



Regelverk for Resultatbasert finansiering 2024

Publikasjonens tittel: Regelverk for Resultatbasert finansiering 2024

Utgitt: 10/2023

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling finansiering og DRG
Postadresse: Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo
Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo

Illustrasjon: Colourbox.com #6969955

INNLEDNING

Resultatbasert finansiering (RBF) ble innført 1. januar 2022, og kom som en videreutvikling av Kvalitetsbasert finansiering (KBF) som ble innført i 2014. Videreutviklingen av modellen har bakgrunn i Nasjonal helse- og sykehusplan. Ordningen ble knyttet tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig knyttet til samhandling og digitalisering. For å oppnå dette ble antall indikatorer redusert og sammenhengen mellom ønsket praksisendring i tjenesten og valg av indikatorer tydeliggjort. RHF-ene måles på fastsatte prestasjonsmål, men antallet prestasjonsmål er redusert fra KBF.

RBF kommer i tillegg til eksisterende finansieringsordninger, dvs. basisbevilgning og Innsatsstyrt finansiering (ISF). RBF innebærer et alternativ til fordeling av budsjettmidler. I RBF tas det hensyn til grad av måloppnåelse på sentrale mål for utvikling av tjenesten.

Til grunn for beregning av RBF ligger et sett med utvalgte indikatorer med tilhørende prestasjonsmål. Måloppnåelse for indikatorene brukes til å beregne poeng per RHF som deretter vektes for å ta hensyn til RHF-enes størrelse og pasientsammensetning. RBF fordeler midler fra staten til RHF mens RHF-ene står fritt til å omfordele inntektene fra RBF-ordningen i tråd med behov og ønskede prioriteringer i regionen.

Dokumentet skal først og fremst beskrive hvordan RBF-ordningen er utformet og hvordan beregninger utføres. I tillegg beskrives det som er nytt i modellen for RBF 2024. For en analyse av resultatene og en sammenligning av resultatene mot RBF 2023 henvises det til eget dokument som omhandler resultater i RBF 2024.

INNLEDNING	3
1. RESULTATBASERT FINANSIERING	5
1.1 Formålet med ordningen	5
1.2 Årlig prosess i resultatbasert finansiering	5
2. INDIKATORER I RBF	7
2.1 Indikatorer inkludert i RBF 2024	7
3. Endringsoversikt	9
3.1 Endringer i DRG- og STG-systemet	9
3.2 Endringer i prestasjonsmål	9
3.3 Endringer i måltall og vekting	9
3.4 Helsedirektoratets ansvar for beregning og kontroll	10
4. Belønningsmodellen og beregninger av inntekt fra RBF	11
4.1 Belønningsmodellen	11
4.1.1 Omfang av RBF	11
4.1.2 Datagrunnlag	11
4.1.3 Prestasjonsmål i RBF	12
4.1.3.1 Datakompletthet	12
4.1.3.2 Plassering	13
4.1.4 Fordelingseffekter	14
4.2 Beregning av RBF-inntekt	14
5. Vedlegg	16

1. RESULTATBASERT FINANSIERING

Formålet med ordningen er å stimulere til ønsket tjenesteutvikling, med vekt på samhandling og digitalisering.

1.1 Formålet med ordningen

Gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan og tildelingsbrev fikk Helsedirektoratet i oppdrag å videreutvikle ordningen kvalitetsbasert finansiering til å være tettere knyttet til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten. Det var et mål å redusere antall indikatorer i ordningen, og knytte dem tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig samhandling og digitalisering. Ettersom ordningen ikke lenger er ment for å gi et overordnet fokus på kvalitetsarbeid, men er ment å dra tjenestene i utviklingen i fastsatt retning, er navnet endret fra kvalitetsbasert finansiering til resultatbasert finansiering (RBF).

RBF skal være et supplement til gjeldende finansieringsordninger rettet mot regionale helseforetak (RHF). Andelen resultatbasert finansiering er lav, men størrelse og innretning vil kunne justeres med utgangspunkt i erfaringene som gjøres.

