

Helse- og omsorgsdepartementet
Olav-J.Gjestvang@hod.dep.no

Deres ref.:
Vår ref.: pl
Dato: 07.05.2018

Krav til forhandlingene om driftstilskudd og refusjonstakster mv.

Det vises til e-post av 21. mars 2018 angående innsending av krav til årets takstforhandlinger.

Sammendrag

Vekting av komponenter

- NMF legger til grunn en 70-30 % fordeling mellom inntekts- og kostnadskomponenten.

Inntektselementet

- Inntektskomponenten settes til 2,8 %, tilsvarende lønnsutviklingen i frontfagene.

Kostnadselementet

- Kostnadskomponenten settes til 4,95 %.

Kostnader ikke omfattet av indeks

- Ikke inntektsinnbringende arbeidsinnsats som går ut over tid avsatt til behandling, og som motvirker forutsatt inntektsutvikling, kompenseres med 1,8 %.

Takstøkning

- NMF krever en takstøkning på 6,8 % per 1.7.2018

Nye kostnader

- Økt abonnementsavgift til Helsenett 19,5 mill. kompenseres.
- Økte kostnader 31,8 mill. som følge av GDPR, kompenseres. Kompensasjonene er rene kostnadsdekninger og finansieres utenfor den ordinære rammen.

Spesielle krav

- Takst A8a prioriteres.
- Undersøkelsestakster prioriteres.
- Merknad A2 presiseres.
- Samhandlingstakster prioriteres.
- Takst for hjelpepersonell etableres.
- Takst for enkel pasientkontakt etableres.
- Retningslinjer for bruk av fondsmidler til etter- og videreutdanning utarbeides.
- EPJ-løftet videreføres.

Generelt

Kostnadskompensasjon må være reell

Inntekts- og kostnadsundersøkelsen 2015 dokumenterte at det skjedde en kraftig økning av kostnadene som ikke ble fanget opp av KPI i 2007-2014. KPI måtte ha vært multiplisert med 5,185 for å treffe den reelle kostnadsutviklingen i perioden. NMF anerkjenner at staten i oppgjøret 2016/2017 delvis imøtekom kravet om kompensasjon for de økte kostnadene. Vi konstaterer imidlertid at de 30 millionene som ble tilført rammen, ikke var i nærheten av å dekke gapet som oppstod i den undersøkte perioden.

Den nye kostnadsmodellen reflekterer kostnadsutviklingen marginalt bedre enn den gamle KPI-modellen. Den kompenserer imidlertid ikke på langt nær utviklingen i de reelle kostnadene, oftest utløst av nye offentlige pålegg som ikke fanges opp av indeksene.

Vedvarende underkompensasjon av den faktiske kostnadsutviklingen svekker tilliten til takstsystemet. NMF mener kostnadskompensasjon må være reell. Vi fremmer derfor krav om kostnadskompensasjon som er konkret begrunnet, og som ikke fanges opp av den nye kostnadsmodellen.

Takstendringer må bidra til realisering av helsepolitiske mål

Ved fastsettelse av takstene i forskriften bør man prioritere økning av takster som kan forventes å bidra til å realisere helsepolitiske mål. Takstøkninger bør derfor i størst mulig grad ha en helsepolitisk begrunnelse, ut over bare å medvirke til inntektsutvikling.

Tidlig relevant behandling og samhandling, der helsepersonell utnytter hverandres kompetanse, kan gi positive helseeffekter for pasienter og reduserer sjansen for kronifisering. Innenfor manuellterapi og fysioterapi er etterspørselen større enn tilbudet. Det er lange ventelister og ofte sen intervensjon som følge av dette.

Fanen «Makrotall fra KUHR refusjon fysio» i TBUen viser at det i gjennomsnitt gis 19,12 behandlinger per pasient. Underlagstallene viser at det er svært store forskjeller blant de ulike behandlergruppene, selv om aldersfordeling og diagnosegrupper er nokså like.

