

Innsatsstyrt finansiering 2026

ISF-regelverk

Foreløpig

Publikasjonens tittel: Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2026 (ISF-regelverket)

Utgitt:

Utgitt av:	Helsedirektoratet
Kontakt:	Avdeling finansiering
Epost:	drinfo@helsedir.no
Postadresse:	Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo
Besøksadresse:	Vitaminveien 4, 0483 Oslo
	www.helsedirektoratet.no

Illustrasjon:

I dette dokumentet beskrives regelverket for finansieringsordningen Innsatsstyrt finansiering (ISF) for 2026.

Regelverket danner grunnlaget for utbetaling av midler fra staten til de regionale helseforetakene (RHF-ene) gjennom ISF-ordningen.

Ordningen er avhengig av at aktivitetsdata registreres og rapporteres etter gjeldende regler for medisinsk koding og de krav som er stilt for rapportering til Norsk pasientregister (NPR). RHF-ene er ansvarlige for at regelverket gjøres kjent og følges opp i virksomhetene som utfører helsetjenester på vegne av dem.

Informasjon om medisinsk koding finnes her: [Helsefaglige kodeverk - Helsedirektoratet](#)
Spørsmål vedrørende medisinsk kode rettes til kodehjelp@helsedir.no

NPR er primærkontakt for alle forhold som omhandler feil og mangler i rapportering, nye enheter mv.

Informasjon om rapporteringskrav finnes her: [Informasjonsmodell og meldinger - FHI](#)
Spørsmål vedrørende rapporteringskrav, herunder administrative kodeverk tilknyttet informasjonsmodellen, rettes til informasjonsmodell@fhi.no

Ved poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten kan pasienten avkreves egenandel. Det er Forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten som regulerer dette. Informasjon om dette finnes her: [Egenandeler og pasientbetaling ved poliklinisk helsehjelp - Helsedirektoratet](#)
Spørsmål vedrørende regelverket for rettes til post@helfo.no

For større endringer i ISF-regelverket fra 2025 til 2026 viser vi til Grunnlagsdokumentet der dette er beskrevet nærmere.

Målgruppen for ISF-regelverket er primært RHF-ene, helseforetakene (HF) og andre virksomheter som er omfattet av regelverket gjennom avtale med RHF-ene.

Del 1 Omtale av ISF-ordningen

Innledningsvis i kapittel 1 gis en kort beskrivelse av ISF-ordningen, formålet, og ordningens virkemåte. Kapittel 2 gir en kort oversikt over endringer i ISF fra 2025 til 2026.

Del 2 Reglene

- Kapittel 3: Generelle regler for Innsatsstyrt finansiering
- Kapittel 4: Fellesbestemmelser om koding, registrering og rapportering
- Kapittel 5: Spesifikke rapporterings- og kodingsregler – somatikk
- Kapittel 6: Spesifikke rapporterings- og kodingsregler – psykisk helsevern og TSB
- Kapittel 7: Beregningsregler somatikk
- Kapittel 8: Beregningsregler psykisk helsevern og TSB

Tillegg til ISF-regelverk

- Grunnlagsdokument for ISF-regelverk 2026
- Masterlister for aktivitetsgruppene DRG-, STG-og TFG

Foreløpige

FORORD	3
INNHold	5
DEL I – GENERELT OM ORDNINGEN	11
1. OM INNSATSSTYRT FINANSIERING.....	12
1.1 Formål	12
1.2 Nærmere om ordningen og dens virkemåte	13
2. ENDRINGSOVERSIKT.....	15
2.1 ISF-andel	15
2.2 Enhetspris	15
2.3 Endringer i DRG-systemet (DiagnoseRelatertGruppe)	15
2.4 Endringer i STG-systemet (SærTjenesteGruppe)	16
2.5 Endringer i TFG-systemet (TjenesteForløpsGruppe)	16
2.6 Andre endringer i ISF	16
2.7 Kostnadsvekter	17
DEL II – REGLENE.....	18

3. GENERELLE REGLER FOR INNSATSSTYRT FINANSIERING	19
3.1 Virkeområdet	19
3.2 Regler om hvilke typer helsehjelp som inngår i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen	19
3.2.1 Fellesregler	19
3.2.2 Spesifikke regler for somatikk	21
3.2.3 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB	21
3.3 Endringer i finansieringsmessige forutsetninger i beregningsgrunnlaget for ISF	21
3.3.1 Generelt.....	21
3.3.2 Endringer av finansieringsmessige forutsetninger for eksisterende tjenestetilbud	21
3.3.3 Mindre organisatoriske endringer.....	21
3.3.4 Utvidelse av eksisterende spesialisthelsetjenestetilbud.....	21
3.3.5 Spesialisthelsetjenester utført av kommuner	22
3.3.6 Generelle krav til søknader om ISF-refusjon	23
3.4 Informasjon om avtaler inngått med private virksomheter	23
3.5 Datagrunnlag og generelle rapporteringskrav	23
3.6 De regionale helseforetakene og helseforetakenes ansvar for datagrunnlaget	24
3.7 Helsedirektoratets ansvar for beregning og kontroll	24
3.8 Kontroller av aktivitetsgrunnlaget	24
3.9 Oppgjør	25
3.10 Enhetspris	25
3.10.1 Fellesregler	25
3.10.2 Spesifikke regler for somatikk	25
3.10.3 Spesifikke regler for psykisk helsevern og TSB	25
3.11 Beregning av ISF-poeng	25
3.11.1 Spesifikke regler for ISF Somatikk	26
3.11.2 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB	26
3.12 Presisering av forholdet til andre regelverk m.v.	27
3.13 Forholdet til nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten	27
3.14 Forholdet til forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	27
4. FELLESBESTEMMELSER OM KODING, REGISTRERING OG RAPPORTERING.....	28
4.1 Rapportering til Norsk pasientregister	28
4.2 Registrering og rapportering av kommunenummer	28

4.3 Utførende helsepersonell	29
4.4 Rapportering av hvorvidt aktiviteten til en enhet kan inngå i beregningsgrunnlaget	30
4.5 Koding av informasjon om episodens finansieringsmåte	30
4.6 Spesialisterklæringer initiert av andre instanser	30
4.7 Rapportering av opplysning om når en innlagt pasient er utskrivningsklar	30
4.8 Overføring mellom psykiatrisk og somatisk avdeling – bruk av TilSted	31
4.9 Fristbruddpasienter	31
4.9.1 Pasienter som behandles ved norske institusjoner etter fristbrudd	31
4.9.2 Pasienter som gis helsehjelp ved utenlandske institusjoner etter fristbrudd	31
4.10 Pasienter behandlet i utlandet etter direkte henvisning fra de regionale helseforetak	32
4.11 Pasienter som er døde før ankomst til sykehuset	32
4.12 Ambulante konsultasjoner	32
4.13 Permisjon under innleggelse	33
4.14 Hovedregler vedrørende medisinsk koding	33
4.15 Dokumentasjonskrav knyttet til medisinsk koding	33
4.16 Multippel koding	34
4.17 Koding av bilaterale inngrep	34
4.18 Spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel	34
4.19 Digital hjemmeoppfølging, telefon- og videokonsultasjoner	34
4.19.1 Telefonkonsultasjoner	35
4.19.2 Videokonsultasjoner	36
4.19.3 Meldinger og annen asynkron oppfølging	37
4.19.4 Pasientregistrerte data	38
4.19.5 Data fra sensorer eller medisinsk teknisk utstyr	39
4.19.6 Nettbasert behandlingsprogram (eBehandling)	41
4.20 Samarbeidsaktiviteter med samarbeidsparter utenfor spesialisthelsetjenesten	41
4.21 Gruppebehandling	42
4.22 Pasientopplæring og tiltak i gruppe	43
4.23 Konsultasjon med pårørende og andre nærstående personer	44
4.24 Fysisk treningsterapi	45

5. SPESIFIKKE RAPPORTERINGS- OG KODINGSREGLER – SOMATIKK	46
5.1 Helsehjelp som finner sted uten overnatting – Innleggelse versus poliklinikk	46
5.2 Strålebehandling	47
5.2.1 Polikliniske behandlingskontakter for ekstern strålebehandling	47
5.2.2 Polikliniske kontakter for planlegging og forberedelse til ekstern strålebehandling....	47
5.2.3 Polikliniske behandlingskontakter for brakyterapi	47
5.2.4 Innleggelser der strålebehandling gjennomføres (ekstern strålebehandling og brakyterapi)	48
5.2.5 Strålebehandling med protoner	48
5.2.6 Separat rapportering av stråleterapi.....	48
5.3 Dialysebehandling	48
5.3.1 Dialysebehandling i sykehuset	48
5.3.2 Helsepersonelladministrert hemodialyse utenfor sykehus.....	49
5.3.3 Pasientadministrert peritonealdialyse og hemodialyse.....	49
5.4 Car-T	50
5.5 Fødsler og nyfødte	50
5.5.1 Fødsler og barselopphold	50
5.5.2 Koding av blødning eller anemi ved fødsel, keisersnitt og abort	50
5.6 Assistert befruktning	51
5.7 Legemiddelbehandling	51
5.7.1 Kreftlegemiddelbehandling i sykehus	52
5.7.2 Infusjonsbehandling med særskilte (immunmodulerende) legemidler.....	52
5.7.3 Behandling av makuladegenerasjon eller makulødem	52
5.7.4 Bruk av botulinumtoksin for ulike indikasjoner	53
5.7.5 Påfyll av baklofen ved ITB-behandling av dystoni og spastisitet.....	53
5.8 Pasientadministrert legemiddelbehandling finansiert av regionale helseforetak	53
5.9 Tverrfaglig utredning av sammensatte tilstander	54
5.10 Rehabilitering	55
5.10.1 Poliklinisk rehabilitering	55
5.10.2 Rehabilitering som innlagt.....	56
5.11 Palliativ behandling	58
5.12 Sterilisering	60
5.13 Rituell omskjæring av gutt eller mann	60
5.14 Legemiddelbehandling utenfor sykehus - kommunalt utførte tjenester	60
5.15 Teambasert oppfølging, integrerte team og samhandling	61

5.16 Hjemmesykehus	62
5.17 Netthinneundersøkelse av diabetespasienter (fundusfoto)	63
5.18 Tidsangivelse for respiratorbehandling	63
6. SPESIFIKKE RAPPORTERINGS- OG KODINGSREGLER – PSYKISK HELSEVERN OG TSB....	64
6.1 Polikliniske hel- og halvdagstilbud	64
6.2 Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam	65
6.3 Rapportering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	65
6.3.1 Polikliniske kontakter med utlevering eller observert inntak av LAR-legemiddel som hovedformål	66
6.3.2 Tertialvis rapportering av legemiddelbehandlingen ved opioidavhengighet	66
6.4 Testing og kartlegging med bruk av standardisert verktøy	66
6.5 Familiebehandling	67
7. BEREGNINGSREGLER SOMATIKK.....	68
7.1 Kompensasjon for særdeles lang liggetid	68
7.2 Rehabilitering	68
7.2.1 Beregning av DRG-vekt for primær rehabilitering	68
7.2.2 Beregning av DRG-vekt for sekundær rehabilitering	70
7.3 Tilleggsrefusjon for organdonasjon	70
7.4 Poengtillegg for palliativ behandling	71
7.5 Pasientadministrert dialyse	71
7.6 Sterilisering	71
7.7 Særtjenestegrupper for pasientadministrert legemiddelbehandling	72
7.8 Om utførende helsepersonell som vilkår for inkludering av polikliniske kontakter i beregningsgrunnlaget	72
7.9 Assistert befruktning	72
7.10 Pasienthotell, sykehotell m. m.	73
7.11 Brannskadebehandling ved Haukeland universitetssjukehus	73
7.12 Pasientopplæring og tiltak i gruppe	73

7.13 Gruppebehandling	74
7.14 Permisjoner	74
7.15 Rituell omskjæring av gutt eller mann	74
7.16 Stimulering til bruk av dagkirurgi	74
7.17 Poengtillegg for ambulante konsultasjoner	75
7.18 Aktivitetstelling - aggregeringsregler somatikk	75
7.19 Øyeblikkelig hjelp tilstander uten overnatting	77
7.20 Koder som ikke inngår i ISF-beregningsgrunnlaget	78
7.21 NIPT-analyse	78
8. BEREGNINGSREGLER – PSYKISK HELSEVERN OG TSB	79
8.1 Poengtillegg for ambulante konsultasjoner	79
8.2 Aktivitetstelling – aggregeringsregler psykisk helsevern og TSB	79
8.3 Pasientopplæring og tiltak i gruppe	80
8.4 Gruppebehandling	80
8.5 Polikliniske heldagstilbud	81
8.6 Koder som ikke inngår i ISF-beregningsgrunnlaget	81
8.7 Poengtillegg for bortfall av egenandel	81
DEL III - VEDLEGG	82
Vedlegg – begreper og forkortelser	82

Foreløpig

1. OM INNSATSSTYRT FINANSIERING

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført for somatisk spesialisthelsetjeneste 1. juli 1997. Fra 2017 ble ordningen utvidet til også å omfatte ISF for polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). ISF er en aktivitetsbasert bevilgning til de regionale helseforetakene (RHF-ene). Finansieringen av RHF-ene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert bevilgning.

Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes av blant annet demografiske forhold, og er uavhengig av aktivitet. ISF er derimot avhengig av hvor mange som får behandling, og hvilke type behandlinger pasientene får.

For 2026 utgjør den aktivitetsbaserte bevilgningen for somatisk spesialisthelsetjeneste om lag 30 prosent og basisbevilgningen om lag 70 prosent. For polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og TSB utgjør den aktivitetsbaserte bevilgningen om lag 25 prosent og basisbevilgningen om lag 75 prosent.

Kostnadsnivået for samme type tjeneste kan variere mellom ulike helseforetak (HF). Beregning av ISF-refusjonen til RHF-ene tar ikke høyde for lokale variasjoner i kostnadsnivå. RHF-ene står fritt til å tilpasse samlet finansiering av HF-ene og de private institusjonene de har avtale med, i tråd med behov og ønskede prioriteringer i regionen.

1.1 Formål

Det viktigste formålet med innsatsstyrt finansiering er å understøtte sørge-for-ansvaret til RHF-ene. Ordningen skal legge til rette for kostnadseffektiv pasientbehandling. Gjennom innsatsstyrt finansiering gjøres deler av budsjettet til RHF-ene avhengig av hvor mange som får behandling og hvilken behandling de ulike pasientene får. Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt vil refusjonen bli lavere, mens ved større aktivitet vil refusjonen bli høyere.

ISF skal understøtte ønsket faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten, og ordningen utvikles kontinuerlig for å understøtte sammenhengende forløp, bruk av ny teknologi og nye måter å organisere tjenestetilbudet på. De seneste årene har det vært lagt vekt på at ordningen gjøres mer nøytral med tanke på hvilke personellgrupper som utfører behandling, hvor behandlingen finner sted, og hvordan pasientforløpene organiseres. Dette skal blant annet bidra til mer effektiv utnyttelse av personellressurser i sykehus, og at tjenester i større grad flyttes hjem til pasienten ved bruk av teknologi.

Finansieringsmodellen for RHF-ene innebærer at helseregionene fordeler basisbevilgning og ISF-refusjonen til det enkelte HF. Det er viktig at finansieringen ikke er til hinder for god organisering av tilbudet til pasientene. Den medisinske kodingen dokumenterer helsehjelpen pasienten mottar. RHF-ene skal sikre at den administrative og medisinske kodingen er faglig korrekt, og at

den ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering av tjenesten. Dette gjelder både for egne HF og private aktører RHF-ene har avtale med.

RHF-ene kan selv bestemme hvordan ISF-refusjonen fordeles til underliggende virksomheter, for å oppfylle sitt sørg-for-ansvar. Regelverket legger ingen føringer for det. Regelverket regulerer heller ikke hvordan RHF-ene finansierer HF-ene eller private aktører som RHF-ene inngår drifts- eller kjøpsavtaler med. Prisen som RHF-ene betaler til private tjenesteytere forutsetter forhandlinger eller anbud på bakgrunn av faktiske kostnader, og skal ikke kobles direkte til ISF-refusjonen.

Utbetalingene gjennom ISF-ordningen skal baseres på reell aktivitet rapportert til Norsk pasientregister (NPR). Bevilgningens endelige størrelse fastsettes i tråd med dette prinsippet i forbindelse med endelig avregning for 2026.

1.2 Nærmere om ordningen og dens virkemåte

ISF omfatter somatisk spesialisthelsetjeneste, både innleggelser, poliklinisk utredning og -behandling, samt pasientbehandling utenfor sykehus, herunder pasientadministrert legemiddelbehandling. Ordningen omfatter også poliklinisk psykisk helsevern og TSB.

Pasientbehandlingen som skjer i spesialisthelsetjenesten rapporteres til NPR. Dette er grunnlagsdataene for ISF. Til grunn for beregning av ISF-refusjonen ligger et system for klassifisering av ulike pasientbehandlinger basert på tilstand (diagnoser) og tiltak (prosedyrer). Behandlingen klassifiseres til DRG (DiagnoseRelaterteGrupper), STG (SærTjenesteGrupper) og TFG (TjenesteForløpGrupper).

DRG-vektene beregnes ut fra kostnadsinformasjon som årlig innhentes fra sykehusene. Sammen med rapporterte aktivitetsdata benyttes kostnadsinformasjonen til å fastsette refusjonen knyttet til de ulike DRG-gruppene. Kostnadsvektene utgjør beregnet ressursbruk per DRG, og fremkommer gjennom beregninger basert på gjennomsnittskostnader. Forenklet kan man si at en kostnadsvekt uttrykker hva et opphold innen en DRG eller STG koster i gjennomsnitt, relativt til opphold i andre DRG-er eller STG-er. Kostnadsvektene brukes til å beregne poeng som gir grunnlag for ISF-refusjonen.

Selv om nasjonale DRG-vekter beregnes på detaljert kostnads- og aktivitetsinformasjon fra mange sykehus, er ikke beregningene robuste nok til å videreføres til den enkelte pasient eller den enkelte avdeling. Til dels er kostnadsvektene utarbeidet basert på informasjon fra helseforetak med ulik pasientsammensetning og ulikt kostnadsnivå. Til dels omfatter en kostnadsvekt for en DRG også kostnader som relateres til støtteavdelinger som for eksempel laboratorie- og radiologikostnader, og felleskostnader som administrasjon med mer. Man bør være varsom med å benytte ISF-refusjonen direkte på avdelingsnivå, da kostnadsvektene er beregnet med utgangspunkt i kostnadsinformasjon fra alle landets helseforetak.

ISF-refusjonen er ment å dekke en andel av kostnadene, mens resten dekkes gjennom øvrige midler. Det er heller ikke slik at alle tiltak i spesialisthelsetjenesten er omfattet av ISF-ordningen. Pasientbehandling skal skje basert på pasientens behov, faglige prioriteringer og i henhold til lovverk og pasientrettigheter. ISF-ordningen skal ikke være styrende for valg av behandlings- eller oppfølgingstiltak. Finansiering av pasientbehandlingen må ses i lys av de samlede bevilgningene.

Foreløpig

2. ENDRINGSOVERSIKT

Her gis en kort oversikt over de viktigste endringene i ISF-ordningen for 2026, sammenlignet med 2025. Endringene er beskrevet nærmere i dokumentet: «**Grunnlagsdokumentet for ISF-regelverk 2026**» som publiseres sammen med regelverket.

2.1 ISF-andel

ISF-andel somatikk er 30 prosent i 2026.

ISF-andel psykisk helsevern og TSB er om lag 25 prosent.

2.2 Enhetspris

Enhetsprisen per ISF-poeng i somatikk er satt til 56 153 kroner.

Enhetsprisen per ISF-poeng i psykisk helsevern og TSB er satt til 3 954 kroner, som er ment å dekke om lag 25 prosent av driftskostnadene.

Enhetsprisen som benyttes ved endelig avregning av ISF-refusjonen kan avvike fra angitt beløp dersom registreringsendringer avviker fra budsjettforutsetningene som er lagt til grunn.

2.3 Endringer i DRG-systemet (DiagnoseRelatertGruppe)

Omfanget av endringer i ISF 2026 som får konsekvenser for DRG-systemet er begrenset.

Det opprettes 2 nye DRG-er:

- DRG 412A Transfusjon av genmodifiserte autologe lymfocytter
- DRG 853X Poliklinisk strålebehandling med protoner

En mer detaljert beskrivelse av øvrige endringer knyttet til DRG-systemet er å finne i dokumentet "ISF 2026 – Grunnlagsdokumentet".

2.4 Endringer i STG-systemet (SærTjenesteGruppe)

Det opprettes 2 nye STG-er, uten finansiering som følge av overføring av finansieringsansvar fra folketrygden til RHF pasientadministrert legemiddelbehandling for behandling av parkinsons og pasientadministrert legemiddelbehandling for forebygging av nedre luftveisinfeksjon for barn etter RS-virus.

De nye STGene er:

- AS04 Pasientadministrert legemiddelbehandling ved Parkinsons sykdom
- DS04 Pasientadministrert legemiddelbehandling for forebygging av alvorlig nedre luftveisinfeksjon

En mer detaljert beskrivelse av øvrige endringer knyttet til STG-systemet er å finne i dokumentet "ISF 2026 – Grunnlagsdokumentet".

2.5 Endringer i TFG-systemet (TjenesteForløpsGruppe)

Injeksjonsbehandling av macula degenerasjon inkluderes med ISF finansiering på forløpsnivå fra 2026.

Følgende forløp i HDG 2 inkluderes med finansiering:

- BT01 Forløp for injeksjonsbehandling av macula degenerasjon

En mer detaljert beskrivelse av øvrige endringer knyttet til TFG-systemet er å finne i dokumentet "ISF 2026 – Grunnlagsdokumentet".

2.6 Andre endringer i ISF

Dagkirurgi og dagfødsler

Mer aktivitet er tatt inn i dagkirurgiløsningen i ISF i 2026. Det vil si prosedyrer som gir samme ISF uavhengig av om pasienten behandles som dagkirurgisk eller som innlagt. For 2026 vil dagfødsler finansieres likt med ukompliserte vaginale fødsler.

