

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

Deres ref.:
Vår ref.: pl/em
Dato: 06.05.2019

Krav til forhandlingene om driftstilskudd og refusjonstakster mv.

Det vises til e-post av 21.2.2019 angående innsending av krav til årets takstforhandlinger.

Sammendrag

Vekting av komponenter

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

Inntektselementet

- Inntektskomponenten settes til 3,2 %, tilsvarende lønnsutviklingen i frontfagene.

Kostnadselementet

- Kostnadskomponenten settes til 2,32 %.

Takstøkning

- NMF krever en takstøkning på 0,18 % per 1.7.2019

Kostnader som kreves kompensert, ikke omfattet av indeks/øvrige økonomiske krav

- NMF krever at H-takstene finansieres utenfor den ordinære rammen.
- NMF krever kompensasjon på 43 mill. kr for økning av kostnader til helsenettilknytning.
- NMF krever kompensasjon på 44,8 mill. kr for opplæring og migrering av data i fbm. nye rammevilkår ved elektronisk kommunikasjon.
- NMF krever at den nye Helsenett-avgiften for klinikker som har egen internettlinje kompenseres.

Prioriteringer av takster

- A8-takstene prioriteres
- Undersøkelsestakstene prioriteres
- Samhandlingstakstene prioriteres

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 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.

Muskel- og skjelettsykdommer er den viktigste årsaken til helsetap, sykefravær og nye uførepensjoner. Muskel- og skjelettpasienter utgjør den største gruppen hos fastlegene. Samhandlingsreformen betyr at flere pasienter skal diagnostiseres og få behandling i kommunehelsetjenesten. Samtidig skal mer av opptrening før og rehabilitering etter operasjon skje i kommunehelsetjenesten. Det er derfor behov for å styrke kommunehelsetjenesten og samhandlingen mellom nivåene.

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

Tidlig relevant 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 av årets TBU. 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.

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 i gjennomsnitt gis 22,8 behandlinger per pasientundersøkelse. Underlagstallene viser at det er store forskjeller blant de ulike behandlergruppene, selv om aldersfordeling og diagnosegrupper er forholdsvis like. Manuellterapeuter har 11,6 behandlinger per undersøkelse, psykomotorikerne 38,8 og allmenfysioterapeutene 28,4. Tallene indikerer altså at manuellterapeutene har færre behandlinger per pasientundersøkelse 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.

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

Kostnadskompensasjon må være reell

Siste *inntekts- og kostnadsundersøkelse* dokumenterte at det skjedde en kraftig økning av kostnadene som ikke ble fanget opp av konsumprisindeksen (KPI) i 2007-2014. KPI måtte ha vært multiplisert med 5,185 for å treffe den reelle kostnadsutviklingen i perioden.

Hverken den nye kostnadsmodellen eller den gamle KPI-modellen kompenserer på langt nær utviklingen i de reelle kostnadene, oftest utløst av nye offentlige pålegg som ikke fanges opp av indeksene. Den nye kostnadsmodellen gir i år dårligere kompensasjon enn den gamle KPI-modellen.

Vedvarende underkompensasjon av den faktiske kostnadsutviklingen undergraver 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.

Utjevning av inntekter vs. resultat

Under forhandlingene i fjor insisterte staten/KS på en «utjevning av inntekter» mellom de ulike gruppene med henvisning til utviklingen av gruppenes *inntjening per time*. Det ble også vist til gruppenes brutto uttak av refusjoner og honorarer. Dette ble gjort uten å ta hensyn til:

- gruppenes kostnader
- utviklingen av antall terapeuter
- forskjeller i faktisk arbeidstid.

NMF mener at slike tallgrunnlag er uegnet til å danne grunnlag for takstutvikling. Utvikling i takster må ta utgangspunkt i etterprøvbare og dokumenterbare tall, og omfatte både inntekter og utgifter, antall terapeuter og forskjeller i arbeidstid.

Når man korrigerer for arbeidstid oppgitt i siste IKU-undersøkelsen, var manuellterapeuters og fysioterapeutspecialisters resultat (inntekter minus kostnader) tilnærmet likt i 2014, se tabell 1.

