



Webinar: Finansiering av samhandlingstjenester

17. nov 2022

Kjøreregler



Mute når du ikke snakker



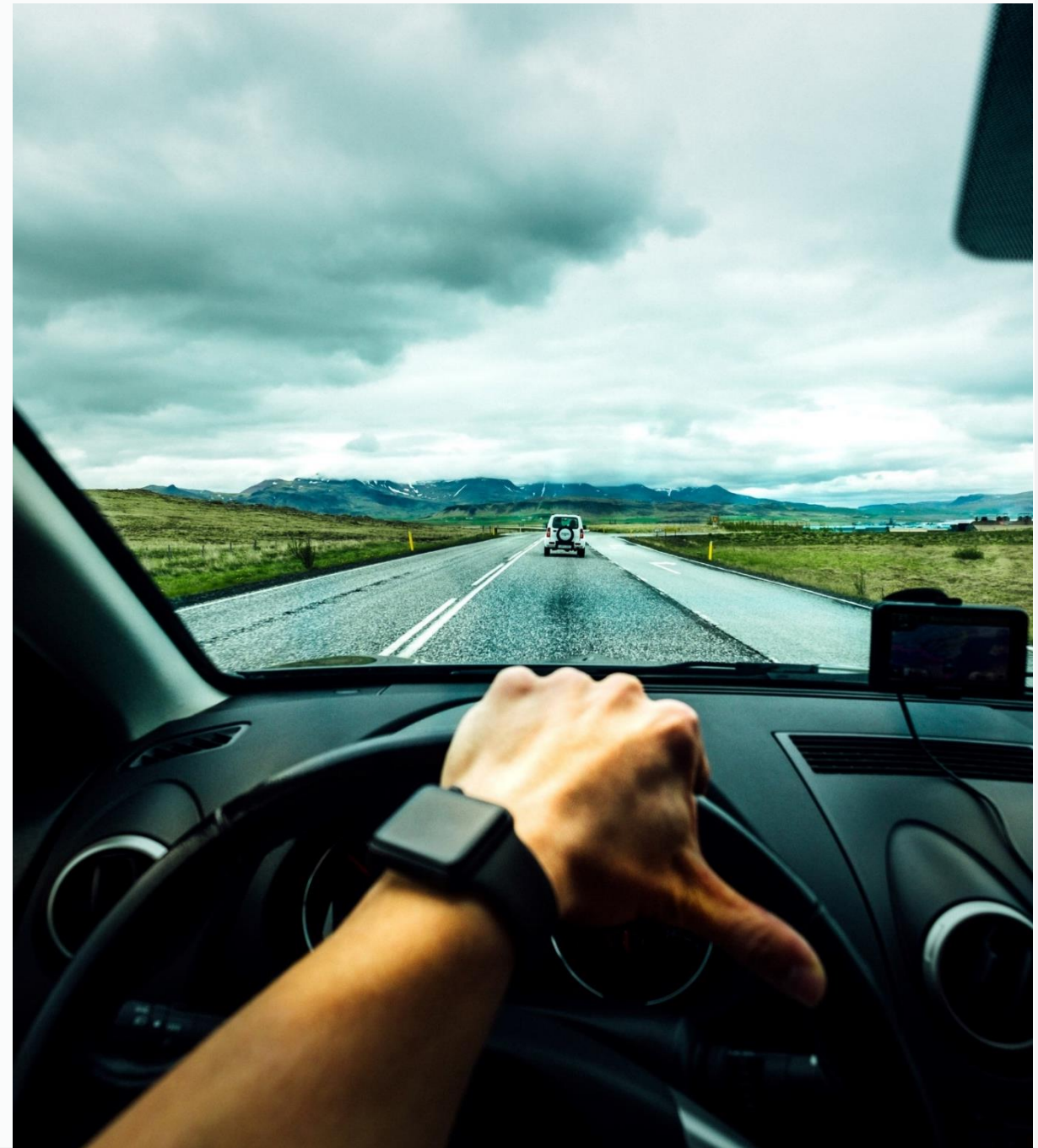
Ha gjerne på kamera



Bruk chatten aktivt underveis i webinar



Sitt nærme mikrofonen så alle kan høre
hva du sier



Agenda

- Kort introduksjon, v/ *InnoMed*
- Hvordan lykkes med samhandlingsprosjekter gitt dagens finansieringsordning av spesialist- og kommunehelsetjenesten, v/ *Helsedirektoratet*
- Erfaringer med finansiering av samhandlingstjenester i Danmark, v/ *Troels Andersen, PA Consulting*
- Hvordan InnoMed bistår prosjekter i forbindelse med finansiering, v/ *InnoMed*



Kort introduksjon

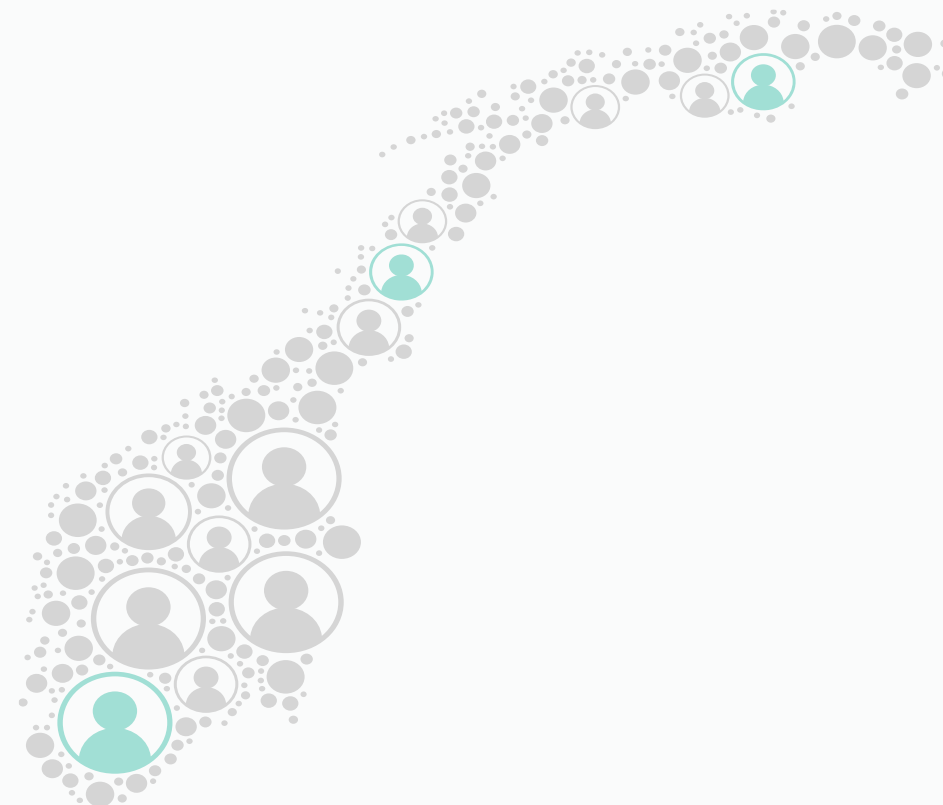
Om InnoMed

Fokus

- Jobbe fokusert innen forankrede satsingsområder.
- Jobbe i skjæringspunktet mellom kommuner og HF.
- Jobbe med prosessveiledning innen tjenesteinnovasjon.
- Bidra til organisatorisk implementering.
- Sikre at konkrete erfaringsgrunnlag spres og gjenbrukes av andre.

Prosessveiledning

- Prosessveiledning gis til prosjekter med spredningsverdi på tvers av regioner
- Prosjekter som styrker samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten blir prioritert.
- Det er ønske om å prioritere fokus på digital hjemmeoppfølging og bruk av video.



Styrsgruppe
Ressursgruppe
Sekretariat



InnoMed.no



Webinar og
podcast



Sosiale
medier



Prosess-
veiledere

Nyheter InnoMed

- Arrangementer og webinarer
 - **23. november 2022** – Kompetansenettverksmøte
 - **08. desember 2022** – Webinar: Kunstig intelligens i helse
 - **14. desember 2022** – Kompetansenettverksmøte

Hvorfor jobbe med finansiering?

