

Justering av takster i primærhelseteam

1. Bakgrunn

1.1 Overordnet

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 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. Innspillene er også diskutert i felles samarbeidsmøte mellom Helsedirektoratet, Helfo og enkelte deltakere fra praksisene i primærhelseteam. Takstene for primærhelseteam skal justeres fra 1. juli 2021.

Frist for å komme med innspill settes til **tirsdag 1. juni 2021**.

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 er 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 tilstede 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 2021 har praksisenes takstinntekter blitt redusert og gjennomsnittlig takstinntjening ligger nå rundt 40 prosent. Resultatene varierer mye mellom praksisene. 2-3 av totalt 12 praksiser med honorarmodellen ligger rundt eller over 50 prosent. De fire praksisene som startet opp i 2020 kom relativt raskt opp på rundt 40 prosent, men i 2021 har andelen ligget lavere.

En viktig årsak til at takstinntektene er redusert i 2020 og hittil i 2021 er at sykepleier bruker 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 takstjusteringer for sykepleier

Forslag til takstjusteringer fra Helsedirektoratet, Helfo og praksisene gjengis under sammen med en foreløpig vurdering.

Innspill til både driftstilskuddsmodellen og honorarmodellen

2.1 Kombinasjon av sykepleiertakster og enkelte prosedyre- og labtakster på samme regningskort

Under gjennomføringen av forsøk med primærhelseteam, har det helt fra oppstarten blitt fremholdt et behov for at enkelte sykepleiertakster bør kunne kombineres med takster i forskrift om stønad til dekning av legehjelp. Behovet gjør seg gjeldende både i honorarmodellen og i driftstilskuddsmodellen. Dette har sammenheng med at dagens regelverk er forstått og praktisert dithen at sykepleier må opprette to ulike regningskort dersom det 1) foretas oppfølging og 2) foretas prosedyrer utløst gjennom enkel pasientkontakt.

Det har ved gjentatte anledninger blitt påpekt uheldige sider ved at sykepleier, i både

honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen, må opprette to regningskort i tilfeller der sykepleier for eksempel rekvirerer blodprøver i forbindelse med sine konsultasjoner. For det første er dette uheldig fordi sykepleier må bruke ekstra tid på å logge seg inn og ut med forskjellige roller for å skrive regningskort. Videre medfører dette at sykepleier skriver regning for takst i stønadsforskriften som ikke henger sammen med en konsultasjon eller pasientkontakt. Dette står i strid med merknad E2 i stønadsforskriften for leger, hvor det klart fremgår at prosedyre- og labtakster skal være tilknyttet en konsultasjon eller enkel pasientkontakt. Problematikken rundt prosedyre- og labtakster som står på regningskort uten konsultasjon eller pasientkontakt er også påpekt av Riksrevisjonen. Videre er det slik at praksisen vanskeliggjør kontrollen av refusjonskravene. Det er også uheldig i et pasientperspektiv, der to regningskort medfører at pasienten må betale to fakturagebyr dersom pasienten ikke betaler samme dag som behandlingen ble gitt.

Helsedirektoratet ønsker å vurdere muligheten for å åpne for at sykepleier kan kombinere sykepleiertakster i honorarmodellen med enkelte prosedyre- og labtakster i stønadsforskriften for leger. Tilsvarende vil vi også samtidig vurdere muligheten for at sykepleier i driftstilskuddsmodellen kan kombinere takstene for sykepleieroppfølging og takst for blodprøvetaking. Slik vi vurderer er det hensiktsmessig om det er lik mulighet i begge modellene.

Forslaget innebærer at sykepleier kan føre takst for lab eller prosedyre på samme regningskort som for eksempel en sykepleieroppfølging. I de tilfeller hvor takster for lab eller prosedyre gjøres i forbindelse med konsultasjon eller pasientkontakt ved lege, vil takstene fremdeles påføres legens regningskort.

I den generelle merknaden til kapittel II i primærhelseteamforskriften ligger det i dag en begrensning knyttet til denne type kombinasjoner, samtidig som at det er åpnet for at kombinasjoner kan tillates gjennom reguleringer i retningslinjer utarbeidet av Helsedirektoratet.

