

Helse- og omsorgsdepartementet  
[Olav-J.Gjestvang@hod.dep.no](mailto:Olav-J.Gjestvang@hod.dep.no)

Deres ref.:  
Vår ref.: pl/em  
Dato: 10.08.2020

## Krav til forhandlingene om driftstilskudd og honorartakster mv.

Det vises til e-post av 30. juni 2020 angående innsending av krav til årets takstforhandlinger.

### **Sammendrag**

Vekting av komponenter

- NMF mener fortsatt at fordeling 70/30 er en mer riktig fordeling av inntekts- og kostnadsbildet. Vi kan imidlertid akseptere at det legges til grunn en fordeling mellom inntekts- og kostnadselement på 65/35.

Inntektsselementet

- Inntektskomponenten settes tilsvarende lønnsutviklingen i frontfaget.

Kostnadselementet

- Kostnadsmodellen som har vært benyttet siden 2017 benyttes, med de seneste tallene fra SSB/KS.

Virkningstidspunkt

- Når det gjelder forskjøvet virkningstidspunkt fra 1.7 til 1.11 (fire måneder) for driftstilskudd- og takstutvikling, må det ytes en særskilt kompensasjon som etterbetales og som fordeles på driftstilskuddsandelen og faktiske anvendte takster i perioden 1.7-1.11. Kompensasjonen holdes utenfor rammen, slik at beløpet ikke regnes med i overhenget neste år.

Inntektsutviklingen i perioden 2014-2018

- NMF krever at rammen tilføres 113 mill kr. som kompensasjon for lav økning av driftsresultatet i perioden 2014-2018.

A2k

- Innretning og forvaltning av A2k-taksten er foreslått utsatt til neste års forhandlinger. Det foreslås ingen endringer av denne taksten i år.

Særskilte kostnader/forhold som kreves kompensert

- NMF krever kompensasjon for avtaleterapeutenes omsetningsfall i fbm. Covid-19-pandemien.
- NMF krever at avtaleterapeuter kan ta et smittevernstilllegg på 50 kr. utenfor rammen.
- NMF krever at H2-takstene endres slik at kompensasjonsdekningen blir den samme som forutsatt i 2016.

- NMF krever kompensasjon på 44,5 mill. kr for opplæring og migrering av data i fbm. nye rammevilkår ved elektronisk kommunikasjon på Helsnett.
- NMF krever at H-takstene finansieres utenfor den ordinære rammen.

#### Prioriteringer av takster

- A8-takstene prioriteres
- A4 Enkel pasientkontakt prioriteres
- Undersøkelsestakstene prioriteres
- Samhandlingstakstene prioriteres

#### Videokonsultasjon

- De midlertidige takstene for videokonsultasjon (B-takstene) gjøres permanente.

#### Fondet

- Retningslinjer for hvordan fondsavsetning til etter- og videreutdanning disponeres, må drøftes enten under årets forhandlinger eller gjennom en egen sak med sikte på fremtidig forskriftsendring.

#### EPJ-løftet

- EPJ-løftet videreføres. Staten betaler kostnadene, 3 mill. kr.

## Generelt

### Takstendringer må bidra til realisering av helsepolitiske mål

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

Muskel- og skjelettsykdommer er den viktigste årsaken til helsetap, sykefravær og nye uførepensjoner. Muskel- og skjelettpasienter utgjør den største gruppen hos fastlegene, og legger beslag på store ressurser i spesialisthelsetjenesten.

Ifølge samhandlingsreformen skal flere pasienter diagnostiseres og få behandling i kommunehelsetjenesten. Samtidig skal mer av opptrening før og rehabilitering etter operasjon skje i kommunehelsetjenesten. Antallet avtaleterapeuter og antall utløste behandlingstakster er redusert de siste årene. Samtidig har befolkningen økt og blitt eldre. Det er derfor behov for å styrke kommunehelsetjenesten og samhandlingen mellom nivåene.

Manuellterapeuter har utdanning og fullmakter til å sykmelde, rekvirere bildediagnostikk og henvise til spesialisthelsetjeneste. De har dermed en lignende portvokterrolle på muskel- og skjelettområdet som legenes. Tiltak for å styrke manuellterapeutenes portnerrolle i avtalepraksisene vil kunne bidra til å bedre tilbudet til muskel- og skjelettpasienter, redusere kostnadene ved sykefravær og uførepensjoner, avlaste fastlegene og redusere belastningen på spesialisthelsetjenesten. Dette vil fremme en mer rasjonell pasientbehandling, og bidra til en samlet mer effektiv utnyttelse av ressursene.