Ulike finansieringsmodeller trekkes ofte frem som en barriere for godt samarbeid mellom kommune og sykehus

Derfor er det viktig å jobbe med problemstillinger knyttet til finansiering av samhandlingstjenester - eksempelvis:

- Hvor ligger kostnadene og hvor oppstår gevinster i samhandlingsforløpet?
- Hvordan skal kostnader og gevinster fordeles mellom aktørene?
- Hva er dagens mulighetsrom når det gjelder finansieringsordninger og bruk av takster?

Hvordan lykkes med samhandlingsprosjekter gitt dagens finansieringsordning

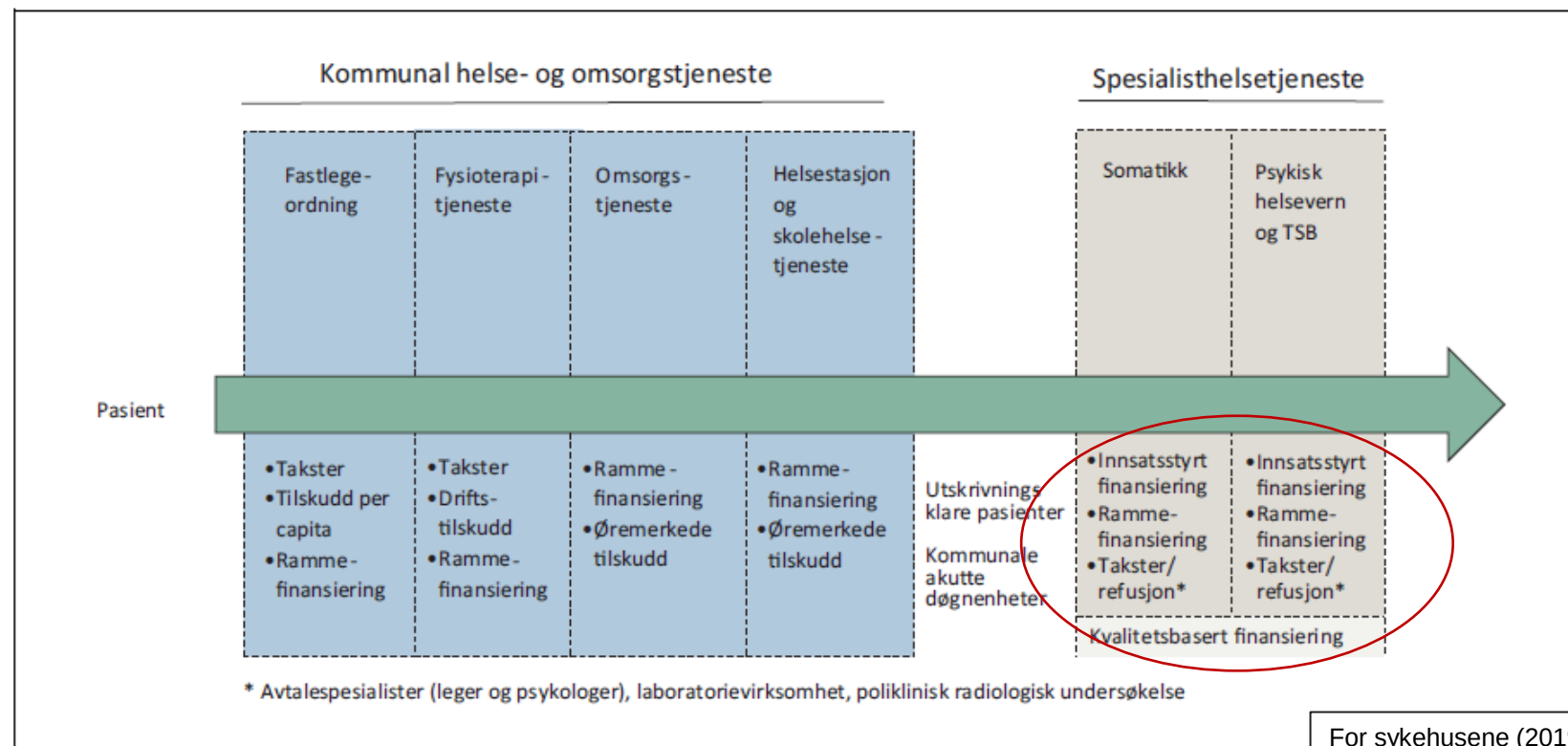
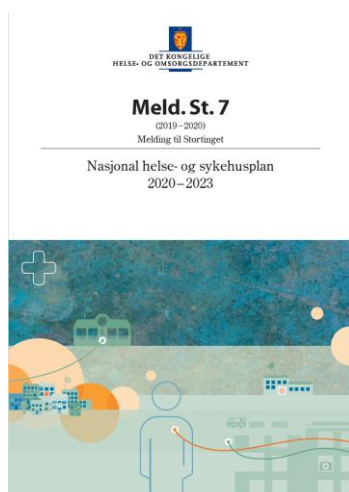
Samhandling/ samarbeid og finansiering

Webinar om finansiering av samhandlingstjenester

Kristin Dahlen, avdeling finansiering Helsedirektoratet



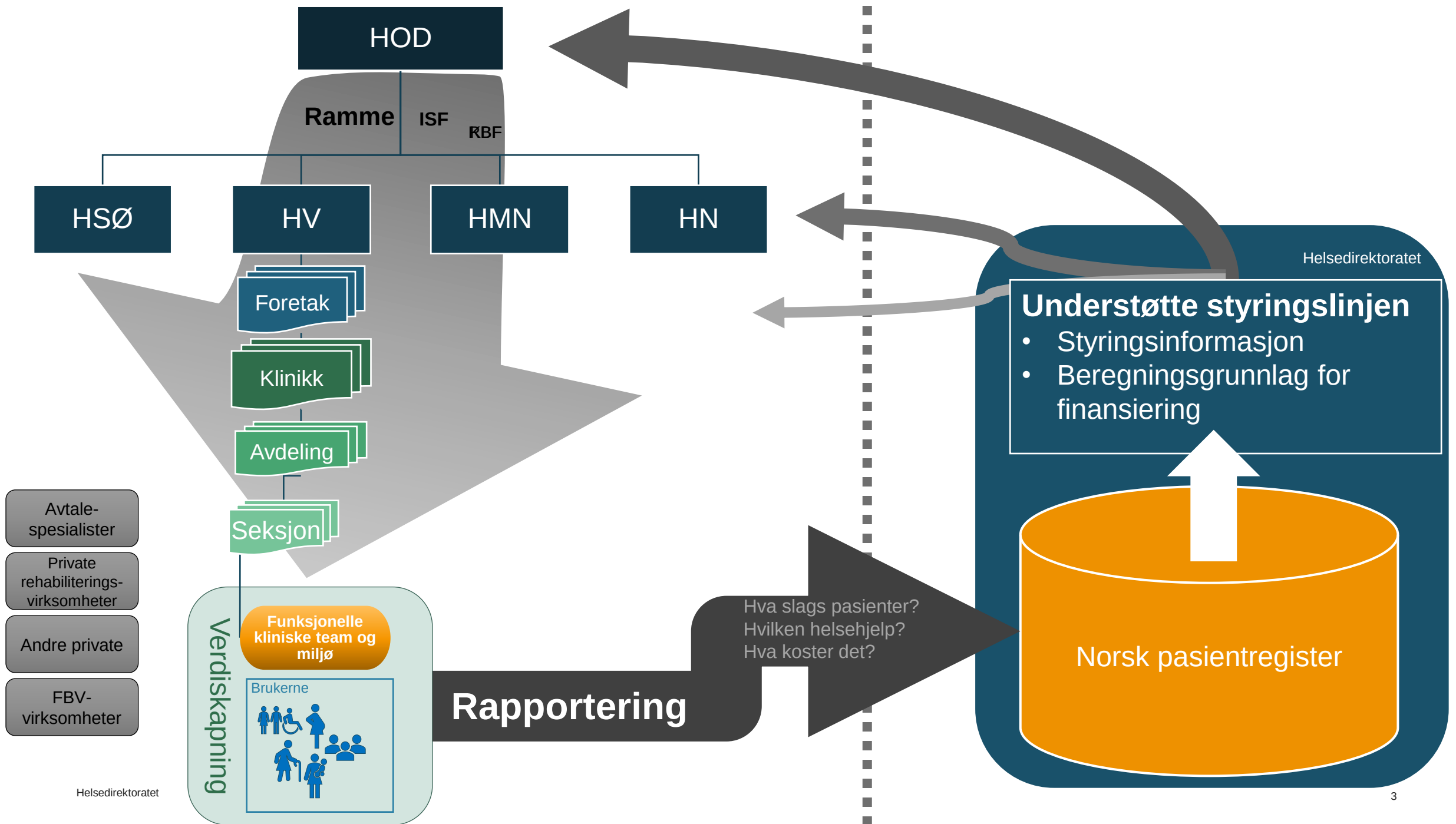
Oversikt over ulike finansieringsordninger



