

Høringsnotat for justering av takster i primærhelseteam

1. Bakgrunn

1.1 Generelt

Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam § 7 omtaler Helsedirektoratets mulighet til å justere takstene i primærhelseteam underveis i forsøksperioden. Helsedirektoratet vurderer eksisterende takster og vurderer justering av disse, i tillegg til å vurdere om det finnes andre oppgaver sykepleier utfører som bør ha takstfinansiering.

Helsedirektoratet har mottatt innspill til takstjusteringer fra Helfo og enkelte av praksisene. Notatet samler innspillene med Helsedirektoratets foreløpige kommentarer, og vi ønsker å motta tilbakemeldinger på våre vurderinger fra høringsinstansene. Takstene for primærhelseteam skal justeres fra 1. juli 2022.

Frist for å komme med innspill settes til **fredag 20. mai 2022**.

1.2 Føringer for arbeidet

Justering av takstene bør ligge innenfor rammene av de føringer som fremgår av forskriftens høringsnotat.

Man har i høringsnotatet tatt utgangspunkt i at sykepleiers aktivitet i skal finansieres gjennom en kombinasjon av fast driftstilskudd og takster. I honorarmodellen er fordelingen mellom tilskudd og takstfinansiering/egenandeler satt til 50/50. Det er opprettet egne takster for sykepleier. Disse skal blant annet gi insentiv til at sykepleier ivaretar oppgaver som teamet skal ivareta på en bedre måte. Helse- og omsorgsdepartementet vurderte i forarbeidene løsningen med egne sykepleiertakster som mest egnet, og ikke en løsning der sykepleier gis rett til å utløse nærmere definerte takster for leger. Se nærmere om dette i forskriftens høringsnotat:

«Departementet har lagt avgjørende vekt på muligheten for å målrette sykepleiers aktivitet mot prioriterte oppgaver som teamene skal ivareta, inkludert oppgaver som fastlegene i for liten grad ivaretar i dag. Departementet mener egne takster for sykepleiere gir de beste forutsetningene for å nå dette målet. Egne takster gir dessuten større frihet både i forhold til fastsettelse av honorar og størrelse på egenandeler. Ved å innføre egne takster for sykepleier kan dessuten legenes takster beholdes uendret, og det rokkes ikke ved etablerte prinsipper om at hjelpepersonell ikke kan utløse legetakster på selvstendig grunnlag. Sykepleier vil i honorarmodellen kunne utløse sykepleiertakster på selvstendig grunnlag, men når sykepleier er til stede i legekonsultasjoner eller utfører oppgaver i forbindelse med en legekonsultasjon benyttes ikke sykepleiertakstene. Da utløser legen de takster som er aktuelle i forbindelse med konsultasjonen. Sykepleier bidrar som hjelpepersonell.»

Det er videre beskrevet i forarbeidene at takstene er relativt bredt formulert, noe som fører til at en større andel av sykepleiers arbeidsoppgaver vil utløse takster. Det er beregnet at en betydelig del av sykepleiers arbeidsdag vil være faglig-administrative oppgaver som ikke utløser takster.

Når sykepleier utfører behandling og utløser takster på selvstendig grunnlag fremmes krav om refusjon etter takstene i Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam gjennom leder av driftsselskapet. Helsedirektoratet vil vurdere takstene med bakgrunn i de målsetninger og føringer som fremkommer av høringsnotatet. Videre er det påpekt antall takster bør holdes på et forsvarlig nivå, og det er ikke noe målsetning at vi skal legge til rette for en større økning i antall sykepleiertakster.

1.3 Status for andel takstfinansiering av sykepleier i honorarmodellen

Det er et mål i forsøket at sykepleiertakstene i honorarmodellen skal finansiere 50 prosent av kostnaden for sykepleier. I andre halvår 2019 økte praksisenes inntekter fra sykepleiertakster betydelig, og nærmet seg målsettingen om 50 prosent. I 2020 og første halvår 2021 ble praksisenes takstinntekter redusert, og gjennomsnittlig takstinntjening lå i underkant av 40 prosent. Fra høsten 2021 økte takstinntektene, og har siden september 2021 ligget i overkant av 40 prosent. De siste 6 månedene, har 6 av praksisene hatt gjennomsnittlig takstinntjening på 45 prosent eller høyere.