Resultatbasert finansiering skal ikke være styrende for de prioriteringer som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som tilbys helsehjelp eller hvilken type helsehjelp som ytes. Dokumentet er ikke bestemmende for hvordan regionale helseforetak finansierer virksomheter, offentlige eller private, for å realisere sitt «sørge for»-ansvar.

1.2 Årlig prosess i resultatbasert finansiering

Den årlige prosessen i resultatbasert finansiering er fremstilt i tabell 1 under. Beregning av resultatbasert finansiering er delt opp i en foreløpig og en endelig beregning. Ved foreløpig fordeling, som fremlegges i forslaget til statsbudsjett i oktober er det beregninger av data fra 1. tertial som ligger til grunn. Når årsdata foreligger vil endelig fordeling av RBF fremlegges i revidert nasjonalbudsjett (RNB) hvor det gjøres en avregning i forhold til foreløpig fordeling.

Tabell 1: Årlig prosess i RBF

Tidsrom	Aktivitet
Januar – desember	Helsetjenester utføres og data rapporteres
Juni	Data 1. tertial foreligger
Oktober	Statsbudsjettet og foreløpig beregning fremlegges
Februar	Årsdata foreligger
Mai	RNB og endelig beregning fremlegges

For foreløpig beregning av RBF 2024 er indikatorer fra NPR basert på data fra 1. tertial 2023, mens indikatorer fra NKI-systemet er basert på årsdata 2022. Ved endelig beregning av RBF 2024 vil det være årsdata for 2023 for indikatorene fra NPR som ligger til grunn for beregningen.

2. INDIKATORER I RBF

Indikatorer er de sentrale parameterne i RBF-ordningen. Indikatorene som inkluderes skal være betydningsfulle, nyttige og gjennomførbare. Underliggende data skal publiseres jevnlig og indikatorene skal måle ønsket praksisendring i tjenesten.

Gjennom Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) beskrives kvalitetsindikator som et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i et eller flere av dimensjonene av kvalitet og kan for eksempel måle helsetjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultat av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorer bør ses i sammenheng og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten.

RBF er for flere av indikatorene nært knyttet opp til Innsatsstyrt finansiering (ISF) ved at det er de samme løsninger som ligger til grunn. Til grunn for ISF ligger DRG (Diagnose relaterte grupper) og STG (Særtjeneste grupper). RBF vil derfor være følsom for endringer i ISF. Eventuelle endringer i DRG/STG logikk som påvirker RBF vil bli beskrevet i kapittel 3.

2.1 Indikatorer inkludert i RBF 2024

For RBF 2024 er det kun inkludert prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet f.eks. diagnostikk, behandling), i tidligere modeller og lignende ordninger er det i tillegg aktuelt å inkludere strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre m.m.) og resultatindikatorer (overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.).

En forutsetning for valg av indikatorer har vært at de skal måle ønsket praksisendring i tjenesten, gjennom økt grad av digitalisering og bedret samhandling. Indikatorene som er inkludert er til dels hentet fra det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet, og dels fra data fra Norsk pasientregister, behandlet på samme måte som data til Innsatsstyrt finansiering (se Regelverk for ISF).

Datagrunnlaget for indikatorene er basert på gjeldende lover og forskrifter om behandling av helseopplysninger. Registrering og rapportering av data må også ha tilstrekkelig kvalitet. I 2024-utgaven av RBF er det inkludert ni indikatorer. To fra det nasjonale kvalitetsindikator-systemet (NKI-systemet) og syv beregnet fra NPR-data.

Følgende indikatorer er i 2024 basert på data fra NPR, og tilsvarer aktiviteten som også benyttes i Innsatsstyrt finansiering (ISF):

1. Video- og telefonkonsultasjoner
2. Samarbeidsaktiviteter (PHV/TSB)
3. Samarbeidsaktiviteter (Somatikk)
4. Teambasert oppfølging (ACT/FACT-team) (PHV/TSB)
5. Teambasert oppfølging (Somatikk)
6. Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering
7. Gjennomført nettbasert behandlingsprogram

Data presentert i foreløpig beregning for 2024 er basert på data fra 1. tertial 2023. Endelig avregning for RBF vil bli foretatt på årsdata 2023 for disse fem indikatorene.

