

Helse- og omsorgsdepartementet  
kristin.gjellestad@hod.dep.no  
Boks 8011 Dep  
0030 Oslo

Deres ref.: 200904798-/KRG  
Vår ref.: pcl / jbl  
Dato: 04.04.2011

## Gjennomgang av takstsystemet for fysioterapeuter og manuellterapeuter i kommunehelsetjenesten – innspillsrunde

Norsk Manuellterapeutforening (NMF) viser til brev av 11.3.2011 og takker for invitasjonen til å komme med kommentarer til arbeidsgruppens forslag.

### Sammendrag

- Det fremlagte forslaget til nytt takstsystem savner fullstendig en vurdering av hvilken helsepolitisk virkning forslagene må antas å få. Det er ikke engang forsøksvis argumentert for at det nye takstsystemet vil kunne være egnet til å realisere helsepolitiske mål.
- Rapporten er i strid med mandatet der det heter «takstsystemet bør stimulere til en aktivitet som er i tråd med nasjonale retningslinjer og offentlige føringer og styre tjenesten mot tiltak som har dokumentert effekt».
- De foreslåtte endringene vil kunne motvirke arbeidet med å få pasientene raskere tilbake i arbeid ved at manuellterapeutenes virksomhet nedvurderes.
- De foreslåtte endringene vil øke belastningen på spesialisthelsetjenesten.
- Endringene vil kunne medføre økt privatisering av manuellterapeutitjenesten.

NMF mener derfor at

- Arbeidsgruppens forslag ikke bør iverksettes i den nåværende formen.
- Fordi manuellterapeutenes yrkesrolle er vesentlig annerledes enn fysioterapeutenes, bør manuellterapeutenes takster utformes separat. NMF foreslår at det nedsettes en arbeidsgruppe hvor foreningen er representert, som gjennomgår og fremmer forslag til nytt takstsystem for manuellterapeuter.

### Helsepolitiske mål

I arbeidsgruppens mandat heter det blant annet at:

*Takstsystemene som foreslås skal gjenspeile utviklingen innen fysioterapifaget de senere årene. Takstsystemet bør stimulere til en aktivitet som er i tråd med nasjonale retningslinjer og offentlige føringer og styre tjenesten mot tiltak som har dokumentert effekt. Videre bør takstsystemet gi føringer for tjenesten som tilfredsstillende kommunenes behov for å yte tjenester til befolkningen og understøtte målene med samhandlingsreformen.*

Det har vært bred helsepolitisk enighet knyttet til målet om å gi pasienter *rett behandling*, på *rett sted* og til *rett tid*. Denne enigheten illustreres bl.a. ved rettighetsreformen av 1.1.2006 som ga pasienter direkte adgang til manuellterapeuter. Gjennom denne reformen ønsket Stortinget å gi muskel-/skjelettspasienter raskere adgang til relevant behandling, og derigjennom redusere

sykefraværet. Reformen skulle i tillegg avlaste fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Den brede helsepolitiske enigheten fremkommer også i arbeidet med Samhandlingsreformen. Undertittelen på Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) er da også rett og slett:

«Rett behandling – på rett sted – til rett tid».

På denne bakgrunn måtte man kunne forvente at arbeidsgruppen hadde drøftet hva som kunne gjøres i takstsystemet for å understøtte den eneste reformen som omfatter fysioterapeuter og manuellterapeuter, og som Stortinget har behandlet de senere årene. Det har ikke arbeidsgruppen gjort. Tvert imot er de foreslåtte endringene i takstsystemet egnet til å øke ventetiden og svekke arbeidet med å få pasientene raskere tilbake i arbeid ved at manuellterapeutenes tilbud til pasientene nedvurderes. Forslaget vil også kunne medføre økt belastning på spesialisthelsetjenesten og gi muskel- og skjelettpasienter et forringet tilbud.

### **Fjerning av undersøkelsestakst svekker tilbudet til pasientene**

Arbeidsgruppen foreslår å slå sammen takstene for undersøkelse og behandling. På denne måten forsvinner i praksis undersøkelsestakstene. Dette er en alvorlig nedvurdering av diagnostisk arbeid og ansvar ved førstegangskonsultasjon. Nødvendig for- og etterarbeid foreslås inkludert i honoraret, og tidsangivelsen angir den tiden pasienten er i direkte kontakt med terapeuten. Ved første konsultasjon kan imidlertid nødvendig etterarbeid inngå i tidsangivelsen når dette gjøres i direkte forlengelse av konsultasjonen.