For honorarmodellen vil en kombinasjon av sykepleiertakster og takster for lab og prosedyre innebære at det enten må gjøres en endring i den generelle merknaden til kapittel II, eller at Helsedirektoratet må utarbeide retningslinjer som regulerer muligheten for en slik kombinasjon av takster. Etter Helsedirektoratets vurdering vil det være mest hensiktsmessig å gjøre en justering av merknaden til forskriftens kapittel II. Ved en endring av merknaden kan man regulere hvilke takster som kan kombineres. Merknaden gjør i dag allerede unntak for at sykepleier kan benytte takstene 10a-d i stønadsforskriften for leger.

For driftstilskuddsmodellen vil forslaget innebære at man åpner for kombinasjoner mellom sykepleieroppfølging og laborietaksten 087a i taksttabellen til driftstilskuddsmodellen.

Forslaget om kombinasjon av sykepleiertakster og takster for lab og prosedyre har vært vurdert også ved tidligere prosesser med takstjusteringer. Det har da blitt vurdert slik at lab- og prosedyretakster ikke skal kunne kombineres med takster for sykepleier. Dette er begrunnet med at når sykepleier bistår legen med for eksempel prøvetaking, så gjøres dette som hjelpepersonell til behandlende lege som er medisinsk og økonomisk ansvarlig for refusjonskravet. Det er også legen som er ansvarlig for oppfølging av prøveresultat. Det er derfor ved tidligere anledninger vurdert at disse takstene er forbeholdt legen, og at takstene skal fremmes på legens regningskort.

Helsedirektoratet ønsker synspunkter fra høringsinstansene på forslaget om kombinasjon av sykepleiertakster og takster i stønadsforskriften for leger.

Innspill til driftstilskuddsmodellen

2.2 Mulighet for å kombinere takst for behandlingsplan med takst for sykepleieroppfølging

Innspill fra praksisene går på at taksten for behandlingsplan (089a) skulle være mulig å kombinere med oppfølgingstakst for sykepleier (088b og 088d). I dag må det lages to regningskort. Det er heller ikke mulig å kombinere tidstakst eller materialtaksten med 089a.

Takst 089a er takst for å utarbeide behandlingsplan med behandlingsmål, og strukturert oppfølging av plan og mål for pasienter med KOLS og/eller diabetes. Taksten har ingen refusjon, men praksisen får etter årsslutt et tilskudd for andel pasienter som har fått utarbeidet en slik plan i løpet av kalenderåret. Tilskuddet går til legen og ikke sykepleier. Ulike vilkår må være oppfylt for at taksten kan kreves, eksempelvis årskontroll diabetes med oppdatering av NOKLUS skjema, og ulike prøver og undersøkelser, jamfør punkt 1-5 i takst 089a. Vi antar at legemiddelbruk også er en av vurderingene som blir gjort i utarbeidelse av behandlingsplaner.

Helsedirektoratet stiller derfor spørsmål om dette er en takst som skal utløses av lege, og ikke av sykepleier. Dette både fordi tilskuddet går til praksisen, og ikke til sykepleier. Jamfør også at et av vilkårene for å bruke taksten er at på diabetespasienter skal NOKLUS skjema fylles ut. I honorarmodellen/ stønadsforskriften er det kun lege som kan utløse takst for NOKLUS utfylling, og vi er usikre på om sykepleier kan rapportere inn via NOKLUS

Tilsvarende avklaring på om det er lege eller sykepleier som skal sette fram regning med takst 089a må også gjøres for takst 089c.

Helsedirektoratets foreløpige vurdering er at takstene 089a og 089c fortsatt skal kunne utløses av sykepleier.

Dersom konklusjonen fortsatt blir at sykepleier skal kunne skrive regning for takst 089a (og c) har Helsedirektoratet ingen innvendinger mot at en gjør endringer i forskriften som tillater kombinasjon av disse takstene med takst for sykepleieroppfølging.