Figur 11.3 Ulike finansieringsordninger i helse- og omsorgstjenesten

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

For sykehusene (2019-tall)
 Rammefinansiering ~105 mrd
 Innsatsstyrt finansiering ~ 38 mrd
 Takster i sykehus ~ 3 mrd
 Resultatbasert finansiering (her KBF) ~ 550 mill



Aktivitetsbasert finansiering (ISF) - målene

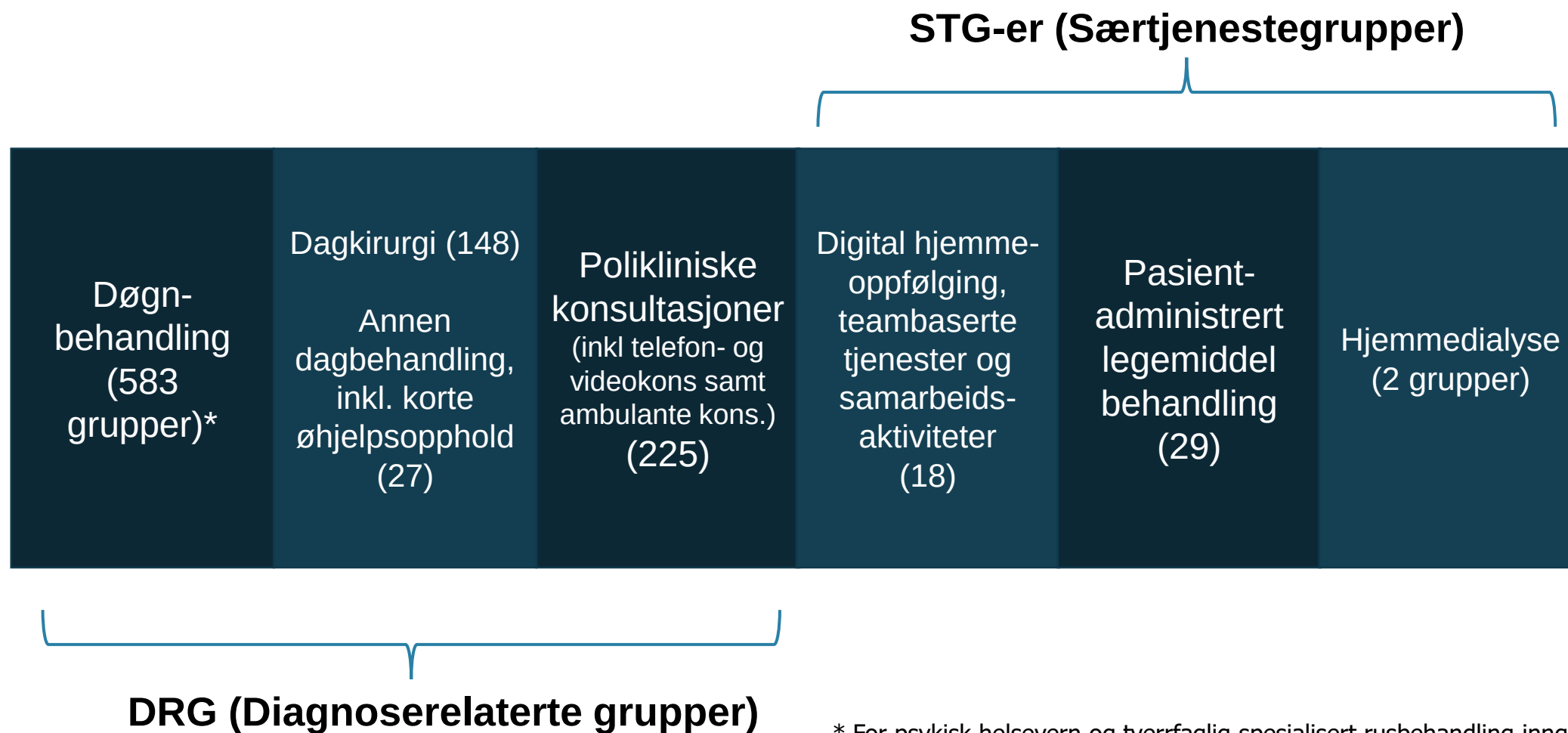
Understøtte sørge-for-ansvaret til helseregionene

Budsjettet gjøres avhengig av hvor mange, og hva slags pasienter som får behandling

Understøtte ønsket faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten

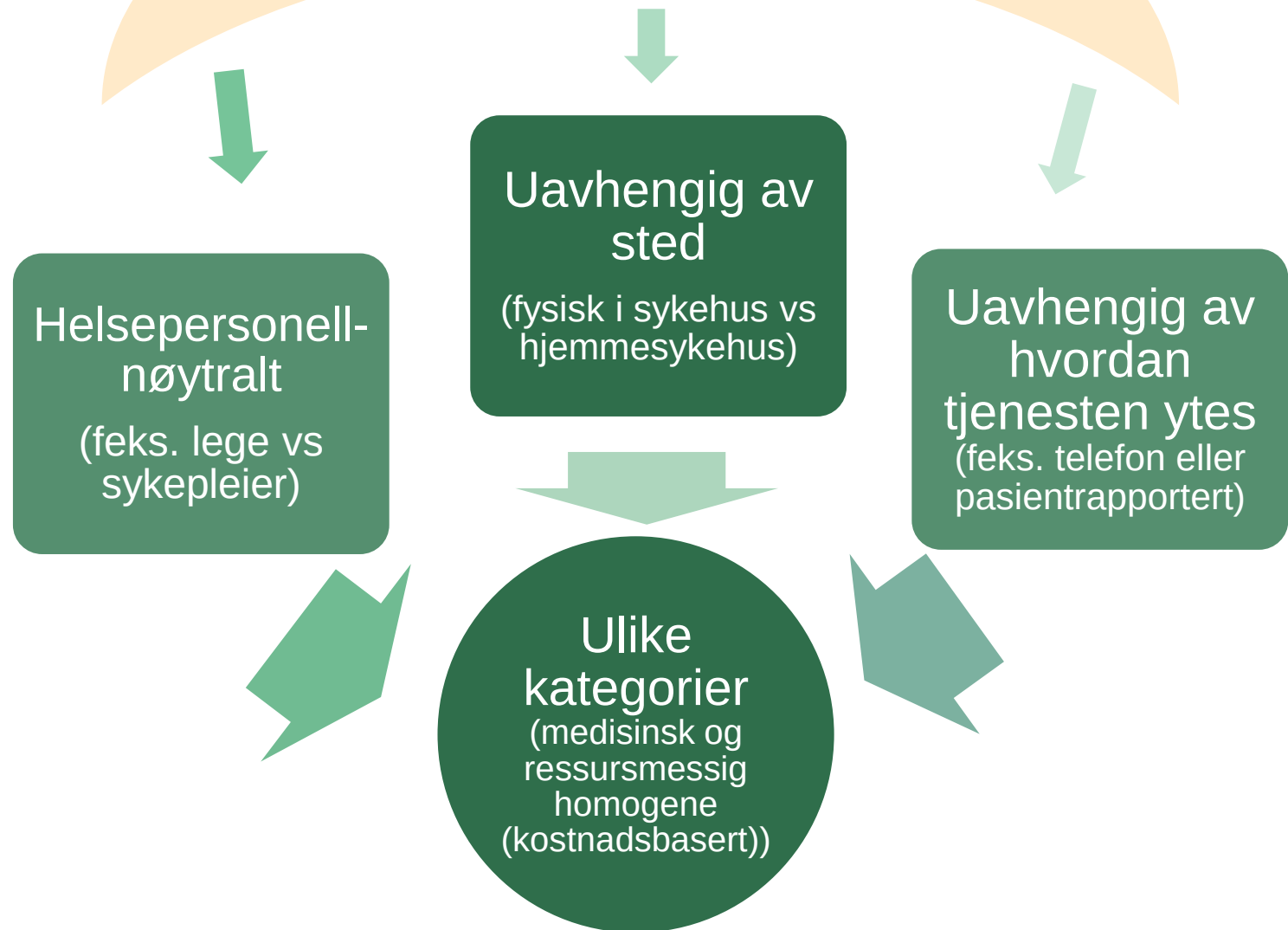
Stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling

Grupper for ulike typer pasientbehandling/ -oppfølging (2022)



* For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngår IKKE døgnbehandling

Fokus på
innholdet i
tjenesten



Ulik aktivitet som indikerer samarbeid med andre aktører utenfor spesialisthelsetjenesten

[ISF-regelverk](#) regulerer og beskriver den aktivitetsbaserte finansieringen

«Samarbeid» er nevnt 89 ganger i regelverket for 2022 («samhandling» - 6)

-«For **teambasert oppfølging** fra spesialisthelsetjenesten i **samarbeid** med kommunehelsetjenesten skal særkoden B0044 Teambasert oppfølging som bidrar til helhetlige og sammenhengende pasientforløp registreres... Behandlingen skal skje i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette samarbeidet skal være forankret i samarbeidsavtale mellom RHF/HF og kommunen»... (fra kap 6.23)
- ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam
 - ... «Teamene skal være opprettet gjennom gjensidig forpliktende **samarbeidsavtaler** mellom kommuner og helseforetak»..

Ulik aktivitet som indikerer samarbeid med andre aktører utenfor spesialisthelsetjenesten

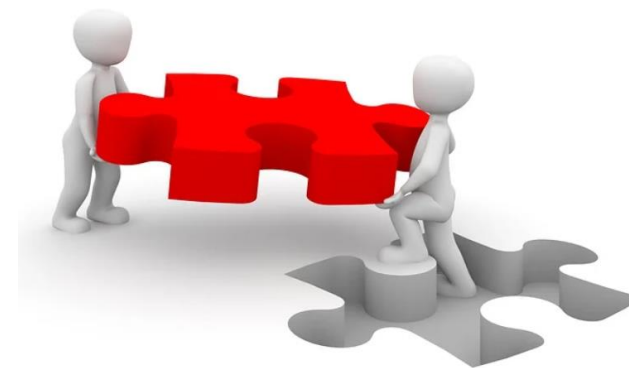
- Palliativ behandling

- «WRBA24 Rådgivning og samarbeid mellom palliativt senter og kommunal helse- og omsorgstjeneste
 - Palliativt team har rådgitt, koordinert seg med eller på annen måte **samarbeidet** med representant(er) for kommunens helse- og omsorgstjeneste om palliasjon av pasient. ▪ Omfanget av samhandlingen går utover vanlig koordinering og administrasjon av ressursinnsats»

- Rehabilitering

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

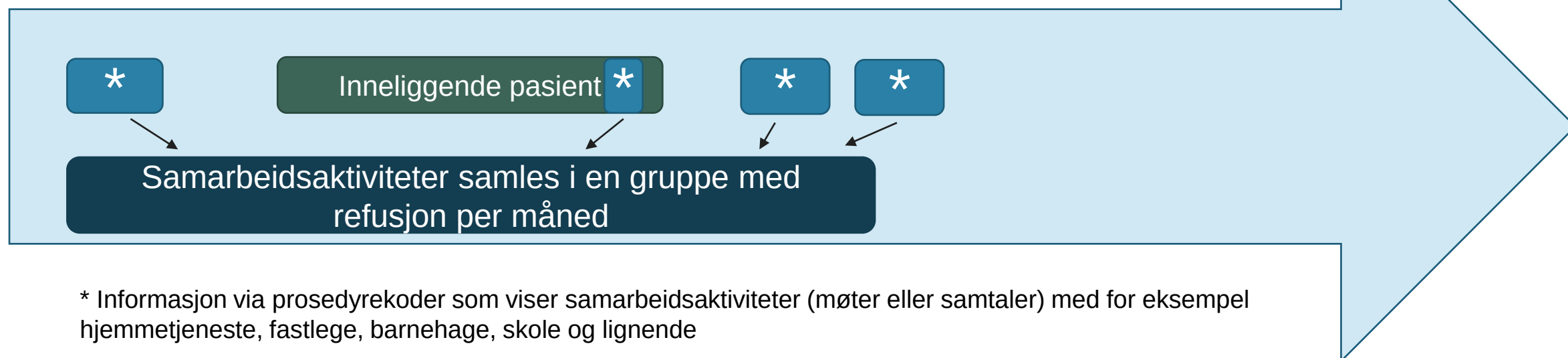
Krav i henhold til rehabilitering	Z50.89 Enkel	Z50.80 Kompleks
Min. antall spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team	4	6
Måltrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan	Ja	Ja
Samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen	Ja	Ja



Samarbeidsaktiviteter (møter og samtaler) med samarbeidsparter utenfor spesialisthelsetjenesten

... «... kan inngå i beregningsgrunnlaget når dette finner sted i form av **samarbeids- og oppfølgingsmøter** med kommunale eller andre relevante instanser utenom spesialisthelsetjenesten (herunder oppfølgingssamtaler per telefon) eller gjennom konsultasjoner med pasientens foresatte/pårørende»... «Samarbeid om oppfølging og behandling av pasient er hovedformålet med kontakten»... (fra kap 4.2.1 Felles regler pkt I), kap 6.24 og kap 7.6).

For somatisk sektor innbefatter dette også møter som gjøres for utskrivningsklare innlagte pasienter.



* Informasjon via prosedyrekoder som viser samarbeidsaktiviteter (møter eller samtaler) med for eksempel hjemmetjeneste, fastlege, barnehage, skole og lignende

Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester

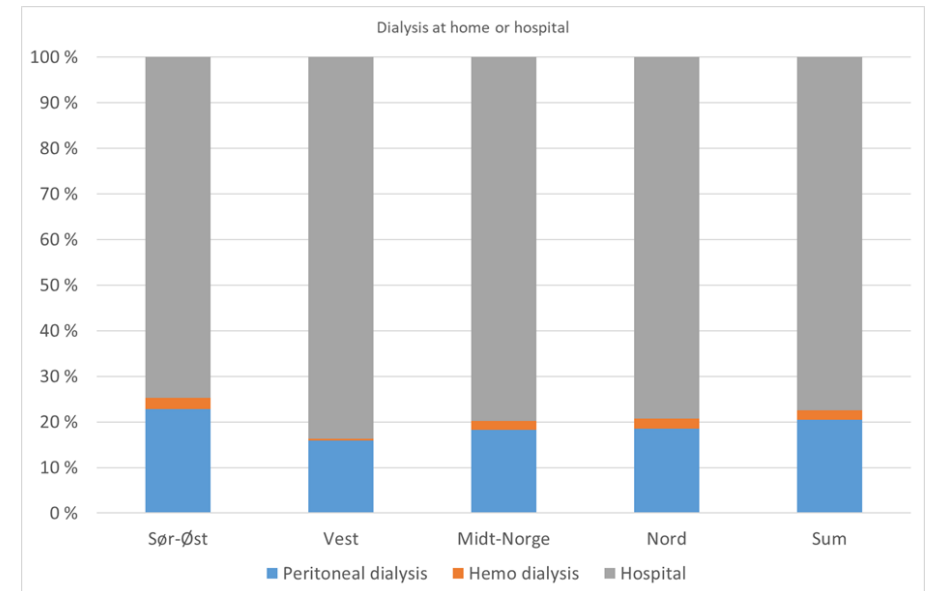
- Tjenestetilbud som gjennomføres i samarbeid med kommunen eller som omfatter tjenester som kommunen har «sørge for»-ansvar..» (fra kap 4.3.3)
- «Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan inngå i beregningsgrunnlaget når kravene i punkt 4.3 og øvrige regler er oppfylt».. (fra kap 4.2.1 Felles regler pkt e))
- ...«Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan kun inngå i beregningsgrunnlaget for ISF når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Aktuelle avtaler skal være forankret i generell samarbeidsavtalestruktur mellom tjenestenivåene, og skal inneholde bestemmelser som sikrer tilstrekkelig aktivitetsrapportering til NPR.».. (fra kap 4.3.6)