Resultatene varierer mye mellom praksisene. To av totalt 12 praksiser med honorarmodellen ligger betydelig over 50 prosent, mens tre praksiser ligger under 30 prosent. De fire praksisene som startet opp i 2020 kom relativt raskt opp på rundt 40 prosent, men i 2021 lå andelen lavere.

En viktig årsak til at takstinntektene ble redusert i 2020 og 2021 er at sykepleier brukte tid til pandemiarbeid. Dette tar tid som sykepleierne kunne brukt til PHT-arbeid og til å utløse PHT-takster. Samtidig genererer sykepleiernes pandemiarbeid inntekter til praksisene som ikke blir synlige i våre oversikter over inntjening fra sykepleiertakster.

Slik Helsedirektoratet oppfatter situasjonen, gir de fleste praksislederne uttrykk for at totaløkonomien i forsøket er tilfredsstillende. Helsedirektoratet legger derfor ikke opp til noen betydelig økning av honorarene i forslagene til justering av takstene som ligger i dette høringsnotatet.

2. Forslag til justering av takster for sykepleier

Helsedirektoratet sendte 16. mars epost til praksiser, evaluator og Helfo med invitasjon til å komme med innspill til takstjusteringer i primærhelseteam. Vi har mottatt færre forslag i år enn det vi har mottatt tidligere år. Flere av forslagene som er spilt inn er forslag som også ved tidligere prosesser vurdert, og høringsnotatet inneholder generelt få forslag til endringer sammenlignet med tidligere år. Forslag til justeringer fra Helsedirektoratet, Helfo og praksisene gjengis under sammen med en foreløpig vurdering fra Helsedirektoratet.

2.1 Justering av honorar og sykepleiertilskudd

Taksthonorarene vil justeres fra 1. juli 2022. For takstene S1a, S1b, S1c, S1d, S2a, S2ae, S2b og S6 vil det ikke bli foreslått justering av honorar spesielt for primærhelseteam. Dette er takster hvor

honoraret følger tilsvarende takster i stønadsforskriften. Dersom honoraret for disse takstene blir justert for legene, vil de bli justert tilsvarende i for primærhelseteam.

Takstene S2bc, S2c, S3a, S3b, S3c, S4, S4a og S5 vil bli justert etter en modell som estimerer disse taksternes takstfinansieringsbehov.

Det vil ikke gjøres endringer i egenandeler fra 1. juli i år i stønadsforskriften for leger. Derfor vil direktoratet heller ikke forslå å justere egenandeler i primærhelseteamforskriften. Egenandeler for pasienter i primærhelseteam følger normalt de samme egenandeler som fremgår av stønadsforskriften for leger.

Dette høringsnotatet handler om justering av takstene. Når det gjelder tilskuddsdelen av finansieringen, vil vi orientere om at tilskuddet som gis for sykepleiere i honorarmodellen og driftstilskuddet i driftstilskuddsmodellen vil bli oppjustert fra 1.7.2022. Takstinntjeningen i driftstilskuddsmodellen baserer seg på pasienters egenandel og egenbetaling, slik at praksisene ikke vil oppnå høyere inntjening i form av egenandeler. At det ikke blir noen justeringer i egenandelene fra 1. juli i år vil derfor måtte hensyntas i beregningen av tilskuddet til praksiser i driftstilskuddsmodellen. Mer informasjon om dette kommer senere.