Innspill til honorarmodellen

2.3 Takst for sykepleier – systematisk kartlegging av innbyggerne på fastlegens liste

Fastlegene fikk fra april 2020 nye takster for systematisk kartlegging av innbyggerne på fastlegens liste (takst 6a og 6b). Helsedirektoratet har vurdert om det bør opprettes en liknende takst for sykepleier, og i tilfelle hva den innholdsmessig bør omfatte. Vår foreløpige vurdering er at det ikke bør opprettes en slik takst for sykepleier.

Den innholdsmessige beskrivelsen av legenes takst 6 er: *Systematisk risikokartlegging av fastlegens listeinnbyggere for å identifisere pasienter med kronisk sykdom med risiko for helse- og funksjonsfall. For den enkelte pasient som identifiseres med risiko skal det lages en plan for oppfølging som journalføres.*

Beskrivelsen av taksten har likhetstrekk med hva primærhelseteamene skal utføre. Da forsøket med PHT ble startet fantes det ikke en slik takst, og direktoratet oppfattet at det ikke var rom for å

opprette en takst for aktivitet som ikke er direkte pasientrettet, og situasjoner der pasient ikke er til stede. Når det nå er åpnet for dette, kunne man vurdere om det bør opprettes en liknende takst for sykepleier. Sykepleier utfører oppgaver som er rettet mot å identifisere og holde oversikt over pasienter i målgruppene.

Helsedirektoratet ser imidlertid en del utfordringer med en slik takst. Det er et spørsmål om hvilken kompetanse som kreves for å identifisere risikopasienter og å lage plan for oppfølging av disse pasientene. Direktoratet mener deler av arbeidet er legeoppgaver, mens andre deler kan sykepleier utføre. Dersom det skulle opprettes en takst for sykepleiers deler av arbeidet, kan det oppstå noen utfordringer mht kontroll av legenes bruk av takst 6, og sykepleiers bruk av en liknende takst.

Helsedirektoratets vurdering er at det ikke er hensiktsmessig å opprette en liknende takst for sykepleier, som legenes takst 6. Sykepleier kan imidlertid utføre deler av arbeidet som omfattes av takst 6. Vi ser imidlertid at en ulempe med en slik løsning er at sykepleiers arbeid da genererer takstinntekter til legene, og at sykepleiers bidrag til praksisens takstintjening blir mindre synlig.

2.4 Tillegg for sykepleier som har spesialisering

Innenfor driftstilskuddsmodellen gis det tilskudd for sykepleier som har master i avansert klinisk sykepleie. Helsedirektoratet mener det bør gis en form for økonomisk tillegg også innenfor honorarmodellen, for sykepleier som har denne type spesialisering. Dersom det skal innføres et slikt tillegg, må det bl.a. tas stilling til om tillegget skal gis som takst eller som økning av tilskuddet, og hvor stort tillegget skal være.

Det er flere begrunnelser for et slikt tillegg. Sykepleiere med spesialisering vil kunne bidra til økt kvalitet i tjenesteytingen. Vi mener det vil være naturlig at et eventuelt økonomisk tillegg gis for samme spesialisering som i driftstilskuddsmodellen, dvs sykepleier som har master i avansert klinisk sykepleie.

Et annet argument er at en sykepleier med denne type spesialisering sannsynligvis vil ha høyere lønn enn andre sykepleiere, og at en takst eller et tilskudd vil bidra til å kompensere for praksisenes merkostnader ved å ansette sykepleier med master i avansert klinisk sykepleie.

Vi vil anslå at årslønnen er 20-30 000 kroner høyere, men det avhenger bl.a. av hvilke andre grupper av sykepleiere man sammenlikner med.

Dersom det skal gis økonomisk tillegg, må det vurderes om det skal gis som takst eller tilskudd, og størrelse på tillegget. Fastleger som er spesialist i allmenntilleggsmedisin kan ta særskilte takster. Og pasientene betaler høyere egenandel dersom fastlegen er spesialist i allmenntilleggsmedisin. Legene får ikke økt per capita-/basistilskudd.

