

Dato 30.11 2017

## Høringsnotat

---

Gjennomføring av forsøk med primærhelseteam i utvalgte kommuner. Forslag til forsøksforskrift med hjemmel i folketrygdloven § 25-13 og andre forskriftsendringer for å legge til rette for pilot primærhelseteam.

## Innhold

1	Innledning.....	4
2	Nærmere om pilot primærhelseteam .....	5
3	Finansieringsmodellene i pilot primærhelseteam.....	6
3.1	Innledning.....	6
3.2	Honorarmodellen .....	6
3.3	Driftstilskuddsmodellen.....	7
4	Gjeldende rett .....	10
4.1	Innledning.....	10
4.2	Helse- og omsorgstjenesteloven .....	10
4.3	Pasient- og brukerrettighetsloven .....	10
4.4	Fastlegeforskriften .....	10
4.5	Folketrygdloven.....	11
5	Departementets vurderinger og forslag .....	12
5.1	Innledning.....	12
5.2	Vederlaget for primærhelseteamet – endringer i fastlegeforskriften.....	12
5.3	Finansiering av sykepleiers aktivitet i honorarmodellen – Forskrift om forsøk med primærhelseteam.....	13
5.3.1	Innledning .....	13
5.3.2	Innretning på takster for sykepleier .....	13
5.3.3	Nærmere om hvilke oppgaver som bør takstfinansieres.....	15
5.3.4	Størrelse på honorar for sykepleiertakstene og forventet volum .....	20
5.3.5	Egenandeler.....	22
5.3.6	Økonomisk oppgjør med Helfo .....	25
5.3.7	Justeringer av takster underveis i forsøket.....	26
5.4	Driftstilskuddsmodellen og egenandeler .....	27
6	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	28
6.1	Innledning.....	28
6.2	Pasienter – innbyggere.....	28
6.3	Kommunen .....	29
6.4	Fastlegene – Primærhelseteamene.....	29
6.5	Forvaltningen.....	30

7	Forslag til forskrifter .....	32
7.1	Innledning.....	32
7.2	Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege 32	
7.3	Forskrift om egenandelstak 1 .....	32
7.4	Forskrift om fastlegeordning i kommunene Fastlegeforskriften § 9a skal lyde:32	
7.5	Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam .....	33
7.6	Ikrafttredelse.....	43

# 1 Innledning

I Statsbudsjettet for 2018 foreslås det å bevilge 55 mill. kroner til en pilot med primærhelseteam i utvalgte kommuner. For å kunne gjennomføre piloten er det nødvendig å foreta visse regelverksendringer. Det er en forutsetning for å gjennomføre endringene at Stortinget slutter seg til regjeringens budsjettforslag.

Med utgangspunkt i Meld. St. 26 (2014 – 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet ansvar for å gjennomføre et pilotprosjekt (en pilot) med primærhelseteam. Målet er å finne ut om en ny organisering med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger i forhold til dagens ordning, gir et bedre tilbud til pasientene/innbyggerne. I piloten skal det prøves ut to ulike modeller for finansiering av primærhelseteamene, en honorarmodell og en driftstilskuddsmodell.

I primærhelsetjenestemeldingen er primærhelseteam definert som en flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell, som arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til en definert befolkning uavhengig av alder, kjønn og diagnoser. I piloten avgrenses primærhelseteam til fastleger, sykepleier og helsesekretær i fastlegepraksiser. Teamet ledes av lege. Målet med teamorganisering er å bedre tilgjengeligheten til tjenesten, skape større bredde i tilbudet, bedre opplæringen og oppfølgingen av brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov og å skape mer sammenhengende og koordinerte tjenester.

I dette høringsnotatet foreslår departementet endringer i det juridiske rammeverket for å legge til rette for å gjennomføre piloten. Endringene vil i hovedsak gjelde endringer i folketrygdloven. Departementet foreslår blant annet å fastsette en egen forsøksforskrift med hjemmel i folketrygdloven § 25-13. I denne forskriften vil ulike sider ved folketrygdfinansieringen av primærhelseteamene bli regulert, inkludert egenandeler. Forskrift om fastlegeordning § 9 foreslås også endret for å gjennomføre forsøket.

## 2 Nærmere om pilot primærhelseteam

Primærhelseteam er en utvidet allmennlegepraksis. I piloten er primærhelseteam avgrenset til å bestå av fastleger, sykepleier og helsesekretær i fastlegepraksiser. Det er mulig å tenke seg flere deltakere i teamet, men det vil ikke bli prøvd ut i forbindelse med piloten. Målet med teamorganisering er å bedre tilgjengeligheten til tjenesten, skape større bredde i tilbudet, bedre opplæringen og oppfølgingen av brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov og å skape mer sammenhengende og koordinerte tjenester.

Piloten bygger på Helsedirektoratets rapport IS-2546-2 «Primærhelseteam - Overordnet skisse til forsøk med primærhelseteam». Målgruppen for forsøket med primærhelseteam er alle innbyggere på fastlegenes lister. Det vil imidlertid være særlig oppmerksomhet mot pasienter og brukere med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov, som:

- brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet
- brukere som i medisinen omtales som «skrøpelige eldre»
- brukere med utviklingshemning og funksjonsnedsettelse

Blant disse er det også viktig å nå innbyggere med behov for allmenntilleggs tjenester, men som vurderes som svake etterspørrere.

Forsøksordningen med primærhelseteam starter opp 01.04.2018 og skal vare i tre år. Etter søknad skal det velges ut om lag 80 fastleger fordelt på minst

- 2 små kommuner (under 5000 innbyggere)
- 2 mellomstore kommuner (mellom 5000 og 20.000 innbyggere)
- 2 store kommuner (over 20.000 innbyggere)

Det er kommunen som leder prosjektet lokalt. Det vil derfor være avgjørende at kommunen bidrar til å skape et godt grunnlag for samarbeid med praksiser i forsøket, øvrige praksiser og andre kommunale tjenester. Kommunen har ansvar for å rekruttere praksiser til piloten og sørge for lokal oppfølging, organisering og leveranser i piloten. God dialog og avklarte roller er et godt fundament for å lykkes i prosjektet i den enkelte kommune. Helsedirektoratet vil bistå for at det lokale prosjektet skal lykkes.

Det legges vekt på at primærhelseteamet skal ha en innovativ og bærekraftig arbeidsform gjennom tverrfaglig samarbeid og endret finansieringsmodell. Innsatsen skal være utadrettet og proaktiv. Primærhelseteamet skal gjøre egne funksjons- og behovsvurderinger av type helsehjelp, og i hvilken utstrekning helsehjelpen skal ytes av primærhelseteamet. Andre tjenester i kommunen skal tildeles i tråd med lokalt vedtatte ordninger.

Det vil prøves ut to ulike modeller for å finansiere primærhelseteamene, honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Se kapittel 3 for en redegjørelse for de to modellene.

## 3 Finansieringsmodellene i pilot primærhelseteam

### 3.1 Innledning

I piloten vil det bli prøvd ut to ulike modeller for finansieringen av de oppgaver primærhelseteamet utfører. *Honorarmodellen* tar utgangspunkt i dagens finansieringsmodell for fastlegeordningen og *Driftstilskuddsmodellen* innebærer en direkte offentlig finansiering av tjenesteyter (primærhelseteamet). Ingen av modellene vil innebære endringer i pasientens rett til allmennlegetjenester og helsehjelp for øvrig. Skjermingsordningene ved bruk av helsetjenester videreføres (frikort med videre). Finansieringsmodellene for primærhelseteam er utformet for å bidra til at teamets ressurser brukes på en måte som er best mulig i samsvar med målsettingene med teamorganiseringen.

I kapittel 5 følger en nærmere drøfting av de valg som er tatt innenfor de ulike finansieringsmodellene.

### 3.2 Honorarmodellen

Honorarmodellen tar utgangspunkt i dagens finansieringsmodell for fastlegeordningen, men modellen skal legge til rette for at teamene i forsøket skal få kompensasjon for utgifter til sykepleierressurs i primærhelseteamet. Deler av denne kompensasjonen skal være takstfinansiert, og pasientene skal betale egenandeler på samme nivå som i dag.

#### 3.2.1 Finansiering av sykepleierressurs

Sykepleiers aktivitet finansieres gjennom en kombinasjon av et fast driftstilskudd (flatt rundsumtilskudd) og takster (inkl. egenandeler). Fordelingen mellom tilskudd og takstfinansiering/egenandeler blir 50/50. Det opprettes egne takster for sykepleier. Disse skal blant annet gi insentiv til at sykepleier ivaretar oppgaver som teamet skal ivareta på en bedre måte enn i dag.

50 prosent takstfinansiering betyr ikke at 50 prosent av sykepleiers oppgaver skal takstfinansieres, men at refusjoner fra takster skal utgjøre 50 prosent av den totale finansieringen av sykepleier. Takstene vil være 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. Eksempler på det siste er kartlegging av listeinnbyggernes behov, interne møter og samhandling med andre tjenester. Partene i forsøket må bidra til at oppgaver som ikke gir takstfinansiering, likevel prioriteres.

#### 3.2.2 Pasientens egenandeler

Pasientene skal betale egenandeler til primærhelseteamet. Egenandelene vil inngå i ordningen med frikort for egenandelstak 1. For fastlegene er egenandeler en videreføring av dagens ordning. Også sykepleiere skal ta egenandeler. Disse vil framgå av takstene som opprettes. Dersom pasienten både får oppfølging hos sykepleier og konsultasjon hos fastlegen samme dag, er det som hovedregel kun anledning til å avkreve pasienten én

egenandel. Det samme gjelder dersom både sykepleier og lege er til stede under konsultasjonen.

### **3.2.3 Refusjon for fastlegen**

Refusjonskrav for fastlegen skal i forsøket foregå som i dag. Det foreslås ingen nye eller endrede takster for fastlegene som deltar i forsøket. Dersom fastlegen er næringsdrivende, skal oppgjørskrav fremmes av og utbetales til den enkelte fastlegen. Dersom fastlegen er fastlønnet, utbetales refusjonene til kommunen. For næringsdrivende fastleger videreføres dagens per capitatilskudd, og det utbetales fra kommunen til fastlegen.

### **3.2.4 Refusjon for sykepleier**

Når det gjelder sykepleiers takster, legges det opp til at leder av praksisen (driftsselskapet) inngår direkteoppgjørsavtale for takster utløst av sykepleiers arbeid. Utbetaling skal skje til driftsselskapet. Inntjeningen vil dermed gå til driftsselskapet, og ikke til den enkelte sykepleier eller til pasientens fastlege.

Oppgjørs-/refusjonskrav sendes til Helfo gjennom journalsystemet. Dette er en videreføring av dagens ordning for fastlegene. Innrapportering av egenandeler til egenandelsregisteret og frikortløsningen ivaretas samtidig, slik at pasienten får frikort når taket er nådd.

Driftstilskuddet utmåles og utbetales til praksisen av kommunen. Tilskuddet til praksisen er et flatt rundsumtilskudd. Tilskuddet skal tilsvare 50 prosent av kostnaden for den sykepleierressursen kommunen og praksisen har avtalt.

## **3.3 Driftstilskuddsmodellen**

Driftstilskuddsmodellen vil avvike vesentlig fra dagens finansiering av fastlegeordningen. Etter gjeldende regelverk yter det offentlige (folketrygden) stønad til pasienten når pasienten bruker allmennlegetjenester. Driftstilskuddsmodellen innebærer en direkte offentlig finansiering av tjenesten (primærhelseteamet), der egenbetaling fra pasient til team blir en supplerende finansiering. Med driftstilskuddsmodellen vil takster som representerer den offentlige stønaden til pasienten ved bruk av fastlege opphøre. Finansiering gjennom driftstilskuddsmodellen skal muliggjøre samme nivå på inntjening som praksisen hadde før forsøket, og sørge for inndekning av økte kostnader ved å supplere praksis med sykepleierressurs.