Tallene indikerer at manuellterapeutene har færre behandlinger per pasient enn de andre gruppene. Manuellterapeuter bidrar derfor til at flere pasienter kan undersøkes og behandles og få tidligere intervensjon. Samtidig bidrar manuellterapeutene til kortere ventetider.

Gode undersøkelsestakster vil stimulere til inntak av nye pasienter fra ventelisten og avslutte behandling der det viser seg at behandlingen har liten eller ingen effekt. Samtidig er en god undersøkelse avgjørende for om behandling i det hele tatt skal igangsettes, hva som er den mest effektive behandlingsformen eller om pasienten bør henvises videre.

Muskel- og skjelettsykdommer er den viktigste årsaken til sykefravær og nye uførepensjonerings. Muskel- og skjelettpasienter utgjør den største gruppen hos fastlegene. Tiltak for å styrke manuellterapeutenes primærkontakt- og portnerrolle vil kunne bidra til å bedre tilbudet til gruppen, redusere kostnadene ved sykefravær og uførepensjoner, og avlaste fastlegene. Det vil fremme en mer rasjonell pasientbehandling, og bidra til en samlet mer effektiv utnyttelse av ressursene.

NMF mener at utdanning, kompetanse og ansvar skal avspeiles i takstsystemet, da dette vil stimulere til fagutvikling og derigjennom en bedre helsetjeneste for befolkningen.

Den økonomiske rammen

Fordeling inntekts- og kostnadselement

NMF viser til våre merknader i det partssammensatte utvalget som vurderte hvilke elementer som skal legges til grunn for beregning av kostnadsutviklingen. Kostnadsutviklingen i IKU-perioden var basert på *alle* typer kostnader, både de som defineres i indekser og «nye kostnader» – det vil si kostnader som *ikke* fanges opp av en indeks. Den nye kostnadsmodellen fra den partssammensatte arbeidsgruppen tar ikke hensyn til slike «nye kostnader». NMF forutsetter derfor at slike kostnader blir gjenstand for særskilt kompensasjon, jf. våre krav nedenfor. Å legge større vekt på kostnadskomponenten, slik som den nye modellen gjør, vil ytterligere forsterke underkompensasjonen av kostnadene.

- **Vi legger derfor til grunn en fordeling mellom inntekts- og kostnadselement på 70/30.**

Inntektskomponenten

NMF krever en inntektskomponent som tilsvarer avtalt rammeøkning for frontfagene, 2,8 %.

- **Inntektskomponenten kreves satt til 2,8 %**

Beregning av indeksert kostnadsutvikling i klinikkene

Beregning av kostnadselementet i hht. ny kostnadsmodell:

$$\begin{aligned} & 0,27 \times 2,7 \% \text{ (jf. kap. 4, gruppe 1 i HTA, jf. e-post fra KS 4. mai 2018)} \\ & + 0,34 \times 4,6 \% \text{ (jf. SSBs delindeks bolig, lys brensel, mars 2017-mars 2018)} \\ & + 0,39 \times 2,2 \% \text{ (jf. SSBs totalindeks mars 2017-mars 2018)} \\ & = 3,15 \% \end{aligned}$$

Beregning av kostnader ikke omfattet av indeks

EUs personvernforordning, GDPR, vil få betydelig innvirkning på håndteringen av pasientopplysninger i EPJ og vil kreve endringer i terapeutenes datadrift. ProMed som er den dominerende leverandør av journalsystemer har varslet at de må endre teknisk plattform for journalprogrammet. I tillegg til økt lisensavgift, som vi krever kompensert utenfor rammen, vil dette kreve en betydelig innsats av terapeutene i form av deltakelse på kurs, arbeidsinnsats i forbindelse med migrering av data osv. Dette er arbeidsinnsats som ikke er inntektsbringende og som går ut over tid avsatt til behandling. Hvis en regner med 3 dager á 4.000 kr til kurs og migrering av data for 3.774 terapeuter, dreier det seg om en arbeidsinnsats verdt 45,3 millioner kroner, eller ca. 1,8 prosent av dagens ramme.

- **Vi krever at totalt kostnadselement settes til $3,15 + 1,8 = 4,95$ %**

Overheng

Fjorårets rammeøkning var i henhold til avtale 0,1 prosent. Overheng utgjør halvparten av dette.