Følgende indikatorer nedenfor er fra NKI-systemet. Data er fra 2022.

1. Andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan (PHV/TSB)
2. Epikrisetid - andel epikriser sendt innen 1 dag

3. Endringsoversikt

Her gis en kort oversikt over endringen i RBF for 2024, sammenlignet med 2023.

3.1 Endringer i DRG- og STG-systemet

For 2023 er det gjort endringer i DRG- og STG-systemet som påvirker beregningen av indikatorene i RBF. Samarbeidsaktiviteter med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten for PHV/TSB flyttes fra DRG-systemet til STG-systemet. DRGene TD93A/B og DRG TD95A/B utgår og blir erstattet med STG TS08A/B Samarbeid- og oppfølgingsaktiviteter med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten for psykiske og rusrelaterte problemstillinger – Voksne/Barn og unge.

For teambasert oppfølging (ACT/FACT-team) hvor teller tidligere er blitt beregnet basert på unike pasienter med observasjon av prosedyrekoden IEAD00, er det teller for 2024 beregnet basert på unike pasienter med observasjon av STG TS01 Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam.

3.2 Endringer i prestasjonsmål

For RBF 2024 er det valgt å utvide antall indikatorer med to nye indikatorer i modellen og justere ned vektingen for prestasjonsmålet datakomplettethet fra 10% til 5%. På indikatorsiden har indikatorene som tidligere dekket PHV/TSB blitt utvidet til å også omhandle somatikk, dette gjelder samarbeidsaktiviteter og teambasert oppfølging. Ved en reduisering av vektingen av datakomplettethet, har vektingen av prestasjonsmålet plassering økt fra 90% til 95%.

Datakomplettethet har i tidligere modeller vært tilknyttet samtlige indikatorer i modellen. For 2024 er datakomplettethet tilknyttet indikatorene som kommer fra NKI-systemet.

3.3 Endringer i måltall og vekting

For indikatorene Samarbeidsaktiviteter (somatikk) og Teambasert oppfølging (somatikk) som er de to nye indikatorene i årets modell er måltall satt til 1%, noe som samsvarer med observasjoner for aktuelle indikatorer.

Ved implementering av to nye indikatorer i modellen er det nødvendig med justeringer i vekting av eksisterende indikatorer.

For Samarbeidsmøter (PHV/TSB) har vi valgt å nedjustere vektingen fra 24% til 20% for å få et noe nærmere forhold med vektingen av Samarbeidsmøter (Somatikk). Samtidig opprettholder vi en forskjell på vektene på bakgrunn av størrelsen på observasjoner og prioriteringer på området PHV/TSB. Ved en senere anledning kan vektingen mellom indikatorene harmoniseres, men ved implementering av nye indikatorer er det valgt at denne vektet lavere enn PHV/TSB i oppstartsfasen. Antall observasjoner for somatikk indikatorene er noe lavere sammenlignet med PHV/TSB, noe som gjør at ved en høyere vekting

av indikatoren i modellen vil endringer i datakvalitet og kodningsforskjeller mellom RHF-ene ha en større innvirkning på totalen enn ved en lavere vekt.

For Teambasert oppfølging (Somatikk) har vi valgt å vekte med 3% som er noe under vektingen på 7,5% for Teambasert oppfølging (PHV/TSB). Forskjellen i vektingen mellom områdene er basert på samme begrunnelse som beskrevet i avsnittet over for samarbeidsmøter.

For indikatoren Andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan har vi valgt å nedjustere vektingen fra 9% til 3%. Nedjusteringen er gjort på bakgrunn av utfordringer knyttet til blant annet datakvalitet og bruksområde.

3.4 Helsedirektoratets ansvar for beregning og kontroll

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

4. Belønningsmodellen og beregninger av inntekt fra RBF

Belønningsmodellen utgjør strukturen for hvordan RHF-ene blir tildelt poeng for sin måloppnåelse på indikatorene. Poengene blir deretter omregnet til kroner som gir inntekt til RHF-ene. RBF er en oppgjørsordning mellom stat og RHF. Det er de regionale helseforetakene som bestemmer hvordan underliggende enheter påvirkes av refusjonen fra RBF.