Digital hjemmeoppfølging

Vekten på nettbaserte behandlingsprogram i somatikk økes fra 0,040 til 0,178.

Intensiv- varighet for respiratorbehandling

Det er opprettet nye prosedyrekoder (tilleggs-koder) for å angi varighet for respiratorbehandling.

Fundusfoto

Det er gjort endring i hovedregel for registrering av taking og tolking av fundusfoto. Hovedregel fra 2026 er at aktiviteten registreres ved taking av fundusfoto, og ikke ved tolkningen.

Konsultasjon med pårørende og andre nærstående personer

Omtalen knyttet til dette er justert for å klargjøre ulike roller for pårørende og hvordan denne aktiviteten skal rapporteres. Nytt punkt 4.23 vil omhandle både pårørende i psykisk helsevern/TSB og somatikk.

Gruppebehandling og Pasientopplæring og tiltak i gruppe

Punktene er harmonisert og flyttet til kapittel 4 Felles bestemmelser om koding, registrering og rapportering.

Kjeveortopedisk behandling av leppe, kjeve ganespalte og kraniofaciale tilstander

Denne aktiviteten ble overført fra Folketrygden til ISF i 2025. Erfaring viser at det tar tid for helseforetakene å foreta omstillingen, herunder inngå nye avtaler med private tannleger. Det er derfor foreslått å reversere endringen. Folketrygdens regelverk og takster for tannbehandling endres i tråd med dette fra 2026.

2.7 Kostnadsvekter

Se nærmere omtale i kapittel 7 i Grunnlagsdokumentet for beregning av kostnadsvekter for 2026.

Foreløpige

3. GENERELLE REGLER FOR INNSATSSTYRT FINANSIERING

3.1 Virkeområdet

Regelverket gjelder for beregning av ISF-refusjonen fra staten til RHF-ene. Regelverket gjelder for aktivitet avsluttet i 2026.

Regelverket regulerer ikke hvordan RHF-ene finansierer HF-ene eller private aktører som RHF-ene inngår drifts- eller kjøpsavtaler med.

Særskilte rapporteringskrav og forutsetninger som fremgår av regelverket, gjelder kun for spesialisthelsetjenester som inngår i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen, så fremt tilsvarende krav ikke er nedfelt annet sted.

3.2 Regler om hvilke typer helsehjelp som inngår i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen

Følgende overordnede krav til utført helsehjelp gjelder for at aktiviteten skal inngå i ISF-ordningen:

3.2.1 Fellesregler

- a) Helsehjelpen må være spesialisthelsetjeneste, jf. spesialisthelsetjenesteloven.
- b) Helsehjelpen må være rettet mot personer som er bosatt i Norge og omfattet av sørge - for-ansvaret til RHF-ene. Behandling av pasienter som ikke er bosatt i Norge, inngår ikke i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen.
- c) Helsehjelpen må være avsluttet i 2026.
- d) Helsehjelpen må være definert og klassifiserbar innen kategoriseringssystemene for spesialisthelsetjenester som ISF-ordningen baserer seg på: DRG (Diagnoserelaterte grupper) og STG (Særtjenestegrupper), samt TFG (Tjenesteforløpsgrupper) for enkelte områder.

- e) Helsehjelpen må være organisert og utført av et HF eller annen virksomhet som har drifts- eller kjøpsavtale med et RHF om gjennomføring av relevant aktivitet. Helsetjenester utført innen rammen av driftsavtaler mellom RHF og avtalespesialister inngår ikke i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen. Dagkirurgisk aktivitet utført av avtalespesialister i henhold til særskilt avtale med RHF inngår i ISF-beregningsgrunnlaget under forutsetning av at det ikke samtidig kreves takstrefusjon for samme aktivitet gjennom HELFO. Aktivitet formidlet via HELFO som følge av fristbrudd inngår i ISF. Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan inngå i beregningsgrunnlaget når kravene i punkt 3.3 og øvrige regler er oppfylt.
- f) Aktivitet hos virksomheter og enheter som inngår i spesialisthelsetjenesten, og som er forutsatt finansiert gjennom andre mekanismer enn ISF-ordningen, utløser ikke ISF-poeng. Dette gjelder blant annet private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, hvor aktiviteten er forutsatt finansiert gjennom basisbevilgningen til RHF.
- g) Helsehjelpens hovedinnhold kan ikke være polikliniske laboratorietjenester eller radiologiske tjenester.
- h) Behandling utført i utlandet inngår i beregningsgrunnlaget når kostnadene til behandlingen dekkes av RHF og øvrige vilkår i regelverket er oppfylt.
- i) Helsehjelp som finansieres gjennom privat betaling, særskilte prosjekt- og forskningsmidler, eller gjennom andre alternative finansieringsordninger, inngår ikke i beregningsgrunnlaget.
- j) 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.
- k) Helsehjelp som ytes som telefon- eller videokonsultasjoner eller gjennom andre former for digital hjemmeoppfølging inngår dersom aktiviteten er spesialisthelsetjeneste og betraktes som helsehjelp. Kontakt med pasient av mer administrativ art, som innhenting av saksopplysninger, møteavtaler og lignende, skal ikke inngå i ISF.
- l) Samarbeids- og oppfølgingsmøter, som gjelder helsehjelp til spesifikk pasient, med kommunale eller andre relevante instanser utenom spesialisthelsetjenesten (herunder oppfølgingssamtaler per telefon) inngår i ISF.
- m) Pasientadministrert legemiddelbehandling inngår i ISF-grunnlaget for legemidler som RHF-ene har finansieringsansvar for. Datagrunnlaget er fakturagrunnlag for H-resept. De regionale helseforetakene avgjør hvilke leger som har rett til å utstede resepter for RHF-enes regning.

3.2.2 Spesifikke regler for somatikk

- a) Helsehjelpen kan ikke være ledd i psykisk helsevern eller TSB

3.2.3 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB

- a) Helsehjelpen kan ikke være somatisk tjeneste utført av somatisk avdeling.
- b) Helsehjelpen må være utført av en enhet som rubriseres som avdeling innen psykisk helsevern eller TSB innen rammen av koder angitt i rundskriv IK 44/89.
- c) Helsehjelpen kan ikke være innleggelser på døgn- eller dagbasis (rapportert til NPR som avdelingsopphold).

3.3 Endringer i finansieringsmessige forutsetninger i beregningsgrunnlaget for ISF

3.3.1 Generelt

ISF-ordningen er en aktivitetsbasert inntektsmodell fra staten til RHF-ene. Utvidelser av ISF-beregningsgrunnlaget skal skje kontrollert og innenfor de rammer Stortinget vedtar gjennom statsbudsjettet.

3.3.2 Endringer av finansieringsmessige forutsetninger for eksisterende tjenestetilbud

Tjenestetilbud som er forutsatt rammefinansiert eller finansiert gjennom andre ordninger enn ISF, skal ikke inngå i beregningsgrunnlaget for ISF.

Unntak gjelder dersom Helsedirektoratet etter søknad fra et RHF har godkjent endring før 2026 påbegynnes. Endringer kan kun godkjennes av Helsedirektoratet dersom virkningen ikke gir budsjettmessige konsekvenser av betydning. Når endringen gir budsjettvirkninger for staten, forutsettes det at RHF-et har søkt Helsedirektoratet om dette innen 1. mars året før og at endringen er hensyntatt i grunnlaget for statsbudsjettet.

Helsedirektoratet legger i sin saksbehandling vekt på hvorvidt det aktuelle tjenestetilbudet innholds- og kostnadmessig harmoniserer med eksisterende tjenestekategorier innen ISF-ordningen, eventuelt om det er grunnlag for utvidelse med nye tjenestekategorier.

3.3.3 Mindre organisatoriske endringer

Mindre organisatoriske endringer som finner sted ved rapporteringsenheter og som ikke påvirker finansieringsmodellen for aktuell aktivitet, utløser ingen søknadsplikt.

3.3.4 Utvidelse av eksisterende spesialisthelsetjenestetilbud

Organisatoriske eller andre endringer som medfører at en virksomhet øker sitt reelle behandlingsvolum av tjenester som allerede er omfattet av ISF, utløser ingen søknadsplikt. For

psykisk helsevern og TSB gjelder dette for poliklinisk aktivitet, siden aktivitet knyttet til innlagte pasienter ikke inngår i ISF.

Unntak fra hovedregelen gjøres gjeldende på områder der det er særskilt risiko for manglende samsvar mellom tjenesteinnhold og kostnadsnivå for nytt og eksisterende tjenestetilbud. Unntak gjelder også på områder i grenseflaten mellom spesialisthelsetjenestens og den kommunale helse- og omsorgstjenestens «sørge for»-ansvar. Vesentlige utvidelser på følgende områder medfører derfor søknadsplikt:

- Rehabilitering og habilitering, bortsett fra rehabilitering i akuttfasen etter sykehusinnleggelse
- Konservative behandlingstilbud for overvekt (før, etter, eller i stedet for kirurgisk behandling)
- Tjenestetilbud der hovedinnholdet er trening eller opplæring eller kombinasjon av dette
- Tjenestetilbud som i stor grad finner sted som grupperettede aktiviteter, herunder fysisk trening og aktivitet i gruppe
- Tjenestetilbud som gjennomføres i samarbeid med kommunen eller som omfatter tjenester som kommunen har «sørge for»-ansvar for

3.3.5 Spesialisthelsetjenester utført av kommuner

Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan kun inngå i beregningsgrunnlaget for ISF når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Hovedinnholdet i tjenestene skal være velavgrensede spesialisthelsetjenester og kodes etter samme regler som for annen spesialisthelsetjenester.

Aktuelle avtaler skal være forankret i generell samarbeidsavtalestruktur mellom tjenestenivåene, og skal inneholde bestemmelser som sikrer tilstrekkelig aktivitetsrapportering til NPR.

I øvrige tilfeller forutsetter inklusjon i beregningsgrunnlaget særskilt godkjenning etter søknad til Helsedirektoratet. Krav til søknadens innhold:

- Utkast til eller inngått avtale mellom partene skal foreligge, forankret i generell samarbeidsavtalestruktur
- Avtaleteksten skal synliggjøre hvordan partene sikrer at omfattet tjenesteinnhold er spesialisthelsetjenester og hvordan dette skilles fra tilgrensende kommunale helse- og omsorgstjenester
- Det skal foreligge informasjon om behandlingsvolum og finansieringsmåte for eksisterende tjenestetilbud som skal flyttes, slik at eventuell endring kan finne sted budsjettøytralt

Helsedirektoratets vurderingskriterier ved behandling av søknader:

- Oppfyllelse av generelle innholdskrav til søknaden
- Avtaleinnholdets egnethet til å sikre et robust skille mellom spesialisthelsetjenester og annet tilgrensende tjenestetilbud under kommunens ansvar

- Avtaleinnholdets egnethet til å sikre riktig aktivitetsrapportering til NPR
- Samlet risiko for at hensynet til budsjettøytralitet ikke blir ivaretatt

3.3.6 Generelle krav til søknader om ISF-refusjon

RHF-ene har søknadsansvaret. Helsedirektoratet behandler ikke søknader om ISF-refusjon fremsatt av andre enn RHF-ene.

Årlig søknadsfrist er 1. mars for endringer som berører ISF-beregningsgrunnlaget i etterfølgende budsjettår.

3.4 Informasjon om avtaler inngått med private virksomheter

RHF-ene skal varsle Folkehelseinstituttet (npr@fhi.no) om nye drifts- og kjøpsavtaler med private virksomheter der behandlingsaktiviteten inngår i ISF-ordningen.

Følgende opplysninger skal meldes til Helsedirektoratet så snart avtale er inngått:

- Fagområde
- Tjenestetype (døgn, dag og/eller poliklinikk)
- Avtalepartens navn og organisasjonsnummer i henhold til Enhetsregisteret
- Navn og underenhetsnummer til de behandlingsstedene som skal utføre tjenester i tråd med avtalen

3.5 Datagrunnlag og generelle rapporteringskrav

ISF beregnes på grunnlag av data utlevert fra NPR. Data skal rapporteres til NPR i tråd med bestemmelser i Norsk pasientregisterforskrift¹ og pålegg gitt i medhold av denne, samt nærmere bestemmelser i ISF-regelverket. Føringer for medisinsk koding er gitt i Kodeveiledning - Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten.

Datagrunnlaget for ISF-ordningen bygger på rapportering innenfor de tertialvise fristene (se punkt 4.1). Det legges til grunn at dataene som er rapportert innen fristene er oppdaterte og kvalitetssikret, og gir en komplett oversikt over gjennomført aktivitet i den aktuelle perioden. Dersom det mot formodning skjer vesentlige endringer i tidligere innrapportert datagrunnlag skal dette meldes til Helsedirektoratet. Dette for å oppnå tilstrekkelig oversikt over kompletthet og kvalitet i beregningsgrunnlaget for prognoser og rapportering. Dette vil følges opp i Helsedirektoratets kontrollarbeid.

Helsehjelp som ikke skal inngå i beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen, jf. punkt 3.2, skal rapporteres slik at dette fremgår av rapporterte data knyttet til den aktuelle aktiviteten.

¹ Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften)

Behandlingsepisoder skal ikke splittes opp i flere opphold med den hensikt å øke refusjonsgrunnlaget.

3.6 De regionale helseforetakene og helseforetakenes ansvar for datagrunnlaget

RHF-ene har ansvar for at egne HF og andre virksomheter de har drifts- eller kjøpsavtale med rapporterer aktivitet i tråd med forutsetningene. Dette omfatter blant annet ansvar for at medisinsk koding av aktivitet følger nasjonale kodingsregler og bestemmelsene i dette regelverket, samt for kvalitetskontroll av data og for at rapporteringsfristene overholdes.

Mangler som skyldes feil eller andre forhold hos systemleverandører fritar ikke RHF-et eller rapporterende virksomheter fra ansvaret for korrekt rapportering.

3.7 Helsedirektoratets ansvar for beregning og kontroll

Helsedirektoratet har ansvar for å beregne at ISF-refusjonen er i tråd med bestemmelsene i regelverket. Helsedirektoratet skal sørge for nødvendige kontrollmekanismer for å sikre at utbetalingene gjennom ISF-ordningen gjenspeiler reell aktivitet og er i tråd med Stortingets forutsetninger for øvrig.

3.8 Kontroller av aktivitetsgrunnlaget

NPR kontrollerer innrapporterte aktivitetsdata og rapporterer hvert tertial tilbake til sykehusene for å kvalitetssjekke datagrunnlaget.

Kode- og registreringspraksis ved sykehusene analyseres også i forbindelse med beregning av ISF-oppgjøret.

Helsedirektoratet gjennomfører kontroller for å sikre at ISF-utbetalingene er i tråd med regelverket og etter intensjonene med ordningen.

Avregningsutvalget er et rådgivende utvalg som bistår Helsedirektoratet i spørsmål knyttet til medisinsk kodepraksis og kvalitetskontroll av innrapporterte data i spesialisthelsetjenesten. Alle kan fremme saker til utvalget. Der det er aktuelt med dokumentkontroll av rapporterte data vil RHF-ene varsles i brev om dette.

Eksempler på forhold som følges opp gjennom nærmere analyser:

- Unødig oppstyking av opphold
- Endringer i kodepraksis
- Avvikende kodepraksis
- Overføringer mellom institusjoner

- Nye pasientgrupper og/eller institusjoner som ikke er inkludert i ordningen
- Unødvendig liggetid ved at pasienter overnatter i stedet for å bli skrevet ut samme dag

3.9 Oppgjør

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utbetaler ISF-refusjon til RHF-ene gjennom månedlige à konto-beløp.

Avregning gjennomføres årlig, når data for hele året foreligger og tilstrekkelige kontroller er gjennomført.

3.10 Enhetspris

3.10.1 Fellesregler

Enhetspris for ISF-ordningen fastsettes i statsbudsjettet hvert budsjettår. Enhetsprisen kan justeres i forbindelse med endelig avregning dersom regelverket ikke blir nøytralt implementert eller om omfanget av registreringsendringer avviker fra forutsetningene i statsbudsjettet.

3.10.2 Spesifikke regler for somatikk

Enhetspris for somatikk i 2026 er 56 153 kroner.

3.10.3 Spesifikke regler for psykisk helsevern og TSB

Enhetspris for psykisk helsevern og TSB i 2026 er 3 954 kroner som er ment å dekke om lag 25 prosent av driftskostnadene.

3.11 Beregning av ISF-poeng

ISF-refusjon til RHF beregnes med utgangspunkt i tre hovedformer for aktivitet:

Opphold:	Innleggelser og polikliniske konsultasjoner m.v., gruppert i DRG-systemet (Diagnoserelaterte grupper)
Særtjenester:	Visse andre tjenester som spesialisthelsetjenesten har ansvar for, gruppert i STG-systemet (Særtjenestegrupper). Aktivitet som foregår over en periode, ofte utenfor sykehuset.
Tjenesteforløp:	Kategorisering av behandlingsaktivitet i et forløpsperspektiv (TFG), basert på tidsavgrenset aggregering av utvalgte Opphold og Særtjenester.

Aktivitetsmål knyttet til Opphold beregnes som ISF-poeng på grunnlag av:

- a. Etablering av Opphold basert på rapporterte Episoder eller sammenslåing av disse
- b. DRG-tilordning for det enkelte Opphold
- c. Fastsatte DRGBasisPoeng for DRG-ene ($\text{DRGBasisPoeng} = \text{Kostnadsvekt} \pm \text{eventuelle korreksjonsfaktorer}$)
- d. Poengtillegg eller -fradrag i henhold til særskilte beregningsregler
- e. Spesifikke regler om inklusjon eller eksklusjon av Opphold fra beregningsgrunnlaget
- f. Eventuell nullstilling av ISF-poeng dersom Oppholdet inngår i poenggivende Tjenesteforløp

Aktivitetsmål knyttet til Særtjenester beregnes som ISF-poeng på grunnlag av:

- a. Etablering av Særtjenester basert på informasjon om langvarige spesialisthelsetjenester i rapporterte Episoder eller andre datakilder
- b. STG-tilordning for den enkelte Særtjeneste
- c. Fastsatte STGBasisPoeng for STG-ene ($\text{STGBasisPoeng} = \text{Kostnadsvekt} \pm \text{eventuelle korreksjonsfaktorer}$)
- d. Spesifikke regler om inklusjon eller eksklusjon av Særtjenester fra beregningsgrunnlaget
- e. Eventuell nullstilling av ISF-poeng dersom Særtjenesten inngår i poenggivende Tjenesteforløp

Aktivitetsmål knyttet til Tjenesteforløp beregnes som ISF-poeng på bakgrunn av:

- a. Etablering av Særtjenester basert på informasjon om spesifikt tjenesteinnhold på Oppholds- og Særtjenestenivå
- b. TFG-tilordning for det enkelte tjenesteforløp
- c. Fastsatte TFGBasispoeng for den enkelte TFG

$\sum \text{ISFPoeng}$ er sum av ISF-poeng for alle Opphold, Særtjenester og Tjenesteforløp.

Helsedirektoratet operasjonaliserer beregningene gjennom programvaren Norsk pasientklassifisering (NPK). Helsedirektoratet fastsetter detaljerte beregningsregler gjennom:

- spesifikasjon av beregningsreglene for NPK, fastsatt i dokumentet «NPK Beregningsregler»
- årlig oppdatering av DRG-, STG- og TFG-systemet og relaterte kostnadsberegninger
- konfigurasjonsdatasett for programvaren NPK

3.11.1 Spesifikke regler for ISF Somatikk

$\text{ISF-refusjon} = \sum \text{ISF-poeng} \times \text{Enhetspris} \times \text{ISF-andel}$, der ISF-andel = 30 %

3.11.2 Spesifikke regler for ISF psykisk helsevern og TSB

$\text{ISF-refusjon} = \sum \text{ISF-poeng} \times \text{Enhetspris}$, der ISF-refusjon er ment å dekke om lag 25 prosent av driftskostnadene til pasientbehandlingen.

3.12 Presisering av forholdet til andre regelverk m.v.

Regler i lov eller forskrift har forrang fremfor ISF-regelverket ved motstridende bestemmelser.

Stortingets budsjettvedtak og forutsetningene som ligger til grunn for det har forrang fremfor bestemmelsene i ISF-regelverket.

Helse-og omsorgsdepartementet stiller gjennom oppdragsdokumentene krav og vilkår til de midlene Stortinget bevilger til RHF-ene. Slike krav har forrang fremfor bestemmelsene i ISF-regelverket ved motstridende bestemmelser.

ISF-regelverket har forrang fremfor rapporteringsveiledere for NPR-melding, i tilfelle motstrid.

3.13 Forholdet til nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Behandling og utredning med metoder som etter vurdering i nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten er forutsatt ikke tatt i bruk, skal som hovedregel ikke påvirke beregnet ISF-refusjon på en spesifikk måte. Det betyr at slike metoder ikke gis spesifikk innvirkning på DRG-grupperingsresultater eller poengberegningsregler. Kostnader til slike metoder tas ikke særskilt hensyn til ved beregning av kostnadsvekter m.v.

3.14 Forholdet til forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta

Forskrift om betaling frå pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta regulerer hva pasienten skal betale av egenandeler i spesialisthelsetjenesten. Det er et skille mellom polikliniske tjenester hvor pasienten kan avkreves egenandel og tjenester for pasienten som innlagt, der en ikke kan avkreve egenandel. I ISF-regelverket punkt 5.1 fremkommer reglene knyttet til helsehjelp som finner sted uten overnatting, det vil si skillet mellom innleggelse og poliklinikk.

Det følger også av forskriftens §4 at:

"Ved grupperetta pasientopplæring, poliklinisk rehabilitering og behandlingstiltak i gruppe over fleire dagar kan eigendel etter andre og tredje leden krevjast berre éin gong for heile tiltaket."

Det er relasjon til ISF-reglene knyttet til disse aktivitetene. Jf. aktuelle kapitler.

Fortolkninger til forskriften finnes på Helsedirektoratets nettsider, og spørsmål til dette regelverket rettes til Helfo.