Tabell 1 Resultat iflg IKU – korrigert for arbeidstid, dvs. at resultat er regnet om til arbeidstid=40 timer/uken (kilde: IKU 2016, tabell 1)

Gruppe	Resultat 40 t/u
Manuellterapeuter	kr 633 488
Psykomotorikere	kr 604 000
Fysioterapeutspecialister	kr 631 628

TBU-informasjon gjør sammenligning mellom manuellterapeuter og psykomotorikere mulig. Det fins ikke informasjon i TBUen som uten videre gjør det mulig å sammenligne disse to gruppene med fysioterapeutspecialistene.

Utviklingen av behandlingstakstene, som utgjør den vesentligste delen av inntektene, har i de etterfølgende årene har vært i manuellterapeutenes disfavør. De øvrige gruppenes takster har fått betydelige påslag.

Staten/KS regnet med slik utvikling ved forrige oppgjør, jf. epost fra Staten v/Gjestvang 13. juni 2018 kl 11:49:

	Antall	% tillegg
MT	545	4,3%
Psyk	321	6,4%
Alle	3805	5,6 %

Utviklingen i TBU 2018-19 ble slik:

	Antall	% tillegg
MT	558	4,45%
Psyk	325	7,99%
Alle	3737	5,54 %

Disse tallene er ikke korrigert for forskjeller i gruppenes arbeidstid eller kostnader.

Gjennomgang av terapeutgruppens bruk av takstene i TBU 2018-2019 viser at psykomotorikerne har fakturert Helfo for 936 timer per terapeut, mens manuellterapeuter har fakturert for 1.374 timer per terapeut. Dette viser at man ikke uten videre kan sammenligne honoraruttaket per terapeut gruppene imellom.

Hvor store kostnader gruppene har, kan ikke utledes av TBU. Tidligere IKUer som er gjennomført, viser imidlertid at manuellterapeuter har langt høyere kostnader enn psykomotorikerne.

Tar man med alle faktorene underbygger tilgjengelig informasjon at manuellterapeutene ikke har bedre resultat (inntekt minus kostnad) enn psykomotorikerne. Det er også grunnlag for å hevde at fysioterapeutspecialistene har bedre resultat enn manuellterapeutene.

NMF krever derfor at manuellterapeutenes behandlingstakster prioriteres ved årets forhandlinger.

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 tok 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, 3,2 %.

- **Inntektskomponenten kreves satt til 3,2 %**

Beregning av indeksert kostnadsutvikling i klinikkene

Beregning av kostnadselementet i hht. «ny kostnadsmodell»:

$$\begin{aligned} & 0,27 \times 3,16 \% \text{ (jf. kap. 4, gruppe 1 i HTA)} \\ & + 0,34 \times 2,7 \% \text{ (jf. SSBs delindeks «bolig, lys, brensel», mars 2018-mars 2019)} \\ & + 0,39 \times 1,4 \% \text{ (jf. SSBs delindeks «andre varer og tjenester», mars 2018-mars 2019)} \\ & = 2,32 \% \end{aligned}$$

- **Vi krever at kostnadselement settes til 2,32 %**

Overheng

Fjorårets rammeøkning var i henhold til avtale 5,6 prosent. Overheng utgjør halvparten (2,8%) av dette.

Oppsummering

Inntektskomponent	Kostnadskomponent	Overheng	Årsresultat	Påslag per 1.7.19
3,2 % x vekt 0,7	2,32 % x vekt 0,3	2,8 %	0,09 %	0,18 %

Nye kostnader

H-«takstene» er ikke inntektsgivende og aktivitetsavhengige takster i egentlig forstand. Det er derimot 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.

Norsk Helsenett har besluttet å øke medlemsavgiften 1. januar 2019 fra 910 til 1.138 kroner/måneden. Det vil si en økning på cirka 25 prosent i forhold til dagens pris. Helsenett har i tillegg varslet at de 1. juli 2019 innfører en avgift på 700 kr/mnd. for klinikker som har egen internettlinje til Norsk Helsenett. Dette er en helt ny avgift som kommer i tillegg til vanlig medlemsavgift.

