

Innsatsstyrt finansiering 2019

Regelverk
IS-2791



INNHold

INNHold	1
1 Innledning	3
2 ISF psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	4
2.1 Overordnet innretning 2019	4
2.2 Moderat økning av ISF-andel for psykisk helsevern og TSB	4
3 Endringer i ISF for somatisk spesialisthelsetjeneste	5
3.1 Dagkirurgi	5
3.2 Digitale tjenester	7
3.3 Tjenesteforløp - likt grunnlag for finansiering uavhengig av om tjenesten gis i eller utenfor sykehus	7
3.4 Overgang til bruk av data fra oppgjørsordningen (H-resept).....	8
3.5 Behandling av øyeblikkelig hjelp tilstander.....	9
3.6 Videokonsultasjoner, samt ny refusjonskategori for "Annen medisinsk avstandsoppfølging"	11
4 Endringer i DRG-, STG- og TFG-grupperingssystemet	14
4.1 Endringer i DRG-systemet	14
4.2 Endringer i STG-systemet	16
4.3 TFG-systemet (Tjenesteforløpsgrupper)	19
4.4 Pilot- ny STG for registrering i utvalgte medisinske kvalitetsregistre	20
4.5 Pilot- ISF for utvalgte prosedyrer for avtalespesialister	22
4.6 Utførende helsepersonell.....	23
4.7 Palliativ behandling	23
5 Grunnlag for kostnadsvektberegningene	24
5.1 Generelt om kostnadsberegningen innen somatikken	24
5.2 Nærmere om spesifikke endringer i regelverk og KV-beregninger	25
6 Presiseringer og annen informasjon	27

6.1	NPK	27
6.2	ATC-koder eller særkoder for pasientadministrert legemiddelbehandling	27
6.3	Rehabilitering for innlagte pasienter.....	27
6.4	Aktivitetsgrunnlag somatikk på overordnet nivå	28

1 INNLEDNING

Dette dokumentet beskriver vesentlige endringer i ISF-ordningen fra 2018 til 2019. Dokumentet er et arbeidsdokument som offentliggjøres for å understøtte åpenhet om endringer i ISF-ordningen og valgene direktoratet gjør i den forbindelse. Dokumentet refereres hyppig til som «grunnlagsdokumentet».

2 ISF PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

2.1 Overordnet innretning 2019

I 2019 videreføres ISF-regelverket og metoden for beregning av kostnadsvekter fra 2018. Etter to år med omfattende endringer i regelverket blir 2019 et år uten endringer, slik at rapporterings- og registreringsrutiner får satt seg. Dette legger til rette for at ytterligere videreutvikling av ISF-ordningen kan støtte seg på et mer stabilt datagrunnlag. Samtidig pågår utviklingsarbeid i tjenesten for å utvikle kostnadsberegningsmodeller (KPP) også for poliklinisk psykisk helsevern og TSB, slik at vi fra 2021 forventer å ha kostnadsbaserte vekter per DRG også for poliklinisk psykisk helsevern og TSB.

Ovennevnte innebærer at ISF-ordningen fortsatt videreføres med en todelt innretning: ISF for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som holdes adskilt fra ISF somatikk. Begrunnelsen er:

- Fortsatt behov for stabilisering av datagrunnlag og beregningssystem
- Behov for bedre kostnadsanalyser og beregninger, herunder arbeid med Kostnad pr pasient (KPP) for psykisk helsevern og TSB
- Todeling gir best økonomisk kontroll

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 2019 ved at 150 millioner kroner er overført fra RHF-enes basisbevilgning til ISF. Dette som et ledd i forsiktig justering mot felles enhetspris i ISF, dvs mot et langsiktig mål om at all aktivitet i spesialisthelsetjenesten skal ha samme enhetspris.

3 ENDRINGER I ISF FOR SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE

3.1 Dagkirurgi

For 2019 videreføres endringer i finansieringen av dagkirurgi innført i 2018. Endringen i 2018 omfattet hovedandelen av dagkirurgivolumet. Vektene på utvalgte DRG-er (med kort liggetid) ble satt likt for døgn og dag DRG-ene.

Fra 2019 utvides ordningen til også å gjelde godartet gynekologiske inngrep. Det vil si at DRG 359/3590 Operasjoner på uterus/adn ved godartede sykdom vil få samme vekt. Med denne utvidelsen ser oversikt over aktuelle DRG-er fra 2019 slik ut:

HDG	Dagkirurgisk DRG	Korresponderende døgn DRG
HDG 1:	Sykdommer i nervesystemet	
	60 Operasjoner ved karpaltunnelsyndrom, dagkirurgisk behandling	6 Operasjoner ved karpaltunnelsyndrom
HDG 2:	Øyesykdommer	
	39P Bilaterale operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling	39 Operasjoner på linsen
	39Q Unilateraleoperasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling	
HDG 3:	Øre-, nese- og hals sykdommer	
	54O Operasjoner på bihuler, dagkirurgisk behandling	53A Operasjoner på bihuler
	56O Plastiske operasjoner på nesene, dagkirurgisk behandling	56 plastiske operasjoner på nesene
	60O Operasjoner på tonsiller eller adenoid vev >17år, dagkirurgisk behandling	59N Operasjoner på tonsiller eller adenoid vev >17 år
	521O Operativt korreksjon av obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS), dagkirurgisk behandling	521 Operativt korreksjon av obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS)
	51O Kirurgisk inngrep på spyttkjertel, ekskl fjerning av spyttkjertler, dagkirurgisk behandling	51N Kirurgisk inngrep på spyttkjertel, bortsett fra fjerning av ørespyttkjertelen
HDG 5:	Sykdommer i sirkulasjonsorganene	
	119O Inngrep for åreknuter, dagkirurgisk behandling	119 inngrep for åreknuter
HDG 6:	Sykdommer i fordøyelsesorganene	
	162O Inguinal og femoral brokkop dagkirurgisk behandling	161 Inguinal og femoral brokkoperasjon >17 år m/bk
		162 Inguinal og femoral brokkoperasjon >17 år u/bk
	158O Enkle tarmop og op på anus og fremlagt tarm, dagkirurgisk behandling	158 Enkle tarmop og op på anus og fremlagt tarm u/bk
	160O Brokkop ekskl inguinal og femoral, dagkirurgisk behandling	160 Brokkop ekskl inguinal og femoral 0-17 år
	167O Appendektomi, dagkirurgisk behandling	167 Appendektomi uten kompliserende hovedtilstand
HDG 7:	Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	