Annen aktivitet som kan påvirke samhandlingen

- Hjemmesykehus
- Hjemmedialyse

Samme ISF-refusjon som
tilsvarende behandling i sykehus

- Utskrivningsklare pasienter (oppgjøringsordning)



Flytting av spesialisthelsetjenester hjem

- en utredningsrapport fra Helsedirektoratet

Effekter

I evalueringsrapporten om samhandlingsreformen (Forskningsrådet, 2016) fremgår det at: *"Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal i større grad samarbeide, og spesialisthelsetjenesten skal bidra og bistå slik at kommunehelsetjenesten i økende grad og omfang skal ta hånd om pasienter og pasientgrupper som i dag får behandling på sykehus."*

Gjennomføringen av dette fordrer tett samarbeid og avtaler om finansiering og gevinstfordeling. Det er i tillegg behov for å øke kompetansen i kommunene for å sette kommunene i stand til å motta stadig mer komplekse pasienter¹.

Utviklingen om flytting av spesialisthelsetjenester hjem/nærmere der pasienten bor har pågått over lang tid. Hvor stor del av denne utviklingen som skyldes bruk av teknologi fremkommer ikke alltid klart og tydelig. Men i de tilfellene hvor teknologi er tatt i bruk, viser mange av erfaringene som er innhentet til denne rapporten, at det bidrar positivt for samarbeid og kompetansedeling.

Hjemmesykehus: For pasientene viser erfaring og forskningen at tjenesten er et like godt alternativ som behandling på sykehus. Vi har knapt med kunnskapsgrunnlag i denne rapporten om effekter for primærhelsetjenesten, den erfaringsbaserte kunnskapen som er innhentet viser at det er positive effekter for kommunen i form av kompetansedeling. Men økning i omfang kan få konsekvenser for ressursbehov. Når hjemmesykehuset "flytter inn" hjemme hos pasienten og forutsetter at kommunens helsepersonell skal bidra griper dette inn i kommunenes rammefinansiering². Det er et stort behov for å få på plass ett solid kunnskapsgrunnlag som faktisk viser konsekvensene for kommunene, både økonomisk, organisatorisk og ressursmessig³.



Digitalisering som virkemiddel

Muliggjør en større grad av samhandling mellom nivå og internt på samme nivå. Kan understøtte bærekraft og gi muligheter for økt deltagelse og medbestemmelse fra pasienten

- Digitale verktøy kan brukes direkte i pasientbehandling eller –oppfølging
- Digital infrastruktur
- Felles journalløsninger, deling av pasientrapporterte data
- Data til bruk i beslutningsprosesser
- Bruk av kunstig intelligens
- Anskaffelse av utstyr
- Standardisering av kodeverk og terminologi
- Endring i arbeidsprosesser



Kan kreve ulik
tilnærming i
finansierings-
modellene

Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene

- Oppdrag fra HOD – «... skissere mulige konsepter for framtidig innretting av finansieringen av helse- og omsorgstjenesten for å understøtte bedre sammenheng og økt bærekraft...»

- Rapport levert mars 2022
[Utvikling av finansieringssystemene..](#)



Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene

Svar på tillegg nr. 44 til tildelingsbrev 2021

Rapport
[BESTILLINGSNR]



Sammenhengende tjenester

«Bedre (god) sammenheng og økt bærekraft i helse- og omsorgstjenestene kjennetegnes ved:

- *Pasient og bruker opplever at tjenestene er godt planlagt og koordinert*
- *Pasientens behov fanges i større grad opp tidlig, blant annet ved bruk av digitale løsninger, slik at unødvendig kontakt med helse- og omsorgstjenesten kan forebygges og reduseres*
- *Kommuner og helseforetak i fellesskap planlegger og utvikler tjenestene, sammen med brukere*
- *Bærekraft i helse- og omsorgstjenesten handler bla om at behovet for personell ikke kan overstige det som realistisk kan skaffes til veie. En bedre sammenheng er en sentral forutsetning for å lykkes med dette».*

Fra oppdragsteksten, HOD juni 2021

Tilnærming til oppdrag

For mange vil "finansiering" handle om størrelsen på budsjettrammer til tjenesten. Dette er i hovedsak et politisk spørsmål

- Fokuset i rapporten er rettet mot valg av mulige betalingsordninger og øvrige grep i forvaltningen av finansieringssystemene som kan styrke sammenheng i tjenestene og bedre bærekraft
- Vi har knyttet målsettingen om "økt bærekraft" til det å utnytte ressursene på en god måte
- Rapporten ser også på finansiering som virkemiddel og samspillet til øvrige virkemidler som organisering, personelldekning, normering, regulering og digitalisering som del av helhetlig virkemiddelrammeverk
- Vi forholder oss også til de hovedstrukturer som finnes i helsetjenesten, dvs med to (tre?) nivå.

Konsepter for videre utvikling

Samhandlingsbudsjetter (forpliktende spleiselag)

Bundet betaling for episode (samlet betaling på tvers av tjenestenivå)

Risikodeling, medfinansiering

Resultatbasert finansiering

Resultatbasert finansiering (RBF) 2022

Fra 2022: Videreutvikling av modellen, jfr oppdrag fra HOD;

«Helsedirektoratet skal, innen 1. november 2020, vurdere hvordan kvalitetsbasert finansiering kan endres for å knytte ordningen tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig knyttet til **samhandling og digitalisering**, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan. Det skal legges vekt på å redusere antall indikatorer og tydeliggjøre sammenhengen mellom indikatorer og ønsket praksisendring i tjenesten. De regionale helseforetakene skal involveres i arbeidet.»

Indikatornavn	Måltall	Vekt	Totalt poeng
Video- og telefonkonsultasjon	15 %	24 %	21 600
Samarbeidsmøter (PHV/TSB)	25 %	24 %	21 600
Teambasert oppfølging pasienter (ACT- og FACT-team) (PHV/TSB)	2 %	7,50 %	6 750
Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering	1 %	4 %	3 600
Gjennomført nettbasert behandlingsprogram	1 %	7,50 %	6 750
Andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan (PHV/TSB)	70 %	9 %	8 100
Epikrisetid - andel epikriser sendt innen 1 dag	70 %	24 %	21 600
			90 000