Tidlig relevant diagnostikk, behandling og samhandling, der helsepersonell utnytter hverandres kompetanse, kan gi positive helseeffekter for pasienter og reduserer sjansen for kronifisering.

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. Dette bekreftes blant annet av årets TBU og Helfos analyserapport «Helserefusjon 2019 – Statistikk og nøkkeltall for fysioterapiområdet». 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 til annen instans i helsetjenesten.

Både innenfor manuellterapi og fysioterapi er etterspørselen større enn tilbudet. Det er lange ventelister og ofte for sen intervensjon som følge av dette. TBUen viser at det samlet sett gis 19,3 behandlinger per pasientundersøkelse. Underlagstallene viser at det er store forskjeller blant de ulike behandlergruppene. Manuellterapeuter har 10,6 behandlinger per undersøkelse, psykomotorikerne 36,6 og allmenfysioterapeutene 26,3. Tallene indikerer altså at manuellterapeutene har langt færre behandlinger per pasientundersøkelse enn de andre gruppene. De bidrar derfor til at flere pasienter kan undersøkes og behandles og få tidligere intervensjon. Det gir kortere ventetider. Her kan det være av interesse å kartlegge hvilke forhold som kan forklare de store forskjellene.

NMF mener at utdanning, kompetanse, ansvar, kostnadseffektivitet og kvalitet i behandlingstilbudet skal avspeiles i takstsystemet. Dette vil stimulere til fagutvikling og derigjennom en bedre og mer kostnadseffektiv helsetjeneste for befolkningen.

### **Kostnadskompensasjon må være reell**

Det stilles stadig nye krav til klinikkene når det gjelder internkontroll, dokumentasjon og digitalisering. Dette er arbeidskrevende, gir utdannings- og investeringsbehov.

Som NMF tidligere har påpekt, kompenserer den nye kostnadsmodellen<sup>1</sup> på langt nær utviklingen i de reelle kostnadene. Kostnadene vil ofte økes som følge av *nye offentlige* pålegg eller av andre forhold som ikke fanges opp av indeksene.

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

Prisstigningen i samfunnet (KPI) i perioden 2014-2018 har vært 10,7 %<sup>2</sup>, mens utgiftsøkningen hos avtaleterapeutene ifølge siste IKU (SSB) har vært 17,2 %<sup>3</sup>. Dette på tross av at IKUen ekskluderer terapeuter med de antatt største kostnadene (terapeuter organisert i AS/DA).

### **Inntektsutviklingen for fysioterapeuter i perioden 2014-2018**

Vi har sammenlignet utviklingen av fysioterapeutenes faktiske honoraruttak i perioden 2014-2018 med hva som er avtalt mellom staten/KS og organisasjonene. Denne viser at honoraruttaket har vært 113 mill. kr. lavere enn forutsatt, se vedlegg 1.

SSBs IKU dokumenterer at terapeutene arbeider noen flere dager, men utfører færre behandlinger (jf. tabell 4.4). Dette tyder på at terapeutene utfører stadig mer ulønnet arbeid. H-takstene, som er en ren kompensasjonstakst, regnes også med i inntektsutviklingen. På grunn av manglende registeropplysninger har IKUen ikke kunnet sammenligne terapeuter utfra driftstilskuddstørrelse. Dette har ført til at den prosentvise økningen av driftstilskuddene registreres som økning av

---

<sup>1</sup> Indikatorer for kostnadsutviklingen for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Rapport fra partssammensatt arbeidsgruppe. April 2017 (versjon 4 21.04.17)

<sup>2</sup> <https://www.ssb.no/priser-og-prisindekser/statistikker/kpi>

<sup>3</sup> SSBs IKU, tabell 4.4 på side 15.

«driftsresultat» i tabell 4.4. Dette er imidlertid misvisende da økningen refererer seg til at enkelte terapeuter har fått korrigert driftstilskudd i samsvar med sitt faktiske arbeid. Det er ikke tale om generelle inntektsforbedrende tiltak. IKUen inkluderer også de 30,4 millionene som ble tilført rammen i 2016 som følge av «lav økning av driftsresultatet i perioden 2007-2014». Dette er ikke en inntektsøkning i perioden, og må derfor fratrekkes driftsresultatet som kommer frem i IKU 2014-18, tabell 4.4.

