

UPPLYSNINGAR

Enligt Förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi framgår av 3 § vilka krav som ställs på sjukgymnast/fysioterapeut för att ersättning ska kunna utgå enligt arvodeskategori B.

Arvodeskategori A avser en mottagning med en ensampraktiker utan anställd biträdespersonal. Mottagningens lokalyta är relativt liten. Avsaknaden av assisterande personal samt lokalernas storlek ger en begränsad patientgenomströmning.

Arvodeskategori B avser en mottagning där förberedande behandling och eventuell efterbehandling ges av biträdespersonal medan fysioterapeuten/sjukgymnasten i huvudsak gör behandlingsmoment som fordrar hans/hennes kompetens. Därtill ska mottagningen ha flera behandlingsrum som möjliggör högre patientgenomströmning samt investerat i utrustning för exempelvis medicinsk träningsterapi. Arvodeskategori B möjliggör en högre behandlingsvolym per fysioterapeut/sjukgymnast. Mottagningen har såväl högre intäkter som högre kostnader.

Arvodeskategori A har högre arvodesnivå för särskilt arvode än Arvodeskategori B. Med Arvodeskategori B kan ett större antal behandlingar utföras inom årsarbetstiden.

Kraven som ställs för B-mottagning är att vårdgivaren har tillgång till och ökad kostnad för:

- Flera behandlingsrum
- Kvalificerad (aktuell, avancerad och dyrare) utrustning
- Anställd assisterande personal. En heltidstjänstgörande sjukgymnast/fysioterapeut ska ha tillgång till minst 25% tjänstgörande assistent på helårsbasis, d.v.s. minst 10 h per vecka. Med assisterande personal avses personal med arbetsuppgifter kopplade till behandlingsarbetet samt administrativa arbetsuppgifter.

Observera: Utöver ansökningsblankett ska kvitton på utrustning, anställningsavtal för assisterande personal där det bl.a. framgår tjänstgöringsgrad, hyresavtal med uppgift om hyreskostnad samt information om lokaler/ritningar bifogas. På ritningen över lokaler ska framgå vilket/vilka behandlingsrum vårdgivaren nyttjar respektive har tillgång till. I det fall kostnad för utrustning ingår i hyran ska det framgå av hyresavtalet.

Ofullständigt ifylld anmälan kommer ej att behandlas.

Anmälan om ändring av arvodeskategori ska göras minst sex (6) månader innan den börjar gälla. (Förordning om ersättning för fysioterapi). Startdatum är första dagen i ny kalendermånad.

Fysioterapeuten har ett ansvar och en skyldighet att vid varje förändring vad gäller verksamhetsadress, lokaler, utrustning samt tillgång till personal meddela Enheten för uppdragsstyrning. Ny anmälan skickas in för bedömning och nytt beslut. Likaså ska förändringar i avtalet mellan hyresvärd och vårdgivare som kan innebära ett förändrat beslut meddelas Enheten för uppdragsstyrning.

Likaså ska, i de fall det blir aktuellt, fysioterapeuten via blanketten ”Ändringsanmälan” eller ”Arvodeskategori anmälan”, meddela förändring i verksamheten som innebär övergång från B- till A-mottagning.

ANMÄLAN OM ARVODESKATEGORI



PERSONUPPGIFTER

Efternamn och tilltalsnamn	Avtalspartsnummer	Personnummer
Mottagningsadress	Postnummer	Postadress
E-postadress	Telefonnummer	

ANMÄLAN ARVODESKATEGORI

Jag avser att bedriva min verksamhet enligt arvodeskategori: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	Fr.o.m. (åååå-mm-dd)
--	----------------------

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

Observera: Utöver ansökningsblankett ska kvitton på utrustning, anställningsavtal för assisterande personal där det bl.a. framgår tjänstgöringsgrad, hyresavtal med uppgift om hyreskostnad samt information om lokaler/ritningar bifogas. På ritningen över lokaler ska framgå vilket/vilka behandlingsrum vårdgivaren nyttjar respektive har tillgång till. I det fall kostnad för utrustning ingår i hyran ska det framgå av hyresavtalet.

Ofullständigt ifylld anmälan kommer ej att behandlas.

Jag åtar mig härmed att följa bestämmelserna i lag och förordning avseende arvodeskategori.

Datum

.....
Namnteckning

Insändes till:

Region Skåne
Avdelningen för hälso- och sjukvårdstyrning
Regionhuset
Dockplatsen 26
205 25 Malmö

UTREDNING OM ARVODESKATEGORI B

Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer
Mottagningsadress	Postnummer	Postadress

ANSTÄLLD ASSISTERANDE PERSONAL VID MOTTAGNINGEN;

Ange hur mycket tid *du personligen* har tillgång till. (Tjänstgöringsintyg för assistent ska bifogas.)

Antal	Tjänstebenenämning	Tim/vecka	Arbetsuppgifter

UPPGIFTER OM MOTTAGNINGEN

Antal fysioterapeuter, verksamma enligt LOF, som är verksamma vid mottagningen	Antal behandlingsrum	Total lokalyta i kvm, behandlingsrum
--	----------------------	--------------------------------------

KVALIFICERAD UTRUSTNING

(Redovisa behandlingsutrustning utöver grundstandard. I det fall kostnad för utrustning ingår i hyran ska det framgå av hyresavtalet).

Antal	Slag av utrustning	Inköpspris

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR:

--

Datum:

.....
Namnteckning