Finansieringselementene i driftstilskuddsmodellen vil være:

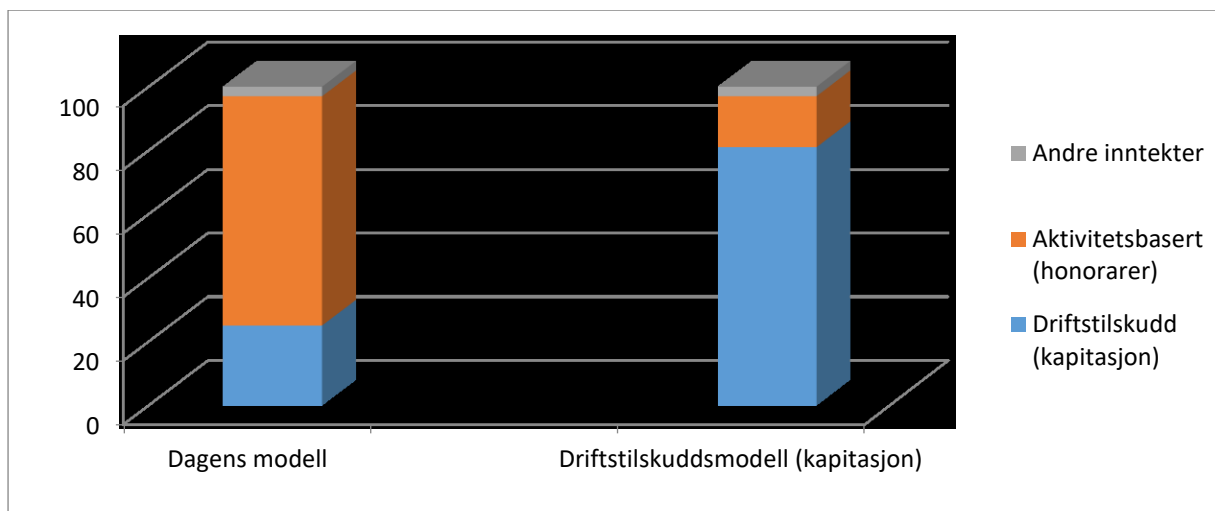
1. Et tilskudd basert på antall listeinnbyggere til praksisen (juridisk person) som er ansvarlig for primærhelseteamet. Tilskuddet vil initialt beregnes som et likt kronebeløp (uvektet listeinnbyggertilskudd) per innbygger som er registrert på fastlegenes (primærhelseteamet) lister som inngår i praksisen. Det uvektede listeinnbyggertilskuddet vil så bli vektet ut fra et sett av objektive kriterier som sier noe om behov for tjenester fra teamet.
2. Betalinger fra listeinnbyggere (egenandel og egenbetaling).

3. Tilskudd til praksis basert på praksisens oppnådde resultater på nærmere angitte kvalitets- og resultatmål.

Det vil i tillegg være særskilt honorering (kostnadsdekning) for allmennlegetjenester til innbyggere som ikke er registrert på praksisens lister. Oppgaver som faller utenom fastlegens oppgaver i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven vil, som i dag, bli finansiert særskilt for praksiser som inngår i forsøket.

Sammensetning av inntektskilder i gjeldende finansieringsmodell (før forsøk) og driftstilskuddsmodellen kan illustreres som i figur 1.

**FIGUR 1: SAMMENSETNING AV FINANSIERING I GJELDENDE MODELL OG DRIFTSTILSKUDDSMODELL**



Driftstilskuddet omfatter listeinnbyggertilskuddet basert på objektive kriterier og tilskudd basert på kvalitet og oppnådde resultater. Ved utmåling av tilskudd veier de ulike objektive kriterier og parametere for kvalitet og oppnådde resultater ulikt. Mens enkelte kriterier/parametere veier tungt og får stor innvirkning på størrelsen på tilskuddet til praksisen, veier andre kriterier/parametere mindre. Den dominerende delen av praksisens driftstilskudd vil være basert på objektive kriterier. Omlag 1/10-del av driftstilskuddet vil baseres på kvalitet og oppnådde resultater. I det kvalitetsbaserte tilskudd veier ekstra inntjening for godkjent videre- og etterutdanningsprogram i henhold til spesialistreglene i allmennmedisin tungt. Dette for å innpasse den forhøyede kompensasjonen for spesialister i dagens finansieringsordning og i den foreslåtte honorarmodellen.

Tabell 1 angir hvilke kriterier som vil bli brukt for å utmåle driftstilskuddet, og hvilken vekt (betydning) det enkelte kriteriet har for tilskuddet. En høy prosentvis vekt innebærer at kriteriet har stor betydning for tilskuddet. En lav vekt innebærer at kriteriet har begrenset innvirkning på tilskuddet. Vektingen baserer seg i hovedsak på analyser, men det er i noen grad også brukt faglig skjønn ut fra formålet med primærhelseteam og viktige målgrupper for teamet.



**TABELL 1: RELATIV VEKT FOR KRITERIER SOM INNGÅR I DRIFTSTILSKUDD TIL PRIMÆRHELSETEAM**

<b>Kriterier</b>	<b>Andel av driftstilskudd</b>	<b>Kommentar</b>
Listeinnbyggertilskudd	<b>86,05 prosent<sup>1</sup></b>	
Alder og kjønn	81,55 prosent	Vil variere ut fra demografisk sammensetning
Levekår	2,5 prosent	Vil variere ut fra levekårsindeks
Reiseavstand	2 prosent	Vil variere ut fra indeks
<i>Tilskudd basert på resultat</i>	<b>5 prosent</b>	
Dekningsgrad for pasientkontakter på egen liste	5 prosent	Vil variere ut fra lokal dekningsgrad
<i>Tilskudd basert på kvalitet</i>	<b>8,95 prosent</b>	
Andel helsepersonell med spesialisering	6,25 prosent	Vil variere etter andel med spesialisering
Andel (pasientgruppe KOLS og Diabetes) med behandlingsplan/behandlingsmål	1 prosent	Vil variere etter andel med behandlingsplan
Andel med gjennomført medikamentgjennomgang	1,5 prosent	Vil variere etter andel med gjennomgang
Dekningsgrad mulighet for timebestilling digitalt (fastlegeforskrift § 21)	0,2 prosent	Vil variere etter dekningsgrad

<sup>1</sup> Helsedirektoratet jobber med å utforme et tilleggskriteria, Helsetilstand, for vekting av listeinnbyggertilskuddet. Dette kriteria vil eventuelt komme på plass i løpet av pilotperioden.

## **4 Gjeldende rett**

### **4.1 Innledning**

Forsøket påvirker i liten grad pasienter- og brukeres rett til nødvendig helsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste eller kommunens plikt til å tilby nødvendige tjenester, inkludert en fastlegeordning. De største endringene knytter seg til finansieringen av tjenestene slik de er regulert i folketrygdloven og til dels i fastlegeforskriften. Nedenfor følger en gjennomgang av sentral lovgivning.

### **4.2 Helse- og omsorgstjenesteloven**

I medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen tilby de som oppholder seg i der nødvendige helse- og omsorgstjenester. I utgangspunktet står kommunen fritt til å organisere sitt tjenestetilbud, men på enkelte områder har Stortinget bestemt hvilke deltjenester kommunen må tilby. Det følger av § 3-2 første ledd nr. 4 at kommunen blant annet skal tilby fastlegeordning for de som oppholder seg i kommunen. Videre følger det av § 3-1 5. ledd at kommunene står fritt til selv å tilby tjenestene eller inngå avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Mange kommuner har valgt å inngå avtaler med næringsdrivende leger for å tilby en fastlegeordning. På landsbasis er om lag 93 prosent av fastlegene næringsdrivende. Kommunens plikter knyttet til fastlegene er nærmere regulert i forskrift om fastlegeordningen i kommunene.

### **4.3 Pasient- og brukerrettighetsloven**

Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer både retten til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste og særskilte rettigheter knyttet til fastlegeordningen. Mens retten til nødvendig helsehjelp gjelder de som oppholder seg i kommunen, må den enkelte være bosatt i en norsk kommunen for å ha rett til å stå på en fastlegeliste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c. I samme bestemmelse reguleres også den enkeltes rett til å bytte fastlege. Retten til å bytte er begrenset til to ganger i året. Helse- og omsorgsdepartementet har fastsatt en egen forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeforskriften. I medhold av forskriften her departementet gitt enkelte utfyllende bestemmelser om blant annet tilgangen til lukkede lister, hvem som kan velge fastlege for barn og om retten til å velge fastlege utenfor egen bostedskommune.

### **4.4 Fastlegeforskriften**

Fastlegeforskriften regulerer i all hovedsak plikter og rettigheter for kommunen og fastlegen. I kapittel 4 om funksjons- og kvalitetskrav fremgår det blant annet hva som forventes av en fastlege. I tillegg er det enkelte spesialbestemmelser om suspensjon av fastlegeordningen, og regler knyttet til inngåelse og opphør av fastlegeavtaler. I fastlegeforskriften § 9 reguleres det økonomiske vederlaget for næringsdrivende fastleger. Av bestemmelsens 1. ledd fremgår det at:

*"Næringsdrivende fastleges økonomiske vederlag, for det arbeid som honoreres etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, består av et tilskudd fra kommunen for hver person (per capita-tilskudd) på listen og de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og refusjon fra folketrygden for utført arbeid."*

I forbindelse med gjennomføringen av piloten er det nødvendig å fastsette en egen bestemmelse om vederlaget for deltakere i primærhelseteamet. Se pkt. 5.2 nedenfor for en nærmere gjennomgang av foreslåtte endringer i fastlegeforskriften.

## **4.5 Folketrygdloven**

Formålet med folketrygdloven fremgår av lovens formålsbestemmelse, § 1-1. Videre er det fastsatt en egen formålsbestemmelse for stønad til dekning av utgifter til helsehjelp ved sykdom, skade, lyte familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd, § 5-1. I folketrygdloven kapittel 5 er det listet opp en rekke stønadsområder hvor folketrygden yter hel eller delvis stønad til dekning av medlemmets utgifter. De relevante bestemmelsene i denne sammenheng er utgifter til legehjelp og regelverket om utgiftstak for egenandeler. Henholdsvis §§ 5-4 og 5-3. I medhold av § 5-4 fjerde ledd har helse- og omsorgsdepartementet fastsatt en detaljert forskrift som lister opp hva medlemmet kan få refundert av utgifter ved undersøkelse og behandling hos lege, inkludert medlemmets egenandeler. Stortinget har besluttet at egenandeler betalt hos lege inngår i egenandelstak 1-ordningen. Medlemmer som betaler mer enn det taket for egenander Stortinget fastsetter årlig, vil automatisk få et frikort tilsendt i posten. Medlemmet vil resten av kalenderåret være fritatt fra å betale egenandeler for helsetjenester inkludert i egenandelstak 1-ordningen.

I kapittel 22 er det fastsatt regler om oppgjør og fremsetning av krav på refusjon. Det følger av § 22-1 at det utgangspunktet i loven er at medlemmet selv fremsetter et krav om refusjon for utlegg til visse helsetjenester. I § 22-2 er det lovfestet en unntaksbestemmelse, hvor det åpnes opp for at den enkelte tjenesteyter kan inngå avtale om direkte oppgjør med forvaltningen. Gjennom en kollektiv avtale mellom Helsedirektoratet og Legeforeningen har alle fastleger som er medlemmer av Legeforeningen inngått en avtale om direkte oppgjør. Pasientene betaler kun en egenandel når de oppsøker fastlegen.

I § 25-13 det gitt hjemmel for departementet til å gi forskrifter i forbindelse med forsøksvirksomhet som avviker fra folketrygdloven. For å kunne gjennomføre pilot Primærhelseteam er det nødvendig å gjøre visse unntak fra loven. Dette gjelder blant annet hvilke utgifter som skal inngå i egenandelstak 1-ordningen.

## **5 Departementets vurderinger og forslag**

### **5.1 Innledning**

I dette kapittelet vil de nødvendige regelverksendringer bli omtalt. I tillegg til å foreslå en egen forskrift hjemlet i folketrygdloven § 25-13, foreslår departementet endringer i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos leger, forskrift om fastlegeordningen i kommunen og forskrift om egenandelstak 1.

### **5.2 Vederlaget for primærhelseteamet – endringer i fastlegeforskriften**

Kommunen skal tilby de som oppholder seg i kommunen nødvendige helse- og omsorgstjenester, inkludert en fastlegeordning. Kommunen kan tilby fastlegetjenester selv eller inngå avtale med private om å tilby tjenestene. Fastlegeordningen er nærmere regulert i forskrift om fastlegeordning i kommunene. I denne forskriften reguleres også fastlegenes vederlag for arbeid utført i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven. Det følger av fastlegeforskriften § 9 at næringsdrivende fastleges økonomiske vederlag består av et tilskudd fra kommunen for hver person (per capitatilskudd) på listen og de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og refusjon fra folketrygden for utført arbeid. De konkrete satsene for utført arbeid fremkommer av forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos leger. Når kommunen har ansatt fastleger på fast lønn, krever kommunen egenandel fra pasienter og refusjon fra folketrygden. Per capitatilskudd er ikke relevant når fastlegen er fast ansatt i kommunen.