2.2 Takster for eksterne og interne møter

En av praksisene har spilt inn behovet for egne sykepleiertakster for eksterne og interne møter som ikke kan knyttes opp mot enkeltpasienter. Eksempelvis kan det nevnes ukentlige møter som sykepleier har på legekantoret, eller møter med hjemmesykepleien eller DPS. Sykepleier gjennomfører også møter med boliger for PU eller psykisk helse og rus, hvor samarbeid diskuteres på et generelt nivå, og ikke nødvendigvis kan knyttes opp til en enkelt pasient. Sykepleier bruker mye tid på slike møter selv om dette ikke genererer takstinntekter.

Helsedirektoratets kommentar:

Takster for interne møter, eller internt samarbeid på legekantoret har blitt spilt inn som forslag flere ganger fra praksisene. Helsedirektoratet har tidligere vurdert at slike takster vil bryte med grunnleggende prinsipper om at internt samarbeid i teamet ikke skal honoreres særskilt gjennom folketrygden. Formålet med folketrygden kapittel 5 er å gi hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte,(...). Det gis med andre ord refusjon for pasientrettet arbeid, og møter som ikke angår enkeltpasienter faller utenfor det folketrygden dekker. Interne møter og samarbeid er en forventet og naturlig arbeidsform i teamet, og ikke noe som bør finansieres gjennom sykepleiertakster. Denne avgrensningen er lik som for fastlegene, som heller ikke får honorert intern møtevirksomhet.

Sykepleier skal finansieres gjennom 50% takster, og slik vi har vurdert dette tidligere vil aktiviteter som interne møter og samarbeid ligge under den delen som ikke skal takstfinansieres.

Helsedirektoratet mener fremdeles at denne vurderingen er riktig.

For kommunikasjon eller møter med eksterne kan takst S1b eller S5 benyttes. En forutsetning for bruk av disse takstene er imidlertid at møtene eller kommunikasjonen omhandler enkeltpasienter. Etter vår vurdering er det et viktig hensyn at stønad etter folketrygden må rette seg mot enkeltpasienter. Det er det enkelte medlemmet som har rett til stønad, og møter som gjennomføres

uten at det knyttes til en enkeltpasient kan derfor etter vårt syn ikke finansieres gjennom folketrygdloven.

2.3 Tidstakst for samtaler med hjemmesykepleien

Vi har mottatt innspill fra en av praksisene om at det er behov for en tidstakst for kommunikasjon med hjemmesykepleien. Innspillet er begrunnet med at sykepleier ofte bruker mye tid i telefonen sammen med hjemmesykepleien, og at tidsbruken ofte går over 15 til 20 minutter. Det kan være krevende samtaler hvor pasienten ikke er til stede og hvor det ikke er definert som et møte.

Helsedirektoratets kommentar:

Honorar for kommunikasjon med hjemmesykepleien om enkeltpasienter gis etter takst S1b. Denne taksten er likt honorert med takst 1f i stønadsforskriften for leger; per i dag kr. 107,-. Det ligger således en forventning om at sykepleier skal kunne bruke mer tid på de krevende telefonsamtalene enn det kanskje legen vil gjøre; gjerne 15 – 20 minutter. Dette er helt i tråd med forutsetningen om at sykepleier skal ha rom til å bruke lenger tid på pasientrettet arbeid.

Takst 1f kan ikke kombineres med tidstakst eller andre takster. Direktoratet kan ikke se at det er nødvendig å åpne opp for at takst S1b skal kunne kombineres med tidstakst. Slik vi vurderer dette er det naturlig at taksten har lik refusjon som takst 1f. Tilsvarende har legene heller ikke mulighet til å få ekstra betalt for en mer tidkrevende kommunikasjon.

Det finnes ingen tidstakst for legenes takst 1f, og etter vår vurdering vil det være viktig at sykepleiers takstmuligheter ikke strekker seg utover det som er mulighetsrommet i stønadsforskriften. I likhet innspillet om S1b bør utvides til å gjelde kontakt med spesialisthelsetjenesten, så vurderer Helsedirektoratet at S1b bør også fremover bør tilsvare takst 1f i stønadsforskriften.

