

Krav til revisjon per 1.7. 2009 av avtale om driftstilskudd og takster

Innhold

Innledning.....	2
1. Bakgrunn	2
1.1 Beskrivelse av fysioterapi i møte med dagens helseutfordringer	3
1.2 Kompetanseutvikling i fysioterapi	6
1.3 Faglig ajourføring.....	6
1.4 Spesialisering	7
2. NFFs krav	7
2.1 Vedrørende St.prp.nr. 1 (2008- 2009).....	7
2.2 Økonomisk krav	7
2.3 Overføring til Fond til etter- og videreutdanning.....	8
2.4 Begrunnelse.....	8
2.4.1 Ulike beregningsmodeller gir ulike resultater	9
2.4.2 Konsekvenser for fysioterapitilbudet	10
2.4.3 Konsekvenser for fysioterapeutenes inntekt	11

Innledning

Dette dokumentet er Norsk Fysioterapeutforbunds krav til revisjon per 1.7. 2009 av avtale om driftstilskudd og takster. I kravet er det utarbeidet et bakgrunnskapittel som gir en oversikt over fysioterapien i kommunehelsetjenesten både i forhold til kapasitet i dag og fremover og effekten av fysioterapitiltak. I tillegg beskrives hvordan faget har endret seg fra å være erfaringsbasert til å nå være en kunnskapsbasert helsetjeneste. Vi mener det er vesentlig å forstå fysioterapiens plass i helsetjenesten i dag og i fremtiden når finansieringen av tjenesten skal diskuteres. I kapittel 2 fremmes NFFs økonomiske krav med begrunnelser.

1. Bakgrunn

Primærhelsetjenester er grunnmuren i en helhetlig helsetjeneste og skal sikre alle med behov for helse- og omsorgstjenester nære og gode tilbud. Helsedirektoratet har blant sine langsiktige mål at primærhelsetjenesten skal ha tjenester av god kvalitet som er tilgjengelig, rettferdig fordelt og som utnytter ressursene på en god måte og som har en rett balanse mellom forebyggende arbeid, behandling, rehabilitering og omsorg¹. Nasjonal helseplan(2007-2010) fremhever videre mangel på helhet og samordning som en av de største utfordringene og regjeringen vil derfor utvikle en sterk helse- og omsorgstjeneste i kommunene, en desentralisert spesialisthelsetjeneste og samhandlingstiltak mellom nivåene². Regjeringen har politiske ambisjoner som er i tråd med dette. Disse politiske føringene legges til grunn når Statistisk sentralbyrå utarbeider beregninger over behovet for bla fysioterapi frem mot 2030. Utviklingen i perioden 1996-2007 gir i følge SSB belegg for at behovene for arbeidskraft i helse- og sosialtjenestene fortsatt vil øke like sterkt som BNP. Man forventer en vekst i etterspørselen etter fysioterapeuter som ligger nær den forventede utviklingen i referansebanen, dvs ca 46% frem til 2030. Etterspørselen etter fysioterapeuter øker mer enn antall som utdannes. Vi kan dermed vente en underdekning av fysioterapeuter i årene fremover. Målsettinger om større faglig bredde kombinert med mer vektlegging av rehabilitering og reaktivisering av eldre taler til for en styrket representasjon av fysioterapeuter. En modell viser en underdekning på mer enn 4000 årsverk fysioterapi i 2030³.

De senere års utvikling av årsverk fysioterapi viser at det i perioden 2002-2007 er en økning på 233 årsverk ved somatiske sykehus og øvrige somatiske institusjoner, mens det i samme periode er en økning på 43 årsverk totalt for ansatte og privatpraktiserende fysioterapeuter med avtale i kommunehelsetjenesten.

Behovet for fysioterapibehandling i kommunehelsetjenesten har økt i denne perioden. Det er som vi vil komme tilbake til, flere faktorer som påvirker behovsetterspørselen i kommunehelsetjenesten. Behovsveksten har ført til at enkelte pasientgrupper nå må vente lenge på få en vurdering hos fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. Over 35% av

¹ Sosial og helsedirektoratet : 100 nøkkeltall for helse- og sosialsektoren. Rapport 2008, s 70

² Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement St.prp.nr 1 (2008-2009), s 231

³ Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell frem mot år 2010, SSB 2009

fysioterapeutene med driftsavtale med kommunen, oppgir at kronikere må vente i mer enn 7 uker for å bli vurdert⁴.