Vederlaget til primærhelseteam omfatter de samme oppgavene etter helse- og omsorgstjenesteloven som vederlaget til næringsdrivende fastlege/kommunalt ansatt fastleger gjør etter gjeldende ordning (før forsøk). Vederlaget vil imidlertid få en endret utforming for praksiser i forsøket. Primærhelseteamet skal benytte én av to alternative vederlagsordninger (finansieringsmodeller) for forsøket, se kapittel 3. I honorarmodellen skal sykepleiernes innsats dels takstfinansieres og dels finansieres gjennom et fast tilskudd. I driftstilskuddsmodellen vil sykepleiers innsats i hovedsak finansieres gjennom driftstilskudd, mens en mindre andel finansieres gjennom egenandeler fra pasient. Fastlegeforskriften § 9 må suppleres for å legge til rette for de to alternative finansieringsmodellene. Departementet foreslår på denne bakgrunn å fastsette en ny bestemmelse i fastlegeforskriften, § 9a. I forsøksperioden vil det gå frem av fastlegeforskriften hva som er utgangspunktet for vederlag for arbeid utført av primærhelseteamet. I første ledd reguleres det økonomiske vederlaget for sykepleiere i næringsdrivende praksiser som benytter honorarmodellen. I honorarmodellen videreføres prinsippene for vederlag til næringsdrivende fastleger, se forslag til fastlegeforskriften § 9a første ledd. Vederlaget for primærhelseteam i driftstilskuddsmodellen er regulert i forslaget til ny § 9a annet ledd første punktum. Vederlaget består av et innbyggertilskudd, et tilskudd basert på oppnådde kvalitetsmål og egenandeler og egenbetalinger. Egenandelene er fastsatt i eget kapittel III i forskrift om forsøksordning med primærhelseteam. For primærhelseteam i forsøket drevet som næringsvirksomhet vil

vederlaget også bli regulert i individuelle *fastlegeavtaler* og *praksisavtaler* med kommunen.

I forsøksperioden kan enkelte deltakende fastlegepraksiser oppleve at inntektene endrer seg sammenlignet med den inntjeningen praksisen hadde før den ble med i piloten. Endringene kan skyldes ulike forhold. Dersom det viser seg at endringene har direkte sammenheng med de økonomiske beregninger som ligger til grunn for piloten, foreslår departementet at det kan gjøres endringer i de økonomiske rammene i pilotperioden. Med vesentlig, legger departementet til grunn en endring på mer enn 10 prosent. En slik sikkerhetsventil vil fungere som en forsikring for fastlegepraksiser mot et betydelig inntektstap. Departementet foreslår å ta inn en slik sikkerhetsventil i begge finansieringsmodeller, se kapittel 5.3.7 for en nærmere beskrivelse for hvordan dette foreslås løst i honorarmodellen. For driftstilskuddsmodellen er dette fastsatt i forslag til endringer i fastlegeforskriften § 9a tredje ledd.

### **5.3 Finansiering av sykepleiers aktivitet i honorarmodellen – Forskrift om forsøk med primærhelseteam**

#### **5.3.1 Innledning**

I honorarmodellen skal sykepleierens aktivitet delvis finansieres av takster og delvis gjennom en fast overføring til praksisen. Departementet besluttet at 50 prosent av kostnaden forbundet med å ansette en sykepleier skal dekkes gjennom et fast tilskudd. Beslutningen bygger på vurderinger gjort av Helsedirektoratet, og gir samlet sett best treffsikkerhet knyttet til de økonomiske beregningene. I arbeidet med å utforme piloten har det vært drøftet om tilskuddet skal være knyttet til antallet innbyggere knyttet til praksisen eller om det skal være flatt. Gitt at utgiftene til å ansette en sykepleier er konstant og delvis skal kompenseres gjennom et tilskudd, har departementet besluttet at tilskuddet er flatt. Det gir også den beste forutsigbarheten for pilotpraksisene.

I dette punktet drøfter departementet hvordan det er riktigst å innrette takstene, inkludert egenandelene, som skal finansiere den siste halvdelen av kostnadene. Videre drøftes reguleringen av en justeringsmulighet av takstene underveis i forsøket. Dette gjelder både justeringer som følge av den generelle kostnadsutviklingen i samfunnet, og justeringer som følge av manglende treffsikkerhet i beregningsmodellene som ligger til grunn for sykepleiernes inntjening.

#### **5.3.2 Innretning på takster for sykepleier**

Takstene skal gi insentiv til å utføre de oppgavene som teamet skal ivareta, og som det er ønskelig at sykepleier skal ivareta. Departementet har vurdert to hovedalternativer:

- 1) Sykepleier gis rett til å utløse nærmere definerte takster for leger, jf. prinsippene som er lagt til grunn ved ISF-finansiering (Innsatsstyrt finansiering) av poliklinisk helsehjelp og ved innføring av refusjonsordning for tannpleiere

- 2) Det fastsettes egne takster for sykepleieaktivitet. Sykepleier gis ikke rett til å utløse legetakster.

I arbeidet med detaljplanleggingen har Helsedirektoratet innhentet synspunkter fra fagorganisasjonene og KS knyttet til valg av innretning. Legeforeningen argumenterer for at sykepleierne bør ha egne takster og uttaler:

*"Sykepleierne bør ha egne sykepleiertakster og ikke benytte legetakstene. Dette både for å tilpasse nivåene til finansieringsmodellen 50/50 og for å sikre at det er lett å følge hvilke takster som er utløst av sykepleiere i forsøket. Vi kan ikke se at dette gir mindre fleksibilitet i oppgaveløsningen så lenge en finner dekkende takster med riktig innretning for de oppgavene som er tenkt løst."*

Legeforeningen understreker også at forsøksordningen må fullfinansieres, og at ingen utgifter til forsøket må tas fra dagens normaltariffamme.

Sykepleierforbundets overordnede perspektiv er at man må sikre at intensjonen med teamene realiseres. Selv om de primært ønsker felles takster for leger og sykepleiere, ser de at det i honorarmodellen er en utfordring å pilotere store endringer som også berører legenes finansiering. De peker på følgende:

*"Egne sykepleietakster gir fordeler og ulemper. NSF er bl.a. bekymret for om det blir mulig å legge til rette for at sykepleiere gjør de rette oppgavene, dersom dette i tillegg blir aktivitet som kan takstes på den enkelte lege. Faren for dobbeltfinansiering med egne sykepleietakster bør derfor vurderes. Egne sykepleietakster gir også mange fordeler med tanke på at sykepleiere skal jobbe på en annen måte en fastlegene for å utfylle listeansvaret på en bedre måte. Det bør i så fall gis betydelig vekt at disse skal speile ønsket sykepleieaktivitet."*

Fagforbundet mener at det er et viktig premiss for å oppnå ønsket fleksibilitet, og at teamet fremstår helhetlig, at like oppgaver skal honoreres likt uavhengig av hvem som utfører oppgaven.

KS framhever at innretning på takster må ses i sammenheng med hva teamet skal gjøre.

*"Dersom teamets hovedfunksjon er å effektivisere oppgaveporteføljen som fastlegen har i dag, så vil dette ivaretas bedre av at sykepleiere kan utløse legetakster enn om teamet forventes å påta en utvidet oppgaveportefølje ift hva fastlegepraksisen har i dag; dersom primærhelseteamet skal gjøre andre ting og utvide oppgaveporteføljen, vil det fremstå som mer målrettet at denne aktiviteten finansieres med egne sykepleiertakster."*

Direktoratet foreslår en kombinasjon av egne takster og bruk av legetakster ved at det i forsøket fastsettes egne takster for sykepleiere i form av takst for oppfølging, hjemmebesøk, gruppebehandling, møter mv. utført av sykepleier og at enkelte legetakster kopieres over til sykepleiertakstene. Det utarbeides en egen takstoversikt for sykepleiere med egne regler for takstkombinasjoner.

Direktoratet begrunner sin anbefaling med at takstene skal understøtte formålet med teamet, sikre inntjening til teamet og stimulere til aktivitet. De understreker imidlertid at

det bør være faglige vurderinger som skal ligge til grunn for prioritering og oppgavedeling i teamet. Det er derfor ikke hensiktsmessig å legge inn sterke insentiver for bestemte aktiviteter i takstene. Takstene må videre sees opp mot at de skal gjenspeile en inntjening som dekker ca. halvparten av kostnaden ved å ha en sykepleier ansatt.

#### *Departementets vurderinger og forslag*

Innspillene fra de ulike aktørene viser at det er fordeler og ulemper med begge alternativ. Departementet har valgt å legge 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 forutsetninger 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 sykepleietakster på selvstendig grunnlag, men når sykepleier er til stede i legekonsultasjoner eller utfører oppgaver i forbindelse med en legekonsultasjon benyttes ikke sykepleietakstene. Da utløser legen de takstene som er aktuelle i forbindelse med konsultasjonen. Sykepleier bidrar som hjelpepersonell.

Det vises til foreslåtte takster i forskrift forsøksordning med primærhelseteam kapittel II.

### **5.3.3 Nærmere om hvilke oppgaver som bør takstfinansieres**

I sin detaljplanlegging har Helsedirektoratet identifisert en rekke oppgaver som primærhelseteamet skal ivareta, og som vil kunne ivaretas av sykepleier:

*"være ansvarlig for å gjennomføre ordinære kontroller, starte opptak av sykehistorie, gjøre målinger, delta og være til stede i legekonsultasjonen, følge opp legemiddelforskrivninger, avtale eventuelle mellomliggende kontakter. Drive pasient- og pårørendeopplæring, gjøre selvstendige konsultasjoner, hjemmebesøk eller sykebesøk utløst av forverring, delta for fastlegen i tverrfaglige møter, i større team og gjøre forebyggende hjemmebesøk og følge opp pasienter i samband med utskrivning fra sykehus. Sykepleier kan ha en viktig koordinerende funksjon både i forhold til øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjeneste og andre instanser."*

Sykepleier skal kunne ivareta ulike oppgaver i teamet. Etter Helsedirektoratets vurdering bør takstfinansieringen ivareta bredden i de pasientrettede oppgavene. Teamene i forsøket vil ha ulikt pasientgrunnlag og ulik kompetansesammensetning. Finansieringen bør gi teamene tilstrekkelig fleksibilitet i forhold til fordeling av oppgaver internt i teamet. Gjennom generelle takster framfor takster knyttet til enkeltprosedyrer, gir man mindre insentiv til konkrete oppgaver og mer rom for at teamene kan sikre inntjening uavhengig av hvilke konkrete oppgaver den enkelte sykepleier utfører.

Direktoratet har vurdert om det bør innføres særskilt takst for teamkonsultasjon som forutsetter at både lege og sykepleier er til stede sammen med pasienten i konsultasjonen.

Legen kunne da eksempelvis utløse en ordinær konsultasjonstakst med egenandel, mens sykepleier på bestemte vilkår kunne utløse et tillegg for teamkonsultasjon på samme klokkeslett, som da vil måtte være en ren refusjonstakst. Direktoratet vurderer imidlertid at det i forhold til finansiering må være et tydelig skille mellom lege- og sykepleiekonsultasjoner. Sykepleier vil fremdeles kunne opptre som hjelpepersonell for fastlegene i den nye finansieringsmodellen. Det er da fastlegen som utløser refusjon. Dersom man åpner opp for teamkonsultasjoner, er det en risiko for at man får en forskyvning i takstbruken hvor takst for teamkonsultasjon brukes i tilfeller der sykepleier deltar inn i legens arbeid som hjelpepersonell. Dette kan medføre en utgiftsøkning utover hva man har lagt til grunn i modellen, hvor kun halvparten av utgiftene til å ha en sykepleier ansatt skal dekkes via takster. Parallellbehandling er gjennomgående lite akseptert på behandlerrefusjonsområdet. Interne møter på kontoret mellom helsepersonell hvor enkeltpasienter diskuteres gir for eksempel ikke grunnlag for refusjon i dag. Dersom man åpner opp for teamkonsultasjoner vil det være svært vanskelig for Helfo å kontrollere om sykepleier har deltatt inn som hjelpepersonell som kun gir grunnlag for refusjon for legens arbeid, eller deltatt inn i en teamkonsultasjon hvor begge arbeid gir grunnlag for refusjon. På denne bakgrunn anbefaler Helsedirektoratet ikke særskilt honorar for teamkonsultasjoner.

Direktoratet har videre vurdert om det bør innføres en takst for elektronisk oppfølging hos sykepleier. Nærmere vilkår og beskrivelse av taksten må sees opp imot det som følger for tilsvarende oppfølging hos fastlegen, se merknad B9 i stønadsforskriften for leger. Det er et vilkår at fastlegen eller dennes stedfortreder har behandlingsansvar for pasienten og at pasienten tidligere har vært sett og vurdert av legen. I likhet med 2ae må det stilles krav til etablert sykdom/lidelse hos pasienten. E-oppfølgingen skal være journalverdig, jfr. ordinær konsultasjon/sykebesøk. Denne type sykepleieroppfølging må skje på initiativ fra pasienten eller avtalt med pasienten. En slik avtale bør være skriftlig eller journalført. Direktoratet foreslår kun én e-takst for sykepleier. Dette fordi det vil være umulig å skille mellom type e-kontakt slik man har gjort for lege i takstene 1be og 2ae.