Forslaget innebærer blant annet at dersom manuellterapeuter skal kunne ta honorarer eksempelvis for en halv times skriving av henvisning for en pasient, må dette gjøres rett etter timen – ikke på et annet hensiktsmessig tidspunkt på dagen. Det betyr også at dersom manuellterapeuter må rekvirere røntgen/MR etter for eksempel andre eller tredje konsultasjon, må pasienten sitte på kontoret og se på at manuellterapeuten skriver rekvisisjonen såfremt terapeuten overhodet skal kunne utløse honorar for faktisk utført arbeid. Dette er en svært uhensiktsmessig ordning og en sløsing med pasienters og manuellterapeuters tid. Eksempelet illustrerer at arbeidsgruppen ikke i tilstrekkelig grad har lagt vekt på de helsepolitiske virkningene av de forslagene den selv går inn for.

Da Stortinget 1.1.2006 frafalt kravet om legehenvising for behandling hos manuellterapeuter, fikk manuellterapeutene selv det diagnostiske ansvaret. Når arbeidsgruppen nå går inn for å fjerne undersøkelsestaksten, betyr det at selve bærebjelken i reformen angripes. Manuellterapeuters undersøkelse innebærer et selvstendig ansvar for diagnostisering og for- og etterarbeid langt ut over ordinær behandlingsevne. Arbeidsgruppens forslag stimulerer ikke til undersøkelse og diagnostikk, men til at manuellterapeutene skal gå tilbake til en ren behandlerrolle og overlate diagnostikken til andre instanser. Arbeidsgruppens forslag gir ingen incitament til at terapeuten skal fylle sin oppgave som primærkontakt: Undersøke og vurdere flest mulig pasienter og sette raskt i gang med relevant behandling – eventuelt videresende pasienter til annen mer relevant behandling, for eksempel fysioterapi, der det er nødvendig. Helsepolitisk er dette et dårlig forslag fordi det vil forringe tilbudet til pasientene. For utøvende manuellterapeuter vil det være et stort faglig tilbakeslag.

Manuellterapeuter har tradisjon for å undersøke pasienter grundig når dette er nødvendig. Dette er avgjørende for å komme i gang med *riktig* behandling *tidligst* mulig. At manuellterapeutene undersøker grundig er også viktig dersom pasientene må henvises til ytterligere utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Da slipper en spesialisthelsetjeneste som har kapasitetsproblemer og et høyt kostnadsnivå, selv å gjennomføre supplerende undersøkelser, rekvirere røntgen/MR, innhente prøvesvar mv. I stedet kan de basere seg på de undersøkelsene som allerede er gjort, og kun gjennomføre spesialistundersøkelse eller -behandling. En fersk

studie fra NTNU viser at manuellterapeuter skriver de kvalitativt beste henvisningene til spesialisthelsetjenesten (se «Manuellterapihenvisninger best i test», Dagens Medisin 24.3.2011, side 35). Grunnen til at studien rangerer manuellterapeutenes henvisninger som signifikant bedre enn fastlegenes, spesialistlegenes og kiropraktorenes henvisninger, er at de inneholdt langt flere relevante opplysninger. Vi mener det er grunn til å hevde at dette er samfunnsøkonomisk fordelaktig og dertil utpreget pasientvennlig.

En annen norsk studie viser at 72 % av manuellterapeutene følger retningslinjer ved henvisning til radiologi, mens bare snaut 20 % av legene gjør det<sup>1</sup>.

Det ligger store samfunnsmessige besparelser i gode undersøkelser og målrettet henvisningspraksis. For å skrive gode rekvisisjoner og henvisninger kreves det grundige undersøkelser på beste effektive omsorgsnivå (BEON). Et nytt takstsystem burde stimulere til økt bruk av manuellterapeuter til disse viktige oppgavene. Arbeidsgruppens forslag vil dessverre virke i motsatt retning.