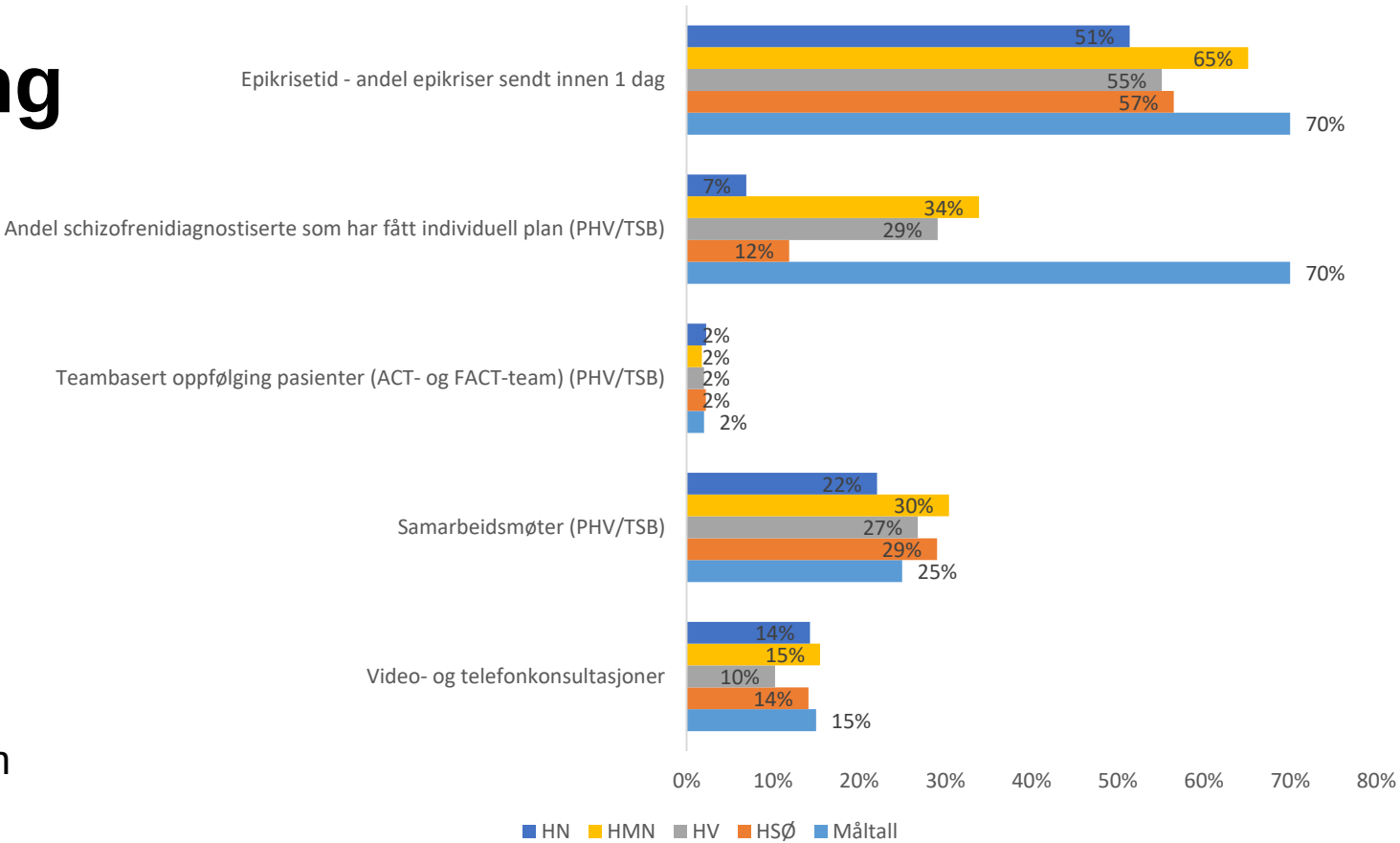
Måloppnåelse og poeng

Relativ god måloppnåelse på indikatorene:

- Teambasert oppfølging
- Samarbeidsmøter
- Video- og telefonkonsultasjoner

Poengsum per indikator:

- Jevnt over høy måloppnåelse
- Digital skjemabasert pasientoppfølging – kun Helse Vest
- Andel schizofrenidiagnostiserte m individuell plan trekker totalbeløpet ned



Indikator	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest
Video- og telefonkonsultasjoner	5 684	5 684	5 684	4 547
Samarbeidsmøter (PHV/TSB)	5 400	5 400	5 400	5 400
Teambasert oppfølging (ACT- og FACT-team) (PHV/TSB)	1 688	1 688	1 688	1 688
Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering	-	-	-	3 600
Gjennomført nettbasert behandlingsprogram	1 688	1 688	1 688	1 688
Andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan (PHV/TSB)	4 050	-	-	4 050
Epikrisetid - andel epikriser sendt innen 1 dag	6 231	4 569	5 400	5 400
Datakomplettethet	2 500	2 500	2 500	2 500
Totalt	27 240	21 528	22 359	28 872

Eksempler på takster i stønadsforskriften for leger som honorerer samhandling

Takst 1f:

Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter med

- fysioterapeut
- kiropraktor
- kommunal helse -og omsorgstjeneste
- NAV sosiale tjenester
- bedriftshelsetjeneste
- farmasøyt på apotek, i sykehus eller kommunal helse- og omsorgstjeneste
- pedagogisk personell i psykiatritjenester, skole og barnehage.

Taksten forutsetter råd, veiledning eller ordinasjoner, og det må kunne oppgis hvilken instans/hvem man har vært i kontakt med.

Fastlegen/fastlegens stedfortreder kan i tillegg bruke taksten ved nødvendig dialog med lege i spesialisthelsetjenesten. Taksten kan ikke kreves ved elektronisk oversendelse av henvisning eller epikrise.

Taksten kan også kreves av legespesialist med avtale med regionalt helseforetak ved kontakt med pasientens fastlege eller dennes stedfortreder, samt med andre legespesialister utenfor eget praksissted ved nødvendig konferering om pasienten.

Taksten kan ikke kreves av legevaktslege for samtale med spesialisthelsetjenesten.

Ugyldig takstkombinasjon: alle.

Takst 14:

Møtegodtgjørelse med reisetid når legen deltar i planlagt flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient. Møtet må være ledd i pasientens behandlings- eller rehabiliteringsopplegg. Taksten kan også utløses når møtet foregår via telefon eller video.

Taksten beregnes for arbeid i inntil en halv time og repeteres deretter per påbegynte halvtime. Hvis møtet gjelder flere pasienter, beregnes taksten for den samlede møte- og reisetid, ikke per pasient. Hvilke instanser/personer som har deltatt på møtet, tidspunkt for møtet og hvor møtet fant sted må kunne dokumenteres.

Taksten kan ikke benyttes:

- av legevakt
- ved samtidig konsultasjon
- når sykmelder deltar i dialogmøte med arbeidsgiver, arbeidstaker og/eller NAV der deltakelse i slike møter godtgjøres av NAV etter L-takster.
- dersom møtet blir avlyst

Ugyldig takstkombinasjon: alle unntatt 14d.





helsedirektoratet.no

Kristin Dahlen – kristin.dahlen@helsedir.no

Erfaringer med finansiering av samhandlingsløsninger i Danmark



Danske erfaringer med finansiering og gevinstfordeling i telemedicin

Oplæg på InnoMed-webinar
November 2022

Bringing Ingenuity to Life.
paconsulting.com



Troels Andersen

Leder af PA's sundhedsteam i Danmark

Troels har mere end 20 års erfaring som konsulent og projektleder med særlig fokus på teknologidrevet udvikling i sundhedsvæsenet.

Troels har dyb strategisk, organisatorisk og teknisk indsigt i det danske sundhedsvæsen og omfattende praktisk erfaring med at drive projekter i komplekse interessentlandskaber og med involvering af såvel sundhedsfagligt personale som administrative og politiske beslutningstagere.

Troels har drevet PA's arbejde inden for telemedicin i Danmark gennem en længere årrække.

PA's erfaringer med telemedicin i Danmark



STRATEGI

Mål, indsatser, handleplaner, as-is vs. to-be, roadmap, business case, opfølgning



REALISERING

Aktiviteter, prioritering, beslutningsrækkefølge, afhængigheder, risici



PARTER

Tværsæktorielt samarbejde, interessentanalyse, topmøde, sektorovergange



ORGANISERING

Ledelsessparring, seminarer og workshops med ledelse og medarbejdere



TEKNOLOGI

Digitale trends, arkitektur, målbilleder, roadmap, service og support

Agenda

1. Takstfinansiering af telemedicin
2. Fordeling af gevinster og udgifter



Takstfinansiering af telemedicin

- Takster for telemedicin er blevet introduceret for at skabe incitement til at bruge digitale kanaler i stedet for fysiske møder
- To tilgange er taget i brug:
 - Prissætning af kanal
 - Prissætning af specifik aktivitet
- Takster har ikke i sig selv medført stor vækst i brugen af videokonsultationer og telemedicin
- Covid-19 førte til voldsom vækst i antallet af videokonsultationer på både ambulatorier og hos egen læge, men brugen er faldet igen

Ambulant control, udvalgte områder

DRG-navn	Takst 2022
KOL, telemedicin	1.578
Telemedicinsk diabeteskontrol	994
Telemedicinsk sårvurdering	239
Telemedicinsk opsamlingsgruppe	569
Telefon- og videokonsultation	569

Egen læge

Grundydelse	Takst 2022
Konsultation	153,61
Telefonkonsultation	29,97
Aftalt telefonkonsultation	122,47
E-konsultation	48,12
Videokonsultation (udvalgte situationer)	172,36





Fordeling af gevinster og udgifter

- I Danmark er de fleste telemedicinske tilbud organiseret som samarbejdsprojekter mellem sygehus, kommune og borgers egen læge
- Den primære gevinst er:
 - Sparede omkostninger til akutte indlæggelser (regional gevinst)
- De primære omkostninger er:
 - Øget tidsforbrug til at monitorere og følge op på telemedicinske malinger (kommunal omkostning)
 - Omkostninger til indkøb og drift af telemedicinsk udstyr (fælles omkostning mellem kommuner og region)

Primær
gevinst er
regional

VS

Primære
omkostning
er kommunal
(eller fælles)

**Bringing
Ingenuity
to Life.**



Copenhagen Office

Portland Towers
Göteborg Plads 1
DK-2150
Nordhavn
+45 39 25 5000

About PA.