4.1 Belønningsmodellen

RBF-modellen bruker et poengsystem som grunnlag for beregningene av inntekt til RHF-ene. Utgangspunktet er et samlet antall poeng (100 000 poeng) som er fordeles til hver indikator som følger:

Tabell 2: Oversikt over indikatorer og vekt per indikator

Indikator	Vekt
Video- og telefonkonsultasjon	24,0 %
Samarbeidsaktiviteter (PHV/TSB)	20,0 %
Samarbeidsaktiviteter (Somatikk)	7,0 %
Teambasert oppfølging (ACT-/FACT-team)	7,5 %
Teambasert oppfølging (Somatikk)	3,0 %
Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering	4,0 %
Gjennomført nettbasert behandlingsprogram	7,5 %
Andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan (PHV/TSB)	3,0 %
Epikrisetid - andel epikriser sendt innen 1 dag	24,0 %

Det er valgt å vekte indikatorene med et lavt antall observasjoner lavere enn indikatorer med et høyt antall observasjoner. Dette begrunnes i at for indikatorer med et lavt antall observasjoner kan små endringer få store utslag.

4.1.1 Omfang av RBF

Midler til resultatbasert finansiering fastsettes på årlig basis i statsbudsjettet. I statsbudsjettet for 2024 er det lagt til grunn omtrent 646 millioner kroner.

4.1.2 Datagrunnlag

Norsk pasientregister (NPR) inneholder helseopplysninger om alle personer som har fått behandling, eller som venter på behandling i spesialisthelsetjenesten. RBF beregnes på grunnlag av data utlevert fra NPR og indikatorer hentet fra nasjonale kvalitetsindikator systemet (NKI). Data skal rapporteres til registeret i tråd med bestemmelser i Norsk pasientregisterforskrift (NPR-forskriften) og pålegg gitt i medhold av denne.

For beregning av data utlevert fra NPR har Helsedirektoratet ansvar for å beregne RBF i tråd med bestemmelsene i regelverket.

Datagrunnlag som ligger til grunn for de enkelte indikatorene i teller og nevner vises i tabell i vedlegg. Foreløpig beregning av RBF 2024 er basert på data fra 1. tertial 2023 for indikatorene som er basert på data fra NPR og årsdata for 2022 for indikatorene som kommer fra NKI-systemet. Denne beregningen er midlertidig før det vil gjennomføres en avregning ifb. Revidert nasjonalbudsjett for 2024, der data for hele 2023 benyttes. Dette vil gjelde for indikatorene fra NPR-data. Resultatet for indikatorene fra NKI ligger fast for året.

4.1.3 Prestasjonsmål i RBF

Prestasjonsmålene som er inkludert i modellen er datakomplettethet og plassering. For disse prestasjonsmålene kan vi skille mellom absolutte og relative prestasjonsmål.

Med absolutte prestasjonsmål vil et helseforetak/RHF utløse bonus så lenge de når fastsatte prestasjonsmål. Med relative prestasjonsmål vil bonus i tillegg avhenge av hvor mye de andre forbedrer seg. I resultatbasert finansiering er det ønskelig å gi insentiver til måloppnåelse opp til et fastsatt mål, men ikke sterke insentiver til måloppnåelse utover det gitte målet. For dette blir det benyttet en trappetrinnsmodell som forklares nærmere senere i kapittelet. Følgende vekt er gitt prestasjonsmålene i modellen:

- Datakomplettethet 5%
- Plassering 95%

Datakomplettetskriteriet gir tjenesteyterne insitamenter til tilfredsstillende dataregistrering. Datakomplettethet fungerer derfor som en inngangsport i modellen. Manglende datakomplettethet medfører at det ikke oppnås poeng på det andre prestasjonsmålet. Prestasjonsmålet plassering gir insentiver til høy måloppnåelse opp til et fastsatt mål, men ikke til måloppnåelse ut over målet.