#### *Departementets vurderinger og forslag*

Departementet mener at de oppgavene som det er viktigst å gi insentiver til at teamet skal utføre, er oppgaver som ikke er takstfinansiert i dag i stønadsforskriften for leger. Dette gjelder selvstendige pasientkontakter og hjemmebesøk utført av sykepleier (pasienten er kun i kontakt med sykepleier). Sykepleiers oppfølgingstakster må utformes slik at de legger til rette for nødvendig tidsbruk på den enkelte pasient. Departementet foreslår derfor at det innføres en grunntakst for inntil 30 minutter, med en tilleggstakst per påbegynte 15 minutter utover 30 minutter. I tillegg foreslås det at dagens lad som ofte løses ut av legens hjelpepersonell, også tas inn som en egen takst for sykepleiere. Muligheten for sykepleiere til å gjennomføre e-konsultasjoner er begrenset på samme måte som for fastlegen. Dette for å hindre en vekst i antallet doble konsultasjoner, først en e-konsultasjon og senere en konsultasjon med fysisk oppmøte. Det defineres tydelig hva som inngår i den enkelte takst. Se forslag til takstene S1a, S2a, S2b S2c, S2ae, S3 og S4.

Det er viktig at det ikke åpnes for at lege og sykepleier kan kreve takst og egenandel for samme pasient på samme klokkeslett (parallellbehandling). Det må være tydelig om det er



lege eller sykepleier som er ansvarlig for den enkelte konsultasjonen som gir grunnlag for refusjon.

Samhandling med helse- og omsorgstjenesten og annet helsepersonell vil være en viktig oppgave for teamet. Det legges blant annet opp til at sykepleier kan avlaste fastlegen når det gjelder deltakelse i tverrfaglige møter. For å legge til rette for dette foreslår departementet at det innføres en egen takst for sykepleiere tilsvarende legenes takst 14. Videre foreslår departementet at sykepleiere gis rett til å utløse takst tilsvarende legenes takst 1f, dvs. ved telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasient med annet personell. Se forslag til takstene S1b, S5 og S6.

Tabell 2 viser et takstoppsett med kommentarer til de enkelte takstene.

**TABELL 2: FORSLAG TIL TAKSTOPPSETT I HONORARMODELL**

Takst	Forslag til ordlyd	Kommentarer
S1a	Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning ved personlig frammøte og ved bud. Ugyldig takstkombinasjon: alle	Taksten skal tilsvare takst 1ad i innhold og honorar. I praksis brukes takst 1ad i dag av helsesekretær/sykepleier på vegne av legen.
S1b	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter med fysioterapeut, kiropraktor, kommunal helse- og omsorgstjeneste (pleie- og omsorgstjeneste, helsestasjon, skolehelsetjeneste), NAV Sosiale tjenester og bedriftshelsetjeneste, samt med farmasøyt på apotek og pedagogisk personell i psykiatritjenester, skole og barnehage. Teamet må på anmodning oppgi hvem/hvilken instans man har vært i kontakt med. Ugyldig takstkombinasjon: alle	Taksten skal tilsvare takst 1f både i innhold og beløp. Det vil gi insentiv til at sykepleier utfører en viktig koordinerende funksjon både i forhold til øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre instanser. Kontakt med spesialisthelsetjenesten dekkes ikke etter takst 1f, og dekkes heller ikke for sykepleier etter S1b.
S2a	Oppfølging hos sykepleier med minst 20 minutters varighet. Ugyldig	Oppfølging hos sykepleier vil naturlig ha et annet innhold enn en legekonsultasjonen slik denne er definert i dag. Taksten tar opp i seg de oppgavene teamet/sykepleier skal gjøre mer av eller i tillegg til

Takst	Forslag til ordlyd	Kommentarer
	takstkombinasjon: alle unntatt S2c	<p>dagens aktiviteter. Dette kan være oppfølgingsamtaler eller kontroll av pasienter med kroniske sykdommer eller funksjonshemminger, for eksempel årskontroller hvor sykepleier foretar skjematisk kartlegging og vurderer funn opp imot referanserammer, sårstell og enkelte målinger. Disse oppgavene vil i stor grad også kunne omfattes av takst S1a (1ad) slik denne praktiseres i dag. Det er derfor nødvendig at man setter en nedre tidsgrense mot S1a. Samtidig må det settes en øvre grense opp imot tidstaksten S2c.</p> <p>Oppfølging av sykepleier må komme istedenfor en legekonsultasjon. Disse to takstene kan ikke benyttes etter hverandre i tid.</p>
S2ae	E-oppfølging hos sykepleier Ugyldige takstkombinasjon: alle.	Pasienten må tidligere ha vært sett og vurdert av lege med behandlingsansvar eller dennes stedfortreder. I likhet med 2ae (i stønadsforskriften for leger) er det et krav til etablert sykdom/lidelse hos pasienten. E-oppfølgingen skal være journalverdig. Denne type sykepleieroppfølging må skje på initiativ fra pasienten eller avtalt med pasienten.
S2b	Oppfølging hos sykepleier før eller etter konsultasjon hos lege samme dag. Taksten forutsetter en tidsbruk på minimum 20 minutter. Ugyldig takstkombinasjon alle, unntatt S2c.	I de tilfellene der pasienten har behov for oppfølging både hos lege og sykepleier er det kun anledning til å utløse en egenandel. Dersom sykepleierens innsats er noe mer enn en tilrettelegging før konsultasjonen hos legen kan takst S2b benyttes.
S2c	Tidstakst. Tillegg for tidsbruk ved oppfølging som varer utover 30 min. per påbegynt 15 min. Ugyldig takstkombinasjon: alle unntatt S2a, S2b, S3 og S6.	Tillegg for tidsbruk kan utløses ved varighet ut over 30 minutter. Det er et mål at primærhelseteamet og sykepleier bruker lenger tid på enkelte pasienter enn det fastlegen gjør i dag. Maks repetisjon settes til to, dvs. at sykepleier honoreres for inntil en times oppfølging.
S3	Hjemmebesøk ved sykepleier. Ugyldig takstkombinasjon: alle unntatt S2c og S6.	<p>Taksten gjelder for nødvendig hjemmebesøk ved sykepleier og gis samme vilkår som takst 11ad. Taksten kan benyttes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dersom pasienten på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke kan møte på behandlingsstedet</li> </ul>

Takst	Forslag til ordlyd	Kommentarer
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Når primærhelseteamet vurderer at hjemmebesøk er nødvendig for å sikre forsvarlig helsehjelp</li> <li>- Ved planlagte hjemmebesøk til pasienter med kronisk alvorlig sykdom når dette anses nødvendig for å sikre faglig god oppfølging</li> </ul>
S4	<p>Sykepleieroppfølging i gruppe per pasient for instruksjon i egenbehandling og bygging av selvhjelpsnettverk innen en gruppe av pasienter. Varighet 3/4–1 time for gruppe m/inntil 7 pasienter. Veiledning ved gjennomføring av trening omfattes ikke av taksten. Ugyldig takstkombinasjon: alle</p>	<p>Taksten tilsvarer takst 2ed som kan kreves per pasient, men taksten er ikke begrenset til bestemte diagnoser eller funksjonsnedsettelse hos den aktuelle pasient.</p>
S5	<p><b>S5</b></p> <p>Møtegodtgjørelse med reisetid når sykepleier deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter med helse- og/eller sosialfaglig personell som et ledd i behandlingsopplegg for enkeltpasienter. 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</p> <p>Taksten kan ikke benyttes som godtgjørelse for fast oppsatte samarbeidsmøter, med mindre det gjelder samarbeid</p>	<p>Det etableres en møtetakst for sykepleier tilsvarende dagens takst 14, men tilpasset sykepleiers oppgaver og ansvar. Taksten omfatter reisetid. Gjeldende møtetakst for legen kan ikke benyttes da vilkårene i taksten ikke kan oppfylles av sykepleier. I disse møtene skal det diskuteres/vurderes det videre behandlingsopplegget av enkeltpasienter. Honoreringen for takst 14 avspeiler avbrudd i legens praksis. Møtetakst for sykepleier honoreres likt som S2a .</p>

Takst	Forslag til ordlyd	Kommentarer
	om konkrete pasienter. Beregnes for arbeid i inntil en halv time og repeteres deretter per påbegynte halvtime. Taksten beregnes for den samlede møte-/reisetid, ikke per pasient. Teamet må på anmodning opplyse hvem det har vært holdt møte med. Ugyldig takstkombinasjon: alle	
S6	Reisetillegg per påbegynt halve time. Ugyldig takstkombinasjon: alle unntatt S2c og S3.	Taksten skal kompensere for tidsbruk til reise og settes lik den generelle oppfølgingstaksten S2a. Dette er lavere enn legene kompenseres med iht. takstforskriften. Dette gjenspeiler det forhold at det er ulike økonomiske forhold som skal kompenseres.

### 5.3.4 Størrelse på honorar for sykepleiertakstene og forventet volum

Forslag til takster for sykepleier er beskrevet ovenfor. Forslag til honorar for hver enkelt sykepleiertakst fremgår av tabell 3 nedenfor. I tillegg må honoraret fordeles mellom egenandel og refusjon, se pkt. 5.3.5. Siden utfallet skal være at inntjeningen av sykepleiertakster skal tilsvare 50 prosent av kostnaden for sykepleier, vil honoraret for takstene være avhengig av hvilket volum det forventes av takstene. Nedenfor drøftes mulige utfall av volum for hver av takstene, samt hvilket honorar taksten bør gi.

Et sykepleierårsverk er beregnet til å koste om lag 850 000 (2018-kroner).

Årsverkskostnaden er fordelt på 1700 timer over 230 dager. Siden årsverkskostnaden for sykepleier er lavere enn for lege, og takstinntektene skal utgjøre 50 prosent (ikke 70 prosent) av sykepleierinntjeningen, er det argumenter for at honorarene for sykepleier skal settes lavere enn for lege. På den annen side er det grunn til å anta at en større andel av sykepleiers arbeidsdag (enn fastlegens) vil bestå av oppgaver som ikke utløser takstfinansiering. Det peker i retning av at taksthonorarene må økes noe utover det en direkte omregning vil gi.

Det foreligger ingen kilder som kan si noe sikkert om hvilket volum de ulike takstene vil ha i piloten. I de beregningene direktoratet har foretatt er det tatt utgangspunkt i legenes takstbruk, volumet er så justert ned, før anslagene er drøftet med fagforeningene og KS. Basert på disse anslagene fra direktoratet foreslår departementet følgende som et utgangspunkt for honoraret for sykepleiere:

**TABELL 3: HONORARER OG FORVENTET FREKVENNS FOR TAKSTOPPSETT, PER SYKEPLEIERÅRSVERK**

Takst	Honorar	Frekvens per år	Inntjening per år	Merknad
S1a Enkel pasientkontakt	kr 69	920	kr 63 480	4 per dag (fastlegene benytter taksten relativt mindre, forholdstall mellom 1ad og konsultasjonstakst er ca. 1:6)
S1b Tlf-samtale om pasient	kr 95	690	kr 65 550	3 per dag (fastlegene benytter taksten relativt mindre: forholdstall mellom 1f og konsultasjonstakst er ca. 1:10)
S2a Oppfølging hos sykepleier	kr 152	1035	kr 157 320	4,5 per dag
S2ae E-oppfølging hos sykepleier	kr 152	0	0	Den totale frekvensen per år - på 1035 – vil ikke øke som følge av E-oppfølging. Dette fordi S2ae kommer til erstatning for S2a.
S2b Oppfølging hos sykepleier før eller etter konsultasjon hos lege samme dag.	Kr 100	460	Kr 46 000	2 per dag
S2c Tidstakst	kr 70	460	kr 32 200	2 per dag (fastlegene: forholdstall mellom tidstakst og konsultasjonstakst er ca. 1:3)
S3 Hjemmebesøk	kr 152	92	kr 13 984	2 per uke.
S4 Gruppeoppfølging	kr 152	115	kr 17 480	2 grupper per mnd, á 5 deltakere
S5 Møtegodtgjørelse	kr 152	46	kr 6 992	Ett møte per uke
S6 Reisetid ifm hjemmebesøk	kr 152	184	kr 27 968	2 per hjemmebesøk (t/r)
<b>Takstinntekt (inkl egenandeler) per år for sykepleier i full stilling</b>			<b>kr 430 974</b>	

Honorar og frekvenser som vist ovenfor vil føre til at en sykepleier i fulltids stilling utløser takster som tilsvarer en årlig inntjening på om lag 430 000 kroner. Dette tilsvarer om lag 50 prosent takstfinansiering av et sykepleierårsverk (gitt at kostnaden for et årsverk er 850 000 kroner).