Dersom hovedformålet er å kompensere praksisene for merkostnader, kan økning i tilskuddet være den mest treffsikre metoden. På den annen side ser vi det ikke som et mål å gi praksisene nøyaktig kompensasjon for alle merkostnader. Og det å legge dette inn i tilskuddet kan gi signaler om millimeternøyaktighet i tilskuddet – ikke bare for dette formålet, men for tilskuddene generelt. Det er ikke hensikten.

Argumenter for å gi tillegget som takst(er) kan være at det belønner kvalitet per pasientkontakt, det er enkelt å innføre og forvalte, og man velger samme løsning som for fastlegene. På den annen side bør man vise tilbakeholdenhet med å opprette nye takster. Per i dag oppfatter vi at det kun er én

sykepleier i forsøkspraksisene som vil kunne utløse taksten. Det forventes at en løsning med takst blir mer aktuell dersom ordningen med primærhelseteam breddes.

Helsedirektoratets foreløpige vurdering er at det bør gis et økonomisk tillegg, og at det i forsøksperioden er mest hensiktsmessig å gi dette som tilskudd.

Dersom man velger takstfinansiering, mener Helsedirektoratet at pasientene ikke skal betale mer i egenandel, selv om sykepleier har spesialisering i avansert klinisk sykepleie. Vi mener det vil være uheldig dersom pasienten skal betale mer i egenandel hos sykepleier med denne spesialiseringen enn hos fastlege uten spesialisering.

Det er et spørsmål om hele merkostnaden skal dekkes gjennom et eventuelt økonomisk tillegg. Vi vurderer det slik at det viktigste i denne omgang er å gi et signal om at praksisene bør ansette sykepleiere med denne spesialiseringen, og at det gis en økonomisk kompensasjon – selv om den ikke nødvendigvis dekker alle merkostnader.

Helsedirektoratet ønsker synspunkter på om det bør gis et økonomisk tillegg for sykepleier som har master i avansert klinisk sykepleie. Vi ønsker også synspunkter på om et eventuelt tillegg bør gis som takster eller som tilskudd.

2.5 Endring av takst S3b

Det har kommet et forslag fra praksisene om å justere takst S3b til også å omfatte hjemmebesøk ved sykepleier samme dag som pasient har konsultasjon eller e-konsultasjon sammen med lege. Det hender at hjemmebesøket ved sykepleier avdekker en helsesituasjon som krever konsultasjon hos lege samme dag. Med dagens takster og de krav som stilles finnes det ikke en takst som sykepleier kan ta for dette hjemmebesøket dersom lege for eksempel må foreta en telefonkonsultasjon samme dag.

Foreløpig vurdering fra Helsedirektoratet:

Det mangler i dag takst for sykepleier som foretar hjemmebesøk til pasient før eller etter konsultasjon/e-konsultasjon hos fastlege. Aktuell takst i dag er S3a som utløser egenandel for pasient. Dette kommer i konflikt med prinsippet om at pasient bare skal betale en egenandel per dag, og kan i tillegg utløse to fakturagebyr. Dermed vil hjemmebesøk samme dag som fastlege har konsultasjon ikke gi rett til takst for hjemmebesøk eller reisetillegg for sykepleier.

Vi foreslår at det åpnes opp for at takst S3b, i tillegg til dagens bruksområde, også kan benyttes der hvor det har vært konsultasjon hos fastlege enten før eller etter hjemmebesøk. Antallsbegrensningen i S3b bør samtidig fjernes i sammenheng med endringen.

Forslag til endring:

<u>Takst</u>	<u>Honorar</u>	<u>Refusjon</u>	<u>Egenandel</u>	<u>Kommentarer</u>
S3b Hjemmebesøk ved sykepleier sammen med behandlende lege. <u>Taksten kan også benyttes for hjemmebesøk ved</u>	Kr. 284	Kr. 284	Kr. 0	<u>Taksten gjelder for nødvendig hjemmebesøk ved sykepleier sammen med behandlende lege. Taksten kan benyttes inntil seks</u>

<p><u>sykepleier samme dag som pasient har konsultasjon eller sykebesøk hos fastlege.</u> Ugyldig takstkombinasjon: alle unntatt S3c og S6</p>				<p><u>ganger per pasient i løpet av ett kalenderår.</u> Kommentarene til S3a gjelder tilsvarende for S3b</p>
--	--	--	--	--

2.6 Tidstakst for samtale med pårørende (S1p)

Forslag fra praksisene: Foreslår at det åpnes for at sykepleier kan utløse tidstakst i forbindelse med samtale med pårørende (takst S1p).