4.1.3.1 Datakomplettethet

I resultatbasert finansiering benyttes datakomplettethet som et eget prestasjonsmål, hvor RHF-ene får poeng basert på om de har god nok datakomplettethet på de ulike indikatorene. I årets modell er datakomplettethet knyttet til indikatorene fra NKI-systemet. I tillegg benyttes datakomplettethet som et kriterium for uttelling på prestasjonsmålet plassering. Krav til god datakomplettethet vil være et insentiv for RHF til å ta et større ansvar for registrerings- og rapporteringsarbeidet.

Med datakomplettethet menes at sykehusene registrerer og rapporterer data i samsvar med kravene knyttet til de aktuelle kvalitetsindikatorene. Bare når kravet oppfylles vil det utløses poeng for den aktuelle indikator. I dagens modell benyttes datakomplettethet som et kriterium for uttelling på prestasjonsmålet plassering hvor det er i RBF 2023 satt en grense på 50% tilfredsstillende datakvalitet. Datakomplettetheten beregnes ut fra andel HF i RHF-et som har tilfredsstillende rapportering. På [Helsedirektoratet.no/kvalitetsindikatorer](https://helsedirektoratet.no/kvalitetsindikatorer) vil ikke sykehus eller helseforetak med færre enn fem pasienter være registrert med data av personvern hensyn. Dataene vil likevel inngå på det aggregerte RHF-nivået og er dermed inkludert i RBF-beregningen.

4.1.3.2 Plassering

En tilsvarende trappetrinnsmodell med intervaller benyttes for prestasjonsmålet plassering. Intervallene varierer mellom indikatorene ettersom de er tilpasset måltallet for den enkelte indikator. Antall poeng øker når måloppnåelsen nærmer seg måltallet, men måloppnåelse ut over måltallet ikke vil gi ekstra uttelling.

Tabellen under viser et eksempel av trappetrinnsmodellen hvor måltallet er 15%.

Tabell 4: Uttelling per trappetrinn per indikator (eksempel på 15%)

Måloppnåelse	Uttelling
0 - 2,99	0
3 - 5,99	x
6 - 8,99	2x
9 - 11,99	4x
12 - 14,99	5x
>15	5x

Måltallet per indikator vises i tabellen under. Indikatorene "Andel schizofrenidiagnostiserte" og "Epikrisetid" er hentet fra nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). Indikatorene hentet fra NPR har ulike måltall. Dette er blant annet knyttet til antall observasjoner for de enkelte indikatorene som i flere tilfeller foreløpig er lavt og varierer mye mellom helseforetak.

Tabell 5: Måltall per indikator

Indikator	Måltall
Video- og telefonkonsultasjon	15 %
Samarbeidsaktiviteter (PHV/TSB)	25 %
Samarbeidsaktiviteter (Somatikk)	1 %
Teambasert oppfølging (ACT-/FACT-team)	2 %
Teambasert oppfølging (Somatikk)	1 %
Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering	1 %
Gjennomført nettbasert behandlingsprogram	1 %
Andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan (PHV/TSB)	70 %
Epikrisetid - andel epikriser sendt innen 1 dag	70 %

4.1.4 Fordelingseffekter

I modellen er det beregnet 95 000 poeng som skal fordeles på de ulike indikatorene. Total poengsum per indikator blir beregnet ut fra vekten som er gitt hver enkelt indikator og fordelingen av poengsum mellom indikatorene vises i tabellen under. I tillegg kommer 5 000 poeng for datakomplethet.

Tabell 6: Total poengsum per indikator basert på vekt gitt per indikator

Indikator	Vekt	Total poengsum
Video- og telefonkonsultasjon	24,0 %	22 800
Samarbeidsaktiviteter (PHV/TSB)	20,0 %	19 000
Samarbeidsaktiviteter (Somatikk)	7,0 %	6 650
Teambasert oppfølging (ACT-/FACT-team)	7,5 %	7 125
Teambasert oppfølging (Somatikk)	3,0 %	2 850
Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering	4,0 %	3 800
Gjennomført nettbasert behandlingsprogram	7,5 %	7 125
Andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan (PHV/TSB)	3,0 %	2 850
Epikrisetid - andel epikriser sendt innen 1 dag	24,0 %	22 800

4.2 Beregning av RBF-inntekt

For hvert RHF summeres den samlede genererte poengsum basert på måloppnåelse for alle indikatorene og prestasjonsmålene. Poengsummen vektes deretter med en fordelingsnøkkel for å korrigere for ulik størrelse i pasientgrunnet i RHF-et. I RBF 2024 ble fordelingsnøkkel beregnet ut fra tallene for foreslått budsjett for 2023¹. Disse er fremstilt i tabell 2.