	494O Endoskopisk eller lapraskopisk kolecystektomi u eksplor av gallegang, dagkirurgisk behandling	494 Endoskopisk eller lapraskopisk kolecystektomi u eksplor av gallegang u/bk
HDG	8: Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	
	215O Operasjoner på kolumna ekskl. spondylodese, dagkirurgisk behandling	215C Operasjoner på kolumna ekskl. spondylodese u/bk
	222O Annen operasjon på kne eller legg, dagkirurgisk behandling	222 Operasjoner på kneledd ekskl. proteseop u/bk
	230O Lokal eksisjon og fjerning av osteosyntesemat fra hofte/femur, dagkirurgisk behandling	230 Lokal eksisjon og fjerning av osteosyntesemat fra hofte/femur
	231O Lokal eksisjon og fjerning av osteosyntesemat ekskl fra hofte og femur, dagkirurgisk behandling	231 Lokal eksisjon og fjerning av osteosyntesemat ekskl fra hofte og femur
	224P Brudd op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese, dagkirurgisk behandling	224A Brudd op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese u/bk
	224Q Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese og op bruddbehandling, dagkirurgisk behandling	224B Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese og op bruddbehandling u/bk
HDG	9: Sykdommer i hud og underhud	
	266O Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling	266 Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt u/bk
	267O Perianale inngrep og operasjoner for sakralcyste, dagkirurgisk behandling	267 Perianale inngrep og operasjoner for sakralcyste
HDG	10: Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	
	288O Gastrointestinale operasjoner for adipositas, dagkirurgisk behandling	288A Gastrointestinale operasjoner for adipositas
	288P Andre operasjoner for adipositas, dagkirurgisk behandling	288B Andre operasjoner for adipositas
HDG	11: Nyre og urinveissykdommer	
	311O Transurethrale operasjoner ekskl på prostata, dagkirurgisk behandling	310 Transurethrale operasjoner ekskl på prostata m/bk
		311 Transurethrale operasjoner ekskl på prostata u/bk
	309O Mindre operasjoner på urinblæren ITAD, dagkirurgisk behandling	308 Mindre operasjoner på urinblæren ITAD m/bk
		309 Mindre operasjoner på urinblæren ITAD u/bk
	314O Operasjoner på urinrør, dagkirurgisk behandling	313 Operasjoner på urinrør >17 år u/bk
HDG	12: Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	
	340O Op på skrotalinnhold ved godartede sykd, dagkirurgisk behandling	340 Op på skrotalinnhold ved godartede sykd 0-17 år
	343O Omskjæring, dagkirurgisk behandling	342N Omskjæring
	337O Transurethral prostatectomi, dagkirurgisk behandling	337 Transurethral prostatectomi u/bk
HDG	13: Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	
	356O Rekonstruktive gynekologiske inngrep, dagkirurgisk behandling	356 Rekonstruktive gynekologiske inngrep
	362O Sterilisering via laparoskopi eller annen endoskopisk sterilisering, dagkirurgisk behandling	362 Sterilisering via laparoskopi eller annen endoskopisk sterilisering
	359O Op på uterus/adn ved godartede sykd i ovar/adn, dagkirurgisk behandling	359 Op på uterus/adn ved godartede sykd u/bk
HDG	14: Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid	
	381O Abort, dagkirurgisk behandling	381 Spontan el medik utløst abort inkl revisjon
	364O Utskraping og konisering, dagkirurgisk behandling	364 Utskraping og konisering ekskl ondartet sykdom
HDG	30: Sykdommer i bryst	
	260O Subtotal mastektomi ved ondartet svulst, dagkirurgisk behandling	260 Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst u/bk
		259 Annen mammaoperasjon ved ondartet svulst m/bk
	261O Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon, dagkirurgisk behandling	261 Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon
	262O Mammabiopsi og lokal eksisjon ved godartede sykdommer, dagkirurgisk behandling	262 Mammabiopsi og lokal eksisjon ved godartede sykdommer

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 [langsiktige utviklingsbehov i ISF](#)). Ny teknologi gir mulighet for nye måter å yte tjenester på til erstatning for mer tradisjonelle behandlingsformer.

Det er STG-systemet som brukes som grupperingsystem for denne type tjenester. For 2019 vil det gjøres ytterligere utvidelser av slike tilbud innenfor rammen av Innsatsstyrt finansiering. Se omtale av hvert enkelt område/ STG i kapittel 4.2.

3.3 Tjenesteforløp - likt grunnlag for finansiering uavhengig av om tjenesten gis i eller utenfor sykehus

Som en oppfølging av Helsedirektoratets rapport "Forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten – Vurdering av endringer i ISF-ordningen for 2019" gjennomføres det fra 2019 en begrenset endring i ISF-ordningen der aktivitet i og utenfor sykehus sees i sammenheng. Dette vil gjelde for dialyse og for legemiddelbehandling for fire ulike pasientgrupper. Dette gjøres ved at det opprettes 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.

En oversikt over de ulike gruppene (TFG) finnes i kapittel 4.3.

I ISF-grunnlaget for legemiddelbehandling blir tjenesteforløpsgruppene (TFG-ene) en summering av unike antall pasienter per år, mens grunnlaget for TFG for dialysebehandling blir antall unike pasienter per måned. Dette er den samme finansieringsperioden som gjelder for STG-grupperingen for de aktuelle områdene i 2018.

Innføring av tjenesteforløpsgrupper som grunnlag for finansieringen kommer til erstatning for dagens finansiering fra DRG og STG på disse aktivitetsområdene. Tjenesteforløpsgruppene bygger på de samme registrerings- og grupperingskriterier som for det øvrige DRG- og STG-systemet. Det er tjenesteforløpsgrupperingen som utløser ISF-finansiering, ikke DRG-aktivitet og STG-aktiviteten isolert sett. Finansieringen fra tjenesteforløpsgruppene 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.

Ved hjelp av tilgjengelig programvare (NPK) for DRG- og STG gruppering kan aktivitetsoppfølgingen skje på samme måte som før. Aktivitet i sykehus blir gruppert og antall opphold per DRG for disse aktivitetsområdene er fortsatt tilgjengelig som styringsinformasjon. For å følge opp aktiviteten kan beregnet kostnadsvekt benyttes som før. Tilsvarende vil pasientadministrert legemiddelbehandling først bli gruppert til STG, og antall pasienter per STG kan telles som før. Også for STG-ene er det beregnet kostnadsvekter som kan benyttes til styringsinformasjon. Det nye er at finansieringen knyttes til tjenesteforløpsgrupperingen (TFG) gir samme finansiering per pasient per behandlingsperiode uavhengig av om pasienten er registrert i sykehus (DRG-aktivitet) eller om behandlingen gis hjemme (STG-aktivitet). Dette blir en mer samlet finansiering (bundled payment).

Med TFG gis finansieringen per pasient per periode, som er per måned for dialyse og per år for TFG-ene for legemiddelbehandling. Fordeling av midler bør ta utgangspunkt i dette, men en kan samtidig bruke gjeldende tellesystem til å justere fordelingen. Det vil være slik at der en har en gjennomsnittlig ressursbruk som ligger høyere enn nasjonalt gjennomsnitt (ISF-poeng per TFG) vil ISF-midlene bli lavere enn det summen av DRG-er og STG-er tilsier. Og motsatt dersom en har en gjennomsnittlig ressursbruk som ligger lavere så vil ISF-midlene fra TFG bli høyere enn det summen av DRG-er og STG-er tilsier. Dette prinsippet gjelder jo generelt i ISF-ordningen, men her er det TFG (summen av både DRG-er og STG-er) som er grunnlaget.

