ikke opprettes uten at vedkommende er definert som pasient. Personell som yter tjenester som ikke er helsehjelp, som praktisk bistand og støttekontakt, er unntatt fra journalføringsplikten. Dette personellet bør imidlertid også dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om og fra pårørende på en forsvarlig måte.»

Dette er også begrunnet i henhold til blant annet helsepersonelloven og journalforskriften. Jfr veileder;

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder/avklare-hvem-som-er-parende-deres-rolle-og-fore-journal/journalfor-opplysninger-om-og-fra-parende/journalfor-arbeid-med-mindrearige-barn-som-parende>

Dersom det dreier seg om samtaler med pårørende og ikke helsehjelp er dette ikke journalpliktig og aktiviteten skal ikke inngå i ISF, men forutsettes finansiert via basisbevilgningen. Det forutsettes at slik oppfølging dekkes av de samlede rammene til helseforetakene.

5.10 Hjemmesykehus

Den tekniske rapporteringen av innlagte i hjemmesykehus er endret ved at variabelen arenafleksibel ikke lenger skal benyttes. I stedet registreres innleggelsen som postopphold og enhetstype Hjemmesykehus (kode 8 i type enhet) benyttes.

Pasienter kan følges opp av spesialisthelsetjenesten som innlagt i hjemmesykehus. For at oppholdet skal kunne registreres som inneliggende i hjemmesykehus må oppholdet kunne sammenlignes med en tilsvarende innleggelse i sykehus. Dette innebærer at dersom tjenesten hjemmesykehus ikke tilbys ville pasienten vært inneliggende i sykehus.

- Kvalifisert personell fra sykehuset oppsøker i dette tilfellet pasienten daglig for behandling og oppfølging i løpet av den perioden innleggelsen varer.
- Dersom pasienten overføres fra innleggelse i sykehus og til innleggelse i hjemmesykehus betraktes dette som en postoverføring og vil inngå i det totale avdelingsoppholdet.
- Avdelingsoppholdet registreres som ved ordinær innleggelse i sykehus på den avdeling og fagenhet som har ansvaret for pasientbehandlingen. Den delen av innleggelsen (hele eller deler) som er i hjemmesykehus, registreres som et postopphold under avdelingsoppholdet ved en post som har enhetstype *Hjemmesykehus* (type enhet kode 8).
- Tilstands- og prosedyrekoding skal gjøres på samme måte som en innleggelse i sykehus.

5.11 Eggdonasjon

I forbindelse med endring i bioteknologiloven åpnes det opp for eggdonasjon. Det opprettes to særkoder for eggdonasjon gjeldene fra 01.01.2021:

B0046 Uthenting av egg til donasjon

B0047 Overføring av egg eller embryo fra donor til uterus ved assistert befruktning

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 2020 til 2021. Endringer i kodeverkene for 2021 implementeres i endelig versjon av grupperingslogikken som publiseres før nyttår.

Det opprettes totalt fire nye DRG-er for 2021, mens seks DRG-er utgår.

Oversikt over nye DRG-er:

DRG	HDG	Navn
287O	10	Andre prosedyrer på endokrine organer, dagkirurgisk behandling
294C	10	Diabetes >35 år m/bk
294N	10	Diabetes > 35 år u/bk
992O	23	Fysisk treningsterapi som ledd i spesialisthelsetjenester til pasienter med somatiske lidelser

Oversikt over DRG-er som utgår:

DRG	HDG	Navn
286O	10	Operasjoner på binyrer og hypofyse, dagkirurgisk behandling
289O	10	Operasjoner på biskjoldbruskkjertelen, dagkirurgisk behandling
294	10	Diabetes >35 år
994T	40	Telefonkonsultasjon for somatiske problemstillinger
TD94A	19	Telefonkonsultasjon for psykiske eller rus- og avhengighetsrelaterte problemstillinger – Voksne
TD94B	19	Telefonkonsultasjon for psykiske eller rus- og avhengighetsrelaterte problemstillinger - Barn og unge