We believe in the power of ingenuity to build a positive human future.

As strategies, technologies, and innovation collide, we create opportunity from complexity.

Our diverse teams of experts combine innovative thinking and breakthrough technologies to progress further, faster. Our clients adapt and transform, and together we achieve enduring results.

We are over 4,000 strategists, innovators, designers, consultants, digital experts, scientists, engineers, and technologists. And we have deep expertise in consumer and manufacturing, defence and security, energy and utilities, financial services, government and public services, health and life sciences, and transport.

Our teams operate globally from offices across the UK, Ireland, US, Nordics, and Netherlands.

PA. Bringing Ingenuity to Life.

Discover more at paconsulting.com and connect with PA on [LinkedIn](#) and [Twitter](#)

paconsulting.com

All rights reserved © PA Knowledge Limited 2022

This document is confidential to PA Consulting Group and may not be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical or otherwise, without the prior written permission of PA Consulting Group. In the event that you receive this document in error, you should return it to PA Consulting Group, Portland Towers, Göteborg Plads 1, DK-2150, Nordhavn. PA Consulting Group accepts no liability whatsoever should an unauthorised recipient of this report act on its contents.

Spørsmål?

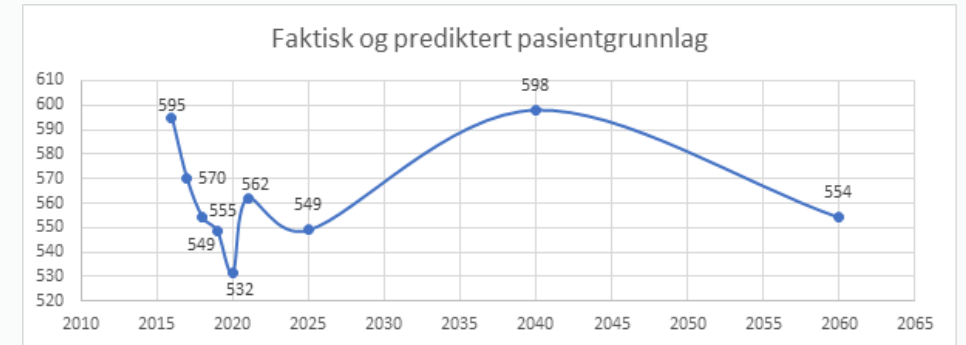
Hvordan InnoMed bistår prosjekter med veiledning knyttet til finansiering av samhandlingsforøp

Finansiering av samhandlingstjenester er krevende men viktig for å få en bærekraftig tjeneste

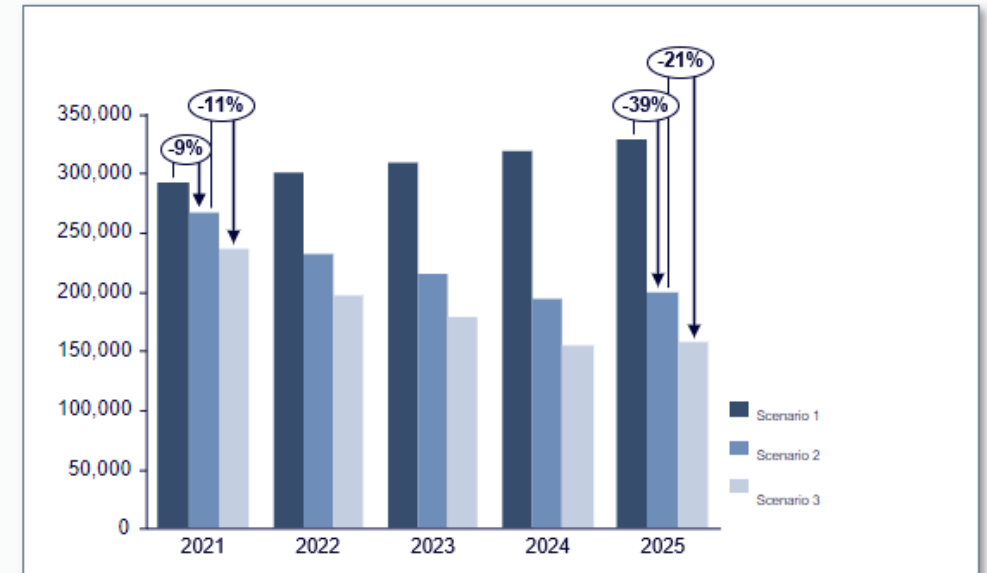
- Kartlegg pasientgrunnlaget for den nye tjenesten
- Gjennomfør kostnadsberegninger for nåværende tjeneste opp mot ny tjenestemodell
- Synliggjør hvor kostnadene ligger og hvor gevinstene oppstår
- Kartlegg dagens finansieringsordninger – hva er mulighetsrommet?

Kartlegg pasientgrunnlag og gjennomfør kostnadsberegninger

- Vurder målgruppen og undersøk hvor stort pasientgrunnlaget er i opptaksområdet
- Kartlegg tidsbruk og kostnader for aktørene i samhandlingsforløpet
- Sammenlign kostnader for ulike tjenesteforløp og organisasjonsmodeller



Estimert utvikling av totale årlige kostnader i de tre scenarioene



Synliggjør hvor kostnadene ligger og hvor gevinstene oppstår

- Lag en tydelig fremstilling av kostnader og gevinster
- Belys både kvalitative og kvanitative gevinster
- Bruk denne innsikten som grunnlag for å kartlegge mulige finansieringsordninger

RESSURSBRUK PER PASIENT MED OG UTEN DIGITAL OPPFØLGING

Uten digital hjemmeoppfølging	Tjenestebruk/tidsbruk	
	Besøk fra hjemmetjenesten per måned	40 min (0,67 t)
	Ekstra bistand ved innleggelse per måned ¹	75 min (1,25 t)
	Antall sykehusdøgn i året	20 (2 x 10 døgn)
	Antall kommunale korttidsopphold i året	30
	Kostnader per måned	
	Lønnskostnader hjemmetjenesten	1 054 kr
	Kostnader kommunale korttidsopphold	11 253 kr
	Kostnader sykehusinnleggelser	26 592 kr
	Total kostnader uten DHO per måned	38 899 kr

Med digital hjemmeoppfølging	Kostnader for tjenesten per måned	
	Driftskostnader oppfølgingstjenesten ²	1 477 kr
	Lønnskostnader hjemmetjenesten	367 kr
	Kostnader kommunale korttidsopphold	5 627 kr
	Kostnader sykehusinnleggelser	13 296 kr
	Totale kostnader med DHO per måned	20 766 kr

Kartlegg og undersøk ulike finansieringsordninger

- Kartlegg mulighetsrommet for takster og synliggjør hvor i samhandlingsforløpet de kan brukes
- Undersøk alternative finansieringsordninger – eksemplvis tilskudd fra helseforetak og kommuner
- Hent erfaringer fra andre - ta kontakt med tilsvarende prosjekter og initiativer for å få innspill og kunnskap