Tabell 7: Fordelingsnøkkel som er brukt for å justere poengene i RBF for helseregionenes pasientsammensetning

RHF	Fordelingsnøkkel
Midt-Norge	0,1428
Nord	0,1239
Sør-Øst	0,5419
Vest	0,1915

Når poeng ikke genereres som følge av at et belønningskriterium ikke nås faller de tilhørende poengene ut av enkeltindikatoren. For at alle poengene skal bli fordelt blir de vektete poengene derfor normert til 100 000 gjennom normeringsfaktoren. Videre beregnes årlig et kronebeløp per poeng ved at tildelte midler i RBF deles på de 100 000 poengene i modellen. Dette kronebeløpet multipliseres med summen av beregnede poeng for hvert RHF for å finne RBF-inntekten. Utregningen er illustrert i tekstboksen under.

¹ Post 72 – 75 i kapittel 732 i Statsbudsjettet: [Prop. 1 S \(2022 - 2023\) \(regjeringen.no\)](#)

I ligningen ser man at en helseregions RBF-inntekter (1) avhenger av antall utbetalingspoeng (3) de mottar. Dette multipliseres med enhetsverdien per poeng (2).

$$(1) \text{Inntekt fra RBF} = \text{Poengverdi} \times \text{Antall poeng}_{RHF}$$

Poengverdien får man ved å dele totale midler gjennom RBF på det totale antallet poeng i RBF-modellen (100 000 poeng).

$$(2) \text{Poengverdi} = \frac{\text{Midler i RBF i aktuelt budsjettår}}{\text{Totalt antall poeng i RBF}}$$

Poeng som brukes for utbetaling er korrigert med en normeringsfaktor.

$$(3) \text{Poeng for utbetaling}_{RHF} = \text{Normeringsfaktor} \times \text{Vektete poeng}_{RHF}$$

Normeringsfaktoren er et resultat av differansen mellom de 100 000 kvalitetspoengene som kan deles ut via RBF-modellen og de faktiske (vektede) poengene som oppnås i RBF-modellen hvert år.

$$(4) \text{Normeringsfaktor} = \frac{\text{Alle poeng i RBF (100 000)}}{\text{Alle vektete poeng i RBF i aktuelt år}}$$

De vektete poengene er poeng for måloppnåelse innen kvalitet korrigert med innbyggertallet i helseregionen (fordelingsnøkkelen).

$$(5) \text{Vektete poeng} = \text{Fordelingsnøkkel}_{RHF} \times \sum \text{poeng for prestasjon innen RBF}_{RHF}$$