4. FELLESBESTEMMELSER OM KODING, REGISTRERING OG RAPPORTERING

4.1 Rapportering til Norsk pasientregister

Rapportering av aktivitetsdata til Norsk pasientregister (NPR) skal skje i henhold til fastsatte frister. Oppdatert informasjon om dette finnes her: [Rapporteringsfrister - FHI](#)

Dataene skal være rapportert i henhold til den til en hver tid gjeldende versjon av NPR-meldingen, med mindre annet er avtalt med Folkehelseinstituttet (FHI) v/ Norsk pasientregister.

Følgende frister gjelder for rapportering av aktivitetsdata for 2026:

Tertial	Dataperiode	Første dataleveranse	Andre og siste dataleveranse
1	01.01–30.04	05.05.2026	26.05.2026
2	01.01–31.08	02.09.2026	23.09.2026
3	01.01–31.12	05.01.2027	02.02.2027

4.2 Registrering og rapportering av kommunenummer

For hver innleggelse eller polikliniske konsultasjon skal det være registrert et kommunenummer som rapporteres sammen med øvrige opplysninger om aktuell behandlingsepisode. Rapporteringen finner sted gjennom attributtet Folkeregisterkommune (komNrHjem) til NPR-meldingselementet Episode.

Registrering av kommunenummer skal finne sted slik:

- Kommunenummeret for kommunen der pasienten er registrert bosatt ved episodens begynnelse legges til grunn, i tråd med registrerte opplysninger i det sentrale folkeregister.
- Pasienter bosatt på Svalbard med hjemstedskommune i Norge, skal registreres med hjemstedskommune i Norge.
- Pasienter som har hemmelig adresse kan registreres med kommunenummeret til behandlende helseforetak.

- Flyktninger og asylsøkere er ifølge spesialisthelsetjenesteloven å anse som bosatt i riket (jf. rundskriv I-3/2017) og skal registreres med det kommunenummeret hvor de er bosatt i Norge.
- Pasienter med bostedsadresse utenfor Norge registreres med kommunenummer etter nedenstående tabell.
- Nærmere informasjon om dekning av utgifter ved helsehjelp i helseinstitusjoner under den offentlige spesialisthelsetjenesten blant annet for personer som ikke er bosatt i Norge er gitt i rundskriv I-3/2017

Kommunenummer	Pasientgruppe
9000	Pasienter uten bosted i Norge, fra land uten konvensjonsavtale
9900	Pasienter uten bosted i Norge, fra land med konvensjonsavtale (gjelder blant annet EU og EØS-land)
9999	Ukjent kommunenummer

4.3 Utførende helsepersonell

Opplysninger om utførende helsepersonell for polikliniske kontakter (Episoder som rapporteres som Kontakt i NPR-meldingen), skal registreres og rapporteres i tråd med gjeldende rapporteringsregler til Norsk pasientregister.

Følgende legges til grunn vedrørende hvilke personer som skal rapporteres i relasjon til en gitt konsultasjon:

- Rapporteringen avgrenses vanligvis til den personen som ansees å ha vært viktigst i den direkte interaksjonen med pasienten. Flere enn én kan angis når flere personer ansees å ha vært like delaktige, eller når det er ønskelig for å få frem bredden i hvem som har deltatt aktivt. Dette kan for eksempel være aktuelt ved tverrfaglige behandlingsopplegg. Det kan også være hensiktsmessig når annet personell enn den som ansees viktigst har utført prosedyrer som rapporteres
- Det er kun personell fra helsetjenesten som i løpet av den aktuelle konsultasjonen har kommunisert, hatt fysisk kontakt, eller har hatt annen direkte interaksjon med pasienten, som kan rapporteres. Kommunikasjon eller annen gjennomføring av helsehjelp i sanntid ved bruk av telemedisinske metoder, kan regnes som en direkte interaksjon mellom pasient og personell
- Personell som ikke har deltatt direkte i helsehjelpen i det aktuelle tidsrommet gjennom kommunikasjon, fysisk kontakt eller annen interaksjon med pasienten, rapporteres ikke.
- Personell som har et systemmessig eller faglig oppfølgingsansvar for helsehjelpen som ytes, eller som har et forberedelses- eller oppfølgingsansvar i relasjon til kontakten, rapporteres kun i den grad de også har hatt direkte interaksjon med pasienten i tidsrommet for den aktuelle konsultasjonen
- Personer med merkanthet eller enkle pleiemessige støttefunksjoner, rapporteres ikke

4.4 Rapportering av hvorvidt aktiviteten til en enhet kan inngå i beregningsgrunnlaget

Det må være spesifisert hvilken enhet som har utført helsehjelpen, og om aktivitet ved denne enheten er godkjent for ISF-refusjon eller ikke.

Dette gjøres i NPR-meldingen gjennom referanse av type Avdeling fra hver enkelt Episode til en Enhet.

For hver Enhet som refereres som Avdeling, skal det være angitt om enhetens aktivitet er forutsatt å være del av beregningsgrunnlaget for ISF-ordningen eller ikke. Dette gjøres gjennom attributtet «ISF refusjon» (isfRefusjon).

4.5 Koding av informasjon om episodens finansieringsmåte

For hver episode skal det være kodet informasjon om de finansierings- og avtalemessige forutsetningene for gjennomføringen av helsehjelpen. Rapportering finner sted gjennom attributtet *Debitor* i NPR-meldingen.

4.6 Spesialisterklæringer initiert av andre instanser

Der hvor andre instanser/parter har bedt om en spesialisterklæring og betaler for dette, for eksempel i forbindelse med en yrkesskade e.l., skal dette ikke inngå i beregningsgrunnlaget for ISF. Dette gjelder både for de forhold hvor det kun skrives en erklæring basert på en dokumentasjonsgjennomgang og der det gjøres en personlig undersøkelse, kartlegging/utredning og utferdigelse av en erklæring.

Episoder som gjelder spesialisterklæringer, skal rapporteres med debitorcode 99 (Annet).

4.7 Rapportering av opplysning om når en innlagt pasient er utskrivningsklar

Rapporteringskrav til NPR vedrørende utskrivningsklare pasienter følger av forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, § 13, tredje ledd. Det følger av denne bestemmelsen at det skal rapporteres på hvilken dato følgende vilkår er oppfylt:

- pasienten er definert utskrivningsklar (§ 9);
og
- kommunen har tidligere blitt varslet om et mulig behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning (§ 8);
og
- sykehuset har varslet kommunen straks etter at pasienten ble definert som utskrivningsklar (§ 10);

og

- kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten, eller kommunen har ikke svart sykehuset straks på varselet etter § 10.

Utfyllende rapporteringsbestemmelser følger av spesifikasjonen av NPR-meldingen.

For virksomheter som ikke kan rapportere mer enn én utskrivningsklardato per avdelingsopphold, gjelder følgende:

- Dersom vilkårene for rapportering av en pasient som utskrivningsklar er oppfylt på to eller flere ulike datoer innen samme avdelingsopphold, skal den første av de aktuelle datoene innen avdelingsoppholdet legges til grunn for rapporteringen

ISF-refusjonen beregnes med liggetid fram til dato hvor pasienten er meldt utskrivningsklar.

4.8 Overføring mellom psykiatrisk og somatisk avdeling – bruk av TilSted

Når pasienter overføres fra somatisk til psykiatrisk avdeling, skal pasientene registreres med kodeverdi 8 «Annen enhet (ikke somatikk) ved egen helseinstitusjon» i NPR-meldingselementet TilSted.

Ved overføring fra psykiatrisk enhet til somatisk avdeling skal kodeverdi 7 «Annen (somatisk) enhet ved egen helseinstitusjon» brukes.

For regler om permisjon vises det til punkt 4.13 Permisjon under innleggelse.

4.9 Fristbruddpasienter

4.9.1 Pasienter som behandles ved norske institusjoner etter fristbrudd

All registrering som vedrører behandling av pasienten skjer ved behandlende institusjon. Det er vesentlig at også henvisende institusjon identifiseres i rapporteringen gjennom NPR-meldingen.

- Debitor skal registreres med kode 70 «HELFO formidlet opphold ved fristbrudd»
- Henvist fra institusjon = organisasjonsnummer for sykehuset som pasienten er henvist fra

4.9.2 Pasienter som gis helsehjelp ved utenlandske institusjoner etter fristbrudd

All registrering skjer ved henvisende institusjon, eller det HF som RHF har satt til å administrere utenlandsbehandlinger.

- At pasienten behandles i utlandet synliggjøres ved at TilSted registreres med kode 5 «Utlandet»

- Debitor skal registreres med kode 70 «HELFO formidlet opphold vedfristbrudd»
- Henvist fra institusjon = Organisasjonsnummer for sykehuset som pasienten er henvist fra

4.10 Pasienter behandlet i utlandet etter direkte henvisning fra de regionale helseforetak

ISF-ordningen omfatter også pasienter som henvises fra RHF-ene til behandling i utlandet. Ansvar for pasienter som omfattes av pasientrettighetsloven, og dermed rett til behandling i utlandet er lagt til RHF-ene. Alle pasienter som behandles etter henvisning fra RHF skal registreres som beskrevet nedenfor for at ISF-refusjon skal kunne utbetales.

- Opplysninger om behandlingen i utlandet skal registreres i datasystemet til sykehuset som henviser pasienten til utlandet
- Oppholdet merkes med verdien TilSted 5 «Utlandet»
- Opplysninger som kreves for DRG-gruppering er som for andre pasienter
- For prosedyrer som ikke utføres i Norge er det ikke nødvendigvis prosedyrekoder og i disse tilfeller kodes kun pasientens diagnoser

RHF-et som den henviste pasienten hører til, må sørge for at opplysninger fra det behandlende sykehus i utlandet registreres med nødvendige opplysninger og rapporteres til NPR sammen med ordinær rapportering av pasientdata til NPR.

4.11 Pasienter som er døde før ankomst til sykehuset

Personer som konstateres avdøde innen ankomst til mottakelse ved sykehuset, skal ikke rapporteres til NPR. Det samme gjelder for barn som er dødfødt.

Dersom en person forsøkes gjenopplivet, og gjenopplivningsforsøket ikke avsluttes før ankomsten i mottakelsen, og personen der konstateres avdød, regnes personen som ankommet sykehuset i live.

Dersom opphold der pasienten er død ved ankomst til sykehuset allikevel rapporteres til Norsk pasientregister skal pasienten kodes med inntilstand 2 «Død ved ankomst». Dette gjelder også dødfødte barn.

4.12 Ambulante konsultasjoner

Med ambulante konsultasjoner menes polikliniske kontakter som gjennomføres av spesialisthelsetjenesten, utenfor rammen av ordinære fysiske lokaler i spesialisthelsetjenesten, og med bruk av virksomhetens eget personell. Den ambulante konsultasjonen må være rettet mot pasienten, foresatte eller andre nærstående personer som naturlig inngår i utredning og behandling av pasienten.

Aktiviteten skal rapporteres på samme måte som kontakter gjennomført i virksomhetens ordinære lokaler, med korrekt beskrivende rapportering av attributtet Sted for aktivitet innen NPR-meldingselementet Kontakt.

Poengtillegg for ambulante konsultasjoner gis for kontakter rapportert med Sted for aktivitet =4 "Hjemme hos pasienten" eller =5 "Ambulant sted utenfor spesialisthelsetjenesten". Unntak gjelder for enkelte DRG-er (framkommer av DRG-listen). Poengtillegget og unntak er spesifisert i punkt 7.17 og 8.1.

Aktivitet som skjer i satelittavdelinger regnes i denne sammenheng ikke som en ambulant tjeneste. Dette likestilles med aktivitet i en ordinær avdeling og skal rapporteres med Sted for aktivitet =2 "Hos ekstern instans innenfor spesialisthelsetjenesten".

4.13 Permisjon under innleggelse

I tilfeller der helsehjelpen foregår over to eller flere dager, uten at pasienten overnatter i sykehusavdeling, skal behandlingsaktiviteten ikke rapporteres som ett sammenhengende avdelingsopphold med permisjon. Slike tilfeller skal i stedet registreres og rapporteres dag for dag.

Korte opphold der permisjonstid er lik eller lengre enn liggetid vil bli avkortet i ISF.

4.14 Hovedregler vedrørende medisinsk koding

Medisinsk koding av aktivitet som inngår i grunnlaget for beregning av ISF skal finne sted i tråd med *"Regler og veiledning for koding"* fra Helsedirektoratet. Dette regelverket oppdateres årlig.

Spesielle kodingsregler gjelder på enkelte områder der dette har særskilt betydning for identifisering av spesifikt tjenesteinnhold og beregning av ISF. Slike regler fremgår både av ISF-regelverket og av den nasjonale kodeveiledningen, men slik at bestemmelsene i ISF-regelverket har forrang i tilfelle av motstrid.

4.15 Dokumentasjonskrav knyttet til medisinsk koding

Det skal være samsvar mellom journaldokumentasjonen og de medisinske opplysninger som er kodet. Tilstander som kodes som grunnlag for rapportering skal ha hatt reell betydning i forbindelse med aktuell innleggelse eller polikliniske konsultasjon. Innholdet i pasientens journal legges til grunn ved vurdering/dokumentkontroll av hva som har hatt reell betydning og ikke.

4.16 **Multippel koding**

Multippel koding er en kombinasjon av to eller flere koder for å beskrive én tilstand eller én prosedyrekode mer presist. Hovedregelen er at det er sverd-/stjernekode som skal rapporteres med multippel koding ved tilstander. Stjernekode rapporteres i NPR-meldingen inn som kode nr 2, mens sverdkoden (eller en annen kode som oppfører seg som sverdkode sammen med den aktuelle stjernekode) rapporteres som kode nr 1.

For prosedyrer knyttet til bruk av medisinsk stråling, er det krav om multippel koding, jf. Kodeveiledningen.

4.17 **Koding av bilaterale inngrep**

Koden ZXA10 Bilateral skal *kun* brukes for å markere bilaterale operative inngrep eller radiologiske intervensjoner. For bilaterale bildeundersøkelser brukes ZTX0XC Bilateral bildediagnostisk undersøkelse.

4.18 **Spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel**

Innsatte i fengsel har den samme retten til offentlige helsetjenester som andre innbyggere.

Det er kommunen der fengselet ligger som har ansvaret for å tilby helse- og omsorgstjenester, mens sykehusene har ansvaret for å tilby spesialisthelsetjenester. Kriminalomsorgen har ansvaret for å legge til rette for at innsatte kan motta nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Polikliniske kontakter med innsatte i fengsel kan oppfylle kravene til poengtillegg for ambulante konsultasjoner. Det må da dreie seg om ambulante konsultasjoner der spesialisthelsetjenesten drar ut, begrunnet i pasientens behov, som for eksempel i tilfeller der pasienten ikke kan forlate fengselet. I tilfeller der konsultasjonen utføres ved en satelittavdeling i fengsel (med spesialisthelsetjenestens ansatte) skal dette rapporteres med Sted for aktivitet = 2 "Hos ekstern instans innenfor spesialisthelsetjenesten". Dette anses ikke som ambulant virksomhet. Se punkt 4.12 Ambulante konsultasjoner for øvrige vilkår.

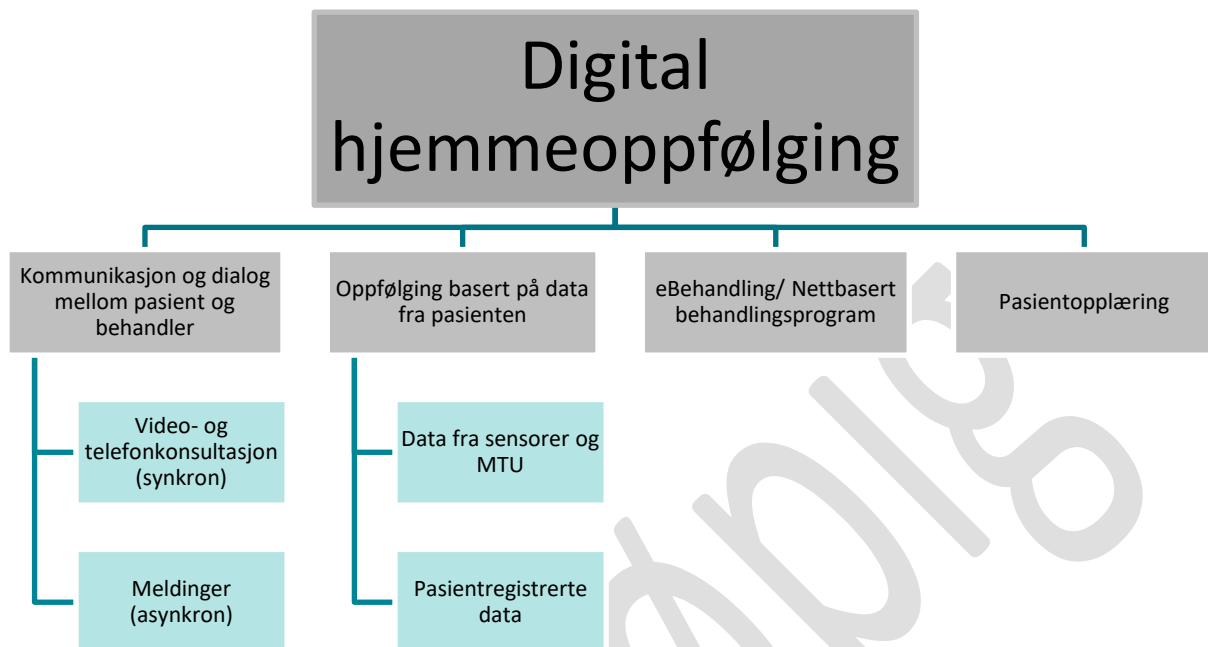
4.19 **Digital hjemmeoppfølging, telefon- og videokonsultasjoner**

Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/ bruker og behandler(e) skjer digitalt.

Skjematisk kan de ulike variantene av digital hjemmeoppfølging framstilles som i figuren under². Koding, registrering og rapportering knyttet til digital hjemmeoppfølging beskrives videre i

² Både definisjonen av digital hjemmeoppfølging og den skjematiske framstillingen er hentet fra "Sluttrapport. Digital hjemmeoppfølging – definisjon, måltall og tilrettelegging" utarbeidet av de regionale helseforetakene som svar på oppdrag fra HOD i 2021.

inndeling i henhold til figuren. Pasientopplæring beskrives i punkt 4.22, da denne kan være både ved fysisk oppmøte og delvis digitalt.



Kommunikasjon og dialog mellom pasient og behandler

4.19.1 Telefonkonsultasjoner

Telefonkonsultasjoner inngår i beregningsgrunnlaget for ISF når de kommer til erstatning for en konsultasjon som ellers ville blitt gjennomført enten i spesialisthelsetjenestens lokaler, ambulant i fysisk møte mellom behandler og pasient eller som videokonsultasjon. Konsultasjonen innebærer reell helsehjelp og bærer preg av en ordinær konsultasjon, herunder:

- Kontakt mellom behandler og pasient
- Kontakten innebærer undersøkelse av/innhenting av opplysninger fra pasient med hensikt å vurdere helsetilstand eller behandling, eller veiledning om videre oppfølging og behandling
- Kontakten resulterer i en vurdering av videre behandling som bidrar til fremgang i pasientforløpet
- Kontakten dokumenteres i pasientjournal

Det kreves også at:

- Aktiviteten må være spesialisthelsetjenester
- Det er medisinsk forsvarlig å gjennomføre konsultasjon over telefon
- Telefonkonsultasjoner gjennomføres basert på faglig begrunnede normer for konsultasjoner gjennomført over telefon som ivaretar hensyn til pasientens personvern og faglige krav til medisinsk forsvarlighet

- Avkrevd egenandelstakst rapporteres til NPR
- Kontakten må tilfredsstillere kravene til en konsultasjon, og pasienten må være informert om at kontakten er en konsultasjon, og at det kan kreves egenandel. Kontakten skal som hovedregel være planlagt i forkant, og pasienten må ha mulighet til å velge en annen konsultasjonsform. For ikke-planlagte konsultasjoner er det ekstra viktig å gjøre en god vurdering av når kontakten er å anse som en konsultasjon
- Det er anledning til å unnlate å kreve egenandel fra pasienten og fortsatt rapportere kontaktttype = 7 såfremt vilkårene i ISF-regelverket ellers er oppfylt.

Telefonkonsultasjoner som oppfyller kravene over rapporteres slik:

- Kontaktttype kodes med kodeverdi 7 "Telefonkonsultasjon" fra kodeverket for kontaktttype (OID=8432)
- Sted for aktivitet kodes med kodeverdi 3 "Telemedisinsk behandling (der behandler er)"

Telefonkontakter skal ikke rapporteres som konsultasjoner i følgende tilfeller:

- Ved telefonhenvendelser om innhenting av saksopplysninger, fastsetting av timeavtaler eller andre administrative formål
- Ved enkel beskjed om prøvesvar uten samtidig rådgivning
- Ved kontakt med andre enn pasienten, pårørende eller verge
- Ved enkle henvendelser for oppfølging etter tidligere behandling. For eksempel ved henvendelse over telefon i forkant og etterkant av operasjon hvor behandler stiller enkle spørsmål for å vurdere om det er behov for videre kontroll på sykehuset. Denne aktiviteten forutsettes å inngå i DRG-en for det opprinnelige oppholdet

Telefonkontakter som ikke oppfyller kravene til telefonkonsultasjoner skal ikke rapporteres til Norsk Pasientregister. Dette gjelder også andre aktiviteter av administrativ art. I tilfeller man ønsker å registrere slik aktivitet må dette eventuelt gis egen lokal kode, og holdes utenfor rapporteringen til NPR.

4.19.2 Videokonsultasjoner

For ISF-beregningsformål foreligger en videokonsultasjon når følgende vilkår er oppfylt:

- a) Det er benyttet videoutstyr slik at det er mulig for pasient og helsepersonell i spesialisthelsetjenesten å se hverandre gjennom videooverføring
- b) Kommunikasjonen finner sted i sanntid (direkte forbindelse)
- c) Videokonferansen gjør det mulig å kommunisere med helsepersonell på annet fysisk sted enn der pasienten befinner seg
- d) Hovedformålet er gjennomføring av konsultasjon, undersøkelse eller behandling for å kompensere for fysisk avstand.

Det forutsettes at det videokonferanseutstyret som benyttes tilfredsstiller kravene til sikkerhetsnivå, jf. Norm for informasjonssikkerhet.