Manglende oversikt over terapeutenes driftsavtalestørrelse, arbeidstid og yrkeserfaring i SSBs IKU vanskeliggjør gode statistiske sammenligninger.

- NMF krever en kompensasjon på 113 millioner kroner utenfor rammen, på grunn av lavere inntektsutvikling enn avtalt i perioden 2014-2018.

### **Oppfølging av A2k**

Ved fjorårets forhandlinger ble det enighet om at Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Helsedirektoratet skulle vurdere innretning på takst A2k og forvaltning av godkjenningsordningen.

Bl.a. på grunn av koronasituasjonen er dette arbeidet blitt forsinket og departementet har foreslått at saken utsettes til forhandlingene neste år.

- NMF krever at det ikke foretas endringer i Takst A2k inntil innretningen og forvaltningen av taksten er avgjort.

### **Ultralyddiagnostikk og ultralydveilede injeksjoner**

Ultralyddiagnostikk og ultralydveilede injeksjoner er veldokumenterte medisinske behandlingsformer. De tilbys i mange klinikker og styrker pasienttilbudet i alminnelighet, og diagnostikk i særdeleshet. Frem til nå har de vært finansiert ved hjelp av pasientbetaling etter kostnad. Det har gitt pasientene i avtalepraksisene en svært billig adgang til en god tjeneste. I høringsnotat av 6. mars 2020 foreslår Helse- og omsorgsdepartementet å fjerne adgangen til å kreve pasientbetaling for *tilleggstjenester*, men uttaler at

*«hvordan investeringer i spesifikk kompetanse og kostbart utstyr eventuelt skal kompenseres innenfor dagens finansieringsordning for avtalefysioterapi, må tas opp i forbindelse med de årlige takstforhandlingene.»*

En rekke høringsinstanser har påpekt at ultralyd bidrar til raskere og sikrere diagnostisering av mange muskel- og skjelettsykdommer. Dette fører i sin tur til kortere ventetider, færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten, redusert sykefravær og medikamentforbruk. Både for samfunnet og pasienten vil dette være kostnadsbesparende og rasjonelt.

#### *Kostnader forbundet med ultralyddiagnostikk*

Månedlige kostnader for et ultralydapparat kan variere en del i forhold til hvilken kvalitet apparatet har. Vedlagt et eksempel på et apparat som ligger midt i prissjiktet, vedlegg 2.

- Leasing 5 år, alternativ 1: 6.899 kr pr mnd + gebyr
- Leasing 5 år, alternativ 2: 7.495 kr pr mnd + gebyr
- Innkjøp ca. 355.000 – 400.000 kr

Blant medlemmene er det ikke uvanlig å investere i høykvalitetsapparater som koster opp mot 900.000 kr. Bruk av moderne tilgjengelig utstyr vil for terapeuter med driftsavtale, bli umuliggjort dersom man ikke honoreres for å tilby et høykvalitetstilbud.

### *Kostnader for pasienten*

En spørreundersøkelse foretatt høsten 2019 blant foreningens medlemmer som benytter ultralyd i diagnostikk og behandling, viser at terapeutene i gjennomsnitt krever cirka 300 kroner i pasientbetaling for ultralydundersøkelse. Ultralydveiledet behandling ligger på et lignende prisnivå.

Hvis myndighetene mener at årets takstforhandlinger pga. koronasituasjonen ikke er egnet til å ta opp dette spørsmålet, eller det ikke oppnås nye takster, må dagens praksis når det gjelder tilleggstakster tillates inntil konkrete forhandlinger har avgjort hvordan dette skal løses i fremtiden.

- NMF krever at det innføres en takst for ultralyddiagnostikk og en takst for ultralydassistert behandling på 300 kroner. Taksten skal kunne kombineres med undersøkelses- eller behandlingstakst. Taksten skal være en ren egenandel, og komme i tillegg til rammen.

### **Takst for videokonsultasjon**

Digitaliseringstiltak er ønsket i helsetjenesten. Videokonsultasjoner er fremtidsrettet og fornuftig. Pasienter i distriktene kan spares for lange reiseveier, og terapeutene kan foreta forhåndsundersøkelser og utvelgelse av pasienter. Det vil kunne føre til økt tilgjengelighet og bedre kapasitet.