Fysioterapeuter og manuellterapeuter har plikt til å sende oppgjør elektronisk over linje¹. For at automatisk egenandelstak 2-ordning skal fungere, må innsending skje minst hver fjortende dag.² I juli 2018 ble EUs personvernforordning implementert i norsk lovverk. Den dominerende EPJ-leverandøren, ProMed³, har av denne grunn varslet at de må endre teknisk plattform for journalprogrammet. Ved årsskiftet 2019/2020 fases gammel versjon av ProMed ut og erstattes med en ny ProMed X. Denne programversjonen, som tilfredsstillers lovens nye og strengere krav til personvern, er vesentlig dyrere i drift enn dagens standardversjon. For en én-bruker øker prisen med 13.356 kroner/året (1.113 kr/mnd), mens en klinikk med fem brukere får en prisøkning på 48 240 kroner (804 kr per terapeut/mnd), eller nesten en dobling av dagens pris.

NMF krever at denne nye utgiften som myndighetene påfører terapeutene, kompenseres. Vi krever kompensasjon tilsvarende gjennomsnittet av økningen i EPJ-utgiften ($1.113+804/2=$) 959 kroner/mnd. Multiplisert med 3737 terapeuter utgjør dette 43 millioner kroner i året.

Implementering av ny EPJ som tilfredsstillers personvernreglene 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 3737 terapeuter, dreier det seg om en arbeidsinnsats verdt 44,8 millioner kroner.

- **NMF krever at H-takstene finansieres utenfor den ordinære rammen.**
- **NMF krever kompensasjon på 43 mill. kr for økning av kostnader til helsenettilknytning.**

¹ Forskrift om behandling av helseopplysninger i Egenandelsregisteret (egenandelsregisterforskriften), § 7

² Forskrift om behandling av helseopplysninger i Egenandelsregisteret (egenandelsregisterforskriften), § 8

³ I 2011 hadde ProMed ca. 90 % av markedet blant manuellterapeuter.

- **NMF krever kompensasjon på 44,8 mill. kr for opplæring og migrering av data i fbm. nye rammevilkår ved elektronisk kommunikasjon.**
- **NMF krever at den nye Helsenett-avgiften for klinikker som har egen internettlinje kompenseres.**

Spesielle krav

Behandlingstakstene A8

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

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

- **For å kompensere for denne mindretutviklingen, 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 påbegynt 10. minutt.**

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 effektivt 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.**

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 vedtak i Stortinget betaler alle pasienter etter 1.1.2017 egenandel fram til at de evt. får opptjent frikort. Samtidig pålegges terapeutene å sende inn oppgjørskrav hver annen uke. Dette har ført til et administrativt merarbeid i klinikkene.

Direkte tilgang og forskrift om funksjon- og kvalitet ble iverksatt i fjor. I forskriften 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 (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 tiltrent 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 fondsavsetning 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.

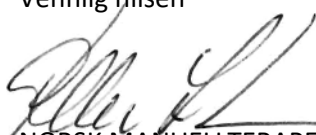
EPJ-løft

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

Staten/KS
v/Olav J. Gjestvang

Deres ref.:
Vår ref.:
Dato: 14.05.2019

Revidert krav vedr. økonomisk ramme

Vi viser til våre krav innsendt 6. mai 2019, punktet som gjelder økonomisk ramme.

Etter at kravet ble sendt inn, er SSBs tall i kostnadsindeksene blitt oppdatert med tall fra april 2018-april 2019. Vi er også blitt oppmerksom på en regnefeil i vårt eget oppsett. Vi ønsker med dette å bruke de mest oppdaterte kostnadstallene og samtidig korrigere feilen.

Revidert krav fra NMF på dette punktet:

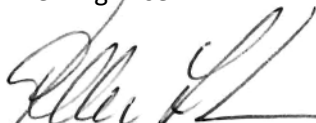
- Inntektskomponenten skal være 3,2 % som frontfaget
- Kostnadskomponenten skal være **2,46 %**
Følgende delindekser fra SSB legges til grunn:
 - Lønnsøkning, gruppe 1, kap. 4 i HTA: 3,16 % (vekt 0,27)
 - Bolig, lys, brensel: 3 % (vekt 0,34)
 - Andre varer og tjenester: 1,5 % (vekt 0,39)

Inntekts- og kostnadskomponenten vektes henholdsvis 70-30.

Oppsummert

Inntektskomponent	Kostnadskomponent	Overheng (halvpart av 5,6%)	Sum	Påslag per 1.7.19
3,2 % x vekt 0,7	2,46 % x vekt 0,3	2,8 %	0,18 %	0,36 %

Vennlig hilsen



NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING

Peter Chr. Lehne
leder