Videokonsultasjoner rapporteres slik:

- Kontakten rapporteres som en direkte kontakt med kodeverdi 6 – "Videokonsultasjon" fra kodeverket for kontaktttype (OID=8432)
- Kontakten fra den virksomhet der helsepersonell i spesialisthelsetjenesten gjennomfører videokonsultasjon med pasienten (der pasienten ikke er) skal rapporteres med attributtet Sted for aktivitet innen NPR-meldingselementet Kontakt med kodeverdi 3 «Telemedisinsk behandling (der behandler er)».
- Medisinsk koding og øvrig aktivitetsregistrering i tilknytning til kontakten skal forøvrig gjøres på samme måte som ved en ordinær poliklinisk kontakt. Dette inkluderer medisinsk koding av mindre prosedyrer som utføres av personell i fysisk kontakt med pasienten, men som forutsetter behandleres telemedisinske medvirkning
- Rapportering av aktiviteten fra det stedet pasienten befinner seg skal finne sted fra den virksomhet i spesialisthelsetjenesten som har pasienten hos seg. Dersom pasienten befinner seg hjemme, hos fastlege eller annen kommunal instans, eller på annet sted utenfor spesialisthelsetjenesten, rapporteres dette ikke til NPR som egen kontakt i tillegg. Kontakter i spesialisthelsetjenesten med pasienten til stede, og med samtidig videokonsultasjon med annen del av spesialisthelsetjenesten, rapporteres med Sted for aktivitet = 6 «Telemedisinsk behandling (der pasienten er)»

Telefonkonsultasjoner (lyd i sanntid, men uten video) regnes ikke som videokonsultasjoner. Her gjelder egne regler, se omtale over i punkt 4.19.1. Det finnes også ulike andre registreringsmåter for telemedisinsk oppfølging som ikke er videokonsultasjoner. For registreringsregler her, vises det til andre punkt i 4.19. Enkle administrative samtaler selv om de er på video rapporteres ikke til Norsk pasientregister.

4.19.3 Meldinger og annen asynkron oppfølging

Elektroniske meldinger forekommer i stor grad i sykehus. Det er de færreste som er av en slik karakter at de skal registreres i de pasientadministrative systemene med prosedyrekoder slik at de får ISF-refusjon. For eksempel brukes meldinger i forbindelse med vurdering av pasienter i tilknytning til henvisning fra for eksempel fastlege. Dette skal ikke registreres som en konsultasjon der melding benyttes, selv om det innhentes informasjon fra pasienten. Elektronisk kommunikasjon som e-konsultasjoner eller meldinger skal ikke registreres dersom de gjelder

- innhenting av saksopplysninger, fastsetting av timeavtaler eller andre administrative formål
- ved enkel beskjed om prøvesvar uten samtidig rådgivning
- ved kontakt med andre enn pasienten, pårørende eller verge
- ved enkle henvendelser for oppfølging i forkant av eller etter tidligere behandling. For eksempel ved henvendelse i forkant og etterkant av operasjon eller undersøkelse, eller konsultasjon hvor pasient eller behandler stiller enkle spørsmål for å vurdere om det er behov for videre oppfølging på sykehuset. Denne aktiviteten forutsettes å inngå i DRGen for det opprinnelige oppholdet.

SMS-kontakt med pasienten skal ikke rapporteres og finansieres ikke som egne aktiviteter i ISF.

Elektroniske meldinger/konsultasjoner mellom pasient og behandler kan imidlertid inngå i ISF gjennom STG dersom det dreier seg om elektronisk dialog med et klart konsultativt innhold over

tid, og det ellers ville vært naturlig med fysisk konsultasjon. Dialogen med pasienten skal innebære kommunikasjon med pasient med hensikt å følge opp eller vurdere helsetilstand eller behandling, eventuelt gi veiledning om videre oppfølging og behandling. Opplysningene skal være slik at de dokumentes i pasientjournalen og i karakter være slik at den erstatter fysiske frammøter. Dialogen skal kunne sammenlignes med den kontakt man ellers ville hatt gjennom fysisk konsultasjon eventuelt video- eller telefonkonsultasjon. Dialogen skal være del av oppfølging av pasienten og skal som hovedregel være planlagt innenfor et oppfølgingsregime, og skal ikke være mer tilfeldige kontakter mellom pasient og behandler. Oppfølgingen skal fremkomme i journal.

For asynkron telemedisinsk dialog som tilfredsstillende kravene ovenfor benyttes prosedyrekode WMGA42 Annen asynkron telemedisinsk oppfølging og aktiviteten inngår i STG. Vær oppmerksom på at skriftlig kommunikasjon med pasienten skal tilfredsstillende krav til personvern og sikkerhet på den plattform som benyttes.

Elektroniske meldinger vil kunne være en del av et oppfølgingsregime for pasienter som også har annen type elektronisk oppfølging, og vil kunne dekkes av kapitlene om oppfølging av pasienten via skjema, via medisinsk utstyr eller nettbaserte behandlingsprogram.

En annen type meldinger kan være dialogmeldinger mellom sykehuset og andre aktører som det er aktuelle å samarbeide med pasienten om, for eksempel kommunehelsetjenesten, NAV, barnehage/ skole etc. Samarbeidsaktiviteter er beskrevet i punkt 4.20, der det også framkommer krav til innhold i aktiviteten. Kravene gjelder også i den grad det er hensiktsmessig å gjøre deler av samarbeidet gjennom elektronisk dialog. Kode WMGA42 Annen asynkron telemedisinsk oppfølging skal ikke benyttes i disse tilfellene, da denne koden gjelder kontakt med konsultativt innhold mellom pasient og behandler.

Oppfølging basert på data fra pasienten

4.19.4 Pasientregistrerte data

Digital hjemmeoppfølging av pasienter der det benyttes systemer for selvrapporing av sykdomsaktivitet skal registreres og rapporteres til NPR. Skjemabasert oppfølging av pasienter, enten det foregår over tid for eksempel for kronikere, eller som enkeltstående kontakter (kan for eksempel erstatte etterkontroll i sykehus) inngår i særtjenestegrupper og gir ISF-refusjon.

Innhenting av informasjon om pasientens tilstand kan benyttes til å vurdere om og når konsultasjoner eller innleggelser er nødvendig eventuelt om man trenger å gjøre endringer i oppfølgingen ved for eksempel endret medikasjon. Oppfølging gjennom eventuelle polikliniske konsultasjoner (fysiske frammøter, video- eller telefonkonsultasjoner) avtales på bakgrunn av pasientens selvrapporing.

Dialogen med pasienten skal innebære innrapportering av opplysninger fra pasient med hensikt å følge opp eller vurdere helsetilstand eller behandling, eventuelt gi veiledning om videre oppfølging og behandling og opplysningene skal være av en slik art at de dokumenteres i pasientjournalen.

Aktiviteten skal gjelde helsehjelp og oppfølging av enkeltpasienter, og må ikke forveksles med utsendelser av skjema knyttet til pasienttilfredshet ved ulike typer behandlinger. Skjema knyttet til kartlegging av pasienter for vurdering til screening inngår ikke. Kode WMGA28 Digital, skjemabasert pasientoppfølging og monitorering basert på pasientrapporterte utfallsmål (PRO) skal ikke benyttes for dette.

Utfylling av skjema som del av eller i tilknytning til en ordinær poliklinisk konsultasjon der skjemaet benyttes inn i konsultasjonen inngår ikke i STG som egen aktivitet og prosedyrekode og WMGA28 Digital, skjemabasert pasientoppfølging og monitorering basert på pasientrapporterte utfallsmål (PRO) skal ikke benyttes.

Refusjon gis tertialvis for denne type oppfølging. Registrering og rapportering må derfor skje minst én gang per tertial. Aktiviteten skal kun registreres i det tertialet det foregår oppfølgingsaktivitet. Dersom pasienten sender inn skjema for kun to av tre tertialer registreres aktiviteten kun i disse to. Dette gjelder også ved oppfølging av pasienter med kronisk sykdom og som er i et mer kontinuerlig oppfølgingsregime.

Prosedyrekode er generelt innrettet selv om aktiviteten kan gruppere til ulike STG-er.

Hovedtilstand	Aktuell ICD-10 kode for indikasjon etter vanlige kodingsregler
Prosedyrekode	WMGA28 Digital, skjemabasert pasientoppfølging og monitorering basert på pasientrapporterte utfallsmål (PRO). Rapportering skal skje når pasienten har besvart skjemaet
Kontakttype	Kode 5 indirekte pasientkontakt
Sted for aktivitet	Aktuell kode for hvor aktiviteten skjer, oftest hjemme hos pasienten kode 4
Type indirekte aktivitet	Kode 40 digital hjemmeoppfølging

4.19.5 Data fra sensorer eller medisinsk teknisk utstyr

Aktivitet knyttet til digital hjemmeoppfølging av pasienter via medisinsk utstyr vil gruppere til særtjenestegruppe (STG) og inngå i ISF. Aktiviteten er ofte automatisk avlesing og innsending av måleparametre fra medisinsk teknisk utstyr. Se beskrivelse nedenfor for eksempel på områder som kan dekkes av dette, og for aktuelle prosedyrekoder.

Det er den kontinuerlige aktiviteten knyttet til fjernmonitorering og oppfølging av pasienter med for eksempel implantert pacemaker eller ICD, oppfølging av pasienter som bruker CPAP hjemme eller annen type aktivitet der data fra pasientens sensorer eller medisinsk tekniske utstyr som dekkes av denne bestemmelsen.

Aktiviteten inngår i gruppering til særtjenestegruppe (STG). En slik fjernmonitorering vil inkludere telefonisk, elektronisk eller skriftlig kommunikasjon med pasienten, og vil dekke all aktivitet knyttet til en slik oppfølging.

Prosedyrekode som kan benyttes for fjernmonitorering eller asynkron telemedisinsk oppfølging når kriterier for inklusjon i ISF er til stede:

Hovedtilstand	Aktuell ICD-10 kode for indikasjon etter vanlige kodingsregler
Prosedyrekode, flere ulike kan være aktuelle	FPFE44 Digital hjemmeoppfølging av fjernrapporterte data fra pacemaker og ICD GDFC34 Digital hjemmeoppfølging av fjernrapporterte data for spirometri GXAV40 Digital hjemmeoppfølging av fjernrapporterte data fra CPAP eller BIPAP/NIV WMFX00 Digital hjemmeoppfølging av fjernrapporterte data fra annet medisinsk teknisk utstyr
Kontakttype	Kode 5 indirekte aktivitet
Sted for aktivitet	Aktuell kode for hvor aktiviteten skjer, oftest hjemme hos pasienten kode 4
Type indirekte aktivitet	Kode 40 Digital hjemmeoppfølging

Registrering og rapportering må skje minst én gang per tertial. Dette gjelder selv om pasienten ikke nødvendigvis er i direkte kontakt med helsepersonell på sykehuset i perioden. Kriteriet i disse tilfellene er at pasienten er under kontinuerlig oppfølging/ overvåkning via sensorer eller gjennom avlesning fra medisinsk utstyr.

Aktivitet av mer teknisk karakter; som utlevering, justering, oppfølging og innlevering av selve utstyret, regnes ikke som helsehjelp og gir derfor ikke ISF-poeng.

Ved rapportering av langtidsregistreringer, som eksempelvis blodtrykksmåling, holter-EKG mm. skal prosedyrekoden føres på den konsultasjonen hvor pasienten møter for påmontering, veiledning og eventuelt innhenting av ytterligere informasjon. Når pasienten senere leverer inn utstyret uten ytterligere helsehjelp, skal dette ikke registreres.

Tolkning uten oppfølgende legekonsultasjon registreres ikke, selve tolkningen inngår i prosedyrekoden for utført aktivitet. I de tilfellene hvor det er behov for å kalle inn pasienten til en konsultasjon, skal dette registreres som en vanlig konsultasjon med aktuelle tilstand og prosedyrekoder.

4.19.5.1 Videoobservasjoner av barn og andre hjemme som del av utredning

Videoobservasjoner av barns spontanbevegelser i lek for å vurdere utviklingsproblemer eller medfødte sykdommer som for eksempel CP er eksempel på annen type aktivitet kan også inngå i STG-er som dekker data fra sensorer eller medisinsk teknisk utstyr.

Videoopptak av barn hjemme kodes med OADC00 Observasjon av pasientens funksjonsevne i sitt nærmiljø (hjem, barnehage, skole) og/eller miljøfaktorer + ZWUU30 Bruk av videoopptak og gransking av opptak. Dersom videoopptaket gjøres av foreldre og det sendes inn til sykehuset for

vurdering, skal aktiviteten rapporteres som en indirekte aktivitet og WMGA42 Annen asynkron telemedisinsk oppfølging legges til.

For psykisk helsevern finnes egen DRG for å dekke lignende aktivitet; DRG TD72B Observasjonstiltak i skole og barnehage mv. – barn og unge.

4.19.6 Nettbasert behandlingsprogram (eBehandling)

Prosedyrekode IEAB20 Gjennomført nettbasert behandlingsprogram skal registreres når en pasient har gjennomført et helhetlig nettbasert behandlingsprogram. Det registreres én kode for hvert gjennomførte behandlingsprogram.

Det legges til grunn at behandling for samme sykdom eller problemstilling er del av samme behandlingsprogram, selv om dette strekker seg over lengre tid.

Forutsetninger knyttet til det nettbaserte behandlingsprogrammet for at koden kan registreres:

- Det nettbaserte behandlingsprogrammet er en integrert del av et poliklinisk utrednings- eller behandlingsforløp
- Det nettbaserte behandlingsprogrammet kommer til erstatning for noen av de polikliniske konsultasjonene som ellers ville funnet sted i behandlingen av pasienten
- Det er minst én utredningssamtale på poliklinikken før pasienten skal i gang med den nettbaserte behandlingen og det er avslutningssamtale etter gjennomføring av programmet.

Følgende regler gjelder for registreringen:

Hovedtilstand	Aktuell ICD-10 kode for indikasjon
Prosedyrekode	IEAB20 Gjennomført nettbasert behandlingsprogram
Kontakttype	Kode 5 indirekte pasientkontakt
Sted for aktivitet	Aktuell kode for hvor aktiviteten skjer, oftest hjemme hos pasienten kode 4
Type indirekte aktivitet	Kode 40 digital hjemmeoppfølging

Kursvirksomhet som ikke er helsehjelp er ikke omfattet av ISF enten den skjer på sykehus eller digitalt. Det forutsettes dekket av basisbevilgningen. Dette gjelder både for somatikk og psykisk helsevern.

4.20 Samarbeidsaktiviteter med samarbeidsparter utenfor spesialisthelsetjenesten

Med samarbeidsaktivitet menes alle planlagte aktiviteter med en samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten, hvor formålet med aktiviteten er oppfølging av én bestemt pasient. Samarbeidspartene må være offentlige virksomheter eller virksomheter som utfører oppgaver på vegne av det offentlige. Aktiviteten må skille seg fra kontakter av administrativ art. Med kontakter av administrativ art menes for eksempel (som her er unntatt):

- Oversendelse av journal, epikrise eller annen skriftlig dokumentasjon som allerede foreligger i spesialisthelsetjenestens systemer
- Kontakt for å avtale møter mellom behandlere, eller timer for pasient
- Kontakt som ikke handler direkte om pasientens tilstand eller behandling
- Ordinær meldingsutveksling mellom tjenestene
- Melding om utskrivningsklar pasient
- Møter om generelle samarbeidsavtaler mellom kommuner og HF
- Forespørsler til vakthavende lege i spesialisthelsetjenesten fra eksempelvis legevakt eller fastlege

Som hovedregel skal samarbeidsaktiviteter registreres som en indirekte kontakt med kode 26 Samarbeidsaktiviteter (om pasient), og med aktuelle prosedyrekoder (se nedenfor). Dette gjelder for både somatikk og innen psykisk helsevern og TSB. For innlagte pasienter i somatikken kan prosedyrekodene for samarbeidsaktivitet rapporteres som en del av innleggelsen.

Polikliniske konsultasjoner skal kun registreres sammen med samarbeidsaktiviteter hvis pasienten mottar en konsultasjon (i dette tilfellet betyr det terapi eller direkte behandling) samtidig som samarbeidsaktiviteten gjennomføres. Konsultasjonen registreres på vanlig måte og prosedyrekoden for samarbeidsaktivitet kan legges på kontakten.

Alternativt kan aktivitetene registreres hver for seg der dette skjer som to separate aktiviteter (det vi si som en direkte og en indirekte kontakt).

For samarbeidsaktiviteter med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten gjelder følgende prosedyrekoder og rapporteringsregler i tilfeller hvor kontakten strekker seg utover administrativ art:

WPBA11 Oppfølgings- og samarbeidsaktivitet med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, uten pasient, foreldre eller pårørende til stede
WPBA16 Oppfølgings- og samarbeidsaktivitet med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, med pasient, foreldre eller pårørende til stede
WRBA24 Rådgivning og samarbeid mellom palliativt senter og kommunal helse- og omsorgstjeneste
WMFG10 Kartlegging av pasientens behov for oppfølging ut over tjenester i spesialisthelsetjenesten (bistandsvurdering)

4.21 Gruppebehandling

Gruppebehandling gjelder behandling av tilstander som er hensiktsmessig å gjøre i gruppe, selv om fokuset er individrettet. En gruppe må ha minst to deltakere og behandlingsopplegget kan gjennomføres digitalt dersom dette er hensiktsmessig.

Følgende krav forutsettes oppfylt:

- Deltakerne i gruppebehandling skal være henvist til spesialisthelsetjenesten
- Det medisinske faglige innholdet i tilbudet er utviklet og tilrettelagt av behandler og/eller i tverrfaglig team
- Gruppebehandlingen gjennomføres i regi av et helseforetak

Gruppebehandling kodes etter gjeldende regler for registrering av hovedtilstand og prosedyrekoder.

Innen somatikken registreres i tillegg prosedyrekode ZWWA30 Prosedyre rettet mot en gruppe pasienter.

Innen psykisk helsevern og TSB skal gruppebehandling rapporteres etter innholdet i gruppebehandlingen og følgende prosedyrekoder kan rapporteres:

- IBBA20 Psykoterapi, gruppebehandling
- IBBB20 Psykoedukativ behandling, gruppebehandling
- IBBD20 Annen kunnskapsbasert terapiform, gruppebehandling
- IBBE20 Musikkterapi, gruppebehandling

Det vil da ikke være nødvendig å registrere den generelle prosedyrekoden ZWWA30 Prosedyre rettet mot en gruppe pasienter.

Egenandel reguleres gjennom Pasientbetalingsforskriften, jf punkt 3.14.

4.22 Pasientopplæring og tiltak i gruppe

Pasientopplæringsprogrammer og andre tiltak i gruppe for pasienter og pårørende kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom følgende krav er oppfylt:

- Deltakerne til programmet er henvist til spesialisthelsetjenesten. Henvisningen kan være direkte til programmet eller til sykehuset i forbindelse med behandling
- Programmet inneholder informasjon om sykdommen, behandlingsformer, egenbehandling og mestring, rettigheter og plan for videre oppfølging
- Programmet gjennomføres i regi av et HF, hvor det medisinskfaglige innholdet er ivaretatt av kvalifisert helsepersonell
- Programmet består av flere undervisningstimer og en undervisningstime har en varighet på 45 min
- Behandlingsopplegget kan gjøres delvis digitalt dersom dette er hensiktsmessig

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. I tillegg gjelder følgende regler:

- «Kontakttype» i NPR-meldingselementet «Kontakt» skal angis med kodeverdi 13 «Opplæring»

- Hovedtilstand angis i alle tilfeller der opplæringen gjelder sykdom som pasienten har. ICD-10-kode(r) som angis skal reflektere denne eller disse sykdommene
- NCMP koder, WPCK00 Lærings- og mestringsaktivitet vedrørende aktuelle tilstand sammen med ZWWA30 Prosedyre rettet mot en gruppe pasienter. Denne koden skal benyttes uavhengig av om det er pasienten selv eller pårørende som møter på vegne av pasienten. Dersom det er pårørende som deltar kan ZWWA40 Prosedyre rettet mot foreldre/pårørende eller ZWWA25 Prosedyre rettet mot flerfamiliegruppe benyttes i tillegg.

Prosedyrekoden WWAA00 Grupperettet pasientopplæring skal registreres en gang per program per pasient når ovennevnte krav er oppfylt.

Individuelle samtaler med deltakerne kan være en del av lærings- og mestringstilbudet. Slike samtaler (med aktuelle koder) skal som hovedregel registreres på selve lærings- og mestringsaktiviteten (episoden). Dersom slike samtaler likevel rapporteres særskilt til NPR skal disse merkes med debitorcode 99. For egenandeler henvises det til pasientbetalingsforskriften, jf punkt 3.14 som omtaler forholdet til forskriften.

4.23 Konsultasjon med pårørende og andre nærstående personer

Det kan være tilfeller der det er helt naturlig at pårørende trer inn på vegne av pasienten i en ordinær konsultasjon. For eksempel gjelder dette for små barn eller for andre pasienter som ikke selv kan beskrive egen helse og behov for helsehjelp. Slike kontakter journalføres og rapporteres med tilstands- og prosedyrekoder på vanlig måte, og på pasienten som mottar helsehjelpen.

Pårørende opptrer med ulike roller både overfor den som er syk og overfor helse- og omsorgstjenesten. Pårørende vil ofte sitte på inngående kjennskap til den som er syk og er en del av pasientens nærmiljø.

Pårørende vil i enkelte tilfeller ha en annen viktig rolle i utredning eller behandling av pasienten. For slike kontakter benyttes prosedyrekoden WPBA25 Konsultasjon med pårørende eller andre nærstående personer, uten pasient til stede. Denne aktiviteten registreres på pasienten på samme måte som når pasient er til stede.

Konsultasjoner med pårørende vil grupperes ulikt innen psykisk helsevern og TSB og somatikk. I psykisk helsevern og TSB vil prosedyrekoden WPBA25 grupperes til DRG-ene TD96A og TD96B konsultasjon med pårørende. I somatikken vil ikke prosedyrekoden grupperes til en egen DRG, men fordeles basert på andre egenskaper ved kontakten.