Foreløpig vurdering fra Helsedirektoratet:

Taksten S1p ble opprettet fra 1.11.2020. Honoraret for taksten (kr 95,-) ble fastsatt ut fra en estimert gjennomsnittlig tidsbruk på 10 minutter.

Praksisene peker på at sykepleier har samtaler med enkelte pårørende, og at noen av samtaler tar til dels lang tid. Helsedirektoratet mener samtaler med pårørende er en arbeidsform som kan være viktig for å få mer informasjon om pasienten, og vi mener det kan være riktig å åpne for at sykepleier kan utløse tidstakst.

Reglene for taksten kan i noen grad sammenliknes med legenes takster 612a og 612b. Legenes takster gjelder kun for utvalgte diagnoser, for samtaler med pårørende utenom disse diagnosene får legene ingen takst. Sykepleiernes takst er ikke begrenset til diagnoser, og sykepleierne kan dermed ta takst for alle samtaler med pårørende som oppfyller vilkåret ellers. Telefonsamtale med pasient er i dag honorert med kr. 64, uavhengig av lengde på telefonsamtalen. Unntak er ifm covid-19 at en kan ha telefonoppfølging, men det er en midlertidig ordning.

Legenes honorar er høyere (250 kroner) enn sykepleiernes (95 kroner). Sykepleiernes S1p kan ikke kombineres med noen andre takster, legenes takster 612a og b kan kombineres med andre takster med unntak av enkelte.

Helsedirektoratet foreslår at det åpnes for at takst S1p kan kombineres med tidstakst (S2bc) dersom tidsbruk går ut over 20 minutter.

2.7 Forlenge muligheten til å benytte telefon ved konsultasjon

Det er kommet innspill fra praksisene om å forlenge muligheten til å benytte telefon ved konsultasjon. Forslaget er begrunnet med at særlig eldre pasienter har utfordringer knyttet til det tekniske og er derfor avhengige av å kommunisere på telefon.

Foreløpig vurdering fra Helsedirektoratet:

Som et tiltak under pandemien ble det åpnet opp for at takst for e-konsultasjon også kunne utløses ved telefonkonsultasjoner. Det ble da åpnet opp for telefonkonsultasjon både i legenes takst 2ae og for sykepleier i takst S2ae. Endringen gjelder foreløpig frem til 1. juli 2021.

En eventuell permanent videreføring av muligheten til telefonkonsultasjon vil slik vi ser det ikke være hensiktsmessig å behandle særskilt for primærhelseteam. Dersom det blir videreført i stønadsforskriften for leger, vil det være naturlig å også videreføre muligheten for sykepleier i primærhelseteam.

2.8 Fjerne tidsbegrensning for sykepleieroppfølging i S2a og S2ae

Fra en av praksisene er det kommet forslag om å fjerne tidsbegrensningen for sykepleieroppfølging i takst S2a og S2ae. Forslaget begrunnes med at det viktigste i en oppfølging er innholdet, og ikke tiden som er medgått. Videre at det i et pasientperspektiv er tilgjengeligheten som er verdifull, og at det er enklere om takstene samsvarer med takstene for lege i form og innhold.

Foreløpig vurdering fra Helsedirektoratet:

Ved fjorårets justering av takstene i forskrift om primærhelseteam foreslo Helsedirektoratet å innføre et krav til 15 minutters varighet for E-oppfølging hos sykepleier i takst S2ae.

Det ble vist til at det er et mål om at sykepleiers oppfølgingstakster skal utformes slik at de legger til rette for nødvendig tidsbruk på den enkelte pasient.

