

Krav fra Norsk Manuellterapeutforening
Forhandlinger om driftstilskudd
og honorartakster mv.
5. mai 2021

Innhold

Sammendrag	3
Grunnlag for kravene	4
Kostnadseffektivitet på området	5
Fagutvikling, ansvar og kvalitet skal lønne seg	5
Kostnadskompensasjon må være reell	5
Inntektsutviklingen for avtaleterapeuter i perioden 2014-2018	6
Inntektsutviklingen for fysioterapeuter og manuellterapeuter perioden 2018/19-dd.	6
Oppfølging av A2k	7
Ultralymfodiagnostikk og ultralydveilede injeksjoner	8
Takst for videokonsultasjon	8
Den ordinære økonomiske rammen	9
Inntekts- og kostnadselement	9
Krav om kompensasjon av særskilte kostnader	9
Behandlingstakstene A8	9
Enkel pasientkontakt	10
Undersøkelsestakstene	10
Samhandlingstakstene E51 b og c	10
Hjelpepersonell	10
Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter	11
EPJ-løft	11
Forbehold om endringer	12

Sammendrag

Ordinær økonomisk ramme

- NMF legger frontfagsmodellen til grunn. Lønnsveksten i privat sektor i fjor ble anslått til 1,7 prosent og avtaleterapeutene fikk det samme. Fasiten i privat sektor ble imidlertid 2,2 prosent. Dette må kompenseres slik at avtaleterapeutene ikke blir hengende etter i inntektsutviklingen. Yrkesgruppen må også ha en reallønnsvekst.
- Kostnadsmodellen som har vært benyttet siden 2017 kompenserer ikke kostnadsutviklingen. Det bør derfor utvikles en ny modell. Når den eksisterende modellen nå allikevel legges til grunn, må det ses i sammenheng med at NMF krever særskilte kostnader kompensert.
- Inntekts- og kostnadselement vektet henholdsvis 65 % - 35 %.

Kompensasjon for lav økning av driftsresultat i perioden 2014-2018

- NMF krever at rammen tilføres 79 mill. kr. som kompensasjon for lav økning av driftsresultatet i perioden 2014-2018.

Kompensasjon for lav økning av driftsresultatet i perioden 2018-2019 - dd

- NMF krever at rammen tilføres 112,3 mill. kroner som kompensasjon for lav økning av driftsresultatet i perioden 2018/2019 – dd.

Særskilte kostnader/forhold som kreves kompensert

- NMF krever at H2-takstene endres slik at avtaleterapeutenes utgifter forbundet med Helsenett kompenseres fullt ut.
- NMF krever at H-takstene finansieres utenfor den ordinære rammen.

Takster – prioriteringer mv.

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

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

Ny takst

- NMF krever etablering av en takst for injeksjonsbehandling.

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.

Grunnlag for kravene

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 uførepensjonerings. Muskel- og skjelettpasienter utgjør den største gruppen hos fastlegene, og legger beslag på store ressurser i spesialisthelsetjenesten.

Regjeringens *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024* konstaterer at fastlegeordningen er i krise:

Stadig færre leger velger fastlegeyrket, og stadig flere vurderer å forlate det. Legene oppgir flere årsaker til dette: arbeidsoppgavene har blitt mange og arbeidsdagene lange, små fagmiljø og lite faglig nettverk og forhold rundt det å etablere seg som selvstendig næringsdrivende.¹

For å redusere arbeidsbelastningen og få bedre kontroll med hvilke oppgaver fastlegene forventes å gjøre, ønsker Regjeringen å avlaste fastlegene for oppgaver (tiltak 6 i planen).