Oppsummering

Inntektskomponent	Kostnadskomponent	Overheng	Årsresultat	Påslag per 1.7.18
2,8 % x vekt 0,7	4,95 % x vekt 0,3	0,05 %	3,4 %	6,8 %

Nye kostnader

NMF vil understreke at H-«takstene» ikke er noen inntektsgivende og aktivitetsavhengig «takst» i egentlig forstand. Det er derimot en delvis kompensasjon for *faktiske* utgifter terapeutene har ved oppkobling til og drift av helsenett. Denne kostnadsdekningen genererer dermed ikke inntekter og vil, dersom den påvirker rammen, føre til en direkte reduksjon av terapeutenes avtalte takstbaserte inntektsutvikling.

Kompensasjonen vil for øvrig i sin helhet bli brukt til å betale Norsk Helsenett, som eies fullt ut av Den norske stat og hører inn under Helse- og omsorgsdepartementet. For staten vil dette være et nullsum-spill.

Norsk Helsenett besluttet 17. januar 2018 å heve prisen som fysioterapeuter betaler for helsenettabonnement. Medlemsavgiften øker fra 679 til 910 kroner/måned fra 1. juli 2018. Fra 1. januar 2019 vil prisen ytterligere stige til 1.138 kroner/måned. Det vil si en økning på cirka 68 prosent i forhold til dagens pris. I snitt vil den månedlige økningen være 431,50 kr i kommende avtaleperiode, dvs. en årsokning på 5 178 kr. For alle 3.774 terapeuter utgjør dette en kostnad på 19,5 millioner kroner.

EUs personvernforordning (GDPR) begynner å gjelde 25. mai i EU. I Norge vil den formodentlig tre i kraft i juli 2018, jf. pressemelding fra Justisdepartementet 26. april 2018. Personvernreglene setter nye og strengere krav til drift av elektroniske pasientjournalprogrammer. Den klart største EPJ-leverandøren blant fysioterapeuter og manuellterapeuter (ProMed) har varslet at de på grunn av GDPR umiddelbart vil flytte kundene over på skybasert løsning. Denne vil koste betydelig mer enn dagens lokale installasjon. Det vil utgjøre en økning på 703 kroner per måned eller 84 prosent. Dette er en merkostnad som følge av myndighetspålegg, og som må kompenseres. Merkostnaden totalt for alle terapeuter utgjør (703 kr¹ x 12 mnd x 3 774 terapeuter) 31,8 millioner kroner.

- **NMF krever at H-takstene finansieres utenfor den ordinære rammen.**
- **H2a og b økes med 19,5 millioner kroner for å kompensere økningen i medlemsavgiften i Norsk Helsenett.**
- **Økningen i EPJ-utgifter som følge av GDPR, totalt 31,8 millioner kroner kompenseres.**

¹ Vi bruker ProMeds beregninger på kostnadsøkningen (703 kr/mnd.) som et måltall på tilpasning til GDPR.

Spesielle krav

Behandlingstakstene A8

Manuellterapeutenes behandlingstakster har over en årrekke hatt svakere utvikling enn de øvrige behandlingstakstene.

Hvis en korrigerer for antall utøvere, hadde manuellterapeuter en *nedgang* i uttaket av honorarer på 1,66 % i siste TBU-periode. Dette i kontrast til den samlede *økningen* for alle fysioterapeuter på 1,13%.

For å kompensere denne relative nedgangen, krever vi at A8-taksten prioriteres.

- **For å kompensere for denne mindretviklingen, stimulere til kostnadseffektiv behandling og til inntak av nye pasienter fra ventelisten, krever vi at A8a prioriteres.**

Undersøkelsestakstene

Det vises til at gode undersøkelser vil bidra til å realisere helsepolitiske mål. Vi ønsker derfor å prioritere disse takstene.