Det ble videre vurdert at tidskrav for oppfølging hos sykepleier er sentralt, gitt intensjonen om at sykepleier skal bruke tid på oppfølging. Dette er også presisert i høringsnotatet, at takstene må utformes slik at de legger til rette for nødvendig tidsbruk på den enkelte pasient.

Det bemerkes samtidig at det er hensiktsmessig at det oppstilles likt krav for tidsbruk både under alminnelig oppfølging og e-oppfølging, jf. ønske om teknologinøytrale takster.

Helsedirektoratet vurderer det derfor slik, på bakgrunn av føringene i høringsnotatet, at tidskravet i oppfølgingstakstene bør bevares.

2.9 Innføre takster for digital hjemmeoppfølging og avstandsoppfølging, appbruk og meldingsutveksling

Innspill fra praksisene: Det er kommet forslag om å innføre takster for avstandsoppfølging (digital hjemmeoppfølging), appbruk og meldingsutveksling. Det kan omhandle at pasienten skal gis opplæring i bruk av app og digital hjemmeoppfølging.

Foreløpig vurdering fra Helsedirektoratet:

Digital hjemmeoppfølging er et eget forsøk. Helsedirektoratet mener det er utenfor rammene av PHT-forsøket og PHT-takstene å vurdere takster for digital hjemmeoppfølging.

Når det gjelder meldingsutveksling vil Helsedirektoratet vise til at det ikke finnes en slik takst for leger i dag. Vi ser ikke grunn til at det skal opprettes takst for sykepleier, når det ikke finnes en takst for legene.

2.10 Fjerne antallsbegrensning på antall tverrfaglige møter sammen med lege i takst S5

Innspill fra praksisene: Takst S5 kan i dag kun kombineres med møtetakst for lege tre ganger per pasient i løpet av et kalenderår. Erfaringer viser at det i en periode kan være behov for flere enn tre møter. En antallsbegrensning er hemmende på teamarbeidet og understøtter i liten grad tankegangen om økt teamarbeid innad i et legekantor.

Foreløpig vurdering fra Helsedirektoratet

Takst S5 gjelder møtegodtgjørelse med reisetid når sykepleier deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter. Det sies i kommentaren at *Taksten er en møtetakst tilsvarende dagens takst 14, men tilpasset sykepleiers oppgaver og ansvar. Taksten kan inntil tre ganger per kalenderår kombineres med møtetakst for lege på samme pasient på samme tidspunkt.*

Forslaget er å fjerne begrensning på antall ganger både sykepleier og lege kan utløse møtetakst for samme pasient på samme tidspunkt (altså i samme møte).

Data om bruk av taksten viser at problemet som det pekes på i forslaget har svært begrenset omfang. Det ser ut til at det gjaldt kun én pasient i 2020. Helsedirektoratets vurdering er at vi kan øke antallsbegrensningen fra tre til for eksempel 6 ganger per år. Vi gjorde en liknende endring i 2020, da antall ganger sykepleier og lege kunne dra sammen på sykebesøk, ble økt fra 3 til 6 ganger per pasient per år. Den økonomiske risikoen ved en slik utvidelse vil være svært begrenset.

2.11 Innføre pasientforløpstakster

Innspill fra praksisene: Det har kommet forslag om å innføre takst(er) for pasientforløp. Tanken er at der pasienten er i transitt fra sykehus til hjemmetjenesten, så er pasienten i et forløp der flere parter er involvert. Har ofte en oppstart og en avslutning i pasientforløpet. PHT er ofte med å koordinere pasientforløp mellom primær- og 2. linjetjeneste. Det kan være ulike kriterier for taksten. For eksempel at PHT er involvert opp mot arbeidet i 2. linjetjenesten, og følger opp pasienten videre og koordinerer arbeidet. Må ha vært i kontakt med lege i 2. linjetjeneste, fysioterapeut, ergoterapeut osv. for å få pasient ut fra sykehus og inn i en tjeneste. Det må kunne dokumenteres at det har vært kontakt med andre tjenester for å kunne utløse taksten.

Forslagsstiller mener dette vil være i tråd med prosjektets målsettinger.