### **Nye regler når det gjelder tidsangivelse gir økt ventetid**

Fordi det i utgangspunktet er umulig å forutsi hva som er nødvendig lengde på en konsultasjon hos manuellterapeut, honorerer det nåværende takstsystemet de første påbegynte 20 minuttene og deretter de påfølgende påbegynte 10 minutter. Etter at manuellterapeuter ble primærkontakter og portvoktere i helsetjenesten, har variasjonen i konsultasjonene naturlig nok blitt viktigere. Det er derfor et kraftig tilbakeskritt når arbeidsgruppen nå foreslår faste tidsangivelser for takstene. Dette er mindre fleksibelt enn tidligere og vil med stor sannsynlighet føre til færre pasientkonsultasjoner og lengre ventetid for pasienter, blant annet fordi muligheten til å ta akutt pasienter innimellom planlagte pasientkonsultasjoner faller bort.

### **Økt fare for privatisering**

Det foreslåtte takstsystemet i seg selv, og spesielt i kombinasjon med den nye finansieringsordningen, vil sannsynligvis føre til en økende privatisering av den offentlige manuellterapeutitjenesten. Grunnen er at det vil bli atskillig mindre lønnsomt å drive virksomheten under et regime med reduserte offentlige takster. Dette vil spesielt gjelde manuellterapeuter uten fulle driftsavtaler.

### **Feil om økonomiske konsekvenser for aktørene**

I mandatet pålegges arbeidsgruppen å fremlegge et forslag til et enklere takstsystem «der de økonomiske konsekvensene for de ulike aktørene beskrives» (se punkt 4 i mandatet). NMF mener at arbeidsgruppen har arbeidet i strid med dette. Det fremlagte forslaget innebærer i første rekke en omfordeling av inntektene mellom yrkesgrupper – yrkesgrupper som knapt kan sammenliknes. Arbeidsgruppens forslag innebærer en økonomisk omfordeling til fordel for enkelte utvalgte grupper av fysioterapeuter. For manuellterapeuter som arbeider i tråd med rettighetsreformen, vil inntektsnedgangen bli betydelig. Det er svært vanskelig å se at det ligger innenfor arbeidsgruppens mandat å foreslå takstendringer som fundamentalt endrer inntektsforutsetningene for en hel yrkesgruppe.

Det er etter vårt syn udokumentert og uriktig når det i rapporten heter at manuellterapeuter «i snitt ser (...) ut til å komme nokså likt ut som før», jfr. side 32-33. På dette punktet er dokumentasjonen i rapporten så mangelfull at tilliten til rapporten som sådan svekkes betydelig.

### **Inntektsforskyvning**

Norsk Manuellterapeutforening har ingen innvendinger mot at flere yrkesgrupper, som for

---

<sup>1</sup> Borgen L et al.: Clinicians' justification of imaging: do radiation issues play a role? (Insights into Imaging, 2010)

eksempel fysioterapeuter med masterutdanning eller videreutdanning psykomotorisk fysioterapi, får tillegg eller bedre økonomiske betingelser. Foreningen kan imidlertid ikke godta at manuellterapeutenes fremforhandlede vilkår skal forringes for å oppnå dette.

NMF kan ikke se at det er innenfor arbeidsgruppens mandat å foreslå store inntektsforskyvninger mellom ulike behandlergrupper, noe arbeidsgruppen selv bemerker. Likevel er det nettopp dette som gjøres i forslaget.

Det er for øvrig bemerkelsesverdig at rapporten ikke gjør forsøk på å forklare eller drøfte hvorfor det er inntektsforskjeller mellom ulike grupper. Faktorer som arbeidstid, antall pasienter, ansvar, ulike arbeidsoppgaver, behov for investeringer som helsenett, hjelpepersonell osv., er overhodet ikke tatt hensyn til.

### **Ikke kompetansetillegg for samhandling**

Takstforskriften innførte i fjor et særskilt tillegg på undersøkelsestakstene for manuellterapeuter på 50 kroner, A1H. Dette tillegget forsvinner i arbeidsgruppens anbefalte forslag og det innføres et tillegg på 30 kroner for «manuellterapeuter som har rett til å dokumentere arbeidsuførhet» for hver undersøkelse/behandling. Det gis ikke noe kompetansetillegg for kommunikasjon med annet helsepersonell, og systemet oppmuntret derfor heller ikke til økt samhandling som er viktig for manuellterapeutenes rolle.