Departementet understreker at det er usikkerhet rundt frekvensen av takstbruken og utslaget av variasjon kan bli betydelig. Det er derfor viktig at Helsedirektoratet under gjennomføringen av piloten følger nøye med på utbetalingene til deltakerne i piloten. For å redusere risikoen for underdekning, og en uønsket økning i utbetalinger fra trygden, er det foreslått å ta inn en bestemmelse i regelverket som gir Helsedirektoratet myndighet til å justere takstbeløpene underveis i piloten, se kapittel 5.3.6 over og forslag til § 6 i forskrift om forsøksordning med primærhelseteam.

### **5.3.5 Egenandeler**

Viktige målgrupper for primærhelseteam er pasienter med til dels store og sammensatte behov. Innenfor disse gruppene kan det være overrepresentasjon av personer som har svak personlig økonomi. Empiriske studier internasjonalt viser at økt egenbetaling for en helsetjeneste vil føre til redusert bruk av tjenesten, og at egenbetaling for helsetjenester kan ha negative helseeffekter. Det er imidlertid lite sikker evidens for at lavinntektsgrupper og høyinntektsgrupper reagerer forskjellig på endret egenbetaling (Godager, Hagen, Iversen (2014) Effekter av egenbetaling som virkemiddel for prioritering).

#### *Departementets vurderinger*

I Norge er situasjonen at egenandelene er relativt lave, og det er gode skjermingsordninger. De aller fleste storforbrukere av helsetjenester oppnår frikort. Slik sett er det staten ved folketrygden som betaler de fleste av egenandelene.

Departementet har besluttet å videreføre dagens egenandelsregime for fastlegene over på primærhelseteamene som deltar i piloten. Det betyr at det skal betales en egenandel på omtrent samme nivå som i dag, og innbetalte egenandeler inngår i opptjeningen til frikort. Ettersom egenandeler betalt hos primærhelseteam også skal inngå i egenandelstak 1, må det gjøres tilpasninger i forskrift om egenandels tak 1, hjemlet i folketrygdloven § 5-3. I honorarmodellen forutsettes det at takst-/oppgjørskrav fremsettes på samme måte som fastlegene gjør det i dag, ved bruk av Behandlerkravmeldingen. Pasientenes egenandeler innrapporteres dermed til Egenandelsregisteret samtidig med innsending av oppgjørskrav. Egenandeler innkrevd av primærhelseteam må på samme måte som egenandeler betalt til fastleger rapporteres inn til egenandelsregisteret, jf. egenandelsregisterforskriften § 7.

På enkelte punkter har det vært utfordrende å tilpasse dagens regime til tenkningen bak opprettelsen av primærhelseteam. En problemstilling som har vært aktuell, er om det bør være like eller ulike egenandeler for lege og sykepleier. Det er gode argumenter for begge alternativer. Valg av innretning på takstene legger imidlertid noen føringer. Ovenfor foreslår departementet å opprette egne takster for sykepleier. Noen av takstene gjøres lik enkelte legetakster. Der sykepleier bruker "legetakster" bør etter departementets vurdering egenandelen (og honoraret) være likt. Det gjelder takstene S1a som tilsvarer

1ad (enkel pasientkontakt) og S1b som tilsvarer 1f (telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter). For de øvrige takstforslagene er det større rom for å differensiere egenandelene.

Det er ulike begrunnelser for størrelse på egenandeler. De fastsettes blant annet ut fra innholdet i tjenesten, tjenesteyters kompetanse, tidsbruk, utstyr, supplerende finansiering. Disse utgangspunktene blir ikke enhetlig praktisert, og de kan peke i ulike retninger når det gjelder spørsmålet om like/ulike egenandeler for lege og sykepleier.

Det kan være naturlig at samme type tjeneste har lik egenandel, men det er ikke gitt at legekonsultasjon og oppfølging hos sykepleier er samme tjeneste og derfor bør ha lik egenandel. Dette er heller ikke et prinsipp som er gjennomført konsekvent i helse- og omsorgstjenesten. Selv om innholdet i tjenesten varierer mye, er egenandelen ofte den samme. Honoraret kan da være ulikt, men egenandelen lik. Innenfor fastlegeordningen i dag er det slik at ulik kompetanse begrunner ulik egenandel. Pasienten betaler om lag 50 kroner mer dersom fastlegen er spesialist i allmenntidmedisin. For poliklinisk behandling betaler pasienten lik egenandel uavhengig av hvilket helsepersonell pasienten møter i poliklinikken. Imidlertid er poliklinikk en del av et større spesialisert behandlingsapparat. Det er derfor ikke like avgjørende hvilket helsepersonell pasienten møter i konsultasjonen.

Tidsbruk kan være en faktor. For primærhelseteam legges det opp til litt lengre konsultasjoner for sykepleier. Det er et argument for høyere egenandel. På den annen side betaler ikke pasienten høyere egenandel hos fastlegen selv om konsultasjonen tar lang tid. Det ekstra honoraret dekkes gjennom økte refusjoner fra folketrygden. I Stockholm og flere län (fylker) i Sverige er det ulike egenandeler for sykepleier og lege. Én av deres begrunnelser for dette er å gi pasientene insentiv til å velge sykepleier når de kontakter *primærvården*.

Det er en sterk sammenheng mellom honorar og egenandel. For de takstene som har egenandel, vil egenandelen utgjøre en stor del av, eller hele honoraret. Honoraret for sykepleier skal finansiere 50 prosent (ikke 70 prosent som for legene), det er et argument for lavere honorar, og dermed også et argument for lavere egenandel. Sagt på en annen måte så setter innretningen på totaløkonomien tydelige grenser for størrelsen på egenandeler sykepleier kan kreve inn. Egenandelene for sykepleier kan ikke settes så høyt at den aktivitetsbaserte finansieringen overstiger 50 prosent av sykepleierinntjeningen.

I arbeidet med den detaljerte planleggingen har Helsedirektoratet også innhentet synspunkter på dette spørsmålet fra Legeforeningen, NSF og KS. Legeforeningen peker på at selv lave egenandeler kan være hinder mot å motta helsetjenester. For å oppnå intensjonene med teamene er det viktig at egenandeler ikke framstår som et hinder. Legeforeningen mener egenandel for sykepleier bør ligge lavere enn for fastlege. Sykepleierforbundet mener at sykepleier bør bidra vesentlig til inntekter i praksisen. Forbundet mener av denne grunn at egenandeler ikke bør være lavere for sykepleier enn for fastlege. NSF peker samtidig på at egenandelene er lave og at på grunn av frikort blir det liten reell forskjell for pasientene. KS er ikke konkluderende når det gjelder innretning av egenandeler.

Ved å åpne opp for at flere behandlere i primærhelseteamet kan utløse takster på selvstendig grunnlag, må spørsmålet om pasientene kan avkreves flere egenandeler av primærhelseteamet avklares. Det vises til tilsvarende problemstilling ved poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten. En pasient som oppsøker et primærhelseteam kan ha to eller flere ikke-relaterte grunner til å oppsøke primærhelseteamet. Isolert sett taler dette for at det kan kreves egenandel fra både sykepleier og fra fastlegen. Hvis en pasient oppsøker en fysioterapeut og en fastlege samme dag avkreves pasienten egenandel hos begge behandlere. Et primærhelseteam er en utvidelse av fastlegekontoret. Det er i dag ingen tradisjon for å avkreve pasienter som oppsøker fastlegen med flere medisinske problemstillinger mer enn en egenandel. Tilsvarende gjelder også for pasienter som får oppfølging ved en poliklinikk. Det kan kun avkreves egenandel en gang, selv om pasientene er i kontakt med flere helsepersonell som kan utløse egenandeler. Å tillate at både sykepleier og fastlege utløser egenandel, vil øke inntekten til primærhelseteamet, og pasienter tilknyttet teamet vil få andre kostnader ved bruk av tjenestene enn pasienter hos en "tradisjonell" fastlegepraksis. Det vil være krevende å beregne denne ekstra inntekten, og dermed hvordan eventuelle økte egenandeler vil påvirke pasientene. Denne usikkerheten kan igjen føre til at pasientbetalingene ikke blir lik i de ulike modellene som skal prøves ut i piloten, og mellom pilotpraksisene og andre fastlegepraksiser.

#### *Departementets forslag*

Det framgår av det foregående at det er argumenter for og mot både like og ulike egenandeler for arbeid utført av henholdsvis lege og sykepleier. Departementet mener imidlertid argumentene peker mest i retning av like egenandeler. Ulik egenandel vil i mindre grad stimulere til teamtenking, og i stedet markere en forskjell utad mellom de ulike deltakerne i teamet. Samtidig kan ikke egenandelen settes høyere enn honoraret. I praksis må dermed satsene for egenandeler fastsettes ut fra utregning av honorarene, som igjen er avhengig av hvilke estimater for takstvolumer vi kommer fram til. Med bakgrunn i de takstfrekvensene og honorar omtalt i tabell 3 over, foreslår departementet følgende fordeling av honoraret mellom refusjon og egenandel:

**TABELL 4: EGENANDELER**

<b>Takst</b>	<b>Honorar</b>	<b>Refusjon</b>	<b>Egenandel<sup>2</sup></b>
S1a Enkel pasientkontakt	kr 69	kr 15	kr 54
S1b Tlf-samtale om pasient	kr 95	kr 95	kr 0
S2a Oppfølging hos sykepleier	kr 152	kr 0	kr 152
S2ae E-oppfølging hos sykepleier	kr 152	kr 0	kr 152

<sup>2</sup> Nivået på egenandelene settes tilsvarende som for fastleger uten spesialisering.



Takst	Honorar	Refusjon	Egenandel <sup>2</sup>
S2b Oppfølging hos sykepleier før eller etter konsultasjon hos lege samme dag.	Kr 100	Kr 100	Kr 0
S2c Tidstakst	kr 70	kr 70	kr 0
S3 Hjemmebesøk	kr 152	kr 0	kr 152
S4 Gruppeoppfølging	kr 152	kr 0	kr 152
S5 Møtegodtgjørelse	kr 152	kr 152	kr 0
S6 Reisetid ifm hjemmebesøk	kr 152	kr 152	kr 0

Departementet foreslår at pasienter som hovedregel ikke kan avkreves mer enn en egenandel av primærhelseteamet per dag. Det kan ikke utelukkes at en pasient i løpet av en dag kontakter primærhelseteamet to ganger, men dette vil være unntaksvis. Der det er hensiktsmessig med påfølgende konsultasjoner hos lege og sykepleier bruker sykepleier takst S2b.

Se forslag til takster i forskrift om forsøksordning med primærhelseteam kapittel II.

### 5.3.6 Økonomisk oppgjør med Helfo

Fastlegen inngår i dag en avtale om direkteoppgjør med Helfo og fremmer krav om refusjon for arbeid utført av seg selv og hjelpepersonell jf. folketrygdloven § 22-2. Avtalen om direkteoppgjør er vurdert som en personlig avtale, og behandleren vil være personlig ansvarlig for et eventuelt krav om tilbakebetaling av feilutbetalt refusjon, jf. folketrygdloven § 22-15a. I de tilfeller der fastlegen er fast ansatt i kommunen inngås avtale om direkteoppgjør med kommunen. Kommunen er da juridisk ansvarlig for kravet om refusjon overfor Helfo.

Når det er kommunen som driver primærhelseteamet, vil det være lite endringer knyttet til hvem som har rett til direkteoppgjør i henhold til folketrygdloven § 22-2 for det arbeid som teamet utfører. Dette vil fortsatt være kommunen. Det stiller seg annerledes der primærhelseteamet er organisert som privat næringsvirksomhet.

Departementet har vurdert tre mulige modeller for hvordan den aktivitetsbaserte andelen av finansieringen skal utbetales til primærhelseteamet der denne er organisert som privat næringsvirksomhet:

- 1) Man opprettholder fastlegenes direkteoppgjørsavtale sammen med en løsning hvor leder av teamet inngår direkteoppgjørsavtale for takster utløst av sykepleiers arbeid.
- 2) De enkelte fastlegene i teamet fremmer krav om refusjon for arbeid utført av seg selv, helsesekretær og sykepleier der de er behandlende lege.
- 3) Leder for primærhelseteamet inngår avtale om direkteoppgjør på vegne av hele teamet.