- Grunnet lavt volum slås DRG 2860 *Operasjoner på binyrer og hypofyse, dagkirurgisk behandling* og DRG 2890 *Operasjoner på biskjoldbruskkjertelen, dagkirurgisk behandling* sammen til én ny DRG, 2870 *Andre prosedyrer på endokrine organer, dagkirurgisk behandling*.
- DRG 294 *Diabetes >35 år* splittes til to nye DRG-er med og uten kompliserende faktorer, 294C *Diabetes >35 år m/bk* og 294N *Diabetes > 35 år u/bk*.
- Det opprettes en ny DRG for fysisk treningsterapi i somatikk, DRG 9920 *Fysisk treningsterapi som ledd i spesialisthelsetjenester til pasienter med somatiske lidelser*. Ny DRG for fysisk treningsterapi vil inkludere polikliniske kontakter med hovedtilstand Z50.1 *Annen fysikalsk behandling*.
- Telefonkonsultasjoner grupperes etter 1.juli 2020 ikke lenger til DRG 994T eller DRG TD94A/B. Oppholdene går i stedet til ordinære DRG-er for konsultasjoner.

Andre endringer:

- Det er gjort endringer i hierarkiet for DRG-ene for assistert befruktning i HDG 13. DRG 359Q *Intervensjoner på embryo eller prøverørsbehandling med mikroinjeksjoner (ISCI) dagkirurgisk behandling* inneholder mer ressurskrevende prosedyrer enn DRG 813R *Assistert befruktning*. DRG 359Q flyttes derfor foran DRG 813R i hierarkiet for å sikre at rimeligere prosedyrer ikke overstyrer mer ressurskrevende ved DRG-gruppering.
- Prosedyrekodene for prefabrikerte ortoser (NAX31-NHX31) gis ny egenskap slik at disse grupperes til samme DRG som håndlagede ortoser, DRG 808Y *Ortopedisk bandasjering*.
- Polikliniske konsultasjoner med diagnosekode Z31.5 *Genetisk veiledning* har gruppert ulikt for kvinner og menn. Egenskapene for Z31.5 justeres og vil uavhengig av kjønn grupperes til 9230 *Pol kons vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/ kontakt med helsetjenesten*.
- NFX11 *Injeksjon av terapeutisk substans i hofteldd* får egenskap OR 2 og grupperes til DRG 8770 *Andre polikliniske kontakter for gjennomføring av middels omfattende prosedyrer*.
- DQE10 *Injeksjon i stemmebåndet* gis egenskap slik at disse oppholdene flyttes fra DRG 550 *Diverse større op på øre/nese/hals, dagkirurgisk behandling* til DRG 55P *Andre mindre op på øre/nese/hals, dagkirurgisk behandling*.
- Det er gjort en mindre justering av sepsis som kompliserende egenskap. Noen få opphold flyttes fra DRG 423 *Sykdommer i HDG 18 ITAD* til DRG 416N *Sepsis ved sykdommer i HDG 18 >17 år*.
- HAD40 *Mastopeksi* gis egenskap slik at den i kombinasjon med en hudtilstand endrer gruppering fra 477/4770 til DRG 268/2680. Gjelder også flere koder HADxx og HAExx.
- I HDG 19 vil noen opphold flyttes fra TD429B *Innleggelser - Organiske betingede mentale forstyrrelser u/bk* til TD429A *Innleggelser - Organiske betingede mentale forstyrrelser m/bk*. Dette skyldes justering av kompliserende egenskaper for et utvalg F-koder.

- ATC-koder for legemiddelbehandling i sykehus tilsvarende de legemidler som finnes på særkodelisten implementeres i DRG-logikken, og gis tilsvarende egenskap som korresponderende særkode.

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 noen endringer i STG-systemet for 2021. Disse er beskrevet nærmere under spesifikke kapitler for digitale tjenester og legemiddelbehandling. Tabell over nye STG-er vises i under.

STG	Navn
XS07	Nettbasert behandling for somatiske tilstander
XS80	Pasientadministrert legemiddelbehandling knyttet til nytt finansieringsansvar per 1.september 2020
XS81	Pasientadministrert legemiddelbehandling for behandling av sjeldne tilstander
XS82	Pasientadministrert legemiddelbehandling knyttet til nytt finansieringsansvar per 1.februar 2021

Data fra H-resept oppgjørsordningen grupperes til XS80, XS81 og XS82 basert på aktuelle ATC-koder.