Av 5,2 millioner personer som var i kontakt med fastlege eller legevakt i løpet av perioden juli 2016- juli 2018, var nesten halvparten – 2,5 millioner – registrert med diagnosekoder for muskel- og skjelettsykdommer.²

Fastleger er gjennomgående ikke eksperter på muskel- og skjelettsykdommer. Et innledende tiltak vil derfor ofte være sykmelding, mens legen venter og ser om pasienten blir bedre av seg selv. Siden aktivitet normalt er anbefalt ved muskel- og skjelettsykdommer, vil en innledende passivitet ofte kunne forverre tilstanden. En studie av hva norske fastleger gjør med ryggpasientene, som er den største undergruppen innen muskel- og skjelettpasienter, illustrerer dette. Resultatene viste at det store flertallet av legene gir pasientene smertestillende medikamenter og sykmelding, og avventer bedring. Legene henviste flere pasienter til røntgenundersøkelse enn det som anbefales i de nasjonale retningslinjene, og de ventet i gjennomsnitt 12 uker før de henviste videre til ryggpoliklinikk, manuellterapeut, fysioterapeut eller kiropraktor. I denne perioden var pasientene oftest sykmeldt.³

Manuellterapeuter har masterutdanning, og har siden 2006 hatt lignende fullmakter som legenes på muskel- og skjelettområdet. Det vil si at de har adgang til å sykmelde, rekvirere bildediagnostikk og henvise til spesialisthelsetjeneste. En viktig begrunnelse for de utvidete fullmaktene og det økte ansvaret, er at manuellterapeutene skal avlaste fastlegetjenesten. 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.

Ifølge samhandlingsreformen skal også *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.

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 til annen instans i helsetjenesten.

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

Kostnadseffektivitet på området

Både innenfor manuellterapi, fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi er etterspørselen større enn tilbudet. Det er lange ventelister og ofte for sen intervensjon som følge av dette.

En analyse utført av Oslo Economics (OE) viser at det er store forskjeller i behandlingsslengde gruppene imellom. Manuellterapeuter behandler i gjennomsnitt dobbelt så mange pasienter som fysioterapeuter i løpet av et år. Videre har manuellterapeuter signifikant kortere behandlingsforløp og signifikant færre pasientbehandlinger per pasientforløp sammenlignet med fysioterapeuter, selv når pasientene kontrolleres for kjennetegnene diagnose, kjønn, alder og bostedsfylke. Selv om manuellterapeutene til dels har høyere takster viser OEs analyse at manuellterapi ved sammenlignbare pasienttilfeller har lavere eller om lag like kostnader som fysioterapi, og langt lavere kostnader enn psykomotorisk fysioterapi, per behandlingsforløp.

OEs analyse bygger på registerdata fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner). Alle kontakter som fysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter har hatt i perioden 1.1.2016-31.12.2019 er inkludert i materialet. Foruten at analysen bygger på komplette pasientdata over en lang periode (4 år), inneholder materialet anonymiserte pasientopplysninger og pasientkjennetegn som *diagnose, kjønn, alder og bostedsfylke*. Dermed har OE kunnet kartlegge pasientsammensetningen i de ulike behandlergruppene og har kunnet kontrollere for pasientkjennetegn ved sammenligning av lengde og kostnader på behandlingsforløp. Slik har man unngått at forskjeller mellom praksistypene kan sies å være påvirket av forskjeller i pasientsammensetning. Det har det ikke vært mulig å kontrollere for dette i de tradisjonelle TBUene som Helsedirektoratet har utarbeidet i forbindelse med takstforhandlingene.

Fagutvikling, ansvar og kvalitet skal lønne seg

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 og gir utdannings- og investeringsbehov.

Som NMF tidligere har påpekt, kompenserer den nye kostnadsmodellen⁴ 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. Som også legene fremholder, fylles arbeidsdagen av stadig nye administrative forpliktelser. Sammen med kjente tidstyver medfører denne utviklingen et stadig høyere arbeidspress og lavere inntekter per arbeidet time.

¹ Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, Helse- og omsorgsdepartementet, 2020

² Helsedirektoratet, 2018: «Bruk av legetjenester i utvalgte pasientgrupper», side 9,10.