Vi minner likevel om at taksten kan tas flere ganger for samme pasient dersom det er å regne som en ny kontakt.

2.4 Tolketakst

Det har kommet forslag om innføring av tolketakst for sykepleier. Stønadsforskriften for leger har egen tolketakst, som kan benyttes i tillegg til konsultasjons og tidstakst. Bakgrunnen for forslaget er at også sykepleier har merarbeid ved bruk av tolk til oppfølginger. Ønske om en sykepleiertakst ved bruk av tolk har også blitt tatt opp av flere praksiser i statusmøter med Helsedirektoratet.

Helsedirektoratets kommentar:

Helsedirektoratet har forståelse for at det tar ekstra tid for sykepleier å følge opp fremmedspråklige pasienter. Lege kan kreve en egen takst, takst 7. Denne gjelder der legen må kommunisere gjennom 3. person fordi pasienten er fremmedspråklig, døv eller av medisinske tilstander mangler vanlig språk. Friske småbarn anses uansett ikke som språksvake, med mindre barnets pårørende er fremmedspråklige og trenger tolk. Demente regnes heller ikke som språksvake. Det er ikke krav om autorisert tolk, men det er krav om aktiv tolking via en tredjeperson som har tilstrekkelig kompetanse. Tolkingen kan skje per telefon.

Det er i første rekke kommunen som har plikt til å fremskaffe tolk. Kommunen har ansvaret for eventuell betaling til tolken; takst 7 dekker ikke utgiftene til tolk, men kun mertidsbruk mm. for legen.

Sykepleier er forutsatt å benytte mer tid på pasienten, og kan kreve oppfølgingstaksten (S2a, S2ae, S2aek) i tillegg til tidstakst en S2bc dersom språkproblemene medfører at oppfølgingen tar lenger tid enn for andre pasienter.

Det er en forutsetning at forsøksforskriften ikke skal bli for detaljert og at antall takster skal holdes på et forsvarlig nivå.

På en annen side er det viktig å sikre tolketjenester i de tilfeller hvor pasienten har behov for det. En sykepleiertakst for bruk av tolk kan bidra til at det blir fulgt opp. Tolketaksten er blant annet ment å gi kompensasjon for eksempelvis arbeidet som må til for å bestille tolk.

På bakgrunn av det overstående stiller direktoratet seg skeptisk til å etablere egne sykepleiertakster for tolk. Helsedirektoratet ønsker imidlertid høringsinstansenes syn på behovet for en egen tolketakst for sykepleier, herunder tidsbruk ved fremskaffelse og bruk av tolk med tilstrekkelig kompetanse.

2.5 Takst for treningsveiledning i grupper

Helsedirektoratet har mottatt forslag om innføring av takst for treningsveiledning av pasienter i grupper. Forslaget om takst for gruppetrim er også spilt inn ved tidligere prosesser med takstjustering, hvor Helsedirektoratet har vurdert at slik aktivitet ikke kan finansieres med refusjon fra folketrygden.

Helsedirektoratets kommentar:

Takst S4 er takst for sykepleieroppfølging i gruppe for instruksjon i egenbehandling og bygging av selvhjelpsnettverk innen en gruppe av pasienter. Veiledning ved gjennomføring av trening omfattes ikke av taksten.

Taksten kan ikke kreves ved trening, eller veiledning ved gjennomføring av trening. Trening eller turgrupper med pasienter vil for eksempel falle utenfor det arbeidet sykepleier er ment å gjøre med refusjon fra folketrygden. Begrunnelsen for det er at arbeid utover behandling av sykdom/mistanke om sykdom er ikke omfattet av folketrygdens finansieringsansvar. Kommunen har ansvar for helsefremmende og forebyggende tjenester, blant annet ved frisklivssentraler.

På denne bakgrunn er det Helsedirektoratets oppfatning at slike takster ikke kan innføres.