Andre endringer:

- Behandling av digitale sår med legemiddel Bosentan legges til eksisterende STG HS01 Pasientadministrert legemiddelbehandling ved revmatologiske lidelser basert på ATC-kode og tilstandskode
- Eksisterende STG XS99 Annen pasientadministrert legemiddelbehandling vil gi ISF-refusjon for 2021.

6.3 TFG-systemet (Tjenesteforløpsgrupper)

Det innføres ingen nye TFG-er som det knyttes finansiering til for 2021. Se kapittel 3.2 for nye TFG-er i 2021.

6.4 Særkoder 2021

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

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

Ordningen videreføres også for et tredje år. 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 for den somatiske aktiviteten og vektene for 2021 er beregnet med utgangspunkt i rapporterte gjennomsnittskostnader per DRG basert på disse dataene. KPP-modellene er i kontinuerlig forbedring og det fokuseres fremdeles 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 375) fra kostnadsgrunnlaget for aktuelle polikliniske og dagkirurgiske DRG-er.

Beregning av vektene blir gjort ut fra historisk informasjon om kostnader og pasientbehandling. Kostnadsdata for 2019 legger grunnlag for vektene til 2021, og vektene er derfor korrigert for å ta høyde for endret grupperingslogikk fra 2019 til 2020.

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 2021 er kalibrert basert på aktivitetsgrunnlag 2019. Når det gjelder pasientadministrert legemiddelbehandling er datagrunnlaget oppgjørsordningen for H-reseptor. Kostnadsvektene for STG-ene for legemiddelbehandling er beregnet som gjennomsnittskostnad per pasient per STG per år basert på data per 2. tertial 2020.

7.2 Generelt om kostnadsberegningen innen PHV og TSB

Alle HF har nå implementert KPP-modeller for beregning av poliklinisk aktivitet innen PHV og TSB. Kvalitetssikring av resultatene viser at det ennå gjenstår noe arbeid med harmonisering av beregningsmodeller knyttet til enkelte tjenester. Dette skyldes både praksisforskjeller og datakvalitet.

En overgang til kostnadsbaserte vekter for den polikliniske aktiviteten gir en forventet omfordeling mellom vekter for barn- og unge og vekter for voksne gitt dagens refusjonssats i ISF-ordningen. Dette har bakgrunn i en budsjettøytral implementering av dagens vekter med basis i utbetalinger gjennom det tidligere takstsystemet, der barn og unge og voksne hadde en 50-50 fordeling av utbetalingene, mens det i kostnadsgrunnlagene vises en 30-70 fordeling av ressursinnsatsen. De nye kostnadsbaserte vektene er publisert som en del av ISF-regelverkets DRG-, STG- og TFG masterdokument.

I dagens situasjon er det ønskelig med stabilitet i rammebetingelsene. Videre er det et behov for videreutvikling av KPP-modellene på enkelte områder. Av den grunn videreføres ISF-regelverk og dagens metode for beregning av kostnadsvekter for 2021, dvs at ISF-aktiviteten finansieres etter samme prinsipp og etter samme metode som i 2020.

Telefonkonsultasjoner er fra 1.juli 2020 likestilt med ordinære polikliniske konsultasjoner. I praksis innebærer det at telefonkonsultasjonen grupperes likt og finansieres likt som fysiske polikliniske konsultasjoner. Endringen videreføres i 2021 og dette gjennomføres budsjettøytralt innenfor ISF-bevilgningen til de regionale helseforetakene. Dette innebærer at vektene (refusjonen) for ordinære polikliniske konsultasjoner er justert ned noe for å kompensere for at telefonkonsultasjoner skal ha den samme refusjonen som disse i 2021.

8 PRESISERINGER OG ANNEN INFORMASJON

8.1 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>.

8.2 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-, 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-resepter 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 2021:

Tertial	Dataperiode	Første dataleveranse	Andre og siste dataleveranse
1	01.01–30.04	04.05.2021	21.05.2021
2	01.01–31.08	02.09.2021	20.09.2021
3	01.01–31.12	04.01.2022	02.02.2022