De tre mulige modellene har vært drøftet på møte med høringsgruppe hvor foreningene er representert. Sykepleierforbundet har i skriftlig tilbakemelding gitt uttrykk for at den beste måte å få til denne modellen er gjennom felles oppgjør for hele teamet, men at de etter en helhetsvurdering støtter alternativ 1.

Legeforeningen skriver i sin tilbakemelding om alternativ 1, at denne antas å ville kunne gi en enkel og oversiktlig rutine som kan innpasses i et kostnadsfellesskap. En direkteoppgjørsavtale som er inngått av leder av praksisen for takster utløst av sykepleiers arbeid, vil også gi en sterkere markering av at denne ressursen skal arbeide på alle fastlegelistene og er ansatt i gruppepraksisen. De viser ellers til at alternativ 2 vil være en videreføring av dagens praksis, mens alternativ 3 vil innebære store organisatoriske og lovmessige endringer som blant annet vil gjøre det svært vanskelig å måle effekten av forsøkene. Legeforeningen ser ikke dette som hensiktsmessig.

#### *Departementets vurdering og forslag*

Departementet støtter vurderingene fra Legeforeningen og Sykepleierforbundet og foreslår alternativ 1. Dette innebærer å videreføre dagens oppgjørsordning for fastlegene som deltar i primærhelseteam, og en ny oppgjørsordning for sykepleieaktiviteten. Sykepleiers aktivitet vil honoreres etter de foreslåtte nye sykepleiertakstene, jf. over og utbetaling skal skje til praksisen. Avtale om direkteoppgjør for refusjon basert på sykepleiers aktivitet vil da inngås av leder for teamet på vegne av praksisen. Inntjeningen vil dermed gå til praksisen, og ikke til den enkelte pasientens fastlege. Kravene vil være hjemlet i det foreslåtte nye regelverket for sykepleiertakster. Det er praksisen som vil være ansvarlig for anskaffelse av sykepleierressursen, og sykepleiers aktivitet skal ha en klar forankring i ledelsen av teamet og ikke hos den enkelte fastlege. Utbetaling til praksisen vil støtte opp under teamorganisering. Det vil også bli enklere å skille sykepleiers aktivitet fra legens aktivitet når det etableres en egen oppgjørsavtale mellom leder for teamet og Helfo.

Intensjonen med sykepleiers aktivitet er å jobbe selvstendig med sykepleiertakster og for øvrig med faglig administrativt arbeid. Det er allikevel en mulighet at sykepleier i noen grad vil være hjelpepersonell for fastlegen. I slike situasjoner vil fastlegen (som i dag) kunne sende refusjonskrav for sykepleiers aktivitet med utgangspunkt i gjeldende stønadsforskrift for lege. Da vil inntekter gå til fastlegen i stedet for til driftsselskapet. Dersom dette oppleves som problematisk, må deltakerne i praksisen håndtere dette.

Leder for praksisen inngår på vegne av driftsselskapet avtale om direkte oppgjør med Helfo, og oppgjør for sykepleier utbetales til driftsselskapet. Det vises til § 5 i forskrift om forsøksordning med primærhelseteam.

#### **5.3.7 Justeringer av takster underveis i forsøket**

I piloten skal det prøves ut nye måter å finansiere fastlegepraksiser på. Nivået på takstene for sykepleierne er basert på at antatt forbruk av tjenester og aktivitet hos den enkelte sykepleier. Det kan vise seg at de forutsetningene som ligger til grunn for den økonomiske modellen ikke slår til fullt ut. For å redusere den økonomiske risikoen for de

fastlegepraksiser som deltar i piloten, foreslår departementet å legge inn en hjemmel for Helsedirektoratet til å justere nivået på takstene underveis i pilotperioden. Denne hjemmelen vil også være en sikkerhetsventil som kan brukes dersom utgifter øker langt utover det som lå til grunn når takstnivåene ble fastsatt. Helsedirektoratet vil med denne hjemmelen kunne justere takstene både opp og ned dersom erfaringene underveis tilsier det. Det er viktig at slike justeringer skjer på bakgrunn av gode prosesser med de involverte. Departementet foreslår derfor å forskriftsfeste at justeringen skjer etter dialog med både KS, Legeforeningen og Sykepleierforbundet.

I pilotperioden vil stønadsforskriften for leger bli justert. Endringene kommer delvis som en følge av forhandlingene med Legeforeningen, men også som en følge av at Stortinget kan vedta endringer i egenandelene ved behandling av Statsbudsjettet. Departementet vil, som for en rekke andre behandlergrupper med rett til å utløse refusjoner etter folketrygdloven kapittel 5, fastsette endringer i takstene for sykepleiere. Dette vil skje med jevne mellomrom i pilotperioden. Utgangspunktet for endringene vil være fastsatte endringer i egenandelene for behandling og undersøkelse hos lege og takstøkninger for sammenlignbare grupper.

Se forslag til Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam §§ 3 og 6.

## **5.4 Driftstilskuddsmodellen og egenandeler**

I driftstilskuddsmodellen skal det ikke kreves betalt av pasienten utover fastsatte egenandeler. Departementet har ved fastsettelsen av egenandelene tatt utgangspunkt i de egenandelene som følger av dagens stønadsforskrift for undersøkelse og behandling hos lege, og de egenandeler som er foreslått å gjøres gjeldende for sykepleiere knyttet til primærhelseteam som finansieres gjennom honorarmodellen. Departementet vurderte at en større omlegging kunne bidra til usikkerhet og ulik praktisering. Det ville trolig også krevd noe IKT-utvikling å få på plass. Videre var det viktig at pasientene opplevde å betale om lag det samme som tidligere.

For primærhelseteam med driftstilskuddsmodellen er det ikke anledning å benytte takster i stønadsforskriften for leger ved undersøkelse og behandling av praksisens listeinnbyggere. For å skille egenandeler krevd av pilotpraksiser finansiert etter driftstilskuddsmodellen fra øvrige praksiser foreslår departementet å fastsette særskilt de egenandeler og egenbetalinger aktuelle primærhelseteamene kan kreve. Dette er kun en teknisk tilpasning gjort på oppfordring av journalleverandører, og endrer ikke nivået på egenandeler pasienter må betale.

Modellen medfører heller ingen endringer for innkreving av egenbetaling som ikke inngår i frikortordningen. Primærhelseteamet har fortsatt anledning til å ta betalt av pasientene for utskrift av journal og forbruksmateriell. Praksisene kan også kreve ekspedisjons- og fakturagebyr når det er aktuelt. I tillegg kan primærhelseteamet ta betalt av listeinnbyggere som ikke møter til avtalt tid, slik fastlegepraksiser kan i dag. Departementet foreslår å videreføre dagens praksis med at disse pasientbetalingen ikke inngår i opptjeningen til frikort. Bestemmelsen som begrenser muligheten til å kreve betaling fra pasienter utover det som følger av forskriften foreslås også videreført. Se

forslag til Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam § 5. I tillegg fastsettes det et eget kapittel III med egenandeler til bruk for primærhelseteam finansiert gjennom driftstilskuddsmodellen.

For å sikre at primærhelseteamene ikke krever egenandeler, refusjoner eller pasientbetalinger utover de som er til bruk for pilotpraksisene foreslår departementet å endre stønadsforskriften for leger slik at dette tydelig fremgår av forskriften, jf. nytt nummer 8 i § 2.

I begge finansieringsmodeller i piloten legges det opp til at egenandelene skal, som i dag, kreves inn av praksisen. I dag utgjør egenandelene om lag 35 prosent av fastlegens inntekter. I driftstilskuddsmodellen legges det opp til at om lag 20 prosent av praksisens inntekter skal komme fra pasientene i form av egenandeler og egenbetalinger. For praksiser som deltar i driftstilskuddsmodellen betyr det at kommunene må motregne driftstilskuddet mot innkrevde egenandeler, inkludert egenandeler finansiert av folketrygden via frikortordningen og andre fritaksgrunner.

## **6 Økonomiske og administrative konsekvenser**

### **6.1 Innledning**

I dette kapittelet beskrives de økonomiske og administrative konsekvensene av foreslåtte endringer. Konsekvensene for fastleger/primærhelseteamet, pasientene og forvaltningen blir belyst.

### **6.2 Pasienter – innbyggere**

De foreslåtte endringene i lover og forskrifter i dette høringsnotatet påvirker i liten grad rettigheten til medlemmene av folketrygden. Retten til å få refundert utgifter ved undersøkelse og behandling hos lege videreføres, men ordningen utvides til også å omfatte refusjon av utgifter til sykepleiere. Tilsvarende gjelder for egenandelsordningen og opptjening til frikort. Nytt er at legepraksisen kan kreve egenandeler fra medlemmet for undersøkelse og behandling hos sykepleiere i primærhelseteam. Pasientene kan forvente å betale om lag samme egenandel selv om de er tilknyttet en fastlegepraksis som deltar i piloten. Betalte egenandeler inngår i opptjeningen til frikort. I forsøksforskriften presiseres det at pasienten som hovedregel ikke skal betale mer enn en egenandel per dag ved kontakt med primærhelseteamet.

Retten til å stå på liste hos en fast lege videreføres, men pasientene vil i større grad enn tidligere bli fulgt opp av andre enn sin fastlegen. Oppfølgingen skal fortsatt være forsvarlig, og fastlegen vil ha det medisinske ansvaret for oppfølgingen av egne listeinnbyggere. De samme forventningene som ligger til fastleger om forsvarlighet og kvalitet, gjelder tilsvarende for primærhelseteamene.

Innbyggere som er tilknyttet et primærhelseteam som finansieres av driftstilskuddsmodellen vil kun bli avkrevd egenandel. Den øvrige finansieringen vil hverken direkte

eller indirekte komme fra innbyggeren. Dette er en endring fra dagens finansieringsmodell, der det er innbyggeren/medlemmet av folketrygden som har rett på refusjon av sine utgifter til behandling hos lege. For innbyggeren er dette nærmest en teknisk endring. Alle fastleger har avtale om direkte oppgjør med Helfo, innbyggere betaler i dag også kun egenandeler når de kontakter fastlegen.

Dersom forsøkspraksiser behandler personer som ikke står på praksisens liste benyttes det ordinære systemet for finansiering. Da er det ingen egen finansiering av sykepleiers aktivitet.

### **6.3 Kommunen**

Kommuner som deltar i piloten vil få utgifter knyttet til oppfølging av primærhelseteamene. Kommunen skal lede prosjektet lokalt og vil motta et årlig tilskudd til dette på 25 000 kroner per hele fastlegestilling som deltar i piloten, men med et minimum på kr 100 000 kroner per år. Ut over dette endres kommunens oppgaver knyttet til team med honorarmodellen lite. I tilknytning til driftstilskuddsmodellen vil kommunen få noe mer oppgaver knyttet til avregningen av driftstilskuddet mot innbetalte egenandeler. Kommunen vil motta og behandle oversikter over inntekter fra egenandeler og egenbetalinger fra fastlegepraksis, og bruke oversiktene som grunnlag for delvis motregning mot driftstilskuddet til fastlegepraksisen. Det er prosjektet sentralt som vil beregne driftstilskuddet, tilsvarende dagens praksis for per capita tilskudd. Departementet mener merarbeidet er såpass lite at det ikke gir økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning for kommunen. Forsøkskommunene vil imidlertid kunne få dekket sine dokumenterte merutgifter for utbetaling av tilskudd til forsøkspraksisene både i honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen.

Gjesteinnbyggeroppgjør for forsøkskommunene vil eksempelvis ikke bli endret i forsøksperioden. Det vil derfor ikke være behov for en særskilt ordning for gjesteinnbyggeroppgjør.

### **6.4 Fastlegene – Primærhelseteamene**

De foreslåtte endringene i driftstilskuddsmodellen vil medføre at dagens finansiering til den enkelte fastlege vil forsvinne, og erstattes med en finansiering av primærhelseteamet som helhet. Dette innebærer en endring for den enkelte fastlege. Nytt er også dette med ledelse av teamet. Praksisene som deltar i piloten vil motta 128 000 kroner per hele fastlegestilling per år til dekning av kostnader knyttet til tilpasninger i driften som piloten vil kreve som bl.a. ledelse, teamutvikling, administrative systemer, rapportering og deltagelse i teknisk tilrettelegging av journalsystemer.

Med driftstilskuddsmodellen skal fastlegen fortsatt sende behandlerkravmelding til Helfo, men meldingen vil kun omfatte takster som utløser egenandeler/egenbetalinger fra pasient for egne listeinnbyggere. Antall takstregistreringer vil da bli vesentlig redusert. Behandlerkravmeldingen vil fortsatt inneholde takstregistreringer for pasienter som ikke

er listeinnbyggere og takstregistreringer som har annen hjelming enn § 5-4 i folketrygdloven.