Det er også forslag om at også fastlegen kan få takst for dette, når forløpet fullføres og det kan dokumenteres at alle parter har vært involvert med personell fra sykehus, fastlegeskantor, hjemmesykepleie og fastlegen selv har vært involvert i forløpet.

Foreløpig vurdering fra Helsedirektoratet:

Å innrette takster ved å se på pasientforløp er et godt innspill. Vi er enige i at det kan være hensiktsmessig at fokuset i mindre grad enn i dag legges på de enkelte kontaktene, men heller baseres på en gruppering og prising av tjenesteinnhold levert over tid. Og dette fokuset er særlig viktig i forbindelse med pasienter med langvarige og sammensatte behov.

Vi vurderer at innretningen av eventuelle pasientforløpstakster er noe som må vurderes i en bredere sammenheng, og noe man eventuelt må komme tilbake til senere.

2.12 Takst for henvendelser til spesialisthelsetjenesten

En av praksisene har spilt inn forslag om å opprette takst for henvendelser til spesialisthelsetjenesten. Sykepleier har ikke takst for slikt samarbeid i dag, og en takst vil kunne bidra til å dokumentere hva sykepleier bruker tid på.

Foreløpig vurdering fra Helsedirektoratet:

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, vil det være naturlig å endre sykepleiers takst S1b tilsvarende.

2.13 Mulighet for at takst S2b og konsultasjon hos lege ikke blir avvist selv om de opprettes for tett i tid

Innspill fra praksisene som går på at det er en utfordring å unngå at sykepleier og lege skriver regning på samme pasient samtidig der begge har konsultasjon/oppfølging av samme pasient samme dag. Det medfører en del ekstraarbeid i forhold til avviste kort hvor tidspunkt må endres.

Foreløpig vurdering fra Helsedirektoratet:

I EPJ-systemene blir ofte regningen automatisk generert når lege/sykepleier åpner opp regningen på pasienten. Dersom regningen åpnes lenge før pasienten faktisk er til konsultasjon/oppfølging, må klokkeslettet justeres til faktisk kontakttidspunkt.

Helfo må ha automatiske kontroller for å hindre at to behandlere skriver regning for samme pasient på samme klokkeslett. Eksempelvis er det på sykepleier krav om minimum 15 minutters varighet av en oppfølging for at takst S2a skal kunne kreves. Dersom lege da har en konsultasjon på samme pasient innenfor disse 15 minuttene har enten lege eller sykepleier hatt feil klokkeslett, eller vilkårene for taksten er ikke oppfylt ved at det har gått minimum 15 minutt.

Det er mulig å endre på disse reglene i oppgjørssystemet. Men konsekvensen er at Helfo kan godkjenne regninger som faktisk er feil- eller dobbeltregistrert. Men, feilregistreringen kan like gjerne ligge hos fastlegen som hos sykepleier, og her er det alltid den som sender sitt krav inn sist, som får det avvist.

I perioden 010121-210521 er det 1489 godkjente regninger med taksten S2b. I 23 tilfeller er regning med taksten avvist med merknad 1327 - "Duplikatregning.: Regning med konsultasjonstakst for samme pasient innenfor et kortere tidsrom er allerede mottatt fra annen samhandler".

Samtlige av disse regningene har klokkeslett innenfor samme minutt. Vi anser derfor at avvisningene er korrekte, ettersom alle regningene er registrert med 1 minutt mellomrom, eller mindre. Antallet avviste regninger også svært lavt.

Vi har forståelse for at dette kan være en utfordring for primærhelseteam. Legekontorene må likevel løse dette gjennom gode rutiner, slik at regninger ikke registreres innenfor et svært kort tidsrom.

Dersom det skrives korrekt tidspunkt på regningskort, vil ikke regningene bli avvist.