3.4 Overgang til bruk av data fra oppgjørsordningen (H-resept)

Fra 2019 vil ISF-grunnlaget for pasientadministrert legemiddelbehandling være data fra oppgjørsordningen for H-resept. Oppgjørsordningen inneholder fakturainformasjon for reseptbelagte legemidler som inngår under RHF-enes finansieringsansvar. Når pasienten henter ut resepter for aktuelle legemidler blir det utarbeidet et fakturagrunnlag til RHF-et med informasjon fra resept og uthentet legemiddel. Denne informasjonen vil gjenbrukes og hentes inn til Norsk pasientregister (NPR) og benyttes som grunnlag for ISF-finansiering.

Utleverte legemidler har en ATC-kode og indikasjon for behandlingen (ICD10-/refusjonskode) skal framgå av resepten, jf. H-reseptforskriften §5 og vil da være tilgjengelig informasjon fra utstedt resept. Disse elementene gir tilstrekkelig informasjon om legemiddelbehandlingen til at vi får et aktivitetsgrunnlag som kan grupperes til STG. Det er ikke lenger nødvendig å registrere informasjon om pasientadministrert behandling i det pasientadministrative systemet for å tilfredsstille spesifikke krav for ISF-finansiering.

Tidligere har grunnlaget for ISF vært registreringer av særkode WL000 for utstedt resept med tilhørende indikasjon og særkode for legemiddelbehandling. Kravet til koding av særkode WL000 vil opphøre fra 2019, og koden settes ut av bruk i STG-logikken før behandling av 1 tertial data 2019. Særkodene for legemiddelbehandling vil ikke lenger få betydning for pasientadministrert

legemiddelbehandling og gruppering til STG. Dette innebærer en forenkling i registreringsrutiner og tilhørende kvalitetssikringsrutiner knyttet til pasientadministrert legemiddelbehandling. Særkodene for legemiddelbehandling har fortsatt betydning for gruppering av DRG-aktivitet for legemiddelbehandling i sykehus. Intensjonen videre er å erstatte særkoder med ATC-koding også for sykehusaktivitet med sikte på ytterligere forenklinger fra 2020.

Grunnlaget for STG-gruppering av legemiddelbehandling vil som før være telling av pasienter per indikasjonsgruppe per år. ISF-finansiering gis ut fra STG-gruppering av aktivitetsgrunnlaget fra oppgjørsordningen. Gruppering til STG forutsetter at resepten har registrering av ICD-10 kode som angir hvilken indikasjon legemiddelbehandlingen gis for. Det vises til H-reseptforskriftens § 5 «En resept skal oppfylle kravene til utfylling av resepten etter forskrift om legemidler fra apotek. En resept skal inneholde aktuell refusjonskode (som er ICD 10-kode). Det blir derfor viktig at alle som utsteder resept for RHF-enes regning får informasjon om denne endringen.

RHF-enes finansieringsansvar for legemiddelbehandling har gradvis blitt utvidet, og for en oppdatert oversikt over hvilke legemidler som RHF-ene har finansieringsansvar for, vises det til vedlegg til blåreseptforskriften som finnes på Helsedirektoratets [hjemmeside](#). I oversikten inngår også legemidler som kun benyttes i sykehus. Det gjøres jevnlige revisjoner av forskrift med vedlegg og disse endringen vil få konsekvens for ISF-regelverket. Dersom nye indikasjonsområder for pasientadministrert legemiddelbehandling skal inkluderes i ISF skjer det først gjennom årlige revisjon av ISF-regelverket. Dersom det kommer nye legemidler inn under indikasjonsgrupper som allerede er inkludert i ISF, kan disse inkluderes i løpet av regelverksåret. STG-logikken oppdateres tertialvis og ny legemiddelbehandling som er vurdert til «kan tas i bruk» av Beslutningsforum for nye metoder blir inkludert i grunnlaget for gruppering til STG.

3.5 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 insentiver til overnatting i sykehus (med budsjettneutrytral løsning). I 2018 ble det innført endringer i finansieringen av øyeblikkelig hjelp pasienter med innføring av tre nye særkoder som medførte at episoder ble gruppert som dagbehandling (til respektive 980 DRG-er) selv om oppholdets varighet var under 5 timer. For 2019 blir det en utvidelse og endring av ordningen. Flere fagområder inkluderes i ordningen. Dette gjelder:

- akutte brystmerter eller mistanke om akutt alvorlig hjertesykdom
- akutte magesmerter
- mistanke om DVT
- akutt hodepine eller hjernerystelse
- akutt neseblødning
- akutte forgiftninger eller allergiske reaksjoner (F-diagnoser er ikke inkludert her)

- akutt dyspne, hoste eller lignende akutte symptomer fra åndedrettet

Erfaring med innføring av særkoder i 2018 viser at det er noe ulik forståelse i bruken av disse og aktivitetsdata viser også variasjon mellom helseforetakene. RHF-ene har i 2018 bedt Helsedirektoratet om å vurdere behovet for denne tilleggskodingen.

På bakgrunn av ovennevnte og ønsket om å redusere rapporteringsbyrden vil særkodene som ble opprettet i 2018 bortfalle fra 2019. Grupperingen vil basere seg på bruk av den administrative koden for hastegrad akutt istedenfor bruk av særkoder.

Polikliniske opphold med hastegrad akutt (innen de fagområdene som er nevnt over) flyttes til 980 DRG-ene.

I tillegg til gruppering til 980-DRG-ene vil det for de aktuelle polikliniske akuttoppholdene med varighet mindre enn 5 timer gjøres en justering av poengberegningsregler mellom døgn/dag og akutt poliklinikk slik at disse oppholdene får en noe lavere vekt enn dagoppholdene i samme DRG, men høyere enn det de hadde i respektive poliklinikk DRG-er.

Endringen finansieres ved at poeng overføres fra bestemte døgn DRG-er for de ovennevnte fagområdene til de polikliniske akuttoppholdene. Kriteriene for utvalget av døgn DRG-ene er blant annet høy andel øyeblikkelig hjelp og relativt lav liggetid (under 2 døgn) i DRG-en. Aktuelle døgn DRG-er vises i tabellen under.