Av og til tar undersøkelser vesentlig lenger tid enn det som er «normalt» utfra et gjennomsnittet. En endring av undersøkelsestaksten som stimulerer til at undersøkelser blir foretatt på en grundig måte, vil sette terapeuten bedre i stand til å vurdere hvorvidt behandling skal iverksettes, alternativt hvilke behandlingsform(er) som skal velges.

- **Undersøkelsestakster prioriteres.**
- **NMF krever at takst A1f endres slik at den kan kreves for hvert påbegynte 10. minutt.**

Presisering av merknad A2

Det vises til NMFs brev av 29. januar 2018 til Helsedirektoratets og direktoratets svar av 16.2.2018. Etter først å ha innført en grense på 2 ganger A1a eller A1 d for samme pasient og samme diagnose, endret Helsedirektoratet denne til 4 ganger A1a eller A1d i slutten av februar. I svarbrevet skriver direktoratet at det ser fram til en nærmere dialog om hvordan takstene A1a og A1d kan endres/presiseres fra 1. juli 2018.

Verken takstbeskrivelse eller merknad A2 inneholder per i dag krav om at takst A1d ikke kan benyttes mer enn et bestemt antall ganger for samme diagnose i løpet av et kalenderår. Merknaden tillater én undersøkelse ved oppstart av «behandlingsserie». Ytterligere undersøkelse kan skje dersom pasienten ikke er «tilstrekkelig utredet». Hvorvidt dette skjer, en, to eller flere ganger i løpet av et kalenderår, sier merknaden ingenting om. Hvis en pasient skulle få tilbakefall i løpet av året, mener vi det vil være helsefaglig uforsvarlig ikke å foreta ny undersøkelse for å vurdere om tidligere diagnose er feil, om behandling bør legges om eller om pasienten bør henvises videre til annen behandler/spesialisthelsetjeneste.

- **NMF krever at begrensningen som direktoratet har innført, oppheves.**

Samhandlingstakst, ny E 50 c

E 50 a tillates ikke brukt ved samarbeid med annet helsepersonell om pasient på klinikken. NMF mener samarbeid med annet fagpersonell bidrar til et mer effektiv behandlingsforløp. Fagpersonellets geografiske plassering eller arbeidstilknytning er ikke avgjørende.

- **NMF krever en ny takst E 50 C som gjør det mulig å samarbeide med annet fagpersonell som ledd i et behandlings- eller rehabiliteringsopplegg for enkeltpasienter også når samarbeidet skjer internt i tverrfaglige medisinske sentra og lignende.**

Hjelpepersonell

Etter vedtak i Stortinget betaler alle pasienter etter 1.1.2017 egenandel fram til at de evt. får opptjent frikort. Dette fører til mer administrativt arbeid for terapeutene som må kreve inn egenandeler av alle pasienter. Samtidig pålegges terapeutene å sende inn oppgjørskrav hver annen uke. Også dette fører til et administrativt merarbeid i klinikkene.

Videre er direkte tilgang og forskrift om funksjon- og kvalitet iverksatt 1.1.2018. Her slås det fast at «fysioterapeuten skal kunne motta henvendelser i sin åpningstid, og plikter å vurdere alle henvendelser». Kravene til samarbeid med fastlege og andre deler av helsetjenesten skjerpes, og det forutsettes at terapeuten i større grad skal kunne gi behandling utenfor klinikken. For pasienter i rehabiliteringsforløp skal «tilbud ytes integrert med dagtilbud, barnehage, skole, arbeidsplass eller andre relevante arenaer». Økte krav til tilgjengelighet og arbeid utenfor klinikk forsterker behovet for at terapeutene må ansette personell som kan ta hånd om henvendelser i åpningstiden.