### **Bruk av hjelpepersonell/sekretær av hindres**

I merknadene til det foreslåtte takstsystemet understreker arbeidsgruppen at pasienten må ha terapeutens fulle oppmerksomhet i hele behandlingstiden. Det kan ikke være overlapping i tid mellom pasientbehandlinger. Forslaget synes å ta utgangspunkt i en virkelighet som bare tar hensyn til tradisjonell fysikalsk behandling. Forslaget er helt uegnet for manuellterapeuters arbeidsvirkelighet, slik det også ville vært i forhold til legers arbeidsvirkelighet. Forslaget gjør det ulønnsomt å bruke hjelpepersonell til å sette opp timer, ta betaling osv., for å få en mer effektiv arbeidsflyt i klinikken, og er derfor helt u hensiktsmessig. Norsk Manuellterapeutforening mener at alt arbeid som fremmer en effektiv behandling av pasientene skal honoreres, enten det gjøres av behandleren selv eller av hjelpepersonell. Det vil være den mest effektive utnyttelsen av manuellterapeuters kompetanse.

### **Kommentarer til enkelte avsnitt**

#### ***Kapittel 1. Mandat og gruppens sammensetning***

##### ***1.1 Arbeidsgruppens sammensetning***

NMF konstaterer at blant annet manuellterapeutenes takster og arbeidsvilkår i forhold til ulike fysioterapeutgrupper – i strid med mandatet – har vært et sentralt tema for arbeidsgruppen. Det er derfor beklagelig at foreningen, som representerer hovedtyngden av landets manuellterapeuter, ikke har fått anledning til å delta slik vi ba om i brev av 15.1.2009.

NMF har dessuten de seneste årene tatt opp flere forhold vedrørende takstsystemet og manuellterapeutenes endrete yrkesrolle med HELFO (brev av 15.7.2010) og manuellterapeuters bruk av nåler i behandlingen med Helsedirektoratet (brev av 24.9.2010). Forholdene som tas opp i disse henvendelsene er ubesvart, med den begrunnelse at de skulle drøftes i arbeidsgruppen. Vi kan ikke se at rapporten drøfter våre innspill og finner dette svært beklagelig.

#### ***Kapittel 2 Historikk***

Ifølge første avsnitt ble sykegymnastenes forening stiftet i 1885. Boka «En utdanning i bevegelse – 100 år med fysioterapeututdanning i Norge» (s. 196) oppgir at foreningen ble stiftet i 1896.

Historikken nevner ikke at Norsk Manuellterapeutforening ble etablert i 2006, samme år som Stortingets vedtak om ny yrkesrolle for manuellterapeuter trådte i kraft. NMF organiserer i dag hovedtyngden av landets manuellterapeuter.

I femte avsnitt heter det: «I 1968 ble det innført egen takst for manuell terapi og i 1974 for psykomotorisk behandling». Her skal tillegges at det alt i 1957 ble etablert takst for *medisinsk manipulasjon*<sup>2</sup>. Taksten ble senere omdøpt «manuell terapi».

I samme avsnitt heter det at

*I 2005 ble det i "Forskrift om stønad til dekning av fysioterapi" gjort en vesentlig endring. Krav til særskilt henvisning fra lege til manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi ble fjernet.*

Arbeidsgruppen fremstiller det som om manuellterapeuter og fysioterapeuter med videreutdanning psykomotorisk fysioterapi har identiske regler å forholde seg til når det gjelder henvisning. Det korrekte er at det kravet til særskilt henvisning til psykomotorisk fysioterapi ble fjernet i 2005. For å kunne kreve takst A9 må imidlertid fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi fortsatt ha ordinær henvisning – enten fra lege, manuellterapeut eller kiropraktor. Det vil si at pasienten må være undersøkt og fått diagnose av annen instans, og denne må ha vurdert at fysioterapi er av vesentlig betydning for pasientens sykdom og funksjonsevne. Kravet om legehenviing til manuellterapi ble helt frafalt i 2005, det vil si at pasienten kan gå direkte til manuellterapeut og likevel få trygderefusjon etter vanlige regler. Manuellterapeuten fikk med dette en lignende rolle som fastlegenes på muskel- og skjelettområdet. Det vil si at de selv undersøker og fastsetter diagnose, og deretter fastsetter og koordinerer videre behandlingsopplegg.