I koronaperioden har video- og telefonkonsultasjoner muliggjort en sikrere utvelgelse av pasienter som har/kan ha Covid-19-infeksjon eller som er i risikogrupper. Takstene har dessuten gitt muligheten for diagnostikk og rådgivning/behandling. Det å forvente at koronasituasjonen fortsatt uavklart etter 1. september.

- NMF krever at takster for video- og telefonkonsultasjon gjøres permanente.

### **Den økonomiske rammen**

#### ***Fordeling inntekts- og kostnadselement***

- NMF mener fortsatt at fordeling 70/30 er en mer riktig fordeling av inntekts- og kostnadsbildet. Vi kan imidlertid akseptere at det legges til grunn en fordeling mellom inntekts- og kostnadselement på 65/35.

#### ***Inntektskomponenten***

- NMF krever en inntektskomponent som tilsvarer avtalt rammeøkning for frontfagene.

Dette er et svært nøkternt krav som forutsetter velvilje fra staten/KS ved vurderingen av NMFs øvrige fremsatte krav. Det vises til at lønnsutviklingen i Staten, Spekter helse og i kommunesektoren over en periode har vært markert bedre enn i konkurranseutsatt sektor.

#### ***Beregning av indeksert kostnadsutvikling i klinikkene***

- Selv om «ny kostnadsmodell» har vist seg ikke å fange opp kostnadsøkninger i klinikkene, aksepterer vi at indekserte kostnader fastsettes i hht. ny kostnadsmodell.

#### ***Kompensasjon for tap som følge av koronasituasjonen***

Regjeringen påla klinikkene i perioden 16. mars-20. april å stenge for ordinær pasientbehandling. På grunn av situasjonen med ulike begrensninger, har det også vært lavere aktivitet etter dette. Dette vil komme frem i TBU som ennå ikke er tilgjengelig. De eksisterende kompensasjonsordningene har i liten grad truffet våre virksomheter.

- NMF krever kompensasjon for avtaleterapeutenes omsetningsfall i perioden.

### **Virkningstidspunkt**

NMF støtter forslaget om virkningstidspunkt per 1. november.

- NMF krever at forskyvningen av virkningstidspunkt fra 1.7 til 1.11 (fire måneder) for driftstilskudd- og takstutvikling, kompenseres særskilt som en etterbetaling til den enkelte fysioterapeut ut fra driftstilskuddsandel og faktiske anvendte takster i perioden 1.7-1.11.

### **Krav om kompensasjon av særskilte kostnader**

Avtaleterapeutene har i perioden hatt kostnader knyttet til forhold som ikke omfattes av noen indekser. NMF krever at disse kompenseres.

#### **Kostnader som følge av Covid-19-pandemien**

Covid-19-pandemien har påført klinikkene ekstra kostnader i form av tiltak som f.eks. ekstra rengjøring, skilting, plexiglass i resepsjonene, ekstra informasjonstiltak mv. Dessuten har den ført til økte utgifter til materiell som verneutstyr/-klær, munnbind, visir, desinfeksjonsutstyr osv.

Priser for smittevernstilllegg hos sammenlignbare legegrupper ligger på cirka 50 kroner.

- NMF krever at det skal være anledning til å ta smitteverntillegg på kr. 50 så lenge Covid-19-pandemien varer. Taksten skal være en ren egenandelstakst og utenfor rammen.

#### **Kostnader forbundet med kommunikasjon på Helsenett**

H-takstene er ikke inntektsgivende og aktivitetsavhengige takster i egentlig forstand, men en delvis kompensasjon for *faktiske* utgifter terapeutene har ved lovpålagt 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. H-takstene må derfor holdes utenfor takstforhandlingenes rammer.

- H-takstene holdes utenfor rammen

Avtaleterapeuter plikter å sende oppgjør elektronisk over linje<sup>4</sup>. For at automatisk egenandelstak 2-ordning skal fungere, må innsending skje minst hver fjortende dag.<sup>5</sup> Fra 1. januar 2021 er det foreslått å slå sammen egenandelstak 1 og 2, slik at denne innsendingen vil få betydning for hele egenandelstak-ordningen.