Pårørende som trenger informasjon om pasientens behandlingsforløp regnes ikke som behandlingsaktivitet og skal ikke registreres. Det forutsettes at slik oppfølging dekkes av de samlede rammene til helseforetakene.

I Nasjonal pårørendeveileder følger også at:

"Egen journal for pårørende skal ikke opprettes uten at vedkommende er definert som pasient."

Når det dreier seg om grupperettet pasientopplæring (punkt 4.22) 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"*.

4.24 Fysisk treningsterapi

Det forutsettes at treningsterapien er et planlagt og målrettet tiltak for oppfølging av pasienten i spesialisthelsetjenesten. Tjenestetilbudet 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 enkelte "Pusterom", er ISF-finansieringen ment å delfinansiere RHF-enes bidrag.

Aktiviteten skal kodes med Z50.1 og rapporteres som egne kontakter, der eventuelle konsultative tilbud samme dag rapporteres for seg. For medisinsk koding, se Kodeveiledning - Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten.

5. SPESIFIKKE RAPPORTERINGS- OG KODINGSREGLER – SOMATIKK

5.1 Helsehjelp som finner sted uten overnatting – Innleggelse versus poliklinikk

Reglene her gjelder helsehjelpsepisoder som finner sted i løpet av én dag uten at pasienten overnatter. Reglene gjelder også kortvarige episoder som bryter døgnskillet. Episoder for gjennomføring av dialysebehandling omfattes ikke av bestemmelsene her.

Episoder som angitt i første ledd skal som hovedregel rapporteres som **polikliniske** kontakter (episodetype Kontakt i NPR-meldingen).

Følgende fire unntak medfører at episoden likevel skal rapporteres som innleggelse (episodetype Avdelingsopphold i NPR-meldingen):

1. Episodevarighet i sykehus fem timer eller mer har vært nødvendig på grunn av pasientens medisinske behov og kravene til forsvarlig og omsorgsfull behandling.
 - Nødvendig tid til diagnostiske og eventuelt terapeutiske tiltak medregnes. Medisinsk begrunnet observasjonstid medregnes også.
 - Tid medgått til venting på helsepersonell eller venting på gjennomføring av supplerende undersøkelser og tiltak medregnes ikke, jf. også presiseringer i siste ledd. Tid medgått til organisering av hjemtransport og lignende administrative forhold medregnes heller ikke.
 - Vurdering av om vilkårene for unntaket er oppfylt skal baseres på faglige skjønn, og det forutsettes ikke egne registreringer av tid medgått til ulike delprosesser eller av ventetid i løpet av episoden.
2. Pasienten er ankommet sykehuset for øyeblikkelig hjelp, men dør i sykehuset i løpet av første dag.
3. Pasienten overføres til annet sykehus for innleggelse i løpet av første dag.
4. Når det følger av annet regelverk eller av spesifikke bestemmelser i dette regelverket at pasienten skal betraktes som innlagt.

Følgende forhold medfører ikke i seg selv at episoden skal registreres som innleggelse:

- Venting, forsinkelser, logistikkproblemer eller kapasitetsbrist har medført at helsehjelpsepisoden har vart mer enn fem timer
- Pasienten har blitt tilordnet eller oppholdt seg i seng
- Pasienten har blitt tilbudt mat eller drikke
- Pasienten har blitt kledd i sykehustøy, påført armbånd eller gjennomgått lignende standardtiltak vanligvis forbundet med innleggelse
- Pasienten har blitt registrert som innlagt i PAS/EPJ forut for eller ved ankomst sykehuset
- Pasienten har blitt fysisk flyttet fra akuttmottak til observasjonsenhet eller annen sengepost

5.2 Strålebehandling

5.2.1 Polikliniske behandlingskontakter for ekstern strålebehandling

Hver behandlingskontakt (hvert fremmøte) rapporteres som én kontakt. Hovedtilstand og andre tilstander kodes etter vanlige regler. Som hovedregel er aktuell kreftsykdom eller annen behandlingsindikasjon hovedtilstand. Prosedyrekoder registreres slik at det fremgår hvilken behandling som er gitt ved den aktuelle kontakten. Prosedyrekoder for doseplanlegging m.v. registreres ikke med mindre dette har vært viktig del av aktuell kontakt.

5.2.2 Polikliniske kontakter for planlegging og forberedelse til ekstern strålebehandling

Polikliniske kontakter der pasienten møter for simulering eller bildedannende undersøkelse knyttet til doseplanlegging, registreres i tråd med nedenstående.

- Hovedtilstand og andre tilstander kodes etter vanlige regler. Som hovedregel er aktuell kreftsykdom eller annen behandlingsindikasjon hovedtilstand
- Minst én av prosedyrekodene fra underkapittel WEGX i kapittel W i NCMP skal registreres for å synliggjøre hvilken type planleggingsaktivitet som finner sted
- Øvrig planleggingsprosess, herunder indirekte aktiviteter knyttet til inntegning av målvolumer m.v. etter at pasientens kontakt med sykehuset er avsluttet, skal ikke rapporteres som egne kontakter
- Kontakter for gjennomføring av pustetrening, tilpasning av fikseringsutstyr med mer forutsettes ikke som en del av beregningsgrunnlaget, og utløser derfor ikke ISF-poeng. Dersom kontakter der slike aktiviteter er hovedformålet rapporteres, skal attributtet Debitor være kodet med kode 99 Annet

5.2.3 Polikliniske behandlingskontakter for brakyterapi

Hver behandlingskontakt, altså hvert fremmøte, rapporteres som én kontakt. Dette gjelder også dersom behandlingen dels finner sted i stråleterapienheten og dels i ordinær sykehusavdeling eller poliklinikk. Hovedtilstand og andre tilstander kodes etter vanlige regler. Som hovedregel er aktuell kreftsykdom eller annen behandlingsindikasjon hovedtilstand. Blant prosedyrekodene som registreres i tilknytning til kontakten, inkluderes relevante koder for doseplanlegging og gjennomføring av strålebehandlingen.

5.2.4 Innleggelser der strålebehandling gjennomføres (ekstern strålebehandling og brakyterapi)

Innleggelsene rapporteres som avdelingsopphold etter vanlige regler fra sykehusets ordinære PAS/EPJ-system. De enkelte behandlingsfremmøtene i stråleterapienheten mens pasienten er innlagt skal rapporteres i separat NPR-meldingsfil fra stråleterapienheten. Fremmøtene til strålebehandling mens pasienten er innlagt rapporteres med omsorgsnivå=8. Dette for å skille aktiviteten fra øvrig strålebehandling og for å kunne ekskludere aktiviteten fra ISF-grunnlaget. Tilstands- og prosedyreinformasjon kodes etter vanlige regler.

5.2.5 Strålebehandling med protoner

Strålebehandling med protoner skal kodes etter vanlige kodingsregler med aktuelle tilstandskode (ICD-10) og aktuell prosedyrekode WEOC00 Protonterapi. Fra 2026 vil poliklinisk strålebehandling med protoner gruppere til DRG 853X Poliklinisk strålebehandling med protoner.

5.2.6 Separat rapportering av stråleterapi

HF som rapporterer aktivitet fra stråleterapienhetene adskilt fra øvrige aktivitetsdata (som separate NPR-meldingsfiler) har et særskilt ansvar for å sikre at pasientrelatert aktivitet ikke rapporteres dobbelt. Dette gjelder uavhengig av om pasientene behandles som innlagte eller poliklinisk, og også uavhengig av om aktiviteten er relatert til planlegging/forberedelse eller faktisk gjennomføring av behandling.

5.3 Dialysebehandling

5.3.1 Dialysebehandling i sykehuset

Poliklinisk kontakt eller kortvarig innleggelse (0–2 liggedager) der gjennomføring av dialysebehandling er hovedformålet, skal kodes med en av følgende ICD-10-koder som hovedtilstand:

- Z49.1 Ekstrakorporeal dialyse
- Z49.2 Annen dialyse

Den eller de sykdommer som nødvendiggjør dialysebehandling kodes som annen tilstand. Øvrige tilstander kodes etter vanlige regler så langt dette er relevant for helsehjelpen som finner sted.

Registrering av prosedyrekode for hemodialyse kreves ikke registrert dersom Z49.1 er hovedtilstand. Dersom Z49.2 er hovedtilstand, skal typen dialyse som er gjennomført være spesifisert gjennom registrering av relevant prosedyrekode.

Poliklinisk kontakt eller innleggelse der planlegging eller forberedelse til dialyse er hovedformålet, kodes etter vanlige regler både hva gjelder hovedtilstand, andre tilstander og prosedyrer.

Der pasienten er innlagt for annen årsak enn dialyse, men der dialyse utføres under oppholdet, kodes dette med en av prosedyrekodene for dialyse og årsak til dialysen kodes under annen tilstand med relevant ICD-10 kode. Det er for finansieringsformål tilstrekkelig å kode dialyse én gang under oppholdet.

5.3.2 Helsepersonelladministrert hemodialyse utenfor sykehus

Hemodialyse som gjennomføres i regi av spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus og med helsepersonell til stede, rapporteres som poliklinisk kontakt. Det skal fremgå av attributtet «Sted for aktivitet» i NPR-meldingselementet «Kontakt» hvor behandlingen har funnet sted. Hemodialyse med helsepersonell til stede og som utføres i pasientens hjem, herunder i sykehjem eller annen institusjon hvor pasienten er bosatt, rapporteres med kodeverdi 4 «Hjemme hos pasienten». Hemodialyse som utføres andre steder enn der pasienten er bosatt, for eksempel i lokaler i primærhelsetjenesten, eller på andre steder utenfor spesialisthelsetjenesten, rapporteres med kodeverdi 5 "Ambulant sted utenfor spesialisthelsetjenesten". Hemodialyse som utføres på en satellittenhet rapporteres med kodeverdi 2 "Hos ekstern instans innenfor spesialisthelsetjenesten".

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

5.3.3 Pasientadministrert peritonealdialyse og hemodialyse

Informasjon om at spesialisthelsetjenesten tilrettelegger for og finansierer pasientadministrert peritonealdialyse eller hemodialyse baseres på rapportering av følgende NCMP koder:

- JAGD55 Pasientadministrert peritonealdialyse
- RXGD55 Pasientadministrert hemodialyse

Registrering av koden skal reflektere at pasienten er gjenstand for aktuell behandling for spesialisthelsetjenestens regning i én måned.

Registrering av kodene kan knyttes til ordinære behandlingsepisoder som finner sted (innleggelser eller polikliniske konsultasjoner), eller til særskilte kontakter som rapporteres for dette formålet alene.

Dersom kodene rapporteres gjennom nevnte, særskilte kontakter, gjelder følgende for registreringen av disse kontaktene:

- «Kontakttype» i NPR-meldingselementet Kontakt angis med kodeverdi 12 «Pasientadministrert behandling»
- Hovedtilstand og eventuelt andre tilstander rapporteres hver gang slik at det gis et tilstrekkelig bilde av indikasjonen og øvrige medisinske årsaker til at hjemmebasert peritonealdialyse gjennomføres
- En av kodene rapporteres en gang per måned per pasient

Dersom rapporteringen finner sted i tilknytning til ordinære behandlingsepisoder, gjelder ordinære rapporteringskrav for disse. Indikasjonen for hjemmebasert hemo- eller peritonealdialyse skal fremgå av hovedtilstand eller andre tilstander. Prosedyrekoder for den pasientadministrerte dialysebehandlingen registreres med aktuell kode.

5.4 Car-T

Det vil fra 2026 bli opprettet en ny DRG for CAR-T celleterapi:

- DRG 412A Transfusjon av genmodifiserte autologe lymfocytter

Aktuell prosedyrekode for CAR-T behandling: RLGG15 Transfusjon av genmodifiserte autologe lymfocytter CAR-T behandling kodes for øvrig med aktuell kode for hoved- og evt. bitilstand.

5.5 Fødsler og nyfødte

5.5.1 Fødsler og barselopphold

For koding av fødsler og barselopphold vises det til kodeveiledningen Helsedirektoratets nettsider, se Kodeveiledning – Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten.

5.5.2 Koding av blødning eller anemi ved fødsel, keisersnitt og abort

Blødning eller posthemoragisk anemi i forbindelse med fødsel, keisersnitt og abort skal kun rapporteres dersom blødningen er målt til mer enn 1000 ml eller dersom det er gitt behandling med transfusjon av blodprodukter eller jerninfusjon.

Ved blødning ved abort brukes en av følgende ICD-10-koder:

- O03 Spontan abort
- O04 Legalt svangerskapsavbrudd
- O05 Andre svangerskapsavbrudd
- O06 Uspesifisert abort

med fjerde tegn enten

.1 Inkomplett, komplisert med forsinket eller usedvanlig stor blødning (med tilstander i O08.1)

eller

.6 Komplett eller uspesifisert, komplisert med forsinket eller usedvanlig stor blødning (med tilstander i O08.1)

Ved blødning ved fødsel eller keisersnitt brukes en av følgende koder:

- O67.8 Annen spesifisert blødning under fødsel
- O67.9 Uspesifisert blødning under fødsel

- O72.0 Blødning i tredje stadium
- O72.1 Annen umiddelbar blødning etter fødsel
- O72.2 Forsinket og sekundær blødning etter fødsel

Ved blødning i ettertids etter abort, svangerskap utenfor livmoren og blæremola brukes koden O08.1 Forsinket eller usedvanlig stor blødning etter abort, svangerskap utenfor livmoren og blæremola. Ved posthemoragisk anemi brukes O99.0 Anemi som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid etterfulgt av D62 Akutt posthemoragisk anemi.

5.6 Assistert befruktning

Poliklinisk helsehjelp med assistert befruktning som hovedformål skal rapporteres som følger:

- Utført assistert inseminasjon kodes med aktuelle NCMP-kode(r) og rapporteres hver gang behandlingen skjer
- Utført overføring av egg eller embryo kodes med aktuelle NCSP-kode(r) og rapporteres hver gang behandlingen skjer

Utredning/behandling skal registreres i pasientens journal. En medfølgende partner som ikke er gjenstand for utredning skal ikke registreres. Dette gjelder selv om partner også mottar informasjon om utredning og behandling. Dette gjelder også for annen type utredning og behandling enn ved infertilitet. Unntak fra dette er tilfellet der begge parter samtidig mottar aktiv behandling og/eller utredning eks. sædprøve hos mannen og samtidig gynekologisk undersøkelse av kvinnen.

Takstkoden B53 (assistert befruktning, for kvar einskild av totalt tre freistnader) rapporteres når det avkreves pasientbetaling for denne helsehjelpen.

Takstkoder vedrørende pasienters betaling for poliklinisk behandling er definert i pasientbetalingsforskriften, og de primære reglene for registrering følger av denne.

5.7 Legemiddelbehandling

En del av legemiddelbehandlingen i spesialisthelsetjenesten har særskilte registerings- og rapporteringsregler. Dette dreier seg i hovedsak om kostbar legemiddelbehandling. Koding av legemiddelbehandling i sykehus forutsetter at legemiddelbehandlingen har relevans for helsehjelpsepisoden og forutsetter at administrasjonen av legemiddelbehandlingen har økonomisk betydning for helseforetaket. Det er ATC-koder som benyttes for å identifisere hvilke virkestoff som er benyttet i legemiddelbehandling). ATC-kodene inneholder viktig informasjon om behandlingen som er gitt, og er relevant for videre DRG-utvikling, men informasjon har kun betydning for gruppering til utvalgte DRG-er. De utvalgte områdene er omtalt i regelverket, og hvilke ATC-koder som har grupperingsegenskap framgår av definisjonstabellene til DRG-logikken.

5.7.1 Kreftlegemiddelbehandling i sykehus

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

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

I noen tilfeller kan medikamentell kreftbehandling videreføres hjemme gjennom pasientadministrert legemiddelbehandling. Dersom pasienten får med seg legemidler for selvadministrasjon direkte fra sykehusavdeling skal aktivitet kodes ZWUU20, Medikament utlevert i spesialisthelsetjenesten for tidsavgrenset hjemmebehandling, kodes. Dette vil bidra til at aktiviteten kan inngå i grunnlaget for STG-gruppering på samme måte som for legemidler utlevert på resept .

Kravet om spesifisering gjelder ikke legemidler for hydrering, korreksjon av saltbalanse, antiemetika eller væsker for utblanding av cytostatika.

5.7.2 Infusjonsbehandling med særskilte (immunmodulerende) legemidler

Poliklinisk behandling av multippel sklerose, alvorlig psoriasis, inflammatoriske ledd- og tarmsykdommer eller SLE med infusjon av særskilte legemidler skal kodes med:

- Pasientens sykdom (indikasjon) som hovedtilstand
- NCMP-kode WBGM00 for å angi infusjon
- ATC-kode for aktuelt legemiddel knyttes til kode for administrasjonsmåte

Tilsvarende behandling gitt for andre tilstander registreres på samme måte.

Prosedyre for selve legemiddelbehandlingen registreres tilsvarende, også når behandlingen finner sted under en ordinær innleggelse.

5.7.3 Behandling av makuladegenerasjon eller makulaødem

Poliklinisk behandling av makuladegenerasjon eller makulaødem med medikamentinjeksjon i øyet skal kodes med:

- Indikasjon som hovedtilstand
- CKD05 Injeksjon av medikament i corpus vitreum
- ATC-kode for aktuelt legemiddel

Poliklinisk behandling av makuladegenerasjon med fotodynamisk teknikk skal kodes med:

- Indikasjon som hovedtilstand

- Aktuell NCMP-kode (WBGm) for å angi måten legemiddel er administrert på
- ATC-kode for aktuelt legemiddel knyttes til kode for administrasjonsmåte
- ZXC15 som prosedyrekode for å angi at fotodynamisk teknikk er benyttet

5.7.4 Bruk av botulinumtoksin for ulike indikasjoner

Botox-behandling kan gis for ulike indikasjoner. NCMP-koder som brukes for å angi administrasjonsmåte kan variere for de ulike indikasjonene.

Poliklinisk behandling med lokal injeksjon av botulinumtoksin skal kodes med:

- Pasientens sykdom (indikasjon) som hovedtilstand
- NCMP-koder for å angi injeksjonen (for eksempel ACGX90 lokal injeksjon av nevrotoksisk substans eller CEX00 Terapeutisk injeksjon i øyemuskel ved behandling for skjeling. Ved injeksjon av botox i urinblære brukes ACGX90 sammen med KUC02 cystoskopi)
- ATC-kode for aktuelt legemiddel er M03AX01 Botulinum toxin
- Dersom behandlingen gjøres elektromyografiledet benyttes prosedyrekode AXFE15 elektromyografiveiledet injeksjon, + ATC-kode M03AX01 Botulinum toxin

5.7.5 Påfyll av baklofen ved ITB-behandling av dystoni og spastisitet

Påfyll av baklofen ved ITB-behandling av dystoni og spastisitet skal kodes med:

- Indikasjon som hovedtilstand
- NCMP-kode WBGC11 for påfyll
- ATC-kode for aktuelt legemiddel knyttes til kode for administrasjonsmåte

Dosejusteringen skal kodes med WBGC12, og man skal ikke kode ATC-kode for legemiddel dersom påfyll ikke gjøres samtidig.

5.8 Pasientadministrert legemiddelbehandling finansiert av regionale helseforetak

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

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

5.9 Tverrfaglig utredning av sammensatte tilstander

Med tverrfaglig utredning ved ukjent hovedtilstand menes tilbud som er etablert for utredning av pasienter med sammensatte problemstillinger f.eks. smertetilstander, kognitiv svikt, forsinket utvikling eller lignende. Formålet med utredningen der hovedtilstand er ukjent skal være å fastsette en diagnose og en plan for videre behandling.

Der hovedtilstand er kjent kan likevel en sykdom ha mange ulike kliniske manifestasjoner med ulike sammensatte problemstillinger knyttet til seg som vil kunne kreve tverrfaglig utredning ved gitte tidspunkt. 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. Et eksempel er tverrfaglig utredning av barn med CP med økende spastisitet som kan kreve operativ, medikamentell, fysikalsk eller annen behandling. Et annet eksempel er tverrfaglig utredning av ME pasienter med uforklarlig tretthet, der formålet med den tverrfaglige utredningen skal være å fastsette en plan for videre behandling.

Det forutsettes tverrfaglig involvering av minst tre faggrupper, hvorav en lege eller psykolog med klinisk spesialistkompetanse relevant for tilstanden som utredes. Videre gjelder at pasienten skal være til stede under utredningen. Det forutsettes tverrfaglige samarbeid om pasienten samme dag og en mer omfattende utredning for pasienten både med hensyn til tid, tverrfaglighet og ressursbruk enn en ordinær konsultasjon, tilsvarende om lag tre konsultasjoner.

Tverrfaglig utredning ved ukjent hovedtilstand skal kodes som følger:

- Pasientens tilstand (ICD-10) skal kodes som hovedtilstand
- WMAA10 Tverrfaglig utredning av ukjent tilstand (etter ovennevnte krav)

Tverrfaglig utredning ved kjent hovedtilstand skal kodes som følger:

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

Ovennevnte regel omfatter den tverrfaglige utredningen som skjer koordinert samme dag og der utredningen fullføres samme dag.

Der hvor utredningen skjer oppstykket over flere dager sekvensielt), uavhengig av hvor mange faggrupper som deltar på deler av utredningen skal dette registreres som ordinære konsultasjoner. Da skal ikke prosedyrekodene WMAA10 Tverrfaglig utredning av ukjent tilstand eller WMAA11 Tverrfaglig vurdering av kjent tilstand benyttes.

Møtevirksomhet om pasienten inngår ikke i beregningsgrunnlaget og skal heller ikke rapporteres som tverrfaglig utredning med disse kodene. Ordinære årskontroller, som ikke innebærer mer omfattende utredning, skal heller ikke inngå her.

5.10 Rehabilitering

Det skilles mellom regler som gjelder polikliniske rehabiliteringsprogram og regler som gjelder individuell spesialisert rehabilitering. Det sistnevnte er i hovedsak døgnbasert rehabilitering knyttet til behandling av akutt sykdom.