³ Werner E et al. Hva gjør primærlegen med ryggpasienten? Tidsskr Nor Legeforen 2002; 122: 1800-3

⁴ Indikatorer for kostnadsutviklingen for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Rapport fra partssammensatt arbeidsgruppe. April 2017 (versjon 4 21.04.17)

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

Inntektsutviklingen for avtaleterapeuter i perioden 2014-2018

En sammenligning av terapeutenes faktiske honoraruttak i perioden 2014-2018 med hva som er avtalt mellom staten/KS og organisasjonene, viser at honoraruttaket var 113 mill. kr. lavere enn avtalt, se vedlegg 1.

SSBs IKU er utelukkende basert på tall fra avtaleterapeutenes næringsoppgaver. En slik fremgangsmåte er problematisk av flere grunner. Avtaleterapeutene organiserer driften på vidt forskjellige måter. Ved kun å legge data fra næringsoppgaven til grunn, vil en ikke inkludere alle terapeutene, herunder de som er organisert som aksjeselskap. For terapeuter med store økonomiske forpliktelser så som leasingavtaler mv., er det rasjonelt å organisere seg som et aksjeselskap for å redusere personlig økonomisk risiko. Det er da grunn til å anta at SSBs IKU ikke inkluderer terapeutene med de høyeste kostnadene. Generelt blir ikke kostnadenes størrelse korrekt registrert ved bruk av næringsoppgaven alene, og SSB har i sin IKU heller ikke inkludert alle kostnader forbundet med drift av praksis. Det er derfor sannsynlig at kostnader blir underrapportert i SSBs IKU. Det er tilsvarende problematisk å bruke data fra næringsoppgaven alene på inntektssiden. En får blant annet ikke kontrollert for hvor stor del av næringsinntekten som faktisk stammer fra avtalevirksomheten. Problemstillingen kan videre illustreres med at H-takstene, som er en ren kompensasjonstakst, regnes med i inntektsutviklingen i SSBs IKU.

Foruten at kostnads- og inntektsstørrelsene er beheftet med en betydelig usikkerhet, mangler SSBs IKU en oversikt over terapeutenes driftsavtalestørrelse, kjønn, arbeidstid og yrkeserfaring. Det er vanskelig å feste lit til en IKU som ikke ser lønnsdannelse i sammenheng med blant annet driftsavtalestørrelse og arbeidstid. IKUens metode gjør det umulig å sammenligne terapeuter utfra driftstilskuddstørrelse. Når enkeltterapeuter har fått korrigert driftstilskudd i samsvar med sitt faktiske arbeid, registreres det misvisende som en økning i driftsresultatet, selv om det ikke er tale om et inntektsforbedrende tiltak for hele gruppen.

NMF krevde i fjor en kompensasjon på 113 millioner kroner utenfor rammen, på grunn av lavere inntektsutvikling enn avtalt i perioden 2014-2018. Staten kompenserte i fjor kun 34 millioner kroner av dette.

- NMF krever at rammen tilføres (113 mill. minus 34 mill.) 79 millioner kroner som følge av lavere inntektsutvikling enn avtalt for perioden 2014-2018.

Inntektsutviklingen for fysioterapeuter og manuellterapeuter perioden 2018/19-dd.

Det fremgår av «Kommentar til takstbruksundersøkelsen av fysioterapeuter avtaleåret 2020-2021» at:

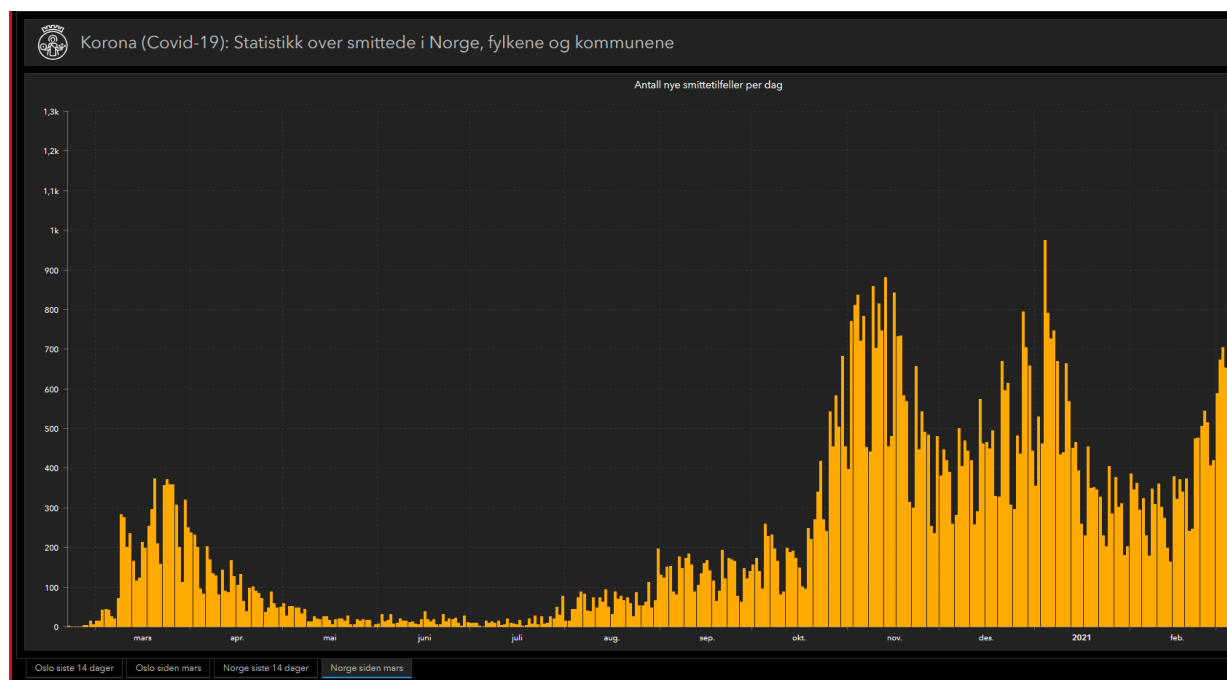
«Samlet honorar i ny TBU synes å ligge omkring 2018-19 nivå, til tross for at vi nå legger satsene fra 1.1.2021 til grunn.»

Det betyr at avtalt inntektsutvikling i 2019-2020 (0,7% økning av rammen) og 2020-2021 (1,34%) har uteblitt.

Undersøkelser vi har gjort viser at terapeutene arbeider like mange timer som i 2018-2019, men praksisprofilen er endret slik at man utløser lavere honorarer.

Overgang til ny skybasert EPJ for å kunne oppfylle kravet om Helsenettikobling, har også krevd en arbeidsinnsats som ikke har vært 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.

Fastsatt manglende inntektsutvikling for perioden juli-oktober 2020 skulle kompenseres med forhøyede takster i november-desember 2020. Perioden med forhøyede takster falt imidlertid sammen med andre smittebølger i pandemien (se figur), noe som kan ha innvirket på driften i klinikkene.



I 2018/19 var honoraruttaket 2 558 707 045 kr. Avtalt rammeøkning 2019/20 var 0,7 %, mens rammeøkningen 2020/21 ble fastsatt til 1,34. Det ble i tillegg gitt en «kompensasjon» på 34 millioner kroner i 2020/21 pga. mindretvikling i perioden 2014-2018. Dersom utviklingen av honorarene skulle ha fulgt det som var avtalt eller fastsatt, skulle honoraruttaket i 2020/21 ha vært 112,3 millioner høyere enn det som TBU 2020/21 viser :

Honoraruttak 18/19 faktisk	kr 2 558 707 045
Avtalt rammeøkning 19-20: 0,7%	kr 17 910 949
Rammeøkning 20-21: 1,34%	kr 34 526 681
Honorar 2020/21 skulle ha vært (akkumulert)	kr 2 611 144 675
Honorar 2020/21 iflg TBU	kr 2 532 783 196
Differanse 2018/19 og TBU 20/21	kr 78 361 479
Kompensasjon 34 mill «gitt» 2020	kr 34 000 000
Til sammen	kr 112 361 479

Oppfølging av A2k

Det er enighet om at Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Helsedirektoratet skulle vurdere innretning på takst A2k og forvaltning av godkjenningsordningen. Dette arbeidet er blitt forsinket og saken er ennå ikke avklart.