DRG	DRG-navn
25	Kramper og hodepine >17 år u/bk
26	Kramper og hodepine 0-17 år
31	Hjernerystelse >17 år m/bk
32	Hjernerystelse >17 år u/bk
33	Hjernerystelse 0-17 år
66	Neseblødning
100	Funn og symptomer fra åndedretsorganer u/bk
133	Antatt ateroskler hjertesykdom u/bk
139	Hjerterytmier og ledningsforstyrrelser u/bk
142	Synkope og kollaps u/bk
143	Brystsmerter
183	Øsofagitt, gastroenteritt og diverse >17 år u/bk
184B	Øsofagitt, gastroenteritt og diverse 0-17 år u/bk
208	Sykdommer i galleveiene ekskl ondartede u/bk
247	Uspesifikke tilst og sympt fra muskel-skjelettsyst/bindevev ITAD
278	Infeksjoner i hud og underhud >17 år u/bk
321	Infeksjoner i nyrer og urinveier >17 år u/bk
322	Infeksjoner i nyrer og urinveier 0-17 år

324	Stein i urinveiene u/bk
369	Tilstander i kvinnelige kjønnsorganer ITAD
447	Allergiske reaksjoner >17 år
448	Allergiske reaksjoner 0-17 år
449	Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel >17 m/bk
450	Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel >17 u/bk
451	Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel 0-17 år

3.6 Videokonsultasjoner, samt ny refusjonskategori for "Annen medisinsk avstandsoppfølging"

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet sett på ytterligere utviklingsområder for 2019 som støtter opp om bruk av digitale tjenester som kan erstatte ordinære konsultasjoner, også etter at foreløpig ISF-regelverk ble presentert medio oktober 2018.

Videokonsultasjoner

Innen somatikk i 2018 teller videokonsultasjoner i ISF-beregningsgrunnlaget kun når lege er utførende helsepersonell. En endring slik at videokonsultasjoner utført også av andre kan telle, har blitt foreslått av flere aktører. Hovedbegrunnelsen for manglende inklusjon har vært knyttet til hensynet til kontroll med aktivitetsnivået, samt at det er vurdert bedre å inkludere slik aktivitet i nye modeller for forløpsorientert finansiering. Det forutsettes at videokonsultasjoner utføres innenfor gjeldende juridiske rammer med hensyn til personvern m.v.

Konkretisering av endringsmulighet for 2019

- Videokonsultasjoner sidestilles med fysiske konsultasjoner hva gjelder reglene om inklusjon i ISF-beregningsgrunnlaget.
- Det spesielle helsepersonellkriteriet fjernes fra videokonsultasjoner (de generelle helsepersonellkriteriene som gjelder for alle konsultasjoner videreføres i 2019).

Dette tiltaket gir regelverksforenkling gjennom harmonisering av regler på tvers av fagområdene psykisk helsevern/TSB og somatikk.

Tiltaket kan gjennomføres uten å utvide rapporteringskravene. Videre kan tiltaket håndteres innenfor planlagte budsjettammer. Det forutsettes da at videokonsultasjoner skal erstatte aktivitet som i dag skjer på sykehus, og at eventuell vekst i aktivitet ved hjelp av videokonsultasjon også alternativt ville ha skjedd gjennom økt aktivitet i sykehus.

Egenandeler

Eventuell endring påvirker ikke reglene om egenandeler. Dagens pasientbetalingsforskrift er ikke til hinder for at egenandel kan avkreves for videokonsultasjoner (når øvrige krav er oppfylt, herunder hvilken krets av helsepersonell som kan utløse egenandel).

Risiko

Det er flere ulike faktorer knyttet til tiltaket som gir risiko for aktivitetsvekst og redusert statlig kostnadskontroll:

- Den økonomiske terskelen for gjennomføring av flere konsultasjoner per pasient reduseres, fordi kostnad per konsultasjon reduseres (reisekostnader og eventuelt tidskostnad), samtidig som aktivitetsbasert inntekt kan bli relativt høy (egenandel + ISF)
- Antall regulære poliklinikkrom utgjør ingen begrensning for hvor mye personell som kan benyttes til å gjennomføre konsultasjoner
- Telemedisinske kontakter vil kunne gi økt tilgjengelighet til helsetjenesten og øke presset på spesialisthelsetjenesten. Viktig at aktivitet avgrenses til aktivitet som er spesialisthelsetjenestens ansvar.
- Viktig å sikre medisinsk innhold i telemedisinske kontakter slik at administrative kontakter/oppfølging ikke skal inngå i ISF-grunnlaget.

Forutsetninger knyttet til denne endringen i ISF-regelverket, er at endringen finner sted for å stimulere til kostnadseffektive alternativer til eksisterende tjenestetilbud (f.eks. erstatte fysiske konsultasjoner med videokonsultasjoner der det er forsvarlig og hensiktsmessig).

I kontrollarbeidet bør forutsetningen for endringen følges opp. I dette ligger å gjøre overordnede vurderinger av omfang og utvikling av videokonsultasjoner, relatert til øvrig aktivitetsutvikling for ordinære konsultasjoner, f.eks. per DRG eller HDG. Dersom målt aktivitetsvekst ikke kan tilskrives økt antall pasienter eller reduksjon i tradisjonelle tjenestetilbud, bør dette ansees som uttrykk for teknisk aktivitetsvekst med mulighet for avkortning av ISF-utbetalingene.

Ny refusjonskategori for "Annen medisinsk avstandsoppfølging" – Oppsamlingskategori for identifikasjon av digitale tjenesteformer som ikke dekkes av andre kategorier

Det er utfordrende å identifisere og danne oversikt over de ulike initiativene for utprøving og ibrugtagelse av medisinsk avstandsoppfølging i spesialisthelsetjenesten. Noen årsaker:

- Ulike RHF og helseforetak har varierende strategier på området, og bruker ulike navn og benevnelser på lignende tjenester
- Forsøk på strukturert innsamling av informasjon og innhenting av forslag til ISF-endringer gjennom RHF-ene er tidkrevende og gir tilbakemeldinger av varierende kvalitet
- De pasientadministrative systemene (PAS) i helseforetakene er i liten grad standardisert for å kategorisere eller danne oversikt over tjenester av typen medisinsk avstandsoppfølging (gjelder særlig asynkrone kontaktformer)
- NPR-datastrukturen (rapporterings- og lagringsformat) er i liten grad tilpasset nye tjenesteformer (gjelder særlig asynkrone kontaktformer)

- Rammeverket for identifikasjon og vurdering av nye metoder brukes i liten grad for å dokumentere eller evaluere nye behandlingsmetoder basert på avstandsoppfølging (Eksempel på unntak, men som ikke medførte videre nasjonal vurdering: <https://nyemetoder.no/metoder/digitale-hjelpemidler-og-bildeoverforing-til-hudspesialist-for-foflekkdiagnose>. Eksempel fra Mednytt på at nye oppfølgingsformer for revmapasienter basert på pasientens digitale tilbakemeldinger ikke er fanget opp: <https://www.helsebiblioteket.no/mednytt/revmatologi>)

Ovenstående gjør det utfordrende å identifisere nye tjenesteformer og å ta stilling til hvordan disse skal tas hensyn til innen ISF-ordningen.