I 2016 ble det innført H-takster som skulle kompensere for etablering (H1-takst på 10 000 kr x 2) og løpende utgifter (enbruker takst H2a+b: 846+508=1 354 kr, flerbruker takst H2a: 846 kr) forbundet med kommunikasjon på Helsenett. Denne kompensasjonen var basert på en lokal EPJ-løsning som kommuniserte med Helsenett. Prismodellen besto av at man kjøpte ulike programpakker (software) og datautstyr (hardware).

Tall fra Helsedirektoratet viser at det ble tatt ut vel 61 millioner kroner via H1-taksten før den ble avvirket. Det betyr at ca 750 terapeuter *ikke* utløste taksten.

I 2016 dekket H2-takstene 57,48 % av enbrukernes faktiske løpende utgifter til kommunikasjon på Helsenett og 95,41 % av flerbrukernes utgifter.

<sup>4</sup> Forskrift om behandling av helseopplysninger i Egenandelsregisteret (egenandelsregisterforskriften), § 7

<sup>5</sup> Forskrift om behandling av helseopplysninger i Egenandelsregisteret (egenandelsregisterforskriften), § 8

Siden den gang er prisbildet radikalt endret.. Fra 1.1.2021 må alle terapeuter bruke skyløsninger, og tidligere innkjøpt datautstyr og programpakker er overflødig. Programleverandørene leverer nå alle tjenester utenom datamaskinen og linjeleie, og tar betalt for dette. De totale månedskostnadene har derfor økt betydelig, noe H-takstene ikke hensyntar.

NMF krever at merkostnadene kompenseres, slik at en- og flerbrukere får samme kostnadskompensasjon som i 2016.

- H2a-taksten økes til 1 948 kr og H2b-taksten justeres til 517 kr

Implementering av ny skybasert EPJ vil også kreve en arbeidsinnsats som ikke er inntektsbringende og som går ut over avsatt tid til behandling. Det dreier seg om deltakelse på kurs, arbeidsinnsats i forbindelse med migrering av data osv. Hvis en regner med 3 dager á 4.000 kroner til kurs og migrering av data til ny EPJ for 3705 terapeuter, dreier det seg om en arbeidsinnsats verdt 44,5 millioner kroner.

- NMF krever kompensasjon på 44,5 mill. kr for opplæring og migrering av data i fbm. nye rammevilkår ved elektronisk kommunikasjon.

### **Behandlingstakstene A8**

Bruk av manuellterapeuter bidrar til kortere behandlingsforløp, reduserte ventelister og totalt sett mer kostnadseffektiv behandling.

Manuellterapeutenes behandlingstakster (markert i rødt i tabellen nedenfor) har over en årrekke hatt langt svakere utvikling enn de øvrige behandlingstakstene.

**Tabell - Utvikling av behandlingstakster**

Lengde	Takstnr	2009-2010	2013-2014	2019-2020	Endring 2009/10-2019/20	Endring 2013/14 – 2019/20
20 min	A2a (A3a)	kr 93	kr 105	kr 160	72,04 %	52,38 %
30 min	A2b (A3a+b)	kr 140	kr 159	kr 236	68,57 %	48,43 %
40 min	A2c (A3a+2b)	kr 185	kr 212	kr 312	68,65 %	47,17 %
60 min	A2e (A3a+4b)	kr 328	kr 364	kr 464	41,46 %	27,47 %
Tillegg	A2k		kr 36	kr 50		38,89 %
20 min	A8a	Kr 220	Kr 224	Kr 261	18,64 %	16,52 %
Tillegg 10 min	A8b	kr 89	kr 94	kr 110	23,60 %	17,02 %
30 min	A8a + A8b	kr 309	kr 318	kr 371	20,06 %	16,67 %
40 min	A8a + 2A8b	kr 398	kr 412	kr 481	20,85 %	16,75 %
60 min	A9	kr 452	kr 473	kr 590	30,53 %	24,74 %

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

### **Enkel pasientkontakt**

Pasienter som er under oppfølging, har ofte behov for korte kontakter for å gjennomføre undersøkelse- eller behandlingsopplegg. Taksten brukes i stor grad ved telefonkontakt med pasienten, og er derfor spesielt egnet for å unngå personlig kontakt og fare for smittespredning.