Driftstilskuddsmodellen legger opp til at fastlegen skal kunne opprettholde sin inntekt på om lag samme nivå som før forsøket, gitt uendret arbeidsbelastning knyttet til antall listeinnbyggere, offentlige legeoppgaver og andre vesentlige faktorer for arbeidsbelastningen. Se omtale av modell for inntektssikring under kapittel 5.2 over

I beregningene av kostnadene i forsøket, er det lagt til grunn av det skal være en fulltids sykepleier per 3 fastlegelister. Kostnad for et sykepleierårsverk settes til 850 000 kroner. Det er ikke beregnet kostnader til økning i antallet helsesekretærer. Dekning av lønnsutgifter og sosiale utgifter til sykepleier er beregnet inn i finansieringsmodellene. Se nærmere beskrivelse for hvordan sykepleier årsverket finansieres i kapittel 5 over.

## 6.5 Forvaltningen

De to finansieringsmodellene vil i ulik grad medføre endringer av utførelsen av oppgaver i forvaltningen. Honorarmodellen vil i stor grad være en videreføring av dagens praksis, men det vil komme nye elementer i forhold til oppgjørsordningen ved at leder av driftsselskapet i praksisen nå skal fremme krav om refusjon for arbeid utført av sykepleier. Avhengig av hvor mange praksiser som ønsker å benytte denne modellen, vil antallet innsendinger av oppgjør og antall regninger i oppgjørene øke noe sammenlignet med i dag.

Driftstilskuddsmodellen vil medføre store endringer i dagens finansieringsordning, med påfølgende endring i arbeidsoppgavene for Helsedirektoratet og Helfo. Med bortfall av takstrefusjoner fra folketrygden for bruk av fastlegetjenester, vil omfanget av behandlerkrav fra fastlegene mot Helfo bli vesentlig redusert. Omfanget av reduksjonen avhenger av antall fastlegepraksiser som omfattes, men antallet vil uansett være lite sett opp mot samlede behandlerkrav fra fastlegene. Antall fastlegepraksiser som bruker modellen er liten sammenlignet med det totale antallet fastlegepraksiser, og slik sett i liten grad påvirke oppgavemengden for Helfo.

Helsedirektoratet vil med driftstilskuddsmodellen måtte utarbeide oversikt over inntekter fra egenandeler og egenbetalinger for fastlegepraksis, og utveksle oversikter med kommunen. Kommunen skal nytte oversiktene som grunnlag for delvis motregning mot driftstilskuddet til fastlegepraksisen.

Helfo beregner etter gjeldene modell basistilskudd for fastlegene. I forsøksperioden inngår basistilskuddet i driftstilskuddet, som vil beregnes av Helsedirektoratet. Arbeidet med beregningene av driftstilskuddet vil bli mer omfattende enn tilfellet er med beregning av dagens basistilskudd. Arbeidet vil omfatte løpende innhenting av opplysninger fra registre, innhenting av statistikk og innhenting av opplysninger fra fastlegepraksiser. Opplysningene skal sammenstilles, og det skal utarbeides verktøy for beregning av tilskudd. Hele beregningsprosess skal dokumenteres.

I budsjettforslaget for 2018 har regjeringen foreslått å sette av 55 mill. kr til å gjennomføre forsøket med primærhelseteam. Under forutsetning av at Stortinget slutter seg til

regjeringens forslag, vil midlene gå til å dekke merkostnader for fastlegepraksis og administrasjonskostnader med forsøket i kommuner og i sentralforvaltningen.

Av de foreslåtte 55 mill. kr knytter 39 mill. kr seg til kostnader i fastlegepraksiser, mens 16 mill. kr gjelder administrasjonskostnader i kommuner og sentralforvaltningen, samt evalueringskostnader. Inkludert i kostnader til administrasjon ligger også kostnader til nødvendig IKT-utvikling. I planleggingen av gjennomføringen av en pilot har Helsedirektoratet identifisert viktige utviklingstiltak som skal støtte opp under tenkningen med å tilby bedre oppfølging av enkelte pasientgrupper. Det er derfor særlig lagt vekt på verktøy som kan bistå teamet med å identifisere og minne om hvilke pasienter de må være særlig oppmerksomme mot. I tillegg er det viktig å få på plass oppgjørsordninger som kan håndtere fremsetning av krav fra en ny gruppe behandlere. Midler må ses i sammenheng med eksisterende finansiering av fastlegene via folketrygden og overføringsbudsjettet.

De den største delen av utgiftene til fastlegetjenester dekkes i dag av folketrygden og egenandeler fra pasientene. Disse egenandelene inngår i frikort tak 1 ordningen. Pilot primærhelseteam endrer ikke på denne forpliktelsen for folketrygden.

## **7 Forslag til forskrifter**

### **7.1 Innledning**

I dette kapittelet vil de foreslåtte endringsforskriftene bli gjengitt. I tillegg vil forslag til ny primærhelseteamforskrift bli gjengitt.

### **7.2 Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege**

I § 2 tilføyes nytt nummer 8:

*Fastleger som jobber i primærhelseteam kan ikke kreve egenandeler eller refusjon fra trygden i medhold av denne forskriften ved behandling av egne listeinnbyggere.*

### **7.3 Forskrift om egenandelstak 1**

§ 2 første ledd bokstav a skal lyde

a) legehjelp og hjelp fra sykepleier tilknyttet et primærhelseteam.

I § 3 tilføyes det et nytt nr. 1a som skal lyde:

*1a. Som egenandel for hjelp fra sykepleier tilknyttet et primærhelseteam med kommunal praksisavtale godtas et beløp som er fastsatt av departementet, jf. forskrift om forsøksordning med primærhelseteam.*

### **7.4 Forskrift om fastlegeordning i kommunene Fastlegeforskriften § 9a skal lyde:**

§ 9a *Økonomisk vederlag til primærhelseteam.*

Det økonomiske vederlag for sykepleiers arbeid i næringsdrivende primærhelseteam i honorarmodellen består av et flatt rundsumtilskudd fra kommunen og de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og refusjon fra folketrygden for utført arbeid, jf. forskrift om forsøksordning med primærhelseteam kapittel II. Det økonomiske vederlag for næringsdrivende fastlegers arbeid i primærhelseteam i honorarmodellen følger av forskriftens § 9.

Vederlaget til fastlege og medarbeidere i primærhelseteam i driftstilskuddsmodellen består av et vektet listeinnbyggertilskudd, et tilskudd basert på kvalitet og oppnådde resultater, samt de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og egenbetaling, jf. forskrift om forsøksordning med primærhelseteam kapittel III. Kommunen kan motregne fastsatt listeinnbyggertilskudd mot egenandeler og egenbetalinger som primærhelseteamet har krevd inn.



Helsedirektoratet kan justere rundsum- og listeinnbyggertilskuddet til den enkelte praksis dersom inntektene i forsøksperioden avviker vesentlig fra den inntekten praksisen hadde før oppstart av forsøket med primærhelseteam.

## **7.5 Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam**

### **Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam**

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet XX.XX.XXXX med hjemmel i lov om folketrygd § 25-13

#### **I Innledende bestemmelser**

##### **§ 1 Formål**

Forskriften har som formål å regulere en økonomisk oppgjørsordning for å gjennomføre forsøk med primærhelseteam, og sikre at medlemmene beholder sine rettigheter til å få dekket utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.

Forskriften fastsetter unntak fra bestemmelser i og i medhold av folketrygdloven kapitlene 5 og 22.

##### **§ 2 Virkeområde**

Forskriften gjelder retten til å utløse refusjoner fra folketrygden og innkreving av egenandeler for undersøkelse og behandling utført av et medarbeidere i primærhelseteam. Retten til å utløse refusjon forutsetter særskilt avtale med Helsedirektoratet.

##### **§ 3 Stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling**

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling utført av sykepleier i primærhelseteam. Primærhelseteamet må ha praksisavtale med kommunen. Honorar for utført behandling følger av kapittel II i denne forskriften. Honorar for undersøkelse og behandling utført av lege i primærhelseteam som finansieres etter honorarmodellen ytes etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse- og behandling hos lege kapittel II.

Takstene i kapittel II i denne forskriften fastsettes av departementet. Takstene vil bli justert i tråd med endringer takster for leger og andre sammenlignbare grupper.

##### **§ 4 Egenandeler for primærhelseteam med honorarmodell**

Medlemmet betaler egenandeler for undersøkelse og behandling utført av primærhelseteamet etter satser fastsatt i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse- og behandling hos lege kapittel II og etter kapittel II i denne forskriften for arbeid utført av sykepleier i primærhelseteam.

Betalte egenandeler inngår i opptjeningen til egenandelstak 1, jf. folketrygdloven § 5-3 første ledd.

Bestemmelsene om stønad etter honorartakstene i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege § 3 gjelder tilsvarende ved oppfølging av sykepleier i primærhelseteam.

Primærhelseteamet kan ikke avkreve medlemmet mer enn en egenandel per dag, jf. kapittel II og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse- og behandling hos lege kapittel II.

## **§ 5 Egenandeler for primærhelseteam med driftstilskuddsmodell**

Medlemmet betaler egenandeler for undersøkelse og behandling utført av primærhelseteamet etter satser fastsatt i denne forskrift kapittel III.

Betalte egenandeler inngår i opptjeningen til egenandelstak 1, jf. folketrygdloven § 5-3 første ledd.

Bestemmelsene om stønad etter honorartakstene i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege § 3 gjelder tilsvarende ved oppfølging av sykepleier i primærhelseteam.

Primærhelseteamet kan ikke avkreve medlemmet mer enn egenandel per dag, jf. kapittel III.

## **§ 6 Direkte oppgjør**

Leder for primærhelseteamet kan inngå avtale om direkte oppgjør etter folketrygdloven § 22-2 på vegne av sykepleiere som deltar i primærhelseteamet. Primærhelseteamet har da ikke rett til å kreve av medlemmet den delen av honoraret som folketrygden dekker.

Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer fastsetter nærmere regler for direkte oppgjør.

Bestemmelsene om fremsetning av krav, tilbakekreving og tap av retten til å praktisere for trygdens regning, jf. folketrygdloven kapitlene 21, 22 og 25 gjelder så langt de passer.

## **§ 7 Justering av takster i forsøksperioden**

Helsedirektoratet kan justere takstene i kapittel II underveis i forsøksperioden dersom fastsatte takster øker eller vesentlig reduserer trygdens utgifter sammenlignet med de beregninger som lå til grunn for forsøket. Før takstene endres skal Helsedirektoratet drøfte eventuelle endringer med KS, Legeforeningen og Sykepleierforbundet.

## II Takster for sykepleiere i primærhelseteam

Takst	Honorar	Refusjon	Egenandel	Kommentarer
<p><b>S1a</b></p> <p>Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning ved personlig frammøte og ved bud.</p> <p>Ugyldig takstkombinasjon: alle</p>	kr 69	kr 15	kr 54	Taksten skal tilsvare takst 1ad i innhold og honorar.
<p><b>S1b</b></p> <p>Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter med fysioterapeut, kiropraktor, kommunal helse- og omsorgstjeneste (pleie- og omsorgstjeneste, helsestasjon, skolehelsetjeneste), NAV Sosiale tjenester og bedriftshelsetjeneste, samt med farmasøyt på apotek og pedagogisk personell i psykiatritjenester, skole og barnehage. Teamet må på anmodning oppgi hvem/hvilken instans man har vært i kontakt med.</p> <p>Ugyldig takstkombinasjon: alle.</p>	kr 95	kr 95	kr 0	Taksten skal tilsvare takst 1f både i innhold og beløp. Kontakt med spesialisthelsetjenesten dekkes ikke etter takst 1f, og dekkes heller ikke for sykepleier etter S1b.
<p><b>S2a</b></p> <p>Oppfølging hos sykepleier med <u>minst</u> 20 minutters varighet.</p> <p>Ugyldig takstkombinasjon: alle unntatt S2c</p>	kr 152	kr 0	kr 152	Taksten tar opp i seg de oppgavene teamet/sykepleier skal gjøre mer av eller i tillegg til dagens aktiviteter. Dette kan være oppfølgingsamtaler eller kontroll av pasienter med