Det etableres en nasjonal særkode for registrering og rapportering av "Annen medisinsk avstandsoppfølging" f.o.m. 2019, særlig med sikte på å danne grunnlag for rapportering av helsehjelp som ikke er dekket av de ordinære rapporteringsmulighetene, og som kan komme til erstatning for ordinære tjenester. Dette ledsages av en ny refusjonskategori innen STG-systemet, med symbolsk, lav vekt for å stimulere til rapportering og kartlegging av aktivitet. Innsamlet informasjon kan senere danne grunnlag for videreutvikling av STG-systemet og av ISF-ordningen i forløpsorientert retning. Den lave vektingen, kombinert med antatt lavt volum, tilsier liten og håndterbar risiko knyttet til statens utbetalingsnivå. Se også kapittel 4.2.1.

Konklusjon

Basert på ovennevnte, gjøres to ytterligere endringer i ISF-ordningen i 2019:

- Videokonsultasjoner innen somatikk gjøres til tellende aktivitet også for andre enn leger
- Ny refusjonskategori (STG) for "Annen medisinsk avstandsoppfølging"

Den sistnevnte medfører lavt og håndterbart risikonivå knyttet til statens utbetalinger gjennom ISF-ordningen. Endringen for videokonsultasjoner innebærer høyere risiko som bør følges opp.

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 i fra de data som registreres om pasientene i sykehusenes pasientadministrative datasystem. Gruppering til DRG skjer ved hjelp av et dataprogram (NPK).

Her gis en kortfattet fremstilling av endringene i DRG struktur og grupperingsregler fra 2018 til 2019. Endringer i kodeverkene for 2019 implementeres i endelig versjon av grupperingslogikken som publiseres før nyttår.

Det opprettes totalt elleve nye DRG-er for 2019, mens tre DRG-er utgår.

Oversikt over nye DRG-er:

DRG	HDG	Navn
571	1	Innsetting av intrakraniell- eller vagusstimulator
104D	5	Kateterbasert implantasjon av hjerteklaff
112P	5	Perkutan ablasjonsbehandling for hjertearytmi, dagkirurgisk behandling
112Q	5	Annen perkutan kardiovaskulær prosedyre, dagkirurgisk behandling
209B	8	Komplisert utskifting av hofteprotese
209H	8	Innsetting av protese i kne
209I	8	Innsetting av protese i ankel
209J	8	Komplisert utskifting av protese i kne eller ankel
908H	8	Poliklinisk konsultasjon vedrørende osteoporose
359Q	13	Intervensjon på embryo eller ICSI, dagkirurgisk behandling
823R	23	Mindre prosedyrer vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/kontakt med helsetjenesten

Oversikt over DRG-er som utgår:

DRG	HDG	Navn
104C	5	Kateterbasert aortaklaffimplantasjon (TAVI)
112O	5	Perkutane op på hjerte og store intratorakale kar, dagkirurgisk behandling
209G	8	Innsetting av protese i kne eller ankel

I HDG 8 kan de største endringene oppsummeres på denne måten:

- Splitt av 209C *Utskifting av hoftelddsprotese*. Det opprettes en ny DRG 209B *Komplisert utskifting av hofteprotese*. Utskifting av hoftelddsproteser med kompliserende faktorer flyttes til DRG 209B fra DRG 209C.
- DRG 209G *Innsetting av protese i kne eller ankel* splittes til to nye DRG-er 209H *Innsetting av protese i kne* og 209I *Innsetting av protese i ankel*. Det opprettes i tillegg en ny DRG 209J *Komplisert utskifting av protese i kne eller ankel*.
- Ny DRG 908H *Poliklinisk konsultasjon vedrørende osteoporose*. Blant annet vil intravenøs injeksjonsbehandling av legemiddel mot osteoporose gruppere til denne.

I HDG 5 kan de største endringene oppsummeres på denne måten:

- Det opprettes en ny DRG 104D *Kateterbasert implantasjon av hjerteklaff* og DRG 104C *Kateterbasert aortaklaffimplantasjon (TAVI)* slettes. Ressursbruken påvirkes i liten grad av hjerteklaffens plassering og disse legges derfor i samme DRG.
- 112O slettes og splittes i to nye DRG-er: 112P *Perkutan ablasjonsbehandling for hjertearytmi, dagkirurgisk behandling* og 112Q *Annen perkutan kardiovaskulær prosedyre, dagkirurgisk behandling*. Ablasjonsbehandling er mer ressurskrevende enn andre prosedyrer i DRG 112O og en splitt gir derfor mer homogene grupper.
- Det er gjort endringer i hierarkiet knyttet til DRG 112- og DRG 115O for å sikre at rimeligere prosedyrer ikke overstyrer mer ressurskrevende ved DRG-gruppering.

Andre endringer:

- Det er gjort endringer i DRG-logikken for å ta høyde for at bestemte polikliniske akuttkontakter skal gruppere til 980- DRG-ene. Denne løsningen er nærmere beskrevet i kapittel 3.5. Løsningen vil være knyttet til bestemte tilstander samt bruk av kode for hastegrad akutt. Særkoder vil ikke lenger være i bruk for å beskrive intensivert øyeblikkelig hjelptilbud som i 2018.
- DRG 570 splittes i to og ny DRG 571 *Innsetting av intrakraniell- eller vagusstimulator* opprettes. Innsetting eller bytte av annet nevrologisk stimuleringsutstyr blir liggende i DRG 570.

- I HDG 13 opprettes en ny DRG 359Q *Intervensjon på embryo eller ICSI, dagkirurgisk behandling*. Prosedyrer relatert til assistert befruktning tas ut av DRG 359O og flyttes til ny DRG 359Q. Dette gjøres fordi det er ressursmessige forskjeller på prosedyrer på embryo eller ICSI og øvrige prosedyrer som ligger i DRG 359O. Det vil senere bli aktuelt å se DRG 359Q og 813R Assistert befruktning i sammenheng i DRG-systemet.
- Det opprettes en ny DRG 823R *Mindre prosedyrer vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/ kontakt med helsetjenesten*.
- Det er gjort endringer i forbindelse med palliativ behandling for å sikre at det nå er særkode og ikke Z51.50 *Behandling ved palliativt senter* som skal være førende for gruppering innenfor dette området (se kapittel 4.7).
- *Tatovering på medisinsk indikasjon (QXGX70)* gis egenskap slik at disse oppholdene grupperes til DRG 809T *Mindre hudprosedyre*.
- Det er gjort feilretting knyttet til egenskap for *Endovaskulær angioplastikk i koronararteriebypass (FNP12B)* slik at den ikke lenger grupperes til DRG 107-.

4.2 Endringer i STG-systemet

Spesialisthelsetjenester som finner sted gjennom andre typer tjenester enn tradisjonelle innleggelses 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 innleggelses og polikliniske tjenester.