I sjette avsnitt heter det at:

*I dag henviser lege til fysioterapi, men fysioterapeuter har et selvstendig ansvar for å gi faglig forsvarlig behandling, herunder vurdere behandlingsform, behandlingstid og antall behandlinger.*

Det korrekte er at manuellterapeuter og kiropraktorer, i tillegg til leger, henviser til fysioterapi. Pasienter trenger ikke henvisning fra noen instans for å gå til manuellterapeut.

Samlet er dette skjemmende feil som er egnet til å gi et uriktig inntrykk av manuellterapeuters rolle og plassering i dagens helsetilbud.

### **Kapittel 3. Dagens takstsystem**

Rapporten sier i første avsnitt, side 9, at

*Dagens takstsystem honorerer for kompetanse gjennom egne takster for fysioterapeuter med godkjent videreutdanning/masterutdanning i manuellterapi og psykiatrisk psykosomatisk fysioterapi. Takstkompetanse er gitt på bakgrunn av eksisterende videreutdanning innen to fagområder (manuellterapi og psykiatrisk psykosomatisk fysioterapi) og har vært og er administrert av NFF.*

Vi gjør oppmerksom på at NFF ikke administrerer masterutdanningen innen manuellterapi. Den norske manuellterapiutdanningen er offentlig og administreres av Universitetet i Bergen. Universitetet i Bergen sender beskjed til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell om hvem

---

<sup>2</sup> Bjørn Støre: Innføringen av manuellterapi i Norge, Norden og internasjonalt (1997)

som har bestått eksamen.

### **3.1 Fordeler og ulemper med dagens system**

Rapporten kommenterer på side 9 at dagens system bare i noen grad honorerer investeringer i kostnadskrevenne behandlingsutstyr. Den unnlater imidlertid å ta opp at systemet ikke honorerer andre typer investeringer for eksempel f.eks. helsenett. Årsaken kan være at fysioterapeuter i dagens situasjon ikke vil kunne dra særlig nytte av helsenetttilknytning. Det vises i denne sammenheng til side 22 i «Forprosjekt ang. elektronisk samhandling for fysioterapeuter, manuellterapeuter, psykologer og kiropraktorer,» utarbeidet av en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet:

*Mulige gevinster og nytteverdi knyttet til meldingshåndtering varierer mellom de forskjellige behandlergrupper fordi det er forskjell på hvilke meldinger de forskjellige behandlergrupper har rett til å benytte.*

*Manuellterapeuter, kiropraktorer og noen psykologer vil kunne ha nytte av elektronisk sending av sykmeldinger, henvisninger, røntgenforespørsler med mer.*

*For fysioterapeutene er det i dagens situasjon mindre muligheter for tidsbesparelser ved elektronisk samhandling idet fysioterapeutene ikke har rett til å sende sykmeldinger, røntgenforespørsler etc. For å få sendt slike meldinger må fysioterapeuten kontakte pasientenes fastleger, manuellterapeuter eller kiropraktorer.(...)*

Av ovennevnte fremgår det at manuellterapeutene har nytte av helsenetttilknytning. Det er en mangel ved rapporten at den ikke drøfter dette behovet.

Videre heter det på side 9 at

*Det har (imidlertid) utviklet seg stor forskjell i honorar mellom psykomotorisk fysioterapi og manuellterapi hvor manuellterapi utløser høyere honorar. Dette gir en betydelig skjevfordeling i inntjening for de to gruppene.*

Som tidligere nevnt er dette helt på siden i forhold til mandatet. Dertil kommer det at påstanden er udokumentert.