Takst	Honorar	Refusjon	Egenandel	Kommentarer
				kroniske sykdommer eller funksjonshemminger.
<b>S2ae</b> E-oppfølgning hos sykepleier Ugyldig takstkombinasjon: alle.	kr 152	kr 0	kr 152	Pasienten må tidligere ha vært sett og vurdert av lege med behandlingsansvar eller dennes stedfortreder. I likhet med 2ae er det et krav til etablert sykdom/lidelse hos pasienten. E-oppfølgningen skal være journalverdig. Denne type sykepleieroppfølging må skje på initiativ fra pasienten eller avtalt med pasienten.
<b>S2b</b> Oppfølging hos sykepleier før eller etter konsultasjon hos lege samme dag. Taksten forutsetter en tidsbruk på minimum 20 minutter. Ugyldig takstkombinasjon: alle unntatt S2c.	Kr 100	Kr 100	Kr 0	Taksten kan benyttes dersom sykepleierens innsats er noe mer enn en tilrettelegging før og etter konsultasjonen hos legen.
<b>S2c</b> Tidstakst. Tillegg for tidsbruk ved oppfølging som varer utover 30 min. per påbegynt 15 min. Ugyldig takstkombinasjon: alle unntatt S2a, S2b, S3 og S6.	kr 70	kr 70	kr 0	Taksten kan repeteres én gang, dvs. at sykepleier honoreres for inntil en times oppfølging (S2a + S2c*2).
<b>S3</b> Hjemmebesøk ved sykepleier. Ugyldig takstkombinasjon: alle unntatt, S2c og S6.	kr 152	kr 0	kr 152	Taksten gjelder for nødvendig hjemmebesøk ved sykepleier og gis samme vilkår som takst 11ad. Taksten kan benyttes:

Takst	Honorar	Refusjon	Egenandel	Kommentarer
				<p>Dersom pasienten på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke kan møte på behandlingsstedet</p> <p>Når primærhelseteamet vurderer at hjemmebesøk er nødvendig for å sikre forsvarlig helsehjelp</p> <p>Ved planlagte hjemmebesøk til pasienter med kronisk alvorlig sykdom når dette anses nødvendig for å sikre faglig god oppfølging</p>
<p><b>S4</b> Sykepleieroppfølging i gruppe per pasient for instruksjon i egenbehandling og bygging av selvhjelpsnettverk innen en gruppe av pasienter. Varighet <math>\frac{3}{4}</math>–1 time for gruppe m/inntil 7 pasienter. Veiledning ved gjennomføring av trening omfattes ikke av taksten.</p> <p>Ugyldig takstkombinasjon: Alle</p>	kr 152	kr 0	kr 152	<p>Taksten tilsvarer takst 2ed for leger, men denne taksten er ikke begrenset til bestemte diagnoser eller funksjonsnedsettelse hos den aktuelle pasient.</p> <p>Gruppen må bestå av minst 2 personer.</p>
<p><b>S5</b></p> <p>Møtegodtgjørelse med reisetid når sykepleier deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter med helse- og/eller sosialfaglig personell som et ledd i behandlingsopplegg for enkeltpasienter. Taksten kan</p>	kr 152	kr 152	kr 0	<p>Taksten er en møtetakst tilsvarende dagens takst 14, men tilpasset sykepleiers oppgaver og ansvar.</p>

Takst	Honorar	Refusjon	Egenandel	Kommentarer
<p>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</p> <p>Taksten kan ikke benyttes som godtgjørelse for fast oppsatte samarbeidsmøter, med mindre det gjelder samarbeid om konkrete pasienter. Beregnes for arbeid i inntil en halv time og repeteres deretter per påbegynte halvtimer. Taksten beregnes for den samlede møte-/reisetid, ikke per pasient. Teamet må på anmodning opplyse hvem det har vært holdt møte med. Ugyldig takstkombinasjon: alle</p>				
<p><b>S6</b></p> <p>Reisetillegg per påbegynt halve time. Ugyldig takstkombinasjon: alle unntatt S2c og S3.</p>	kr 152	kr 152	kr 0	

### Merknad

Overnevnte sykepleiertakster kan ikke kombineres med takstene i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, med mindre noe annet fremkommer av eventuelle retningslinjer utarbeidet av Helsedirektoratet til bruk i

forsøksperioden. Sykepleier i primærhelseteam kan likevel benytte taksten 10 a-d i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.

For bestilt time som ikke benyttes, dvs. at pasienten uteblir uten varsel eller avbestiller senere enn 24 timer før avtalt tid, kan pasienten avkreves konsultasjonshonorar. Dette dekkes ikke av folketrygden. Beløpet anses ikke som godkjent egenandel etter bestemmelser gitt med hjemmel i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd § 5-3. Slik betaling kan kreves av alle pasienter som er fritatt for betaling av egenandel.

### III Takster for primærhelseteam med driftstilskuddsmodell

Takstene benyttes for praksisens listeinnbyggere.

Dersom pasienten ikke står på praksisens liste, kan lege benytte takstene i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.

Takstene er innholdsmessig identiske med tilsvarende takster i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, og i kapittel II ovenfor. Forskjellen er at takstene i kapittel III kun er egenandeler og egenbetaling, ingen refusjon.

Takst	Forslag til ordlyd	Egenandel /Egenbetaling	Kommentarer
070	Enkel pasientkontakt hos lege ved personlig frammøte eller ved bud. Taksten forutsetter at det gis råd/veiledning. Gjelder ikke når kontakten/forespørselen resulterer i skriving av resept, sykmelding, rekvisisjon eller henvisning, jf. takst 072.  Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt 071a, 078b og 087a.	Kr 54	Tilsvarende takstene 1ad og 1ak i stønadsforskrift
071 a	Taking og undersøkelse hos lege av hemoglobin, blodsenkning og telling av hvite blodlegemer og mikroskopering av urinsediment.  Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt 070, 072 og 078b.	Kr 54	Tilsvarende taksten 1e
072	Utfylling av sykemeldingsblankett (Blankett NAV 08.07.04) når pasienten er forhindret fra å søke lege, rekvisisjon til røntgen og fysioterapi og henvisning til spesialist ved enkel pasientkontakt. Taksten inkluderer forespørsel, rådgivning.	Kr 65	Tilsvarende taksten 1h

Takst	Forslag til ordlyd	Egenandel /Egenbetaling	Kommentarer
	Ugyldig takstkombinasjon: alle unntatt 071a, 078b og 087a		
074a	Konsultasjon ved oppmøte eller e-konsultasjon hos allmennpraktiserende lege dag. Ugyldig takstkombinasjon :070, 071, 072,074b,074d,088	Kr 152	Tilsvareer takst 2ad
074b	Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege på kveld, natt, helg. Ugyldig takstkombinasjon :071, 072,074a,074d,078a	Kr 257	Tilsvareer takst 2ak
074c	Tillegg til takst 074a og 074b for allmennlege som har fått godkjent videre- og etterutdanningsprogram i henhold til spesialistreglene i allmennmedisin i Norge i løpet av de siste 5 år. Taksten gjelder også de 5 første årene etter at legen er godkjent spesialist i allmennmedisin i Norge første gang.	Kr 49	Tilsvareer takstene 2dd og 2dk
074d	Gruppebehandling per pasient for veiledning, instruksjon i egenbehandling og bygging av selvhjelpsnettverk innen en gruppe av pasienter med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger. Varighet 3/4–1 time for gruppe m/minst 2 og inntil 7 pasienter. Veiledning ved gjennomføring av trening omfattes ikke av taksten. Ugyldig takstkombinasjon: Alle	Kr 152	Tilsvareer takst 2ed og S4
078a	Utskrift/kopiering av pasientjournal til pasient eller person som opptrer på vegne av pasient, jf. pasientrettighetsloven § 5-1. Taksten refunderes ikke av folketrygden. Ugyldig takstkombinasjon: Alle	Kr 85	Tilsvareer takst 5



Takst	Forslag til ordlyd	Egenandel /Egenbetaling	Kommentarer
078b	Ekspedisjonsgebyr. Utgifter og arbeid ved forsendelse etter pasientens ønske av resepter, rekvisisjoner, henvisninger eller lignende per brev, faks, telefon eller e-post. Taksten dekkes ikke av folketrygden.	Kr 59	Tilsvare takst 8
085a	Materiellgruppe 1 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utstyr til gynekologisk undersøkelse, herunder tuffere, engangsspekulum, etc.</li> <li>- Utstyr til anoskopi uten lyskilde</li> <li>- Elastiske bind</li> </ul>	Kr 61	Tilsvare Takst 10a i stønadsforskrift
085b	Materiellgruppe 2 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utstyr til spirometri</li> <li>- Utstyr til EKG</li> <li>- Utstyr til prøvetaking fra livmorhulen</li> <li>- Utstyr til rektoskopi/anoskopi m/lyskilde</li> <li>- Materiell ved sårskift, herunder salvekompresser, bind, sterile kompresser etc.</li> </ul>	Kr 91	Tilsvare Takst 10b i stønadsforskrift
085c	Materiellgruppe 3 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Materiell ved mindre kirurgiske inngrep, herunder suturmateriale, bedøvelsesmidler, bandasjemateriell og øvrig forbruksmateriell</li> <li>- Utstyr til kateterisering (ekskl. kateter)</li> <li>- Glukose/materiell til karbohydratbelastning</li> <li>- Materiell ved kryokirurgi, jf. takst 111 (rep. = 0)</li> </ul>	Kr 128	Tilsvare Takst 10c i stønadsforskrift
085d	Materiellgruppe 4 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Materiell ved større kirurgiske inngrep, herunder suturmateriell, bedøvelsesmidler, bandasjemateriell og øvrig forbruksmateriell</li> <li>- Materiell til behandling/skifting av større sår og skader</li> </ul>	Kr 173	Tilsvare Takst 10d i stønadsforskrift
086a	Sykebesøk ved allmennpraktiserende lege, dag Ugyldig takstkombinasjon:070,071a, 072,074,086b	Kr 205	Tilsvare takst 11ad

Takst	Forslag til ordlyd	Egenandel /Egenbetaling	Kommentarer
086b	Sykebesøk ved allmennpraktiserende lege, kveld, natt, helg. Ugyldig takstkombinasjon:070,072,074,086a	Kr 328	Tilsvare takst 11ak
086c	Tillegg til takst 086a og 086b for allmennlege som har fått godkjent videre- og etterutdanningsprogram i henhold til spesialistreglene i allmennmedisin i Norge i løpet av de siste 5 år. Taksten gjelder også de 5 første årene etter at legen er godkjent spesialist i allmennmedisin i Norge første gang	Kr 35	Tilsvare 11dd og 11dk
087a	Taking av prøver hos lege til laboratorieundersøkelse på legens kontor eller innsending til medisinsk laboratorium. (Gjelder kun prøver som refunderes av trygden.) Ugyldig takstkombinasjon : 071 a,078a	Kr 54	Tilsvare takst 701a,
088a	Enkel pasientkontakt hos sykepleier, forespørsel, rådgivning ved personlig frammøte og ved bud. Ugyldig takstkombinasjon: Alle	Kr 54	Tilsvare takst S1a
088b	Oppfølging/kontroll hos sykepleier med minst 20 minutters varighet i praksis eller som e-oppfølging. Ugyldig takstkombinasjoner: alle	Kr 152	Tilsvare takst S2a, S2ae og S3 Egenandel for individuell oppfølging/kontroll utført av sykepleier alene uavhengig av om utførelse skjer på kontor, i pasientens hjem eller elektronisk

### Merknad

For bestilt time som ikke benyttes, dvs. at pasienten uteblir uten varsel eller avbestiller senere enn 24 timer før avtalt tid, kan pasienten avkreves konsultasjonshonorar. Dette dekkes ikke av folketrygden. Beløpet anses ikke som godkjent egenandel etter

bestemmelser gitt med hjemmel i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd § 5-3. Slik betaling kan kreves av alle pasienter som er fritatt for betaling av egenandel.

Pasienten må i tillegg dekke utgifter til materiell eller legemidler som ikke er dekket av de ovenstående fastsatte honorar som for eksempel gips, spiral, kateter, vaksiner, legemidler, ortoser, etc., etter legens kostnad.

Engangsutstyr som f.eks. sprøyter mv. kan det ikke beregnes ekstra for, da disse utgifter inngår i taksten.

Medlemmets egenandeler/egenbetalinger for å oppsøke lege er uttømmende regulert i forskriften. Leger er forhindret fra selv å kreve, eller inngå avtaler som innebærer, pasientfinansiering av administrative systemer som betalingstjenester, timebestillingssystemer og lignende. Dersom pasienten ønsker å motta faktura, kan det avkreves et fakturagebyr. Fakturagebyret skal ikke overstige kostnadene ved faktureringen.

#### IV

### **§ 6 Ikrafttredelse**

Forskriften trer i kraft 1. april 2018.

### **7.6 Ikrafttredelse**

Alle forskriftsendringene og ny forskrift om forsøksordning med primærhelseteam skal etter planen tre i kraft 1. april 2018.