Den ytre rammen av hva som skal finansieres gjennom ISF er at tjenesten er spesialisthelsetjeneste. Dette innebærer at det som normalt er en tjeneste som ytes på kommunalt nivå ikke skal finansieres gjennom ISF-ordningen.

5.10.1 Poliklinisk rehabilitering

Med poliklinisk rehabilitering menes elektive rehabiliteringsprogram i spesialisthelsetjenesten bestående av serier med polikliniske opphold. Poliklinisk rehabilitering karakteriseres av sammensatte tilbud som gis i løpet av samme dag.

Tilbud som registreres som poliklinisk rehabilitering skal oppfylle følgende vilkår og være dokumentert i journalen:

- Pasienten skal være henvist til rehabiliteringsprogrammet av lege. Henvisningen skal ligge i pasientens journal
- Rehabiliteringsprogrammet skal være individuelt tilpasset den enkelte pasient, og en tilrettelagt plan skal være utarbeidet for den enkelte pasient før oppstart av rehabiliteringsprogrammet. Programmets lengde skal ha en rimelig lengde i forhold til aktuell tilstand som rehabiliteres og skal fremkomme i planen til den enkelte pasient
- Innholdet i programmet skal være individrettet, men inntil 80 prosent av tjenesteinnholdet kan gjennomføres som individrettet behandling i gruppe
- Det skal i plan beskrives hvordan primærhelsetjeneste/fastlege involveres i videre oppfølging av pasienten
- Programmet skal inneholde minst en individuell kontakt med lege for samtale og/eller behandling
- Lege skal være ansvarlig for innhold og gjennomføring. Det skal fremgå av journalen hvilken lege som er ansvarlig. Ansvarlig lege skal ha hatt kontakt med pasienten. Dette kan skje i sammenheng med den individuelle legekontakt alle pasienter skal ha, jf. forrige punkt
- Minst tre ulike typer helsepersonellgrupper, relevant for aktuell tilstand, skal være involvert i programmet og det skal være et tverrfaglig samarbeid om rehabiliteringen
- Helsehjelpen skal i hovedsak bestå av tverrfaglige rehabiliteringstiltak som kan bidra til å bedre pasientens funksjonsevne. I tillegg kan programmet inneholde tiltak som innebærer lærings- og mestringsaktiviteter
- Hoveddelen av rehabilitering foregår ved fysisk kontakt mellom pasient og behandler, men deler av rehabilitering kan foregå digitalt, for eksempel på video.

Hvert opphold i poliklinisk rehabiliteringsprogram skal registreres som følger:

- Hovedtilstand skal angis med ICD-10-koden Z50.9 «Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak».
- Aktuelle sykdommer eller øvrige helseproblemer som ligger til grunn for rehabiliteringsbehovet skal rapporteres som andre tilstander.
- Prosedyrekoder registreres og rapporteres etter vanlige regler.

Det kan kun kreves én egenandel per rehabiliteringsprogram jf. Forskrift om betaling fra pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta. I tillegg kan det tas egenandel for individuelle legeseksultasjoner før rehabiliteringsprogrammet, for eksempel en utredning av pasienten der rehabiliteringsbehovet kartlegges og programmet utformes.

De samme reglene gjelder innenfor habilitering i somatisk spesialisthelsetjeneste.

5.10.2 Rehabilitering som innlagt

Her menes tverrfaglig, individuell rehabilitering som er døgnbehandling, men som i avslutningsfasen også kan være innlagt dagbehandling (enkel rehabilitering). Dette gjelder som hovedregel rehabilitering etter akutttopphold i sykehus. Aktuelle pasientgrupper er slagpasienter, pasienter med revmatisk lidelse (som leddgikt), amputasjonspasienter, pasienter som har hatt operasjoner på større ledd (hofter, lår, bekken), pasienter med brudd på lårhals, bekken eller hofter og multitraumepasienter.

Deler av døgnrehabilitering innen spesialisthelsetjenesten er forutsatt finansiert gjennom basisbevilgningen, se punkt 3.2.1 f) i regelverket.

I rapporteringen brukes to ICD-10-koder som skille mellom kompleks- og enkel rehabilitering. Kriterier for hvilken av kodene som skal brukes er beskrevet i tabellen under:

Tabell 3 Kriterier for hvilke koder som skal benyttes ved koding av rehabilitering

Krav i henhold til rehabilitering	Z50.89 Enkel	Z50.80 Kompleks
Min. antall spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team	4	6
Målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan	Ja	Ja
Samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen	Ja	Ja

Det forutsettes at tverrfaglig team jobber sammen om rehabiliteringen og består av helsefaggrupper som er relevante for den tilstanden som rehabiliteres.

Hver helsefaggruppe skal ha bidratt i vesentlige deler av det aktuelle rehabiliteringsoppholdet, uavhengig av om det er enkel eller kompleks rehabilitering.

For at koden for enkel rehabilitering (Z50.89) kan brukes, gjelder det krav om at arbeidet ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering.

I tillegg kan legespesialist på aktuelt sykdomsområde som rehabiliteres være ansvarlig for rehabiliteringen. Spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten under oppholdet.

For at koden for kompleks rehabilitering (Z50.80) kan brukes, gjelder følgende krav i tillegg:

- Arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet fram til utskrivning eller minimum fem virkedager
- Pasienten har minimum en overnatting
- Pasienten har i tillegg funksjonstrening, trening i kompenserende teknikker og tilpassing av hjelpemidler/miljø
- Det foretas en vurdering av tiltak i forhold til personlig mestring i hjem, skole, arbeid og fritid
- Arbeidet ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering.
- Innen fagområdene revmatologi, geriatri, nevrologi, ortopedi eller pediatri kan rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder. Spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten i sanntid under oppholdet

Fordi rehabilitering kan organiseres ulikt skilles det mellom primær og sekundær rehabilitering. Med primær rehabilitering menes opphold i avdelinger eller institusjoner hvor hensikten med oppholdet hovedsakelig er selve rehabiliteringen. I disse tilfeller skal enten Z50.80 eller Z50.89 kodes som hovedtilstand og sykdomsdiagnose (indikasjon for rehabilitering) som annen tilstand. Sekundær rehabilitering karakteriseres ved at samme opphold omfatter både akuttbehandling og rehabilitering. Den akutte sykdommen skal i disse tilfellene kodes som hovedtilstand, mens rehabilitering (Z50.80 eller Z50.89) skal kodes som annen tilstand.

For habilitering i somatisk spesialisthelsetjenesten gjelder samme krav.

For annen rehabilitering som innlagt og som ikke oppfyller kravene nevnt over skal kodene Z50.8 Behandling som omfatter bruk av annet spesifisert rehabiliteringstiltak eller Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspes. rehabiliteringstiltak benyttes avhengig av innhold i tjenestene. Det forutsettes også her at spesialist er ansvarlig for rehabiliteringstjenestene til pasientene, samt at det er tverrfaglighet som ivaretar pasientens rehabiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten. For å registrere Z50.9 gjelder for øvrig de samme prosessuelle kravene som er omtalt under punkt 5.10.1.

Hovedregelen for rehabilitering som gjøres uten overnatting dekkes av punkt 5.10.1 poliklinisk rehabilitering. Dersom det gjøres individuell tverrfaglig spesialisert rehabilitering som innlagt dagbehandling gjelder krav for bruk av Z50.89. Dersom kravene for bruk av kode Z50.9 eller Z50.89 ikke er dekket, jf tidligere regler, kan kode Z50.8 benyttes for innlagt dagbehandling.

5.10.2.1 Helsefaggruppe

Det er et minimumskrav at man skal være helsepersonell som beskrevet i Helsepersonelloven § 3 for å kunne telle med i en helsefaggruppe. Dette er «personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49». Se også punkt 7.8 om utførende helsepersonell.

Det presiseres at listen over personell med autorisasjon er omfattende, og det er således ikke alt helsepersonell som er listet her som er aktuelt for rehabilitering. Det skal foreligge en sammenheng mellom personellet sine tjenester og rehabiliteringen, altså en direkte relevans.

I tillegg er det et krav at tjenestene som blir utført er forskjellig i sin natur. Dette fordi en helsefaggruppe i noen tilfeller yter den samme tjenesten ovenfor pasienten, og at det derfor ikke er forskjell i tjenesten selv om det er forskjell i type helsepersonell. Eksempel på dette er pleie og omsorg som kan ytes av en rekke autoriserte helsepersonell, men som reelt sett er samme type tjeneste.

5.11 Palliativ behandling

Palliativ behandling er omtalt i to ulike retningslinjer utarbeidet av Helsedirektoratet, og det er definisjon av palliativt senter eller palliativt team i sykehus med tilhørende krav slik det fremgår av disse som ligger til grunn for reglene gitt i ISF-regelverket.

De to gjeldende retningslinjene er:

- Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Nasjonal faglig retningslinje (IS-2800)³
- Palliasjon til barn og unge. Nasjonal faglig retningslinje (IS-2599)⁴

Reglene gjelder også for palliative tilbud til pasienter med andre alvorlige sykdommer enn kreft.

Definisjon av palliativt senter i sykehus slik det fremgår av Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (IS-2285), legges til grunn for reglene gitt her. Reglene nedenunder gjelder også for palliative tilbud til pasienter med andre alvorlige sykdommer enn kreft.

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen definerer "palliativt senter i sykehus" slik på overordnet nivå:

Består av et tverrfaglig behandlingsteam (palliativt team) med ambulant funksjon til hjemmebesøk og konsulentvirksomhet i sykehuset avdelinger. Teamet innehar bred kompetanse i palliasjon. Palliativt team er en obligatorisk del av et palliativt senter.

Senteret kan også inneholde senger: palliativt team. Dette skal være en definert enhet (eventuelt definerte senger) der pasientene skal være inneliggende for palliativ behandling. Det

³ Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Nasjonal faglig retningslinje (IS-2800) er under revisjon og vil foreligge ved årsskiftet.

⁴ Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge er under revisjon. Revidert retningslinje vil foreligge i løpet av 2024.

palliative teamet skal ha ansvar for behandling av pasienter på enheten (større enheter vil ha eget, tverrfaglig sammensatt personale).

For palliasjon for barn og unge anbefaler gjeldende retningslinje at det etableres et tverrfaglig barnepalliativt team, som trer i funksjon når et barn med livstruende/livsbegrensende tilstand blir kjent for avdelingen.

Som hovedtilstand skal det kodes med pasientens grunntilstand/ sykdom etter gjeldende regler for valg av hovedtilstand. Eventuelle bitilstander registreres etter vanlige regler. For å beskrive palliativ behandling benyttes en av de nedenfor angitte prosedyrekodene.

Prosedyrekode som beskrevet under skal registreres og rapporteres av virksomheter som har et palliativt senter, men kun når det utføres tiltak i regi av dette palliative senteret. Registrering og rapportering av kodene forutsetter at det kan fremlegges dokumentasjon på at palliativt senter er etablert i virksomheten. Unntak gjelder for bruk av kode WRBA30 Annen palliativ behandling. Denne kan benyttes for palliasjon der kravene til bruk av øvrige koder ikke er oppfylt, og kan benyttes for både barn og voksne.

Kode	Tekst	Vilkår
WRBA20	Døgnbehandling i palliativ enhet	▪ Pasienten har vært innlagt i palliativ enhet innen palliativt senter ▪ Gjelder kun ved avdelingsopphold ▪ Kan være innleggelser på døgn- eller dagbasis
WRBA21	Palliativ behandling av innlagt pasient, i regi av palliativt senter	▪ Pasient er innlagt i annen enhet enn palliativ enhet. ▪ Palliasjon utgjør vesentlig del av behandlingen og finner sted i regi av det palliative teamet i virksomheten.
WRBA22	Ambulant dagbehandling i regi av palliativt senter	▪ Den palliative behandlingen gjennomføres ambulant ▪ Tjenestetilbudet tilsvarer palliativ dagbehandling gitt i sykehus
WRBA23	Poliklinisk palliativ behandling i regi av palliativt senter	▪ Registreres ved ordinære polikliniske kontakter utført av palliativt team (konsultasjoner og kontakter som ikke oppfyller forutsetningen om dagbehandling (jf. regler om skille mellom poliklinisk behandling og innleggelse i punkt 6.1.)
WRBA24	Rådgivning og samarbeid mellom palliativt senter og kommunal helse- og omsorgstjeneste	▪ Palliativt team har rådgitt, koordinert seg med eller på annen måte samarbeidet med representant(er) for kommunens helse- og omsorgstjeneste om palliasjon av pasient. ▪ Omfanget av samhandlingen går utover vanlig koordinering og administrasjon av ressursinnsats
WRBA30	Annen palliativ behandling	• Koden kan benyttes når det gis palliativ behandling ut over de organisatoriske kravene om palliativt senter eller palliativt team som stilles til bruk av øvrige prosedyrekoder for palliasjon

Palliativt team kan utøve sitt ansvar i samarbeid med øvrig helsepersonell, både når pasient er innlagt i egen enhet, i øremerkede senger, ordinære avdelinger, i institusjon og hjemme. I tilfeller der en av teamets medlemmer gjør en selvstendig konsultasjon eller tilsyn utenfor de strukturelle kravene som stilles her skal ikke kodene benyttes, og særskilt tilleggsfinansiering i ISF kan ikke utløses. Slik aktivitet regnes som en ordinær konsultasjon i ISF, og prosedyrekode WRBA30 Annen palliativ behandling skal benyttes.

For samarbeidsaktiviteter som også inkluderer kode WRBA24 Rådgivning og samarbeid mellom palliativt senter og kommunal helse- og omsorgstjeneste vises det til punkt 4.20.

Ved ambulant behandling i regi av palliative senter skal ikke prosedyrekodene WWAA01 (teambasert oppfølging som bidrar til helhetlige og sammenhengende pasientforløp) eller WWAA02 (strukturert oppfølging fra tverrfaglige integrerte team) benyttes. Beskrivelse og kostnader knyttet til teambasert oppfølging av palliative pasienter er en del oppfølgingen fra palliative team/senter. Samtidig bruk av prosedyrekodene WWAA01 eller WWAA02 vil derfor innebære en dobbelfinansiering.

5.12 Sterilisering

Når hovedformålet med helsehjelpen er sterilisering, skal aktiviteten rapporteres som følger:

- ICD-10-koden Z30.2 «Sterilisering» angis som hovedtilstand
- Relevante prosedyrekoder angis for beskrivelse av inngrepets art
- Relevante takstkoder vedrørende pasientbetaling regulert i *Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak* rapporteres (takstkode B10b eller B23d, avhengig av kjønn)
- Attributtet Debitor i NPR-meldingselementet Episode rapporteres med kodeverdi 30 «Selvbetalende norsk pasient og selvbetalende konvensjonspasient»

Ved utført sterilisering der pasienten primært er innlagt av andre grunner enn sterilisering, skal ikke sterilisering kodes som hovedtilstand, men som annen tilstand.

5.13 Rituell omskjæring av gutt eller mann

Rituell omskjæring skal kodes med prosedyrekode KGV20 «rituell omskjæring». Dersom formålet med kontakten er rituell omskjæring skal hovedtilstand være Z41.2 «Kontakt med helsetjenesten for rutinemessig eller rituell omskjæring av gutt eller mann». Dersom rituell omskjæring utføres som del av den totale helsehjelpen velges hovedtilstand og øvrige tilstander ut fra vanlige kodingsregler.

5.14 Legemiddelbehandling utenfor sykehus - kommunalt utførte tjenester

I ISF-regelverket punkt 3.2.1 og 3.3 omtales hvilke tjenester som kan inngå i ISF, herunder spesialisthelsetjenester som utføres av personell ansatt i kommunehelsetjenesten.

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

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

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

5.15 Teambasert oppfølging, integrerte team og samhandling

For teambasert oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunehelsetjenesten skal prosedyrekoden WWAA01 Teambasert oppfølging som bidrar til helhetlige og sammenhengende pasientforløp registreres. Teamorganiseringen skal være beskrevet i nasjonale faglige retningslinjer eller tilsvarende teambasert faglig metodikk. En av teamets hovedfunksjoner er å skape gode overganger for pasientene når de overføres fra spesialisthelsetjenesten til egenomsorg eller kommunale tjenester. Gjelder likt for overganger etter innleggelse og etter poliklinisk omsorgsperiode.

Prosedyrekoden skal registreres en gang per måned pasienten mottar behandling eller oppfølging fra teamet. Pasienten må ha mottatt oppfølging eller behandling fra teamet i minimum halvparten av en kalendermåned.

Øvrige krav:

- Hovedarbeidsformen i teamet skal være ambulant , men der deler av oppfølgingen kan innebære oppfølging i sykehus eller digitalt.
- Behandling og oppfølging skal være tverrfaglig og inkludere minimum tre helsefagsgrupper for å oppnå reell tverrfaglighet.
- Teamet skal ivareta pasientens behov for kontinuitet i behandlingen. Dette innebærer å tilby ikke-tidsbegrenset behandling/ rehabilitering.
- Behandlings- og oppfølgingsansvar skal ligge hos teamet.
- Teamfunksjonen er i tråd med etablerte faglige standarder og følger av nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere eller funksjonsbeskrivelser forankret i de RHF-ene.
- Behandlingen skal skje i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette samarbeidet skal være forankret i samarbeidsavtale mellom RHF/HF og kommunen.

For strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige integrerte team sammen med kommunehelsetjenesten skal prosedyrekoden WWAA02 Strukturert oppfølging fra tverrfaglige integrerte team registreres. Dette dreier seg tjenester der pasient mottar oppfølging gjennom integrerte tverrfaglige team. Tilsvarende har en FACT- og ACT-team innen psykisk helsevern og TSB.

Prosedyrekoden kan registreres en gang per kalendermåned. Pasienten må ha mottatt oppfølging eller behandling fra teamet i minimum halvparten av kalendermåned for at prosedyrekoden skal kunne registreres.

Øvrige krav:

- Teamet skal tilby utredning og integrert behandling for pasienter med store, sammensatte og/eller kroniske tilstander
- Temaet skal være opprettet gjennom en særskilt samarbeidsavtale mellom helseforetaket og kommunen pasienten er bosatt i
- Behandlings- og oppfølgingsansvar skal ligge hos teamet
- Teamet skal være sammensatt med en jevn fordeling av helsepersonell fra både spesialist- og primærhelsetjenesten
- Tverrfaglig sammensatt team bestående av minst tre helsepersonellgrupper, hvorav minst en er lege ansatt i spesialisthelsetjenesten
- Teamet skal ivareta pasientens behov for kontinuitet i behandlingen. Dette innebærer å tilby ikke-tidsbegrenset behandling/rehabilitering
- Teamet skal være tilgjengelig når pasienten trenger det (også hver dag i perioder) eller sikre annen tilgjengelighet
- Det er krav om at pasienten har særskilt behov for oppfølging av integrerte team, og at personell fra både spesialist- og primærhelsetjenesten er involvert i oppfølging og behandling av pasienten

5.16 Hjemmesykehus

Hjemmesykehus innebærer behandling og oppfølging i hjemmet, for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus. Dette er et spesialiserte tjenestetilbud til personer som trenger sykehusbehandling, men hvor tilstanden tilsier at det er forsvarlig å få behandling og oppfølging hjemme. Behandling og oppfølging kan bestå i regelmessige hjemmebesøk av kvalifisert helsepersonell eventuelt supplert med video- eller telefonkontakt eventuelt med annen type digital hjemmeoppfølging.

Polikliniske ambulante kontakter:

Pasienter som følges opp av spesialisthelsetjenesten hjemme etter at de er utskrevet fra sykehus, og der helsehjelpen ikke er å sammenligne med en innleggelse i sykehus skal rapporteres som polikliniske kontakter. Der det er behov for at helsepersonell reiser fysisk ut skal det rapporteres som ambulante kontakter.

Innlagte pasienter:

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. Hjemmesykehus vurderes ut fra forsvarlighet for den enkelte pasient.

- Pasienter som er inneliggende i hjemmesykehus skal ha kontakt med kvalifisert personell fra sykehuset daglig for behandling og oppfølging i løpet av den perioden innleggelsen varer. I hovedsak skal denne kontakten være fysisk og tilsvarende som i sykehus. Dette for å avspeile tilbudet i en sykehusinnleggelse. Dersom kontakten er sjeldnere og i større grad foregår digital skal kontaktene registreres poliklinisk fra gang til gang, og pasienten skal ikke rapporteres som innlagt.

- Dersom pasienten overføres fra innleggelse i sykehus og til innleggelse i hjemmesykehus betraktes dette som en postoverføring og vil inngå i det totale avdelings- og sykehusoppholdet.
- 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 følger vanlige regler og gjøres på samme måte som ved innleggelse i sykehus.

Dersom disse kravene ikke oppfylles må tjenesten registreres som frittstående ambulante kontakter som registreres når personell fra sykehuset oppsøker pasienten for behandling og oppfølging. Reglene for **rapportering** av ambulante konsultasjoner fremgår av punkt 4.12. For ambulante palliative tilbud gjelder egne regler og det vises til punkt 5.11 for registrering av dette.

5.17 Netthinneundersøkelse av diabetespasienter (fundusfoto)

Fundusfotografering og tolkning av foto kan organiseres på ulike måter.

Som hovedregel skal prosedyrekode CKDP10 fundusfoto registreres i forbindelse med taking av foto. Koden inkluderer både taking og tolkning og skal registreres på én og samme episode/kontakt. Dette gjelder uavhengig av om foto og tolkning gjøres på samme enhet, eller på ulike enheter innenfor helseforetaksstrukturen (dvs også dersom et annet helseforetak gjør tolkningen). Med andre ord koden skal kun rapporteres en gang og tolkningen skal ikke rapporteres i tillegg, uavhengig av organisering av tjenesten i spesialisthelsetjenesten.

Unntak fra hovedregel er dersom taking av fundusfoto gjøres av en ekstern aktør (f.eks. en privat optiker) og helseforetaket tolker fotoet. Da registreres aktiviteten som en indirekte aktivitet ved tolkningsenheten, og prosedyrekode CKDP10 kan benyttes. Der RHF/HF inngår avtale om fundusfotografering annet sted enn på sykehuset forutsettes en avtale mellom partene om godtgjørelse av dette. På samme måte som andre avtaler der private utfører tjenester på vegne.