2.14 Takstbruk der legen blir spurt om råd uten å se pasient

Innspill fra praksisene går på at legen får honorar/takster når han snakker med hjemmesykepleien, men det er ikke honorar for å snakke med sykepleier i PHT, og spør om det er mulig å takste dette på noen måte, dette da sykepleier ofte må spørre legene om noe, og da avbryter legens arbeid. Dette vil være mer enn et spørsmål, men mindre enn at det er behov for en konsultasjon med lege. De ønsker derfor en takst for legen, slik at legen får godtgjørelse her.

Foreløpig vurdering fra Helsedirektoratet:

Det er i dag takster for samarbeidsmøter med annet helse-/og eller sosialfaglig personell, både takster for telefon og skriftlig kommunikasjon (1f), og for møter (14) Disse takstene kan imidlertid ikke benyttes i forbindelse med samarbeid internt i primærhelseteamet, eller der hvor samarbeidet til daglig er så nært at helsepersonell til daglig arbeider med felles pasienter, og at rådslagninger og diskusjoner er en del av den alminnelige arbeidsformen.

Det vil således ikke være noen takster for internt samarbeid innad på legekontoret. Dette har vært vurdert ved hver takstjustering, og en har konkludert med at dette bryter med grunnleggende prinsipper for PHT om at internt samarbeid i teamet ikke skal honoreres særskilt som **aktivitet** da dette forventes å være en **arbeidsform** i teamet.

Legene i honorarmodellen følger takstene i den ordinære takstforskriften/stønadsforskriften for legen, og takster for leger i honorarmodellen vil således ikke være omfattet av dette høringsnotatet, men må gå i de ordinære takstforhandlingene for leger.

2.15 Takst for oppfølging av "pasient i endring"

Innspill fra praksisene: En samhandlingstakst for pasienter med sammensatte helseplager i forløp mellom fastlege/spesialisthelsetjeneste eller mellom fastlege/kommunal helsetjeneste. Eksempel; Pasienter med nylig innleggelse for komplekst sykeforløp, og utskrives med behov for koordinering av oppfølging av pasient etter utskrivelse. Ved å sette sykepleier til et koordinert oppfølging av pasienten etter dette, vil en kunne bruke mye tid, uten at dette nødvendigvis er i en konsultasjon.

Foreløpig vurdering fra Helsedirektoratet:

Det finnes i dag takst S5 - møtgodtgjørelse for samarbeid med annet helse- og eller sosialfaglig møtgodtgjørelse for samarbeide med annet helse- og eller sosialfaglig personell som ledd i behandlingsopplegg for enkeltpasienter. Taksten kan benyttes ved møter mellom for eksempel

sykepleier og spesialisthelsetjeneste. Dersom samarbeidet foregår på telefon/skriftlig vil det i dag ikke være noen takst for dette.

Taksten kan ikke benyttes i forbindelse med samarbeid internt i primærhelseteamet eller i tverrfaglige medisinske sentra hvor samarbeidet er så nært at de ulike helsepersonell til daglig arbeider med felles pasienter og at rådslagninger og diskusjoner derfor er en del av den alminnelige arbeidsform. Taksten kan heller ikke benyttes som godtgjørelse for fast oppsatte samarbeidsmøter, med mindre det gjelder samarbeid om konkrete pasienter.

Takst S5 er en takst som skal tilsvare dagens takst 14 for legen i stønadsforskriften, jf. kommentaren til taksten. Det er imidlertid en forskjell i ordlyden ved at takst 14 kan benyttes ved telefonmøter med minst 3 behandlere tilstede, eller ved videokonsultasjoner. Telefonmøter og videomøter er ikke nevnt i takst S5, og har derfor en begrensning som ikke legenes møtetakst har.

Til årets takstforhandlinger ser man på bruken av møtetakst for flere fagområder, og prøver å få til lik ordlyd på alle områder. En bør da ha samme ordlyd her, og taksten vil da kunne brukes både på telefon og video.

For administrativt arbeid rundt utskriving, og videre arbeid rundt pasienten, uten at det foregår verken konsultasjon/oppfølging eller samarbeid med andre instanser, er det i dag ingen takst. Vi er usikre på om slikt administrativt arbeid uten pasient til stede er ment honorert gjennom takstsystemet. Viser til punkt 2.11 om pasientforløpstakst for dette.