5. Vedlegg

Nr	Navn	Indikator (Opphold)	Somatikk – PHV/TSB	Teller	Nevner	Kilde	Kommentar
1	Video- og telefonkonsultasjoner	Andel video- og telefonkonsultasjoner av totalt antall polikliniske konsultasjoner	Somatikk og PHV/TSB	Antall obs av video og telefon innen pol konsultasjoner per HF - somatikk og PHV/TSB	Antall polikliniske konsultasjoner somatikk og PHVTSB per helseforetak	ISF-data. Kun tellende ISF-opphold	Med Polikliniske konsultasjoner menes her opphold gruppet til en DRG innen DRG-tjenestetype "Polikliniske konsultasjoner".
2	Samarbeidsaktiviteter (PHV/TSB)	Andel pasienter med minst en observasjon av STG TSA08A eller TSA08B innen PHVTSB innen samme helseforetak	PHV/TSB	Unike pasienter med en observasjon av STG TS08A eller TS08B innen PHVTSB innen samme helseforetak	Alle unike pasienter innen PHV/TSB innen samme helseforetak. Uavhengig om det er observasjon i teller eller ikke. Alle unike i et HF i RHF-et skal inkluderes.	ISF-data. Kun tellende ISF-opphold	I nevner vil alle unike pasienter under RHF-ene inkluderes, det uavhengig om det er observasjon i teller eller ikke
3	Samarbeidsaktiviteter (Somatikk)	Andel pasienter med minst en observasjon av STG XS08 innen somatikk innen samme helseforetak	Somatikk	Unike pasienter med en observasjon av STG XS08 innen somatikk innen samme helseforetak	Alle unike pasienter innen somatikk innen samme helseforetak. Uavhengig om observasjon i teller eller ikke. Alle unike i et HF i RHF-et.	ISF-data. Kun tellende ISF-opphold	I nevner vil alle unike pasienter under RHF-ene inkluderes, det uavhengig om det er observasjon i teller eller ikke
4	Teambasert oppfølging (ACT- og FACT-team)	Andel pasienter med minst en observasjon av STG TS01 innen PHVTSB innen samme helseforetak	PHV/TSB	Unike pasienter med en observasjon av STG TS01 innen PHVTSB innen samme helseforetak	Alle unike pasienter innen PHV/TSB innen samme helseforetak. Uavhengig om observasjon i teller eller ikke. Alle unike i et HF i RHF-et.	ISF-data. Kun tellende ISF-opphold	I nevner vil alle unike pasienter under RHF-ene inkluderes, det uavhengig om det er observasjon i teller eller ikke
5	Teambasert oppfølging (Somatikk)	Andel pasienter med minst en observasjon av STG XS09 innen somatikk innen samme helseforetak	Somatikk	Unike pasienter med en observasjon av STG XS09 innen somatikk innen samme helseforetak	Alle unike pasienter innen somatikk innen samme helseforetak. Uavhengig om observasjon i teller eller ikke. Alle unike i et HF i RHF-et.	ISF-data. Kun tellende ISF-opphold	I nevner vil alle unike pasienter under RHF-ene inkluderes, det uavhengig om det er observasjon i teller eller ikke
6	Digital, skjembasert pasientoppfølging og monitorering	Andel pasienter med minst en observasjon av WMGA28 innen somatikk og PHV/ TSB innen samme foretak	Somatikk og PHVTSB	Unike pasienter med en observasjon av WMGA28 innen somatikk og PHV/TSB innen samme foretak	Alle unike pasienter innen somatikk og PHV/TSB innen samme helseforetak. Uavhengig om observasjon i teller eller ikke. Alle unike i et HF i RHF-et.	ISF-data. Kun tellende ISF-opphold	I nevner vil alle unike pasienter under RHF-ene inkluderes, det uavhengig om det er observasjon i teller eller ikke
7	Gjennomført nettbasert behandlings-program	Andel pasienter som har minst en observasjon av IEAB20 innen somatikk og PHV/TSB innen samme foretak	Somatikk og PHVTSB	Unike pasienter som har en observasjon av IEAB20 innen somatikk og PHV/TSB innen samme foretak	Alle unike pasienter innen somatikk og PHV/TSB innen samme helseforetak. Uavhengig om observasjon i teller eller ikke. Alle unike i et HF i RHF-et.	ISF-data. Kun tellende ISF-opphold	I nevner vil alle unike pasienter under RHF-ene inkluderes, det uavhengig om det er observasjon i teller eller ikke
8	Andel schizofreni-diagnostiserte som har fått individuell plan	For informasjon om teller og nevner. Se link	Kun PHV/TSB	13-10391-11 IP_schizofreni PHV.pdf (helsedirektoratet.no)		NKI-data	
9	Epikrisetid - andel epikriser sendt innen 1 dag (Somatikk, PHV og TSB)	For informasjon om teller og nevner. Lik beregning av teller og nevner innenfor Somatikk, PHV og TSB. Se link	Somatikk og PHV/TSB	Epikrisetid somatikk.pdf (helsedirektoratet.no)		NKI-data	