Med unntak av A1H er undersøkelsestakstene til fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi og manuellterapeuter like. Videre er det ingenting ved behandlingstakstene som skulle tilsi at utøvere av psykomotorisk fysioterapi ikke skulle kunne omsette like mye som manuellterapeuter. Årsaken til at det er større omsetning hos manuellterapeuter må antas å ha sin forklaring i reelle forskjeller i faktisk arbeidsmengde, høyere omløpshastighet på pasienter osv. Det vises i denne sammenheng til «Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten, 19.02.2009» fra Helse- og omsorgsdepartementet, der det på side 7 fremkommer at

*Manuellterapeutene har gjennomgående lengre arbeidsuker enn gruppen av private fysioterapeuter som helhet, og de bruker noe mer tid på administrative oppgaver. Fysioterapeuter med takstkompetanse for psykomotorisk fysioterapi arbeider gjennomgående kortere arbeidsuker enn private fysioterapeuter som helhet gjør.*

Arbeidsgruppen drøfter heller ikke de store faktiske forskjellene mellom disse to konkret angitte gruppene når det gjelder diagnostisk ansvar, koordineringsansvar, henvisningsrett, sykemeldingsadgang og merkantilt merarbeid. Det er en alvorlig mangel ved rapporten.

### **3.2 Arbeidsgruppen vurdering av dagens system**

Ifølge arbeidsgruppen er dagens system

*ikke i tilstrekkelig grad tilpasset utviklingen i fysioterapifaget med økt vekt på kunnskapsbasert praksis og utviklingen innen fysioterapitjenesten med fokus på fysioterapeutenes selvstendige behandlingsansvar.*

Denne viktige delkonklusjonen er ikke underbygget med dokumentasjon.

Videre fremholder arbeidsgruppen at dagens system er lite fleksibelt. Arbeidsgruppens forslag vil gi manuellterapeutene *mindre* fleksibilitet enn tidligere og vil med stor sannsynlighet føre til færre pasientkonsultasjoner og lengre ventetid for pasienter, fordi muligheten til å ta akutt pasienter mellom planlagte pasientkonsultasjoner i praksis faller bort.

Arbeidsgruppen skriver videre at det er enkelte kontrollmessige utfordringer knyttet til dagens system:

*Dette gjelder i hovedsak tilleggstakstene hvor det ikke er knyttet eksplisitte krav til tidsbruk. Dagens system honorerer bruk av tilleggstakster bedre enn å bruke god tid på pasientkontakt i behandlingen.*

Dette gjelder kun for fysioterapeuter da manuellterapeuter allerede har sterkt begrenset adgang til å bruke tilleggstakster. NMF har imidlertid tatt opp en rekke forhold knyttet til at dagens takstsystem ikke er tilpasset manuellterapeutenes virksomhet etter pasientrettighetsreformen. Helfo har oversendt vår henvendelse til arbeidsgruppen, men vi kan ikke se at denne er vurdert.

## **Kapittel 5**

### **5.3 Arbeidsgruppens vurdering av modell A**

Her (og på side 28 – avsnitt 7.3 Uavklarte problemstillinger – modell C) fremkommer at NFF foreslår at det skal utløses et spesialisttillegg for terapeuter som innehar NFFs interne spesialisttittel.

NMF støtter her statens representanter som ønsker å avvende departementets konklusjon i spørsmålet om det skal innføres en offentlig spesialistordning. Etter vårt syn er det også aktuelt med egen autorisasjon av manuellterapeuter, bl.a. fordi manuellterapiutdannelsen ikke er en spesialistutdanning og yrkesutøvelsen ikke passer inn i spesialistsystemet.

På side 19, tredje avsnitt, benevnes manuellterapeuter som «manuellterapeuter med rett til å sykmelde». Vi gjør oppmerksom på at *alle* manuellterapeuter har adgang til å sykmelde. Det er derfor meningsløst å skille mellom manuellterapeuter som kan og ikke kan sykmelde. Den samme merkverdige benevnelsen forekommer på side 23, annet avsnitt og i tabellen over takstene.

Det er for øvrig bemerkelsesverdig at arbeidsgruppen i sin benevning av manuellterapeuter bare fremhever yrkesgruppens adgang til å sykmelde, mens det selvstendige diagnostiserings- og koordineringsansvaret, samt adgangen til å henvise til spesialist og fysioterapi og rekvirere radiologi, ikke betones. Dette er en gjennomgående svakhet ved rapporten.