Det gjøres noen endringer i STG-systemet for 2019, som beskrives nærmere i det følgende.

Det opprettes til sammen åtte nye STG-er for 2019.

STG	Navn
CS01	Telemedisinsk oppfølging av pasienter med søvnapné som bruker CPAP
DS02	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved alvorlig astma
GS03	Pasientadministrert legemiddelbehandling ved hepatitt B-infeksjon
HS02	Oppfølging og monitorering av pasienter med revmatologiske lidelser basert på Patient Reported Outcomes
JS03	Asynkron telemedisinsk oppfølging og behandling av pasienter med kroniske sår
SS01	Pasientadministrert legemiddelbehandling for behandling og forebygging av HIV
XS04	Registrering i medisinske kvalitetsregistre
XS05	Oppfølging og monitorering av pasienter med andre tilstander basert på Patient Reported Outcomes
XS06	Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre tilstander

4.2.1 Nye STG-er for digitale tjenester

Telemedisinsk oppfølging av pasienter med søvnapné som bruker CPAP

Søvnapné syndrom kjennetegnes ved gjentatte pustestopp (apneer) eller nedsatt luftstrøm uten fullstendig pustestopp under søvn. Obstruktiv søvnapné er den vanligste formen. Den vanligste behandlingen for søvnapné er Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), som er en pustemaske pasientene sover med om natten. Data om maskelekkasje, AHI (apné-index) og tidsbruk kan overføres til sykehus via GSM eller WIFI. Basert på innrapporterte data vurderer helsepersonell behov for at pasienter kommer inn til kontroll, eller om innstillinger på pustemasken bør endres. En slik fjernovervåking antas å føre til at færre pasienter trenger å komme til poliklinisk kontroll. Løsningen som er valgt vil inkludere telefonisk, elektronisk eller skriftlig kommunikasjon med pasienten.

Aktivitet der pasienten ikke er tilstede i poliklinikk eller sykehus knyttet til slik oppfølging skal derfor ikke registreres slik at denne inngår i DRG 520.

Aktiviteten registreres med prosedyrekode GXAV40 *Avlesing og tolkning av fjernrapporterte data fra CPAP eller BIPAP/NIV* én gang per tertial per pasient. Aktiviteten vil danne grunnlag for gruppering og finansiering gjennom særtjenestegruppe STG CS01 *Telemedisinsk oppfølging av pasienter med søvnapné som bruker CPAP*. Refusjonsperiode vil være per tertial.

Asynkron telemedisinsk oppfølging og behandling av pasienter med kroniske sår

Pasienter med kroniske sår av ulik art (eksempelvis diabetesrelaterte fotsår) kan få oppfølging fra spesialisthelsetjenesten uten at pasienten fysisk møter opp i poliklinikken eller ved at kontakten gjennomføres via videokonsultasjon. Oppfølging uten den kontakt som beskrevet foran kan gjøres på forskjellige måter. Én type aktivitet kan skje når pasienten får sårstell i hjemmet eller ved kommunal sykepleieklipp, og utførende helsepersonell tar foto av såret og beskriver sårutviklingen med tilhørende symptom på bedring/forverring, samt eventuelle utfordringer med praktisk gjennomføring av sårprosedyre og søker hjelp hos helsepersonell i sykehus. Bilde og beskrivelse kan sendes elektronisk til sårpoliklinikken i spesialisthelsetjenesten. Foto og beskrivelse studeres så av helsepersonell i poliklinikken og uttalelser gis tilbake enten telefonisk eller skriftlig.

I slike tilfeller skal særkoden B0042 *Asynkron telemedisinsk oppfølging og behandling av kroniske sår* skal registreres når spesialisthelsetjenesten blir konsultert for vurdering eller bistand ved stell av sår. Særtjenestegruppe vil være STG JS03 *Asynkron telemedisinsk oppfølging og behandling av pasienter med kroniske sår*. Refusjonsperiode vil være månedlig.

Oppfølging og monitorering av pasienter med revmatologiske lidelser basert på Patient Reported Outcome (PRO)

Selvrapportering av sykdomsaktivitet (PRO) for pasienter med kroniske leddbetennelsessykdommer er i drift eller under implementering flere steder. En slik rapportering vil gi bedre innsikt i pasientens sykdomsaktivitet over tid for legen som skal vurdere videre behandling. Ved å basere tidspunktet for kontrolltimer på sykdomsaktivitet, vil man kunne møte pasientene når det er riktig å gjøre endringer i behandlingen. For noen pasienter kan dette bety tidligere time, mens for pasienter med lav stabil sykdomsaktivitet kan det bety at man klarer seg med lengre kontrollintervaller. Hjemmebasert rapportering av helse- og sykdomstilstand vil kunne gi positive effekter på behandlingskvalitet, ressursutnyttelse og pasientens mestring av egen helse.

Særkoden B0028 Digital, skjemabasert pasientoppfølging og monitorering basert på Patient Reported Outcomes registreres én gang per tertial per pasient som oppfølges i tråd med denne metoden og vil sammen med hovedtilstand innenfor revmatologiske tilstander gruppere til STG HS02 *Oppfølging og monitorering av pasienter med revmatologiske lidelser basert på Patient Reported Outcomes*. Refusjonsperiode vil være tertialvis.

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

For å dekke flere områder der pasienter kan følges opp ved bruk av PRO opprettes det en generell STG. STG-en er i første rekke opprettet for å skaffe oversikt over hvilke områder ut over epilepsi, revmatologi og psykisk helsevern der man har slik pasientrapportert oppfølging. Rapportert aktivitet vil allikevel gi noe ISF-refusjon også i 2019.

Særkoden B0028 Digital, skjemabasert pasientoppfølging og monitorering basert på Patient Reported Outcomes registreres én gang per tertial per pasient som oppfølges i tråd med denne metoden og vil sammen med tilstandskode fortelle oss hva slags pasientgruppe dette dreier seg om. Aktiviteten vil gruppere til STG XS05 *Oppfølging og monitorering av pasienter med andre lidelser basert på Patient Reported Outcomes*.

Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre tilstander

For å kunne legge til rette for overgang til nye tjenesteformer basert på digitalisering og medisinsk avstandsoppfølging opprettes det for 2019 en generell STG for fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre tilstander enn de som er særskilt nevnt, og som det er opprettet egne STG-er for. I tillegg til å støtte opp om ønsket utvikling, vil vi også stimulere til at informasjon om slik aktivitet rapporteres inn til NPR slik at informasjon om denne type virksomhet kan danne grunnlag for videreutvikling av finansieringsordningene både gjennom STG og de nye tjenesteforløpskategoriene. Særkode B0042 *Asynkron telemedisinsk*

oppfølging av andre tilstander vil gruppere til ny STG XS06 Fjernmonitorering av asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre tilstander.