2.6 Takst for dialog med spesialisthelsetjenesten

Det har kommet forslag fra to av praksisene om opprettelse av egen takst for sykepleiers henvendelser til spesialisthelsetjenesten. Forslaget begrunnes med at sykepleier bruker mye tid på telefonsamtaler med spesialisttjenesten, og at dette er krevende samtaler hvor mye skal organiseres og koordineres.

Helsedirektoratets kommentar:

Forslaget om sykepleiers takst for kontakt med spesialisthelsetjenesten ble også vurdert under fjorårets prosess. Sykepleier har i dag takst S1b for telefonsamtale eller skriftlig henvendelse om pasienter til enkelte grupper behandlere/tjenester. Kommentaren til takst S1b viser til at taksten ikke kan anvendes ved kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Dagens S1b tilsvarer takst 1f i stønadsforskriften for leger. Kontakt med spesialisthelsetjenesten dekkes ikke etter takst 1f. Stønadsforskriften gir lege takst 1j for kontakt med spesialisthelsetjenesten, men taksten er begrenset til å gjelde fastlegen eller stedfortreder. Det har tidligere blitt vist til at takst S1b bør følge samme fortolkning og praksis som takst 1f. Dersom takst 1f endres, ville det være naturlig å endre sykepleiers takst S1b tilsvarende.

Legetaksten 1j er relativt ny og departementet ønsker å følge med på bruken. De regionale helseforetakene var involvert i forbindelse med innføringen av taksten, da bruk av taksten medfører ekstra arbeid for legespesialistene i helseforetaket. En innføring av takst for sykepleiers kontakt med spesialisthelsetjenesten forutsetter dialog med RHF i forkant.

Direktoratet anser 1j som en legetakst, og det var en forutsetning ved opprettelsen at det kun var fastlegen eller stedfortreder som kunne kreve taksten. Som en ekstra sikkerhet skulle navnet på legen i spesialisthelsetjenesten journalføres.

Helsedirektoratet ber om høringsinstansenes syn på det faglige grunnlaget for at sykepleier skal kontakte spesialister i spesialisthelsetjenesten.

2.7 Takst for sykepleier som gjennomfører årskontroller, for psykisk utviklingshemmede, pasienter med psykose og demens

Det har kommet forslag fra en av praksisene om å opprette ny sykepleiertakst for gjennomføring av årskontroll for psykiske utviklingshemmede, pasienter med psykose og demens. Det vil kunne bidra til å øke fokuset på disse pasientgruppene om det blir opprettet en egen takst, og vil gi insentiv for sykepleier til å øke hyppigheten av årskontroller for disse gruppene.

Helsedirektoratets kommentar:

Helsedirektoratet anser at dette er en ren legetakst, og ønsker ikke å foreslå takst for sykepleier for dette arbeidet. De praksisene som allikevel ønsker å bruke sykepleier til slikt arbeid, kan benytte eksisterende oppfølgingstakst eventuelt med tidstillegg. Vi viser også til målsettingen om å ikke gjøre forskriften for omfangsrik, og holde antall takster på et fornuftig nivå.

2.8 Kjøretakst til konsultasjoner utenfor det ordinære kontoret

Det har kommet innspill fra en av praksisene om en ny takst for kjøring til konsultasjon som ligger utenfor det ordinære kontoret. Bakgrunnen for innspillet er at det er nyttig for eksempelvis psykiatriske sykepleiere å ha konsultasjoner som foregår for eksempel i et annet lokale enn ved legekontoret, eller som gåtur, cafebesøk eller lignende. Dette gjelder spesielt for pasienter med angst og depresjon. Flere pasienter i målgruppen har dårlig oppmøtekompetanse, og det er da mest effektivt at psykiatriske sykepleier oppsøker pasienten på steder hvor de opplever seg trygge og har lettere for å prate. Ved å innføre en kjøretakst vil primærhelseteamet få mulighet til å tilby denne

pasientgruppen konsultasjoner, videokonsultasjoner, hjemmebesøk, konsultasjoner på lokasjoner hvor de føler seg trygge med å gjennomføre oppfølging.