Samtidig vet vi at fysioterapeutene gir mer fysioterapibehandling enn det kommunene betaler for. NFFs beregninger viser at i ytterste konsekvens vil dette kunne tilsvare ca 3153 årsverk som ytes uten tilskudd fra kommunen. Dette er over dobbelt så mange fysioterapiårsverk enn det kommunene betaler for. Det innebærer at behovet for fysioterapi er langt større enn det kommunene har dimensjonert tjenesten til. Ventetiden som er dokumentert i rapporten utarbeidet av Agenda underbygger ytterligere at tjenesten er underdimensjonert i kommunene.

Denne dimensjoneringen av tjenesten er utgangspunktet når kommunehelsetjenestens rolle i helsetjenesten skal styrkes, når det skal jobbes mer med både helsefremmende, og primær- og sekundærforebyggende behandling, når det skal behandles flere på lavest mulig nivå, og når det skal sikres at det gjennomføres rehabilitering.

1.1 Beskrivelse av fysioterapi i møte med dagens helseutfordringer

Situasjonsbeskrivelsen som er utarbeidet i forbindelse med arbeidet i samhandlingsreformen stemmer godt med den beskrivelsen fysioterapeutene gir av dagens kommunehelsetjeneste. De foreløpige signalene som er kommet med behov for styrking av helsetjenestene i kommunesektoren er således godt mottatt.

I dag er situasjonen slik at det er et gap mellom på den ene siden antall behandlede pasienter på sykehusene og sykehusenes raske utskrivningspraksis, og på den annen side kommunens helse- og omsorgstjenestenes muligheter til å følge opp påbegynt behandling og å gi mange mennesker mulighet til å mestre hverdagen med alvorlig sykdom eller funksjonsnedsettelse. Når liggetiden i sykehusene reduseres, og stadig flere pasienter får dagbehandling innebærer dette ofte behov for rask og mer spesialisert behandling i kommunehelsetjenesten i etterkant. Dette innebærer også at pasientene har et behov for lengre og mer omfattende behandling.

Fra 1999 til år 2007 økte f. eks antallet ortopediske inngrep ved norske sykehus med 57 %. Dette skjer samtidig med at faglige retningslinjer fra f. eks England anbefaler trening og behandling som førstevalg for kneartrosepasienter. I Norge har antall inngrep knyttet til kneartrose økt med 64 % fra 1999 til 2007, mens de privatpraktiserendes fysioterapeutene som leverer konservativ behandling, ikke har hatt tilsvarende økning av denne pasientgruppen.

For pasienter med smerter forårsaket av avklemming i skulderleddet vet vi at fysioterapibehandling er betydelig billigere for samfunnet kontra operasjon. Skulderoperasjoner økte med 177 % fra 1999-2007. Dette innebærer at operative inngrep velges før annen behandling og det innebærer at oppunder 30 000 flere pasienter må kjempe

⁴ Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten, Agenda 2009

om de samme knappe ressursene i kommunehelsetjenesten sett i forhold til situasjonen for åtte år siden grunnet økte ortopediske inngrep⁵.

Kommunene skal også gi et tilbud til flere yngre med funksjonshemming, flere brukere med psykiske lidelser og ikke minst en økende eldrebefolkning. I tillegg får stadig flere kreft, diabetes og KOLS. Vi er også for lite fysisk aktive og stadig flere blir overvektige. Det er dermed et stort behov for å styrke både de primær- og sekundærforebyggende tiltakene. Vi vet at eldre mennesker har god effekt av balansetrening og stabiliserende trening for hofteplager og plager i vekt bærende ledd. Dette er trening og behandling som gis av privatpraktiserende fysioterapeuter. Denne formen for trening bidrar til å redusere fallskader. I 1999 ble totalkostnadene ved Eldres fallskader beregnet til et sted mellom 700 millioner kroner og 1 milliard kroner årlig. Hoftebrudd blant eldre fører til at andelen eldre som legges inn på sykehjem, øker med 15-30 %. Siden 95 prosent av hoftebrudd skyldes fall, vil balansetrening og stabiliserende trening være en god innfallsvinkel for å redusere utgiftene i helse- og omsorgssektoren.