4.2.2 Inkludering av nye områder for pasientadministrert legemiddelbehandling

I løpet av 2018 fikk RHF-ene finansieringsansvar for ny legemiddelbehandling som for 2019 vil inngå i ISF gjennom opprettelse av tre nye STG-er. De områdene dette gjelder er behandling og forebygging av HIV, hepatitt B-infeksjon og alvorlig astma. Nye legemidler på allerede etablerte indikasjonsområder inngår på vanlig måte i STG-logikken når de godkjennes for bruk i Beslutningsforum og Nye Metoder. Dette vil gjelde flere legemidler i 2019.

4.2.3 Nye STG-er for registrering i utvalgte medisinske kvalitetsregistre

Helsedirektoratet har lagt til rette for en prøveordning over 2 år hvor RHF-ene betales per registrerte pasient per år i utvalgte kvalitetsregistre. Se kapittel 4.4.

Som en del av prøveordningen opprettes det 12 nye særkoder, ett for hvert av de medisinske kvalitetsregistre som inkluderes i piloten. Aktiviteten vil gruppere til en ny særtjenestegruppe, XS04 Registrering i medisinske kvalitetsregistre.

4.3 TFG-systemet (Tjenesteforløpsgrupper)

Det opprettes fem TFG-er for 2019. En beskrivelse av dette nye aggregeringsnivået er beskrevet i kapittel 3.3.

TFG	Navn
AT01	Legemiddelbehandling ved nevrologiske lidelser Dette gjelder aggregering av aktivitet i DRG 801H <i>Poliklinisk behandling av nevrologiske lidelser med infusjon av særskilte legemidler</i> og STG AS01 <i>Pasientadministrert legemiddelbehandling ved nevrologiske lidelser</i> .
FT01	Legemiddelbehandling ved mage-/tarm lidelser Dette gjelder aggregering av aktivitet i DRG 806H <i>Poliklinisk behandling av mage-tarmlidelser med infusjon av særskilte legemidler</i> og FS01 <i>Pasientadministrert legemiddelbehandling ved mage-/tarm lidelser</i>
HT01	Legemiddelbehandling ved revmatologiske lidelser Dette gjelder aggregering av aktivitet i DRG 808H <i>Poliklinisk behandling av revmatologiske lidelser med infusjon av særskilte legemidler</i> og HS01 <i>Pasientadministrert legemiddelbehandling ved revmatologiske lidelser</i>

JT01	Legemiddelbehandling ved hudlidelser Dette gjelder aggregering av aktivitet i DRG 809H <i>Poliklinisk behandling av hudlidelser med infusjon av særskilte legemidler</i> og STG JS01 <i>Pasientadministrert legemiddelbehandling ved hudlidelser</i>
MT01	Dialysebehandling i og utenfor sykehus Dette gjelder aggregering av aktivitet i DRG 317O <i>Dialysebehandling, dagmedisinsk behandling</i> og STG MS01 <i>Pasientadministrert peritonealdialyse</i> og MS02 <i>Pasientadministrert hemodialyse</i>

4.4 Pilot- ny STG for registrering i utvalgte medisinske kvalitetsregistre

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.

Hensikten med piloten er å se på om insentivet bidrar til å øke kompletthet og dermed kvaliteten i utvalgte medisinske kvalitetsregistre. Det er lagt opp til en gruppering til STG og en ISF-refusjon på om lag 200 kroner per registrert pasient per år for de registrene som omfattes av piloten.

I pilotperioden testes en løsning med et begrenset utvalg kvalitetsregistre, for lettere å kunne identifiserte effekt av ordningen.

I tabellen under vises de medisinske kvalitetsregistre som inkluderes i piloten. Valget av kvalitetsregistre er basert på forslag fra RHF-ene samt forutsetninger fra departementet om variasjon i databehandleransvar, fagområder, størrelse på register og hjemmelsgrunnlag.

	Område	Navn	Deknings-grad	Størrelse	Databehandler-ansvar	Hjemmelsgrunnlag
1	Kreft	Nasjonalt kvalitetsregister for føflekkreft	33 %	2 264	Kreftregisteret	Helseregisterloven og kreftregisterforskriften
2	Kreft	Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft	78 %	365	Kreftregisteret	Helseregisterloven og kreftregisterforskriften
3	Kreft	Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft	68 %	3 000	Kreftregisteret	Helseregisterloven og kreftregisterforskriften
4	Luftveier	Nasjonalt register for KOLS	23 %	3 996	Helse Bergen HF	Konsesjon
5	Diabetes	Norsk diabetesregister for voksne	44 %	25 000	Helse Bergen HF	Konsesjon
6	Nerve-system	Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten	64 %	2 415	Oslo Universitetssykehus	Konsesjon
7	Nerve-system	Norsk register for arvelige og medfødte nevrologiske sykdommer	29 %	4 000	Universitetssykehuset i Nord-Norge	Konsesjon
8	Muskel-skjelett	Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi	66 %	7 600	Universitetssykehuset i Nord-Norge	Konsesjon
9	Muskel-skjelett	Nasjonalt Barnehofteregister	60 %	1 640	Helse Bergen HF	Konsesjon
10	Hjerte- og karsykdommer	Norsk hjertesvikregister	53 %	3 462	Folkehelseinstituttet, St. Olav	Forskrift
11	Mage-tarm	Gastronet	36 %	97 000	Sykehuset Telemark HF	Konsesjon
12	Gyn	Norsk gynekologisk endoskopiregister	38 %	12 300	Sykehuset i Vestfold HF	Konsesjon

Det legges til rette for at særkodene kan registreres i forbindelse med pasientkontakt, eller i forbindelse med registrering i kvalitetsregisteret i etterkant av pasientkontakten.

Helseforetakene vil måtte lage nye rutiner for å sikre at særkodene registreres ved rapportering til de aktuelle kvalitetsregistrene. Vi presenterer her et utkast til overordnede prinsipper som kan benyttes for å sikre at særkodene registreres, men hvert helseforetak står fritt til å utforme sine egne rutiner.

Registrering av informasjon om pasientbehandling som rapporteres til NPR og registrerings og rapporteringsrutiner til kvalitetsregistrene foregår i ulike systemer. Dersom pasientopplysninger registreres i et kvalitetsregister i forbindelse med pasientkontakten, bør særkoden registreres samtidig som andre opplysninger om oppholdet som skal rapporteres til NPR. Dersom

pasientopplysninger registreres i et kvalitetsregister i etterkant av pasientkontakten bør det samtidig registreres en teknisk episode med aktuell særkode i det pasientadministrative systemet slik at informasjon kommer med i rapporterte data til NPR. Se ISF-regelverkets kapittel 5.21.

Dersom det er nødvendig for å sikre at særkoden registreres for alle aktuelle opphold er det anledning til å registrere særkodene mer enn én gang per kalenderår per pasient. Helsedirektoratet vil sørge for at informasjon sees i sammenheng slik at ISF-grunnlaget blir en registrering per pasient innenfor samme kalenderår.