5.18 Tidsangivelse for respiratorbehandling

Det er opprettet nye prosedyrekoder (tilleggs-koder) for å angi varighet for respiratorbehandling. Kodene gjengis nedenfor, og skal brukes i kombinasjon med kode GXAV01 respiratorbehandling og GXAV24 Respiratorbehandling med høyfrekvensventilasjon.

WWGX00 Varighet av respiratorbehandling <1 døgn
 WWGX01 Varighet av respiratorbehandling 1-3 døgn
 WWGX02 Varighet av respiratorbehandling 3-10 døgn
 WWGX03 Varighet av respiratorbehandling >10 døgn

6. SPESIFIKKE RAPPORTERINGS- OG KODINGSREGLER – PSYKISK HELSEVERN OG TSB

Dette kapitlet omhandler spesifikke rapporterings- og kodingsregler som har betydning for hvordan aktiviteten grupperes i DRG- og STG-systemet, og som dermed har betydning for ISF, for poliklinisk psykisk helsevern og TSB. Ellers gjelder generelle regler for koding av helsehjelp uavhengig av om det har direkte betydning for ISF eller ikke. Se Kodeveiledning - Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten.

6.1 Polikliniske hel- og halvdagstilbud

Med polikliniske hel- og halvdagstilbud menes sammensatte polikliniske tjenestetilbud som skiller seg vesentlig fra ordinære polikliniske konsultasjoner og gruppebehandlinger, både innholdsmessig og med hensyn til ressursinnsats.

Polikliniske hel- og halvdagstilbud skal registreres med en av følgende prosedyrekoder:

- IEAA00 Strukturert poliklinisk dagtilbud, hovedsakelig diagnostisk formål
- IEAA10 Strukturert poliklinisk dagtilbud, hovedsakelig terapeutisk formål

Ved rapportering av poliklinisk heldagstilbud skal følgende kode registreres i tillegg:

- WWAA03 Konsentrerte tverrfaglige heldagstilbud

Kodene for strukturert poliklinisk dagtilbud kan kun registreres og rapporteres når følgende kriterier er oppfylt for det samlede tilbud pasienten mottar én og samme dag:

Effektiv samlet personelltid per pasient må overstige 2,5 timer per dag (5 timer for heldagstilbud). I tillegg skal også *behandlingsvarighet per pasient* overstige 2,5 timer per dag (5 timer for heldagstilbud). I vurderingen av personelltid skal følgende legges til grunn:

- Kun tidsbruk for spesialisthelsetjenestens eget helsepersonell tas i betraktning
- Kun tid medgått til utførelse av klart definerte spesialisthelsetjenester medregnes. Tidsbruk relatert til spesialiserte treningstilbud kan medregnes når denne delen av tilbudet oppfyller kravene om å være spesialisthelsetjeneste med dokumentert nytte. Tid

medgått til bl.a. gjennomføring av annen fysisk trening og andre enklere rehabiliteringsoppgaver medregnes ikke

- Ved gruppeaktiviteter fordeles personeltiden likt på pasientene i gruppen
- Tid til forberedelse, etterarbeid og ventetid for pasienten medregnes ikke

6.2 Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam

Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam kan utløse ISF-refusjon.

Det legges til grunn at ACT-team og ACT-funksjonen av FACT-team følger faglige standarder, jf. kriterier fastsatt i den statlige tilskuddsordningen og håndbøker og modellbeskrivelser utarbeidet av NAPHA.

Prosedyrekode IEAD00 (Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam) må registreres minst en gang per kalendermåned når pasienten følges opp og behandles av et etablert ACT-team eller ACT-funksjonen i et FACT-team. Dette kan være når pasienten er på FACT-tavla eller er i en intensiv oppfølgingsfase. Flere registreringer i løpet av samme måned påvirker ikke størrelsen på ISF-refusjonen, men kan være nyttig for teamets oppfølging av pasienten.

Prosedyrekode kan også registreres i tilfeller der pasienten følges opp og behandles gjennom andre ambulante og oppsøkende team som har likhetstrekk med ACT-team med hensyn til pasientmålgruppe og metode.

I ISF-regelverket punkt 3.2.1 og 3.3.5 omtales hvilke tjenester som kan inngå i Innsatsstyrt finansiering, herunder spesialisthelsetjenester som utføres av personell ansatt i kommunehelsetjenesten.

Behandlingsepisode (poliklinisk konsultasjon) gjennom behandlere i ACT-/FACT-team skal registreres som en poliklinisk kontakt, så fremt kravene for dette er oppfylt. Det er innholdet i tjenesten som er avgjørende og at det dreier seg om en konsultasjon. Polikliniske kontakter forutsettes dokumentert i journal av behandler i spesialisthelsetjenesten. Tjenestene skal være velavgrenset spesialisthelsetjeneste og kan for eksempel være psykoedukasjon, psykoterapi, kognitiv terapi, motiverende samtaler, EMDR, behandlingsmøter, ansvarsgruppemøter eller pårørendesamtaler. Det kan for eksempel ikke være tjenester knyttet til støttekontakt, hjemmehjelp, hjemmesykepleie og andre kommunale dagtilbud.

6.3 Rapportering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Pasienter som mottar legemiddelbehandling gjennom LAR og følges opp av spesialisthelsetjenesten inngår i ISF-grunnlaget med en tertiær refusjon. Formålet med kodereglene her er å legge grunnlag for lik aktivitetsbasert finansiering for gjennomføringen av

legemiddelbehandling som ledd i LAR, uavhengig av hvordan tjenestetilbudet er organisert. Kodereglene gjelder også for heroinassistert legemiddelbehandling.

6.3.1 Polikliniske kontakter med utlevering eller observert inntak av LAR-legemiddel som hovedformål

Polikliniske kontakter med utlevering eller observert inntak av LAR-legemiddel som hovedformål skal rapporteres, slik at disse kontaktene holdes adskilt fra kontakter med konsultativt innhold. Dette gjelder også når det gjennomføres samtale som naturlig inngår ved utlevering av LAR medikament, som spørsmål om livsførsel, sidemisbruk og somatisk helse. Hovedtilstand for kontaktene skal være Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjon.

6.3.2 Tertianvis rapportering av legemiddelbehandlingen ved opioidavhengighet

For pasienter som får legemiddelbehandling gjennom LAR skal det minst én gang per tertial rapporteres en prosedyrekode som angir på hvilken måte utlevering og inntak av legemidlet skjer. Følgende prosedyrekoder skal benyttes (den administrasjonsform som dominerer i aktuelt tertial avgjør valg av kode):

Kode

IECA00	Behandling med substitusjonslegemiddel som nedtrapping ved opioidavhengighet (utenfor LAR)
IECC10	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR - utlevering og inntak i spesialistpoliklinikk
IECC15	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR - utlevering og inntak i apotek
IECC20	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR - utlevering og inntak i regi av kommunal tjeneste
IECC25	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – annen gjennomføringsform

6.4 Testing og kartlegging med bruk av standardisert verktøy

Testing og kartlegging med bruk av standardiserte verktøy med normert eller anbefalt tidsbruk 75 minutter eller mer for vurdering av psykisk eller rusrelatert tilstand skal kodes med prosedyrekode IEAA20. Prosedyrekoden skal registreres når testen er utført.

Koden kan registreres selv om man deler opp testen over flere dager, så lenge normert tidsbruk for hver del av testen (per kontakt) er over 75 min.

Der testen gjøres over 2 dager (og som to kontakter), men med lavere normert tidsbruk enn 75 min pr dag er således ikke kriteriet oppfylt i ISF for IEAA20 Testing og kartlegging med bruk av standardiserte verktøy med normert eller anbefalt tidsbruk 75 minutter eller mer for vurdering av psykisk eller rusrelatert tilstand.

6.5 Familiebehandling

Familieterapi inngår som egen aktivitet i ISF, der familien inngår som en del av behandlingsopplegget for pasienten. Det er ikke tilstrekkelig at familie/pårørende er til stede eller deltar for å få informasjon eller samarbeide om behandling av pasienten for at det skal kalles familieterapi. I noen sammenhenger kan det være tilfeller der pasienten ikke kan/bør delta i konsultasjonen. Prosedyrekodene kan også benyttes i disse tilfellene.

Kontakter der familie/pårørende deltar sammen med pasienten, uten at det ut fra faglige kriterier er snakk om familiebehandling/-terapi, skal registreres som ordinære konsultasjoner.

I tilfeller der to eller flere familier deltar sammen skal dette registreres som gruppebehandling.

Familiebehandling rapporteres avhengig av innholdet i familiebehandlingen:

IBBA15	Psykoterapi, familiebehandling
IBBB15	Psykoedukativ behandling, familiebehandling
IBBD15	Annen kunnskapsbasert terapiform, familiebehandling
IBBH15	Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser

7. BEREGNINGSREGLER SOMATIKK

7.1 Kompensasjon for særdeles lang liggetid

Det gis tillegg for opphold som grupperes til en DRG med trimpunkt > 20 dager hvor liggetid er over 10 dager lengre enn trimpunktet. Slike opphold utløser et dagtillegg på 0,090 poeng til pasienten er utskrivningsklar eller maks 100 dager.

Det er første utskrivningsklardato (laveste datoverdi) som legges til grunn i tilfeller der pasienten har blitt meldt utskrivningsklar flere ganger i løpet av samme opphold.

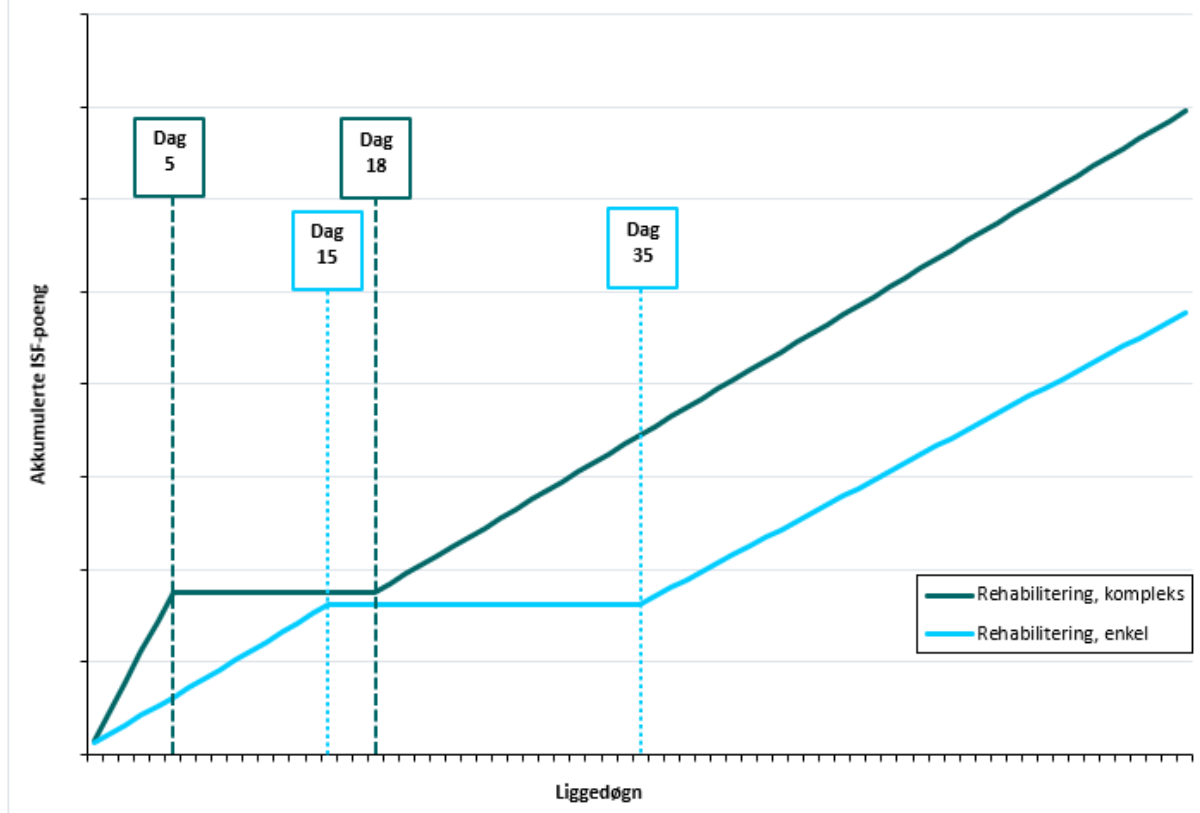
7.2 Rehabilitering

Modellen som benyttes ved beregning av ISF-refusjon for rehabilitering tar hensyn til liggetid og bruk av personellressurser. Beregningen baseres på registrerte tilstander og liggetid.

7.2.1 Beregning av DRG-vekt for primær rehabilitering

Med primær rehabilitering menes opphold i avdelinger eller institusjoner hvor hensikten med oppholdet hovedsakelig er selve rehabiliteringen. DRG-vekt for primær rehabilitering beregnes etter egen modell. Se figur og tabeller nedenfor.

Figur 1: ISF-poeng for kompleks og enkel rehabilitering



Tabell 4 Beregning av DRG-vekt for kompleks rehabilitering (DRG 462A)

	Fra dag	Til dag	Vekt
Dagvekt (basis) +	0	0	0,150
Dagtillegg	1	5	0,320
Dagtillegg	6	18	0,000
Dagtillegg	19	Utskrivningsdato*	0,100

Tabell 5 Beregning av DRG-vekt for enkel rehabilitering (DRG 462B)

	Fra dag	Til dag	Vekt
Dagvekt (basis) +	0	0	0,120
Dagtillegg	1	15	0,100
Dagtillegg	16	35	0,000
Dagtillegg	36	Utskrivningsdato*	0,090

*Dersom det er registrert en utskrivningsklardato for pasienten, legges den til grunn for beregningen

Helse-og omsorgsdepartementet (HOD) innførte i sin tid rehabiliteringsløsningen basert på anbefalinger fra fagmiljøene. Dette innebar forutsetninger om en andel på 70 prosent enkel

rehabilitering og 30 prosent kompleks rehabilitering. Det gjøres et trekk i utbetalingen til RHF-ene der andelen kompleks rehabilitering overstiger 45 prosent.

7.2.2 Beregning av DRG-vekt for sekundær rehabilitering

Sekundær rehabilitering karakteriseres ved at samme helsehjelpsepisode omfatter både akuttbehandling og rehabilitering. I dette tilfellet gis det tilleggsrefusjon avhengig av liggetid. Fra 2023 vil tilleggsrefusjon for sekundær rehabilitering beregnes for opphold i alle DRG-er der DRG-en har et trimpunkt over 5 dager.

For opphold hvor pasienten rehabiliteres på samme avdeling som akuttopphold, eller under samme sykehusopphold på rehabiliteringsavdeling i samme institusjon, beregnes tilleggsvekt for sekundær rehabilitering som følger:

Dagtillegg x antall rehabiliteringsliggedager (=liggedager over trimpunkt for aktuell DRG) inntil utskrivningsdato.

Dersom det er registrert en utskrivningsklardato for pasienten, legges den til grunn for beregningen.

Dagtillegget for sekundær rehabilitering er 0,180 ISF-poeng per dag og resultatet av beregningen legges til vekten for aktuell DRG.

7.3 Tilleggsrefusjon for organdonasjon

Det gis tilleggsrefusjon knyttet til organuttak for avdøde donorer for kodene i tabellen. Også kostnader for preservasjoner som ikke resulterer i organuttak er medregnet i tillegget som er 5,940 poeng.

Tabell 6. Prosedyre/ behandling ved organdonasjon

Prosedyre/behandling	Aktuell prosedyrekode
Uttak av hjerte for transplantasjon	YFA00
Uttak av hjerte til dominotransplantasjon	YFA10
Uttak av hjerte og lunge til transplantasjon	YFA20
Uttak av hjerte til homotransplantat	YFA50
Annet inngrep ved uttak av organer for transplantasjon av hjerte eller hjerte og lunge	YFA99
Uttak av lunge fra avdød donor (Av en eller begge lunger)	YGA00
Uttak av lever fra avdød donor	YJA10
Uttak av pancreas til øycelletransplantat	YJD00
Reseksjon av pancreas fra avdød donor	YJD20
Uttak av pancreas fra avdød donor	YJD30

Uttak av nyre fra avdød donor	YKA02
Uttak av tynntarm for transplantasjon	YJB00
Uttak av ventrikkell og tynntarm for transplantasjon	YJC00

7.4 Poengtillegg for palliativ behandling

Det beregnes poengtillegg for palliativ behandling når slik behandling gjennomføres i regi av palliativt senter og finner sted som vesentlig del av tjenestetilbudet under innleggelse med overnatting.

Følgende tillegg i ISF-poeng gjelder per opphold for palliativ behandling:

Døgnopphold: 0,660

7.5 Pasientadministrert dialyse

Dialyse finansieres gjennom tjenesteforløp.

Helsehjelp i form av pasientadministrert peritonealdialyse og hemodialyse inngår ved beregning gjennom et periodebasert aktivitetsmål. Antall måneder hver pasient mottar helsehjelp i form av pasientadministrert dialyse i løpet av aktivitetsåret, er bestemmende for beregning av ISF.

Prosedurekodene JAGD55 Pasientadministrert peritonealdialyse og RXGD55 Pasientadministrert hemodialyse benyttes som indikator på gjennomført behandling én hel måned.

Ovennevnte koder, JAGD55 og RXGD55, bærer informasjon om at spesialisthelsetjenesten utleverer dialysevesker og annet utstyr, eller andre tiltak som er nødvendig for gjennomføring av behandlingen.

7.6 Sterilisering

Det er pasientbetaling når hovedformålet med poliklinisk helsehjelp eller innleggelse er sterilisering, skal aktiviteten ikke gi ISF-refusjon. Samme regler gjelder for sterilisering på medisinsk indikasjon.

For sterilisering gjelder følgende refusjonsregler:

- Vekten for opphold gruppert til DRG 362 eller DRG 362O Sterilisering via laparoskopi blir satt til null
- Opphold gruppert til DRG 361 eller DRG 361O Gynekologisk laparoskopi og sterilisering via laparotomi hvor hovedtilstand er Z30.2 Sterilisering får vekt lik null
- Vekten for DRG 351 eller DRG 351O Sterilisering av menn blir satt til null

Ved utført sterilisering der pasienten primært er innlagt av andre grunner enn sterilisering, vil refusjon utbetales ut fra den DRG oppholdet blir gruppert til.

7.7 Særtjenestegrupper for pasientadministrert legemiddelbehandling

Pasientadministrert legemiddelbehandling identifiseres basert på koder for tilstand, samt informasjon om ATC-kode og annen administrativ informasjon i oppgjørssystemet for H-resept. Poengberegningsreglene er basert på årlig refusjon per pasient.

Pasientadministrert legemiddelbehandling finansieres i hovedsak via STG-er. For fem av fagområdene skjer finansieringen gjennom tjenesteforløpsgruppering (TFG). Dette gjelder:

- AS01 pasientadministrert legemiddelbehandling for nevrologiske lidelser
- FS01 pasientadministrert legemiddelbehandling ved mage-/ tarm lidelser
- HS01 pasientadministrert legemiddelbehandling ved revmatologiske lidelser
- JS01 pasientadministrert legemiddelbehandling ved hudlidelser
- SS02 pasientadministrert legemiddelbehandling ved HIV-infeksjon

De fire første pasientgruppene ses i sammenheng i STG-grupperingen. Dette innebærer at en kun kan gruppere til én av disse STG-gruppene. For de andre STG-gruppene (eksempelvis kreft) kan en gruppere til flere avhengig av indikasjon.

7.8 Om utførende helsepersonell som vilkår for inkludering av polikliniske kontakter i beregningsgrunnlaget

Inklusjon av en poliklinisk kontakt i beregningsgrunnlaget er avhengig av hvilken eller hvilke kategorier av personell som er rapportert som utførende for den polikliniske kontakten. Kontakter som er rapportert med helsepersonellgrupper definert i Lov om helsepersonell § 48 inkluderes i ISF.

I tillegg inkluderes alle polikliniske kontakter registrert med følgende kategorier helsepersonell i beregningsgrunnlaget: audiofysiker, barnevernspedagog, genetiker, logoped, medisinstudent med lisens, pedagog, sosionom, stråleterapeut.

Det forutsettes at utførende helsepersonell er rapportert i henhold til administrativt kodeverk i NPR-melding og at helsehjelpen oppfyller kravene spesifisert i ISF-regelverk punkt 3.2.

7.9 Assistert befruktning

Assistert befruktning gir ISF-refusjon med unntak av tilfeller der takst B53 (assistert befruktning, for kvar einskild av totalt tre freistnader) er registrert.

7.10 Pasienthotell, sykehotell m. m.

Det er pasientens status som innlagt eller ikke innlagt som er avgjørende med hensyn til regler for finansiering, ikke hvor pasienten ligger (på sengepost eller pasienthotell).

I finansieringsordningen gjelder samme regler for pasienthotell som for en ordinær sengepost/poliklinikk. Pasienter som er innlagte (av medisinske grunner) vil kunne utløse ISF-refusjon for døgnopphold uavhengig av om de er plassert på ordinær sengepost eller på pasienthotell.

Pasienten skal ikke utløse ISF-refusjon ved opphold i sykehotell, fordi pasienten da ikke er innlagt ved en enhet med medisinsk beredskap. Tilsvarende gis det ikke refusjon for overnattingen for pasienter som er til dagbehandling eller poliklinisk behandling. I disse tilfeller er ikke pasientene innlagt og det utløses kun ISF-refusjon for dagbehandling eller poliklinikk.

7.11 Brannskadebehandling ved Haukeland universitetssjukehus

Det er egne vekter for brannskadebehandling ved Haukeland Universitetssjukehus. De er som følger:

Tabell 7. Vekter for brannskadebehandling ved Haukeland universitetssjukehus

DRG	DRG-navn	Vekt
457	Omfattende forbrenninger uten operativ behandling	4,970
458	Mindre omfattende forbrenninger med hudtransplantasjon	7,438
458O	Mindre omfattende forbrenninger med hudtransplantasjon, dagkirurgisk behandling	3,121
459	Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen operasjon	4,758
459O	Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling	1,966
460	Mindre omfattende forbrenninger uten operativ behandling	1,663
472	Omfattende forbrenninger med operativ behandling	11,714
472O	Omfattende forbrenninger med operativ behandling, dagkirurgisk behandling	5,857

7.12 Pasientopplæring og tiltak i gruppe

Gruppebaserte opplæringsprogrammer for pasienter og pårørende kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom visse krav er oppfylt, jf.punkt 4.22.