- NMF krever at takst A4 Enkel pasientkontakt prioriteres

### **Undersøkelsestakstene**

Gode undersøkelser bidrar til at riktig behandling kan iverksettes i tidlig fase og derigjennom realisere helsepolitiske mål. Dessuten vil det føre til at flere pasienter kan få et behandlingstilbud. Det er verdt å merke seg at den prioriteringen av taksten som allerede er gjort, har ført til en økning av nyinntak av pasienter og kortere behandlingsforløp hos alle grupper.

Av og til tar undersøkelser vesentlig lenger tid enn det som er «normalt» utfra et gjennomsnitt. 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 påbegynt 10. minutt.

### **Samhandlingstakstene E51 b og c**

Bedre samhandling og kommunikasjon mellom helsepersonell i kommunehelsetjenesten og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten vil kunne stimulere til mer effektiv behandling og forhindre overbehandling. For å oppnå dette bør samhandlingstakstene, herunder takst for henvisninger og epikriser, styrkes.

- NMF krever at takst E51b og E51c prioriteres

### **Hjelpepersonell**

Etter bortfall av sykdomslisten betaler alle pasienter egenandeler fram til at de evt. får opptjent frikort. Avtaleterapeutene er også pålagt å sende inn oppgjørskrav hver annen uke slik at pasientene kan få registrert automatisk frikort. Dette har ført til et administrativt merarbeid i klinikkene.

Forskrift om funksjon- og kvalitet i avtalepraksiser slår 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 er skjerpet, 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 har forsterket 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 (datakyndige) 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 tiltrengt økt behandlingsskapitet.

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

### **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 fondsavsetninger til etter- og videreutdanning disponeres, og at dette må drøftes enten under årets forhandlinger eller gjennom en egen sak med sikte på fremtidig forskriftsendring. Ett av temaene som bør drøftes, er på hvilken måte forskningsmidler mer direkte kan knyttes til utvikling og drift av etter- og videreutdanningstilbud ved utdanningsinstitusjonene.

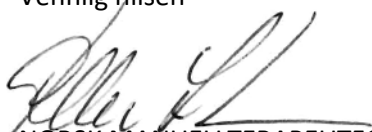
### **EPJ-løft**

NMF viser til arbeidet som er startet opp. Flere av prosjektene som er igangsatt vil være nyttige for pasientbehandlingen, og NMF støtter en videreføring av EPJ-løftet. Vi krever at videre drift av EPJ-løftet finansieres av staten/KS med 3 millioner kroner.

### **Forbehold om endringer**

NMF tar forbehold om nye/endrete krav.

Vennlig hilsen

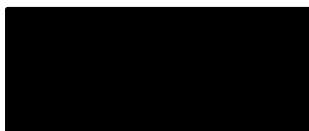


NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING

Peter Chr. Lehne

leder

HONORARUTTAKSUTVIKLING						
	2018/19	2017/18	2016/17	2015/16	2014/15	2013-2014
FAKTISK Totalt uttak - nominelt	2 558 707 045	2 396 867 768	2 460 967 917	2 330 996 892	2 332 856 094	2 219 916 780
H1	0	36 770 000	19 280 000	3 750 000	1 360 000	
H2a	32 992 505	31 146 951	25 967 970	0		
H2b	8 353 882	6 364 481	3 890 264	0		
30,4 mill i kompensasjon	30 400 000	30 400 000	30 400 000	0		
Sum til fradrag	71 746 387	104 681 432	79 538 234	3 750 000		
<b>Totalt uttak til fordeling</b>	<b>2 486 960 658</b>	<b>2 292 186 336</b>	<b>2 381 429 683</b>	<b>2 327 246 892</b>	<b>2 332 856 094</b>	<b>2 219 916 780</b>
Pr terapeut	kr 665 497	kr 607 363	kr 622 596	kr 622 758	kr 614 233	kr 591 662
Nom endring	kr 58 134	-kr 15 233	-kr 162	kr 8 525	kr 22 571	
% endring terapeut	9,57 %	-2,45 %	-0,03 %	1,39 %	3,81 %	
<b>Avtalt endring</b>	<b>5,60 %</b>	<b>0,10 %</b>	<b>5,04 %</b>	<b>0 %</b>	<b>5,30 %</b>	
Antall som er med	3737	3774	3825	3737	3798	3752
	<b>2018-2019</b>	<b>2017-2018</b>	<b>2016-2017</b>	<b>2015-2016</b>	<b>2014-2015</b>	<b>2013-2014 *</b>
Avtalt endring	116,92	110,72	110,61	105,30	105,30	100,00
Reell endring	112,48	102,65	105,23	105,26	103,81	100,00
Differanse (reell < avtalt endring)	4,44 %					
<b>Kronemessig beløp</b>	<b>kr 113 606 593</b>					