Flere av kvalitetsregistrene krever informert samtykke fra pasienten før registrering, og det vil i disse tilfellene være nødvendig å etablere gode rutiner for å gi informasjon til pasienten og for å innhente samtykke før registrering i et medisinsk kvalitetsregister.

Ved spørsmål som gjelder medisinske kvalitetsregistre kan det tas kontakt med registersekretariatet til det enkelte kvalitetsregister, eller Nasjonalt Servicemiljø for Medisinske Kvalitetsregistre som har enheter i hver helseregion. Se www.kvalitetsregistre.no for kontaktinformasjon.

4.5 Pilot- ISF for utvalgte prosedyrer for avtalespesialister

I Prop. S 1 (2018-2019) heter det:

"Det tas sikte på, som en forsøksordning, å utvide ISF-ordningen til også å omfatte enkelte prosedyrer utført av avtalespesialister".

Dette planlegges realisert som en pilot, der Helsedirektoratet samarbeider med RHF-ene og Legeforeningen om ordningen.

Følgende to prosedyrer skal piloteres:

- Botox-injeksjoner i urinblære ved overaktiv blære (Normaltariffen takst 130 c, utføres av urologer i dag)
- Intravenøs injeksjonsbehandling av legemidler mot osteoporose (finnes ikke i Normaltariffen i dag).

Kontakter der det er gitt Botox-injeksjoner i blære plasseres sammen med andre prosedyrer i DRG 811S *Mindre prosedyre på nedre urinveier*. For pasienter som behandles intravenøs injeksjonsbehandling av legemidler mot osteoporose blir DRG 908H *Poliklinisk konsultasjon vedrørende osteoporose*.

Piloten skal bygge på gjeldende DRG-system og rutiner for klassifisering og finansiering. Avtalespesialister som skal inngå i piloten må ha avtale med regionalt helseforetak. For den aktivitet som omfattes av piloten kan det ikke samtidig kreves takst fra Normaltariffen.

4.6 Utførende helsepersonell

Det er gjort en justering knyttet til DRG 9150 og fysioterapeuter. Aktivitet i denne DRG-en godkjennes for fysioterapeut, da lignende aktivitet for eldre barn og voksne allerede inngår i ISF.

4.7 Palliativ behandling

Norsk 5-tegnskode Z51.50 Behandling ved palliativt senter går ut av bruk i 2019. Kode for pasientens sykdom skal være kode for hovedtilstand, mens Z51.5 Palliativ behandling kan legges til som annen tilstand. Særkoder for palliasjon skal brukes i henhold til krav for de enkelte kodene. Særkodene er med og danner grunnlaget for ISF-refusjon på dette området (som i 2018). Ved denne endringen i koderegler vil slike opphold ikke lenger gruppere til DRG 465, men til ulike DRG-er basert på hovedtilstand og eventuelt andre utførte prosedyrer.

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 2019 er beregnet med utgangspunkt i rapporterte gjennomsnittskostnader pr 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 koble disse 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 gjennomsnittskostnad 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. Vektene er korrigert for å ta høyde for endret grupperingslogikk fra 2017 til 2019. I tillegg er endringer i finansieringsmodellen som følge av innføring av forløpsfinansiering, korreksjoner i finansieringsmodellen for behandling av øyeblikkelig hjelp pasienter i sykehus og utvidelse av finansieringsmodellen for dagkirurgiske behandlinger innarbeidet, se kapittel 3 for nærmere beskrivelse av endringer.

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 2019 er kalibrert basert på aktivitetsgrunnlag 2017 regruppert med 2018 logikk og prognose for 2018.

5.2 Nærmere om spesifikke endringer i regelverk og KV-beregninger

5.2.1 Øyeblikkelig hjelp (ØH)

Fra 2018 til 2019 er utvalget tilstander som omfattes av ordningen utvidet, se kapittel 3.5, og metode for kostnadsvektberegningen er endret. Utgangspunktet for finansieringen av øyeblikkelig hjelp tilstander er en endring i grupperingslogikken for DRG. Der polikliniske kontakter for definerte tilstander med innmåte hastegrad akutt, flyttes fra poliklinisk DRG til en dagDRG for øyeblikkelig hjelp. Det vil si at aktiviteten flyttes til DRG-er med høyere gjennomsnittskostnader (og vekt).

De nye kostnadsvektene er beregnet med basis i vektet gjennomsnittskostnad fra kontakter som tidligere ble gruppert til en poliklinikk DRG samt vektet gjennomsnittskostnader i dagDRG-en.

DRGbasispoeng vil fremkomme som en vektet gjennomsnittskostnad i dagDRG-en før hensyntatt logikkendring.

Kontakter som tidligere ble gruppert til en poliklinikk DRG vil få et poengfradrag i 980 DRG-ene som medfører at de vektet noe lavere enn øvrige opphold i DRG-en, jf. ISF-regelverkets kapittel 8.18.

Hensikten er at mer intensiv poliklinisk behandling av utvalgte øyeblikkelig hjelp tilstander får en høyere finansiering enn en ordinær poliklinisk konsultasjon. Denne økte finansieringen hentes fra relevante døgnDRG-er innenfor samme tilstander.

5.2.2 Digitale tjenester

Det foreligger ikke spesifikke kostnadsdata for de nye tjenesteområdene, og behandlingens volumet er beheftet med usikkerhet. Vektene er derfor satt skjønsmessig for 2019. Tjenestene er beskrevet i kapittel 4.2.1.

5.2.3 Tjenesteforløp

Beregningen av kostnadsvekter for tjenesteforløpsgruppene (TFG), er omtalt i kapittel 3.3 og 4.3.

5.2.4 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. Nærmere beskrivelse av ordningen finnes i kapittel 4.4.

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 ATC-koder eller særkoder for pasientadministrert legemiddelbehandling

For pasientadministrert legemiddelbehandling skal oppgjørdata fra apotekene benyttes i STG-gruppering, og det vil for finansieringsformål derfor ikke lenger være nødvendig med registrering av særkoder for disse legemidlene. Isteden benyttes ATC-koder og refusjonskoder (ICD-10 koder) fra oppgjørdata for H-resept i tillegg til de administrative dataene.

6.3 Rehabilitering for innlagte pasienter

ISF-regelverket er tydeliggjort. Se kapittel 6.13.2 i ISF-regelverket. Herunder er registreringsreglene for annen rehabilitering enn det som gjelder enkel og kompleks rehabilitering beskrevet.

6.4 Aktivitetsgrunnlag somatikk på overordnet nivå

Det vises til kapittel 4 (generelle regler for innsatsstyrt finansiering) i ISF-regelverket for 2018. 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-reseptar og disse vil inngå i ISF-grunnlaget.
Behandling i utlandet i regi av RHF	Døgnbehandling	Ja
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.