Helsedirektoratets kommentar:

Utgangspunktet er at oppfølgingen/konsultasjonen skal skje på legekantoret eller via e-oppfølging. Hjemmebesøk skal kun skje når det er nødvendig, jf. kommentarene til takst S3a. Heller ikke i stønadsforskriften for leger finnes det takst som finansierer kjøring til konsultasjon som ligger utenfor ordinært kontor eller hjemmet til pasienten. Vi kan heller ikke se at slik takst ligger innenfor rammen av folketrygdens finansieringsansvar.

2.9 Fjerne takstene S2aek og 088ck

Helsedirektoratet har mottatt innspill om at takstene S2aek og 088ck bør fjernes fra taksttabellen. Takstene S2aek og 088ck gir mulighet for e-oppfølging hos sykepleier på kveld. Takstene ble innført i april 2020 som et tiltak under pandemien. Forslaget er å fjerne takstene for e-oppfølging kveld i både honorarmodellen og i driftstilskuddsmodellen.

Helsedirektoratets kommentar:

Takst for e-konsultasjon på kveld for leger kan fremdeles benyttes forutsatt at vilkårene er oppfylt. En forutsetning er blant annet at en slik oppfølging skal skje på initiativ fra pasienten eller ha vært avtalt med pasienten. Samme vilkår kommer frem av tilsvarende sykepleiertakst. Takstene for e-oppfølging kveld har blitt benyttet svært sjeldent av sykepleier. Fra innføring har både takst S2aek og 088ck blitt benyttet én gang. Helsedirektoratet antar dermed at behovet for disse takstene ikke foreligger. Et uttalt mål for sykepleiertakstene er at antall takster bør holdes på et forsvarlig nivå. Det bør derfor legges til rette for å ikke ha flere sykepleiertakster enn hva det er behov for i taksttabellen.

Alternativt, dersom takstene blir stående, bør det vurderes om det også skal innføres et tidskrav for takstene tilsvarende tidskravet for andre oppfølgingstakster hos sykepleier. Etter Helsedirektoratets vurdering er det viktig at takstene legger til rette for nødvendig tidsbruk på den enkelte pasient. Dette er i tråd med tidligere vurderinger om at et tidskrav for sykepleieroppfølging er sentralt. Videre vurderer vi at det er hensiktsmessig at kravet om minst 15 minutters varighet på en oppfølging er gjeldende for både alminnelig oppfølging og e-oppfølging.

2.10 Takst 088e

Det har kommet innspill om takst 088e og utvidede kombinasjonsmuligheter. Taksten gjelder tillegg for tidsbruk ved sykepleieroppfølging som varer utover 20 minutter. I dagens taksttabell er det åpnet for at takst 088e kun kan kombineres sammen med takstene 088b og 088cd, som gjelder hovedtakstene for sykepleieroppfølging både ved kontor og som e-oppfølging.

Helsedirektoratets kommentar:

Takstene som 088e kan kombineres med, 088b og 088cd, kan igjen kombineres sammen med takstene 085a-d, 089a og 089c. På bakgrunn av at taksten 088e er en tilleggstakst ved tidsbruk over

20 minutter på en oppfølging, bør også denne taksten kunne kombineres med takstene 08a-d, 089a og 089c.

Helsedirektoratet foreslår å gjøre følgende justering på takst 088e i takstabellen:

<i>Takst</i>	<i>Tekst</i>	<i>Egenandel</i>	<i>Egenbetaling</i>	<i>Kommentarer</i>
088e	Tidstakst dag. Tillegg for tidsbruk ved oppfølging som varer utover 20 min per påbegynt 15 min. Ugyldig takstkombinasjon: alle unntatt 088b og 088cd. alle unntatt 085a–d, 088b, 088cd, 089a og 089c.	kr 10		Taksten kan repeteres tre ganger, dvs. at sykepleier honoreres for inntil 80 minutter oppfølging.