Oslo, 08.11. 2018

### LEASING PRIS PÅ E-CUBE 15 PLATINUM & E-CUBE 12

Hei

Forsto du hadde snakket med Tore Borkø, og ville ha priser på EC-12 og Platinum. Her har du prisene:

20006605	E-CUBE 12	E-CUBE 12 (White color only) - 21.5" FHD LED monitor(IPS) - High performance Color/PW/CW Doppler - 10.4" HD Touch screen - Control Panel Up-down/Swivel Mechanism - 4 Active transducer ports (4 twin-zif connector) - Integrated Gel-Warmer - Window 7 embedded - SSD (120GB) and HDD (1TG) - English User Manual (CD), OS CD, Base Image CD - Application CD, 0.25L Sono Gel
10002229	PB-L3-12X	3-12MHz Extreme High Density Linear Transducer
20006541	OP-FSRI 12 V2	Advanced Speckle Reduction Imaging
20006664	OP-SCI 12	Spatial Compounding Imaging
20006652	OP-Needle Vision 12	Needle Vision (on/off)

Du ville ha med nåleprogram, så da er det tillegg i prisen i forhold til hva Rømo fikk:

Pris eks. mva Kr. 284.000,-

Leasing 5 år: Kr. 5.519,- eks. mva.

Kr. 6.899,- inkl. mva

Det tilkommer 105 kr pr faktura. Fornuftig da å ta kvartalsvis fakturering. Da blir det 35 kr pr mnd.

Etableringsgebyr til SG finans er på kr. 1000,-.

Sender deg fakta på EC-15PT og med de varelinjer som hører med.

2000590099	ECUBE 15 Platinum med 3 probe innganger (White)	E-CUBE 15 Platinum (White): Premium ultrasound system that provides clinical confidence and conclusive diagnosis, geared by 'Flexcan™ Architecture' and 'Optimal imaging suite™' ;
1000062999	PB-L8-17X	8-17MHz Extreme High Density Linear Transducer (50mm)
2000195299	OP-FSRI-15	Advanced Speckle Reduction Imaging
2000195599	OP-SCI-15	Spatial Compounding Imaging
2000368999	OP-Needle Vision Plus 15	Needle Visioin (3 steps) (Available only for high density / extreme high density linear transducer)

Om du trenger en konveks probe til abdominal skanning vil vi og legge ved en option som heter Harmonics. Med en lineær probe er ikke det nødvendig. Prisen for en konveks probe med harmonics ligger på ca. kr. 50.000,-.

Prisen for dette oppsettet som inkluderer alle type dopplere innen Pulswave segmentet (det som er nødvendig for MSK skanning) volumetriske målinger, trace, sirkler, a – b, osv. Eget rapporterings systemer for PDF, og overføring til egen PC. Forskjellen fra EC-12 er lineærproben i 8-17MHz nivået. Her er Platinum suveren. Ellers er nok L3-12X probene på disse to maskinene svært like.

Pris eks. mva.: Kr. 318.555,- Inkludert mva. kr. 398.194,-.

Leasing:

60 mnd            Kr. 5.996,- eks. mva.    Kr. 7.495,- inkl. mva.    340 kr. pr. dag ved 22 arb dg. mnd.

Oppstartgebyr er kr. 1000,- Kvartalsvis faktura gebyr på kr. 100. Prisene på leasing er avh. av rente satsen og kan bli forandret om markedet skulle forandre seg.

Ved inngåelse av leasing hos SG finans, vil du automatisk bli tegnet for en svært ok garanti. Dvs. at du betaler kvartalsvis forsikring hos SG, og det gir full garanti på både apparat og prober i leasing perioden. Du kan takke nei til dette, men bør skje før en evt. leasing kontrakt underskrives. Da ordner man med forsikring selv. Les mer om Leasing på våre nettsider under fanen Leasing.

Håper dette er interessant. Du har mottatt en svært god pris, håper å høre fra deg.

Med vennlig hilsen  
Enimed AS

Thorbjørn Torp  
mail: [tt@enimed.no](mailto:tt@enimed.no)  
tlf: 9084 6797