### **Kapittel 7 Modell C – beskrivelse**

På side 24, tredje avsnitt heter det at

*Fysioterapeuten må velge behandlingstiltak og kreve honorar i henhold til dette. Det er anledning til å gi individuell behandling og gruppebehandling samme dag når det anses å være faglig forsvarlig. Dette vil telle som to behandlinger i forhold til henvisningen (vår utheving).*

Dette passer ikke for manuellterapeuter som ikke trenger henvisning for å kunne behandle.

### **7.1 Fordeler og ulemper med modell C**

I andre avsnitt heter det at fysioterapeuter i den anbefalte modell C må forholde seg til samme tidsintervaller som i dag. Dette stemmer ikke for manuellterapeuters vedkommende, der det innføres nye tidsintervaller, samt at begrepet «inntil» fjernes, se ovenfor.

Fra fjerde avsnitt siteres: «Tidstakstene er imidlertid styrket og skal inkludere betaling for bruk av utstyr og sikre at pasienten får kunnskapsbasert fysioterapi.» Dette stemmer som tidligere nevnt ikke for manuellterapeuters vedkommende.

Fra sjettede avsnitt siteres: «Modellen gir uttelling for kompetanse ved generelt kompetansetillegg som inkluderer nåværende og nye fagområder med klinisk masterutdanning for fysioterapeuter.» Dette gjelder bare for fysioterapeuter med masterutdanning, ikke manuellterapeuter. Disse vil få mindre uttelling i denne modellen.

### **7.3.3 Kompetansetillegg for utdanningskandidater**

Arbeidsgruppen opplyser at den har diskutert hvorvidt utdanningskandidater i manuellterapi skal kunne kreve «kompetansetakst», men overlater til departementet å vurdere eventuelle endringer i ordningen.

NMF viser til at utdanningskandidater i manuellterapi ikke har driftstilskudd, og er således avhengig av omsetningen fra takstene alene. Omleggingen av finansieringsordningen innebærer derfor en dramatisk inntektsnedgang for utdanningskandidatene. Å gi studentene anledning til å kreve kompetansetillegg kan være en praktisk løsning for i noen grad å kompensere for dette.

## **Kapittel 8. Egenandeler**

I følgebrevet til rapporten ber departementet særskilt om innspill på innretning av egenandelene for pasientene.

På side 30 i rapporten heter det at:

*Arbeidsgruppen har gjort noen beregninger og foreslår følgende egenandeler i nytt system.*

De foreslåtte egenandelene regnes deretter opp.

Det er ut fra rapporten umulig å etterprøve arbeidsgruppens beregninger når det gjelder pasientenes egenandeler. Vi har derfor på den korte tiden for tilbakemelding ikke funnet å kunne gå nærmere inn på dette spørsmålet.

## **Kapittel 9. Konsekvenser ved modell C sett fra ulike aktørers perspektiv**

### **9.2 Takstsystemet sett fra fysioterapeutens perspektiv – økonomiske konsekvenser**

Arbeidsgruppen hevder nederst på side 32 og øverst side 33 at



*I snitt ser manuellterapeutene ut til å komme nokså likt ut som før.*

Dokumentasjon for påstanden mangler helt i rapporten. Påstanden stemmer heller ikke med våre beregninger som viser at manuellterapeuter som arbeider i tråd med rettighetsreformen, vil tape betydelig.

### **Konklusjon**

Samlet sett vil arbeidsgruppens forslag til takstsystem svekke pasientrettighetsreformen generelt og utøvelsen av manuellterapifaget spesielt. NMF ber om at departementet forkaster forslaget fra arbeidsgruppen, når det gjelder manuellterapeutenes takster.

Fordi manuellterapeutenes yrkesrolle etter rettighetsreformen er vesentlig annerledes enn fysioterapeutenes, bør takstene for denne virksomheten behandles særskilt. NMF foreslår at det nedsettes en ny arbeidsgruppe hvor bl.a. foreningen er representert, som gjennomgår og fremmer forslag til nytt takstsystem for manuellterapeuter.

Vennlig hilsen



NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING  
Peter Chr. Lehne, leder