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

Ultralyddiagnostikk og ultralydveilede injeksjoner

Departementet innførte i fjor en takst på 200 kr for ultralyddiagnostikk. NMF vil gi staten honnør for på denne måten å ha støttet opp om muligheter for innovasjon i tjenesten og et tiltak som reduserer behovet for radiologiske undersøkelser i spesialisthelsetjenesten.

Taksten er imidlertid bare mulig å utløse 2 ganger per år.

- NMF krever at taksten skal være mulig å utløse 4 ganger for samme sykdom/skade per kalenderår.

Samhandlingsreformen har som mål å øke kompetansen i kommunehelsetjenesten, og at kompetansen til helsepersonell skal tilpasses de nye kravene som stilles i fremtiden. Manuellterapeutene som gruppe har tatt dette inn over seg, og har tatt i bruk ultralydveilede injeksjoner for diagnostisering og behandling. Pasientene må nå i mange tilfeller til spesialisthelsetjenesten for å få denne typen undersøkelse og behandling. Manglende takst for injeksjonsbehandling fører helt unødig til økt belastning for spesialisthelsetjenesten. Innføring av slik takst vil styrke kompetansen i primærhelsetjenesten og gi pasientene et bedre tilbud.

- NMF krever takst for ultralydveiledet injeksjon for undersøkelse og/eller behandling, 200 kr

Det må stilles utdanningskrav til de som utfører injeksjonsbehandling. Allerede i 2017 utviklet NMF «Retningslinjer for bruk av injeksjoner innen manuellterapi.» Retningslinjene forutsetter at «Videreutdanning i injeksjoner i muskelskjelettapparatet for helsepersonell» (MANTINJ663) er gjennomført før manuellterapeuten utfører injeksjoner. NMF foreslår at denne utdanningen eller tilsvarende skal være obligatorisk for å utløse taksten.

Retningslinjene beskriver også prosedyrer innen injeksjonsbehandling, herunder samarbeide med lege og nødprosedyrer. Retningslinjene er utarbeidet av en komite som bl.a. har konsultert medisinsk fagdirektør Steinar Madsen i Legemiddelverket som ekstern fagperson.

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 tilgjengelig og bedre kapasitet.

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

Norsk Helsenett innførte høsten 2020 avgift på virtuelt møterom i helsenettet. Månedspris per bruker er 100 kr inkl. mva. Det utgjør 4,5 millioner i utgifter som må kompenseres.

Den ordinære økonomiske rammen

Inntekts- og kostnadselement

- NMF legger frontfagsmodellen til grunn. Lønnsveksten i privat sektor i fjor ble anslått til 1,7 prosent og avtaleterapeutene fikk det samme. Fasiten i privat sektor ble imidlertid 2,2 prosent. Dette må kompenseres slik at avtaleterapeutene ikke blir hengende etter i inntektsutviklingen. Yrkesgruppen må også ha en reallønnsvekst.
- Kostnadsmodellen som har vært benyttet siden 2017 kompenserer ikke kostnadsutviklingen. Det bør derfor utvikles en ny modell. Når den eksisterende modellen nå allikevel legges til grunn, må det ses i sammenheng med at NMF krever særskilte kostnader kompensert.
- Inntekts- og kostnadselement vektes henholdsvis 65 % - 35 %.

Krav om kompensasjon av særskilte kostnader

Kostnader forbundet med kommunikasjon på Helsenet

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 helsenet. 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 ordinær takst-ramme.

- NMF krever at H-takstene holdes utenfor rammen.