Konsultasjon

Takst	Tekst	Hon	Ref	Egen	Merk	Rep
2ad	Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege Ugyldig takstkombinasjon: 1, 2ak, 3, 4, 11 med unntak av 11e, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 217c, 621, 622, 623, 624	160,-	0,-	160,-	B1, B2, B6	0
2ac	E-konsultasjon hos fastlege. Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt 2ed, 2add, 2dd, 2ld, 2p, 612 a og b, 615, 616 og 617.	170,-	10,-	160,-	B9, B1	0
2ak	Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege Ugyldig takstkombinasjon: 1, 2ad, 2bd, 3, 4, 11 med unntak av 11e og 11f, 12, 13, 14, 15, 21, 217c, 621, 622, 623, 624	297,-	17,-	280,-	B1, B2, B6, D1	0
2aek	E-konsultasjon hos fastlege (kveld) Kan kun kombineres med H1, 2bd, 2ck, 2dk, 2bd, 2ld, 2p, 7, 8, 100, 101, 102, 105, 106a, 109a, 109b, 10a, 10b, 10c, 10d, 110, 111, 121a, 128a, 129f, 129g, 177a, 177c, 215, 322, 501, 506, 507c, 507d, 510c, 510d, 612a, 612b, 615, 616, 617, 618, 701a, 701c, 701d, 703, 705a, 705g, 705h, 705k, 706f, 706h, 706l, 707, 708a, 708b, 708c, 708d, 708e, 709, 710, 711, 712.	307,-	27,-	280,-	B9, B1, D1	0
2af	Takst for tverrfaglig konsultasjon via video- og/eller telefon mellom fastlege og helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og/eller ambulansepersonell. Pasienten må være til stede sammen med helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og/eller ambulansepersonell, samtidig som det kommuniseres med fastlege. Taksten kan ikke benyttes i forbindelse med samarbeid internt i tverrfaglige medisinske sentra og lignende. Taksten kan også benyttes ved legevakt. Ugyldig takstkombinasjon: alle, unntatt takst 2afd, 2afdd og takst 701–712.	221,-	55,-	166,-		

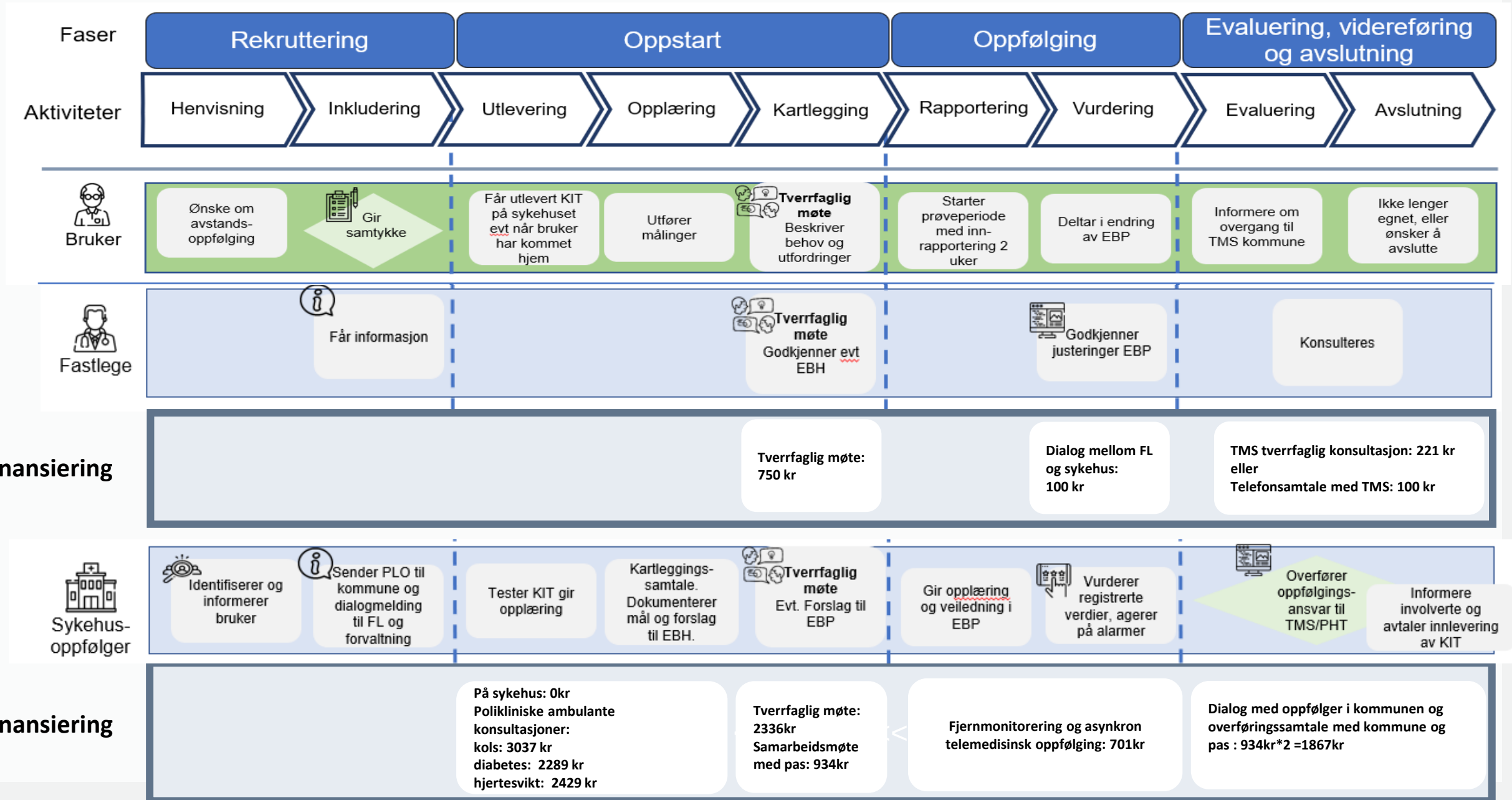
Eksempel på kartlegging av inntekter og kostnader

Aktiviteter	STG/DRG-kode	Inntjening	Spesialsykepleier	Kardiolog	Fysioterapeut	Klinisk ernæringsfysiolog
Arbeids-EKG + blodprøver osv	905C	kr 2 387	30	15		
Utredningssamtale	XS09	kr 2 387	60			
PRO-skjema	XS05	kr 716	15			
Oppfølgingssamtale midtveis	XS09	kr 2 387	30			
Avsluttende samtale	905C	kr 2 387	60			
Gjennomført program	XS07	kr 716	60	15	750	
Sum		kr 10 980	255	30	750	0

Egenandel pasient	kr 375
-------------------	--------

Aktør	Arbeids-EKG	Utredningssamtale	PRO-skjema	Oppfølgingssamtale midtveis	Avsluttende samtale	Gjennomført program	SUM
Inntjening							
Sykehus	kr 2 387	kr 2 387	kr 716	kr 2 387	kr 2 387	kr 716	10 980
Egenandel pasient	kr -	kr 375	kr -	kr 375	kr 375	kr -	1 125
Sum	kr 2 387	kr 2 762	kr 716	kr 2 762	kr 2 762	kr 716	12 105
Personalkostnader							
Spesialsykepleier	kr 269	kr 537	kr 134	kr 269	kr 537	kr 537	2 284
Kardiolog	kr 225	kr -	kr -	kr -	kr -	kr 225	450
Fysioterapeut	kr -	kr -	kr -	kr -	kr -	kr 5 755	5 755
Klinisk ernæringsfysiolog	kr -	kr -	kr -	kr -	kr -	kr -	-
Sum	kr 494	kr 537	kr 134	kr 269	kr 537	kr 6 517	8 489
Andre kostnader							
Sum	kr -						
Resultat	kr 1 893	kr 2 225	kr 582	kr 2 493	kr 2 225	-kr 5 801	3 616

Kartlegging av takster i samhandlingsforløp



Kommende aktiviteter

- Arrangementer og webinarer
 - 23. november 2022 – Kompetansenettverksmøte
 - 08. desember 2022 – Webinar: Kunstig intelligens i helse
 - 14. desember 2022 – Kompetansenettverksmøte