Dersom krav til grupperettet pasientopplæring i ISF er oppfylt skal kode WWAA00 benyttes. Koden skal kun registreres én gang per program per pasient. Programmet er definert som en helsehjelpsepisode og det kan kun kreves én egenandel per program, selv om programmet går over flere dager, jf punkt 3.14. Grupperettet pasientopplæring i ISF grupperes til DRG 998O. Poengtillegget er 0,023 pr pasient pr program.

7.13 Gruppebehandling

Behandling av pasienter i gruppe kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom visse krav er oppfylt, jf. punkt 4.21. Slike kontakter vil gruppere til DRG 996O.

Hovedtilstand og prosedyrekode skal registreres på vanlig måte. I tillegg skal prosedyrekode ZWWA30 Prosedyre rettet mot en gruppe pasienter benyttes når behandling/konsultasjon av enkeltpasienter skjer i en gruppe. En gruppe kan være fra to til flere deltakere. Flere planlagte behandlingstiltak regnes som et program.

Egenandel reguleres gjennom Pasientbetalingsforskriften, jf punkt 3.14.

7.14 Permisjoner

Når pasienter gis helgepermisjoner skal det rapporteres som ett, ikke flere, opphold. Det korrigeres i ISF-avregningen dersom en pasient er registrert ut fredag/lørdag og inn planlagt søndag/mandag, der begge oppholdene er døgnopphold. Trekket tilsvarer vekten til det oppholdet som har lavest vekt.

7.15 Rituell omskjæring av gutt eller mann

For inngrep omfattet av lov om rituell omskjæring av gutter skal det kreves egenbetaling. Egenbetaling skal kreves uavhengig av om inngrepet skjer i forbindelse med innleggelse i sykehus eller ved poliklinisk behandling ved institusjon. Egenbetaling skal kreves uavhengig av om inngrepet foretas av HF eller av spesialist med avtale med RHF om å utføre inngrepet på vegne av HF.

Rituell omskjæring av gutter kodet med prosedyrekode KGV20 rituell omskjæring vil gi en reduksjon i ISF refusjonen tilsvarende 0,237 ISF-poeng for å ta høyde for egenbetalingen.

7.16 Stimulering til bruk av dagkirurgi

DRG-er med samme tjenesteinnhold (prosedyrer), og der pasientgruppene er sammenlignbare (lav liggetid), gir samme ISF-refusjon uavhengig av om pasienten behandles dagkirurgisk eller med døgninnleggelse. Hensikten er å understøtte målsetningen om mindre variasjon i andel dagkirurgi. Uavhengig av om det er et en-til-en forhold eller en en-til-flere relasjon mellom døgn og dag-DRG-ene beregnes DRG-basispoeng, slik at de relative forskjellene i kostnadsvekt mellom de ulike DRG-ene opprettholdes. Se omtale av løsningen i punkt 6.12 i Grunnlagsdokumentet.

7.17 Poengtillegg for ambulante konsultasjoner

For kontakter med Sted for aktivitet lik 4 Hjemme hos pasienten eller 5 Ambulant sted utenfor spesialisthelsetjensten, beregnes et poengtillegg: «PoengtilleggSærskiltAmbulantKonsultasjon».

Poengtillegget er 0,032 per ambulante konsultasjon.

For enkelte kontakter gis det ikke slikt tillegg, se DRG-masterliste for oversikt.

7.18 Aktivitetstelling - aggregeringsregler somatikk

I det følgende beskrives overordnet klassifisering og aggregering av avdelingsopphold og polikliniske kontakter (DRG-er), samt særtjenester (STG-er) og tjenesteforløp (TFG-er).

Det er avsluttede sykehusopphold som er grunnlag for ISF-refusjon, selv om det som rapporteres inn er episoder (avdelingsopphold eller kontakter). Dersom pasienten har oppholdt seg ved kun én avdeling i løpet av oppholdet, blir sykehusoppholdet likt episoden/ avdelingsoppholdet. Dersom det rapporteres inn flere episoder for pasienten i løpet av ett og samme opphold, vil episodene som hovedregel bli slått sammen til ett opphold, de blir altså aggregert.

DRG for avdelingsopphold:

Reglene som følger gjelder der det er minst ett avdelingsopphold blant innrapporterte episoder som henger sammen i tid.

DRG-plassering av avdelingsopphold skjer i to trinn

- Den rapporterte episoden (*avdelingsoppholdet*) plasseres i en hoveddiagnosegruppe (HDG) og grupperes til en DRG innenfor denne gruppen
- Dersom det kun er rapportert ett avdelingsopphold, vil dette utgjøre sykehusoppholdet og DRG-resultatet tilsvarer episodens DRG-resultat.
Dersom det er rapportert flere episoder (enten avdelingsopphold eller kontakter) for samme pasient i samme periode aggregeres disse til et samlet Opphold (*sykehusopphold*), som DRG-grupperes på nytt.

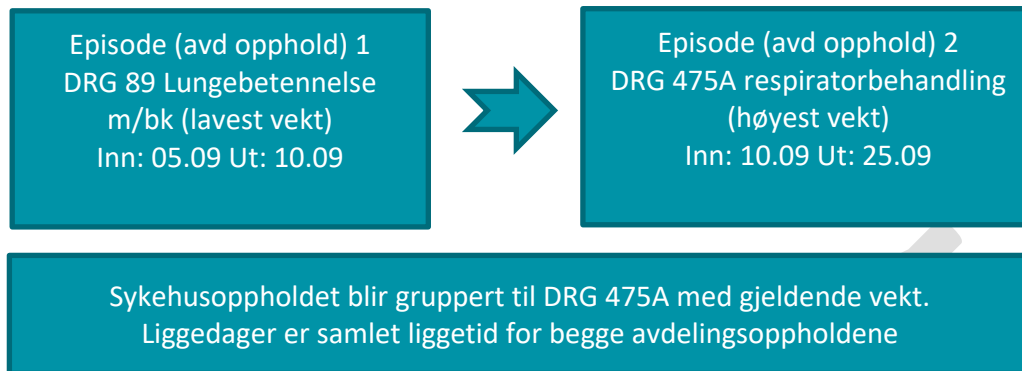
I de aller fleste tilfeller blir avdelingsoppholdet plassert i en hoveddiagnosegruppe (HDG) etter den registrerte hovedtilstanden (ICD-10). Unntak er noen ressurskrevende prosedyrer (f.eks transplantasjoner) hvor hovedtilstanden ikke påvirker DRG-plasseringen. Innenfor HDG-ene baseres videre gruppering på eventuelle andre tilstandskoder, prosedyrekoder, samt administrative koder som blant annet alder og utskrivningsstatus.

Følgende prinsipper gjelder for etablering av opphold basert på rapporterte episoder:

- Hovedtilstanden på oppholdet velges som hovedregel fra episoden med høyest kostnadsvekt. Dersom to eller flere episoder har samme kostnadsvekt brukes episodens varighet for å avgjøre hovedtilstanden
- Øvrige tilstander fra de ulike episodene inngår som bitilstander på oppholdet

- Som hovedregel vil alle prosedyrekoder fra alle episoder inngå i DRG-grupperingen av oppholdet

Eksempel på aggregering til sykehusopphold:



DRG for polikliniske kontakter:

Episoder rapportert som *polikliniske kontakter* grupperes til DRG dersom kontakten oppfyller de generelle vilkår for medisinsk- og administrativ koding. Det er et vilkår at minst ett utførende helsepersonell er rapportert. En enkeltstående poliklinisk kontakt for samme pasient ved samme institusjon samme dag utgjør ett selvstendig *poliklinisk opphold*.

Dersom det er rapportert flere polikliniske kontakter for samme pasient ved samme institusjon samme dag, vil disse som hovedregel slås sammen (aggregeres) til ett poliklinisk opphold. Det er som hovedregel den kontakten med høyest kostnadsvekt som gir hovedtilstand for oppholdet og gjennom det er bestemmende for grupperingsresultatet.

Det er noen unntak fra hovedregelen, hvor de viktigste prinsippene er:

- Noen DRG-er er unntatt aggregering. Kontakter som gruppert til en slik DRG vil alltid danne selvstendige polikliniske opphold, men ikke mer enn ett opphold i samme DRG samme dag. Hvilke DRG-er som unntas aggregering fremgår av kodeunntakslisten til NPK.
- Polikliniske kontakter slås ikke sammen dersom lege eller tannlege er utførende helsepersonell og kontakten har hovedtilstand tilknyttet to ulike HDG-er. Slike kontakter telles og finansieres som selvstendige polikliniske opphold.

STG (Særtjenestegrupper)

STG er pasientbehandling som finner sted i en periode utenfor sykehuset. Det kan for eksempel dreie seg om pasientadministrert legemiddelbehandling, digitale tjenester m.m. ISF-finansieringen beregnes per pasient per behandlingsperiode. Periode kan være år, tertial eller måned. Dersom det er registrert flere like tjenester for samme pasient innenfor samme periode, vil disse aggregeres til én tellende særtjeneste.

TFG (Tjenesteforløpsgrupper)

Tjenesteforløp er pasientbehandling som dels kan finne sted i sykehus og dels kan finne sted utenfor sykehus, men hvor det samlede tjenesteinnholdet til pasienten finansieres likt uavhengig av hvordan dette er organisert. Eksempel er dialyse, utvalgt legemiddelbehandling og hofteoperasjoner.

De definerte tjenesteforløpene utgår av definerte DRG-er og STG-er med en gjennomsnittsfinansiering av forløpene basert på empiriske data. ISF-finansieringen beregnes per pasient per periode, dvs. samlet for alle opphold og særtjenester om inngår i aktuell TFG. Disse vil da ikke samtidig finansieres gjennom DRG og STG.

Hvordan telles aktivitet innen ISF:

Det er opphold, særtjenester og tjenesteforløp som danner grunnlag for telling av aktivitet og ISF-finansiering. Det er et sett av kriterier som skal være oppfylt for at et opphold skal evalueres til å være tellende. Dersom kriteriene er oppfylt blir aktiviteten tellende i ISF og gir ISF-poeng.

Vi henviser til NPK-Beregningsregler for detaljer som finnes på vår nettside:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/norsk-pasientklassifisering-npk#npklisens,installasjonogdokumentasjon>

7.19 Øyeblikkelig hjelp tilstander uten overnatting

Polikliniske øyeblikkelig hjelp pasienter innen angitte grupper/fagområder vil gruppere til 980 DRG-er. Dette gjelder selv om oppholdet har en varighet mindre enn fem timer. Følgende grupper/fagområder er inkludert:

- Akutte brystsmerter 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

Grupperingen vil basere seg på bruk av den administrative koden for hastegrad akutt.

7.20 Koder som ikke inngår i ISF-beregningsgrunnlaget

Ved bruk av en av disse kodene som hovedtilstand vil oppholdet grupperes til DRG 474 *Aktivitet utenfor ISF-grunnlaget*, og det gis ikke ISF-refusjon:

Z016	Radiologisk undersøkelse, ikke klassifisert annet sted
Z017	Laboratorieundersøkelse
Z768	Kontakt med helsetjenesten under andre spesifiserte omstendigheter
Z769	Kontakt med helsetjenesten under uspesifiserte omstendigheter
Z5030	Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjon
Z530	Tiltak ikke utført grunnet medisinsk kontraindikasjon
Z531	Tiltak ikke utf. pga. overbevisningsårsak eller gruppepress
Z532	Tiltak ikke utført pga. besl. pas./pår. av a/uspes. årsaker
Z538	Tiltak ikke utført av andre spesifiserte årsaker
Z539	Tiltak ikke utført av uspesifisert årsak

7.21 NIPT-analyse

NIPT-analyser tilbys rutinemessig til pasienter over en viss alder og eller på medisinsk indikasjon i spesialisthelsetjenesten. Fra 1 september 2025 kan det ved enkelte sykehus utføres NIPT analyse av gravide under 35 år ved termin og uten medisinsk indikasjon. Gravide under 35 år ved termin uten annen indikasjon for fosterdiagnostikk må betale egenandel satt til kr 6000. Kvinnen vil motta faktura direkte.

NIPT-analyser uten medisinsk indikasjon og rett alder, der pasienten betaler selv, vil ikke inngå i ISF og skal registreres og rapporteres på vanlig måte til NPR, men med egen debitorskode slik at det ikke inngår i ISF

8. BEREGNINGSREGLER – PSYKISK HELSEVERN OG TSB

8.1 Poengtillegg for ambulante konsultasjoner

For kontakter med Sted for aktivitet lik 4 "Hjemme hos pasienten" eller 5 "Ambulant sted utenfor spesialisthelsetjenesten", beregnes et poengtillegg: «PoengtilleggSærskiltAmbulantKonsultasjon».

Poengtillegget er 0,137 per ambulante konsultasjon.

Enkelte ambulante konsultasjoner gir ikke slikt tillegg, se DRG-masterliste for oversikt.

8.2 Aktivitetstelling – aggregeringsregler psykisk helsevern og TSB

Følgende prinsipper gjelder for etablering av opphold basert på rapporterte episoder/kontakter for tjenester som ytes innenfor én og samme dag:

- Hovedregel: når pasienten har to eller flere kontakter samme dag, vil de i hovedsak slås sammen.
Dersom det er registrert minst ett avdelingsopphold som helt eller delvis dekker aktuell dag, knyttes alle kontakter denne dagen til avdelingsoppholdet og danner ett opphold, uten unntak (dette betraktes som innleggelse, og oppholdet gir ikke ISF-poeng)
- Tjenester rapportert innen én episode/kontakt danner ikke grunnlag for mer enn ett opphold
- Dersom kode for strukturert poliklinisk dagtilbud (hel- og halvdagstjenster) er registrert, slås alle episodene/kontaktene denne dagen sammen til ett opphold, uavhengig av unntak angitt under
- Unntak fra hovedregelen om sammenslåing: kontakter gruppert til enkelte DRG-er blir ikke slått sammen med andre kontakter. Dette betyr at flere tellende opphold kan oppstå for samme pasient samme dag, men ikke mer enn ett opphold i samme DRG. Unntaket gjelder følgende DRG-er:

TD03A	Familierettede polikliniske tilbud – Voksne
TD03B	Familierettede polikliniske tilbud - Barn og unge
TD72B	Observasjonstiltak i skole og barnehage m.v. - Barn og unge
TD96A	Konsultasjon med pårørende – Voksne
TD96B	Konsultasjon med foresatte/pårørende – Barn og unge
TD97	Poliklinisk fysisk trening som ledd i spesialisthelsetjenester til pasienter med psykiske eller rusrelaterte lidelser

Unntakene nevnt ovenfor forutsetter at aktuelle deltjenester registreres som separate kontakter samme dag. Det legges alltid til grunn at direkte og indirekte aktiviteter registreres hver for seg slik at den enkelte kontakt enten representerer direkte eller indirekte tjenesteinnhold.

Ovennevnte regel med unntakene innebærer at en for eksempel kan ha en konsultasjon og et familierettet poliklinisk tilbud samme dag, som da vil telle som to tjenester i ISF.

Vi henviser til NPK-Beregningsregler for nærmere detaljer:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/norsk-pasientklassifisering-npk#npklisens,installasjonogdokumentasjon>

8.3 Pasientopplæring og tiltak i gruppe

Gruppebaserte opplæringsprogrammer for pasienter og pårørende kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom visse krav er oppfylt, jf. punkt 4.22.

Dersom krav til grupperettet pasientopplæring i ISF er oppfylt skal kode WWAA00 (Grupperettet pasientopplæring) benyttes. Koden skal kun registreres en gang per program per pasient. Programmet er definert som en helsehjelpsepisode og det kan kun kreves én egenandel per program, selv om programmet går over flere dager.

Grupperettet pasientopplæring vil i ISF for psykisk helsevern/TSB for hhv voksne og barn/unge til TD998A (Grupperettet pasientopplæring innen psykisk helsevern/TSB-voksne) og TD998B (Grupperettet pasientopplæring innen psykisk helsevern/TSB- barn). Begge DRG-ene har vekt på 0,100.

8.4 Gruppebehandling

Behandling av pasienter i gruppe kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom visse krav er oppfylt, jf. punkt 4.21. Slike kontakter vil i ISF for psykisk helsevern/TSB gruppere til ulike DRG-er for barn og voksne avhengig av hvilken gruppeaktivitet som er registrert.

Gruppebehandling skal kodes og rapporteres etter innholdet i gruppebehandlingen og følgende prosedyrekoder kan rapporteres:

- IBBA20 Psykoterapi, gruppebehandling
- IBBB20 Psykoedukativ behandling, gruppebehandling
- IBBD20 Annen kunnskapsbasert terapiform, gruppebehandling
- IBBE20 Musikkterapi, gruppebehandling

Egenandel reguleres gjennom Pasientbetalingsforskriften, jf punkt 3.14.

8.5 Polikliniske heldagstilbud

Dersom krav til polikliniske heldagstilbud er oppfylt, skal kode WWAA03 benyttes. Kontakter med koden grupperer til TD802A Terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser, voksne og TD802B Terapeutiske, strukturerte polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser, barn og vil utløse en tilleggsfinansiering på 0,105 poeng.

8.6 Koder som ikke inngår i ISF-beregningsgrunnlaget

Se punkt 7.20. Dette gjelder også innenfor psykisk helsevern og TSB.

8.7 Poengtillegg for bortfall av egenandel

For kontakter gruppert til DRG, vil det for alle pasienter til det året de fyller 26 år beregnes et poengtillegg: «PoengtilleggEgenandel», begrenset til ett tillegg samme dag.

Poengtillegget er 0,112.

Vedlegg – begreper og forkortelser

Begreper

DRG-systemet	DRG står for DiagnoseRelaterteGrupper. Klassifikasjon av pasienter i aktivitetskategorier som er medisinsk og ressursmessig homogene. Vi har også STG-er (Særtjenestegrupper) og TFG-er (Tjenesteforløpsgrupper) som er aktivitet over en periode og inngår når vi omtaler DRG-systemet.
DRG-gruppering	Hvert opphold for behandlet pasient blir gruppert i en DRG (aktivitetskategori). Grupperingen gjøres ut ifra de data som registreres i sykehusets pasientadministrative system som er relevant for behandlingen pasienten har gjennomført. Data som styrer grupperingen er i hovedsak diagnoser, prosedyrer, kjønn, alder og utskrivningsstatus
Kostnadsvekt/DRG-vekter	Er et uttrykk for kostnaden per DRG. Grunnlaget for vektene er innrapporterte og beregnede kostnader fra helseforetakene. Der de har brukt kostnad per pasient metodikk (KPP)
DRGBasispoeng	Er i hovedsak det samme som kostnadsvekt, men det er korrigert for beregningsregler, bla. dagkirurgiløsningen.
ISF-poeng	Størrelse som viser grunnlaget for ISF-finansiering (DRG-basispoeng multiplisert med aktivitet hensyntatt beregningsregler). ISF-poeng beregnes per opphold eller periode og er fellesbetegnelse som gjelder for alle aktivitetskategorier i ISF; DRG, TFG og STG.
ISF-refusjon	Finansiering basert på innrapportert aktivitet til Norsk pasientregister (NPR). Refusjonen går fra staten til de regionale helseforetakene (RHF-ene). RHFene fordeler midlene videre til helseforetakene.
ISF-ordning	Aktivitetsbasert finansieringsordning for spesialisthelsetjenesten
ISF-grunnlag	Den samlede aktiviteten i spesialisthelsetjenesten som gir ISF-poeng

Debitor	Kode for klassifikasjon/identifikasjon av finansieringsordninger m.v.
Enhetspris	Kroneverdien av ett ISF-poeng vedtas av Stortinget
Opphold	Innleggelser og polikliniske konsultasjoner m.v., gruppert i DRG-systemet
Episoder	En konkret pasientkontakt, kontakter eller avdelingsopphold som rapporteres

Forkortelser

ACT = Assertive Community Treatment/Aktivt oppsøkende behandlingsteam

ATC = Anatomisk terapeutisk kjemisk klassifikasjonssystem (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System)

AMI – Akutt myokardinfarkt (hjerteinfarkt)

CP = Cerebral parese

DRG = Diagnoserelatert gruppe, aktivitetskategori

DVT = Dyp venetrombose

EMDR = Eye movement desensitization and reprocessing

EPJ = Elektronisk pasientjournal

FACT = Flexible assertive community treatment

FHI = Folkehelseinstituttet

HELFO = Helseøkonomiforvaltningen

HF = Helseforetak

HOD = Helse- og omsorgsdepartementet

ICD = International classification of diseases

ISF = Innsatsstyrt finansiering

ITAD = Ikke tildelt annen DRG

ITB = Intratekal baklofenbehandling

LAR = Legemiddelassistert rehabilitering

KPP – Kostnad per pasient

M/BK eller U/BK = Med eller uten komorbiditet eller komplikasjoner

MTU = Medisinsk teknisk utstyr

NAPHA = Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

NCMP = Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer (Norwegian Classification of Medical procedures)

NCSP = Norsk klassifikasjon av kirurgiske prosedyrer (Norwegian Classification of Surgical Procedures)

NICU = Neonatal Intensive Care Unit (nyfødt intensivenhet)

NIPaR = Norsk intensiv- og pandemiregistrering

NKROP = Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

NPR = Norsk pasientregister

NPK = Norsk pasientklassifisering

OID = Objektidentifikator

PAS = Pasientadministrativt system

PHV = Psykisk helsevern

PRO = Pasientrapporterte utfallsmål (Patient reported outcome)

RHF = Regionalt helseforetak

SLE = Systemisk lupus erythematosus

STG = Særtjenestegruppe, aktivitetskategori

TFG = Tjenesteforløpsgruppe, aktivitetskategori

TSB = Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

ØH = Øyeblikkelig hjelp

Enhetspris per ISF-poeng 2026

- Somatikk 56 153 kroner
- Psykisk helsevern og TSB 3 954 kroner