Direktoratet for e-helse har besluttet at adressering i Norsk Helsenett skal skje via «Tjenestebasert adressering». Det betyr at meldinger ikke sendes fra et navngitt helsepersonell til et annet navngitt personell (personbasert adressering), men til og fra *virksomheter/tjenester*. En klinikk vil være en virksomhet innenfor kommunehelsetjenesten. Meldinger initiert fra andre aktører vil bare kunne adresseres til felles postmottak på klinikken. For at meldingen skal komme fram til riktig behandler, må det avsettes særskilte (datakyndig) personellressurser som kan gjennomgå og fordele meldingene. Svar på meldinger som opprinnelig er initiert av fysioterapeut eller manuellterapeut, kan komme direkte tilbake til den enkelte terapeut. Men ifølge EPJ-leverandører vi har vært i kontakt med, vil dette være teknisk mer komplisert og involvere flere leverandører, og dermed bety flere kilder til feil. Hvis en slik feil oppstår vil meldingen ikke rutes til den enkelte, men til virksomhetens felles postkasse. Dette vil i så fall forutsette manuell oppfølging av kompetent personell, personell som per i dag de færreste klinikkene har.

De økte kravene til administrasjon i klinikkene må kompenseres slik at det ikke går ut over pasientbehandlingen. Takstsystemet bør legge til rette for at terapeutene kan starte behandlingen av en ny pasient samtidig som en helsesekretær fører journal, mottar betaling, setter opp ny time og hjelper pasienten på annen praktisk måte. Bruk av hjelpepersonell er positivt, da det effektiviserer og profesjonaliserer driften. Det vises i denne forbindelse til legenes finansieringssystem, og til det svenske takstsystemet for fysioterapeuter.

Ved å frigjøre tid som brukes til administrativt arbeid til pasientbehandling, vil man legge til rette for tiltrent økt behandlingsskapitet.

- **Vi krever at det opprettes en ny behandlingstakst tilsvarende ¼ av aktuelle behandlingstakster når hjelpepersonell er ansatt.**

Innføring av takster for enkle pasientkontakter

Ifølge den nye funksjons- og kvalitetsforskriften skal fysioterapeuten som nevnt «motta henvendelser i sin åpningstid, og plikter å vurdere alle henvendelser». Manuellterapeuter har dessuten ansvar og fullmakter innen muskel- og skjelettområdet som er sammenlignbare med legenes. Yrkesgruppen har en selvstendig primærkontakt- og portnerfunksjon i kommunehelsetjenestens førstelinje, utfører diagnostisering, henviser og sykmelder og koordinerer tjenestene for pasientene. Pasienter som er under oppfølging har ofte behov for korte kontakter for å gjennomføre undersøkelse- eller behandlingsopplegg.

Det vises til legenes A-takster («Enkle pasientkontakter»). Disse anvendes ved enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning ved personlig fremmøte, ved bud, brev eller telefon.

- **NMF krever at det innføres takster for enkel pasientkontakt. Taksten skal inkludere forespørsel og rådgivning.**

Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter

Rammen for fondsavsetningen fastlegges i årvisse forhandlinger mellom Staten/KS og organisasjonene NFF, NMF og PFF som representerer fysioterapeuter med driftsavtale med kommunene. Fondsavsetningen er en viktig del av helheten i forhandlingene. Det fastlegges i protokollen fra forhandlingene ikke nærmere retningslinjer for hvordan fondsavsetningen faktisk disponeres. Av vedtektene i Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter går det klart frem at midler tildeles etter kriterier som både tematisk og personmessig er meget vide. NMF mener det er behov for klarere retningslinjer for hvordan foretatte fondsavsetning til etter- og videreutdanning disponeres, og at dette må drøftes under årets forhandlinger. Ett av temaene som bør drøftes, er på hvilken måte forskningsmidler mer direkte kan knyttes til utvikling og drift av etter- og videreutdanningsstilbud ved utdanningsinstitusjonene.

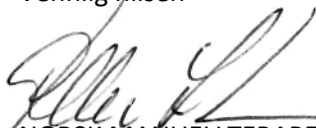
EPJ-løft

NMF viser til arbeidet som ble startet opp etter forhandlingene i fjor. Flere av prosjektene som er igangsatt vil være nyttige for pasientbehandlingen. Vi krever at 3 millioner kroner settes av til dette, ved at organisasjonene og myndighetene bidrar med hver sin halvpart.

Forbehold om endringer

NMF tar forbehold om nye/endrete krav.

Vennlig hilsen



NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING

Peter Chr. Lehne

leder