Avtaleterapeuter plikter å samhandle elektronisk og sende oppgjør elektronisk over linje⁵.

Fra 1.1.2021 er prisbildet radikalt endret når det gjelder kostnader forbundet med Helsenettilknytning. Etter dette tidspunktet må alle terapeuter bruke skyløsninger. 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 avtaleterapeutenes merkostnader ved lovpålagt Helsenettilknytning kompenseres.

For en enbruger vil det utgjøre 3 264 kr/mnd., for en fembruger 1 302 kr/mnd. Dette inkludert virtuelt møterom i Helsenet, men ikke EPJ-utgifter.

Behandlingstakstene A8

Bruk av manuellterapeuter bidrar til kortere behandlingsforløp, reduserte ventelister og totalt sett mer kostnadseffektiv behandling, jamfør rapport «Behandlingsforløp og kostnader ved behandling innenfor fysioterapiområdet», Oslo Economics, 2021

Manuellterapeutenes behandlingstakster har over en årrekke hatt langt svakere utvikling enn de øvrige behandlingstakstene. Fysioterapeutenes behandlingstakst for 30 minutter har i perioden 2009/10 til 2020/21 hatt en økning på 73,57 %, mens manuellterapeutenes 30-minutterstakst i samme periode har økt med 22,98 %.

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

Den svake utviklingen av manuellterapeutenes takster, avspeiler seg også i uttaket av honorarer. Tallene i tabell 1 viser utviklingen av honorarer fordelt på grupper og justert for antall (det har vært en økning i antall manuellterapeuter, nedgang i antall fysioterapeuter, mens antall psykomotorikere har vært relativt stabilt). Tabell 2 gjenspeiler derfor det totale honoraret dersom det var like mange behandlere i år og i fjor som i 2017/2018. Her ser vi at fysioterapeutene har hatt en vesentlig større økning i honoraruttak enn de andre gruppene. Manuellterapeutene er gruppen med minst økning, selv om vi i tillegg vet at manuellterapeutene er den gruppen som har flest arbeidstimer.

Justert for Antall behandlere	ny		Endring 2020/2021	
	tbu	tbu faktisk takstbruk		
HONORAR	2020/21	2019/20		
allmenn	1 794 994 607	1 592 331 936	202 662 671	12,7 %
MT	545 733 695	494 417 092	51 316 602	10,4 %
psyk	201 191 334	181 716 173	19 475 161	10,7 %

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 som å redusere ventelister, sykepengeutbetalinger og forhindre overbehandling. 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 inntak av pasienter og kortere behandlingsforløp hos alle grupper.

- Undersøkelsestakster prioriteres.

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

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

⁵ Jf. Funksjons og kvalitetsforskriften § 10, samt Forskrift om behandling av helseopplysninger i Egenandelsregisteret (egenandelsregisterforskriften), § 7

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 Helsennett 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 konsentrerer sin virksomhet til kjerneoppgavene, som er undersøkelse og behandling. Hjelpepersonell kan føre enkelte deler av journalen, motta betaling, sette opp ny time og hjelpe pasienten på andre praktiske måter. Særlig viktig ser vi at hjelpepersonell har vært i Covid-perioden, og vi forventer at utvidete smitteverntiltak vil være aktuelt i fremtiden. 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 behandlingsskapasitet.

- 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.

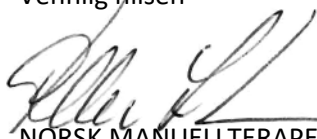
EPJ-løft

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		
Totalt uttak til fordeling	2 486 960 658	2 292 186 336	2 381 429 683	2 327 246 892	2 332 856 094	2 219 916 780
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 %	
Avtalt endring	5,60 %	0,10 %	5,04 %	0 %	5,30 %	
Antall som er med	3737	3774	3825	3737	3798	3752
	2018-2019	2017-2018	2016-2017	2015-2016	2014-2015	2013-2014 *
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 %					
Kronemessig beløp	kr 113 606 593					