Intensjonene i IA- avtalen ivaretar i stor grad behovet for rask behandling av sykemeldte. Det er imidlertid en utfordring at sykefraværperioden er avhengig av helsevesenets behandlingsskapasitet. Det er viktig at innsatsen styres dit mulighetene for å lykkes er størst, og diagnosegrupper knyttet til muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser utgjør den desidert største andelen av sykepengetilfeller. I perioden mellom 2003- 2005 utgjorde lidelser i muskel- og skjelettsystemet mellom 37,9 til 49,8 % av sykepengetilfellene og det er påvist økt risiko for langvarig sykefravær på grunn av slike plager. Behandlingstilbudet for disse pasientene er styrket i spesialisthelsetjenesten gjennom ordningen "Raskere tilbake". Pasienter behandlet i ordningen skal ikke fortrenge andre pasienter. Dette blir likevel situasjonen der pasientene har behov for oppfølgende behandling i kommunehelsetjenesten (sees i sammenheng med bla antall ortopediske inngrep). Kapasiteten på fysioterapibehandling i kommunehelsetjenesten må ta høyde for at så mange sykemeldte med muskel/skjelettlidelser trenger behandling. Manuellterapeutene har en særskilt rolle i forhold til behandlingen av en del muskel/skjelettlidelser. I tillegg kan de sykmelde arbeidstakere i opptil 12 uker. Helse- og omsorgsdepartementets spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten viser at dette fører til at manuellterapeutene har lengre arbeidsuker enn fysioterapeuter som helhet, og at de bruker mer tid på administrative oppgaver. Undersøkelsen viser at manuellterapeutenes hverdag er endret ved at de i større grad enn tidligere må sette av tid til pasienter som oppsøker dem direkte, og at det brukes mer tid til administrasjon og papirarbeid. I samme undersøkelse formidlet manuellterapeutene at det ikke oppnås økonomisk kompensasjon for primærkontaktfunksjonen.

Smerter og nedsatt funksjon er den vanligste årsaken til at pasienter oppsøker fysioterapeuter. Pasienter med kroniske smerter eller funksjonsnedsettelse får behandling for å kunne delta i arbeids- og samfunnsliv. Sekundær forebygging for å forhindre funksjonsfall er vesentlig for pasienter med reumatiske lidelser, lettere psykiatri, nevrologi, skadeoppfølging mm.

⁵ Tall fra Norsk pasientregister/ Helsedirektoratet

Nyopererte pasienter prioriteres ofte fremfor kronikere, fordi resultatet av inngrepet er avhengig av oppfølgende behandling. Oppfølgingen av sykemeldte er også styrket gjennom tiltak knyttet til avklaring, rehabilitering og oppfølging. Resultatene fra flere fysioterapierte tiltak innen rehabilitering er svært gode. Deltakeren har som regel vært sykemeldt i 3 måneder før tiltak igangsettes og mellom 70- og 80 % er etter ett år helt eller delvis tilbake i jobb⁶. En systematisk oppsummering av forskning på tiltak for å redusere sykefraværet hos personer med muskel og –skjelettlidelser viser at pasienter med kroniske muskel- skjelettlidelser som har fått fysioterapi med målsetting å holde seg i arbeid, har 45 dager kortere sykefravær per tilfelle enn dem som ikke har fått fysioterapi. Kvinner med kroniske diffuse rygg- og nakkelidelser kommer dobbelt så raskt tilbake i arbeid ved fysioterapi (inkludert bevisstgjøring på mestring og takling av symptomene) enn ved ”vente og se” eller andre ordinære tiltak. Etter tre år vil hver kvinne som har fått fysioterapi ha kostet samfunnet 1,1 million kroner (138,509 Euro) mindre enn dem som ikke har fått behandling. For pasienter med lidelser som ikke er blitt kroniske ennå og har fått sammensatte fysioterapitiltak med behandling, veiledning og arbeidsplassvurdering vil etter to år ha vært sykmeldt 7,2 uker kortere enn dem som ikke har fått tiltak⁷.

For at rehabilitering skal ha den ønskede effekten må det gis på rett tid i forløpet, på rett sted, med tilstrekkelig intensitet, med riktig faglig kompetanse og med oppfølging over tid. Forskning viser at pasienter som blir sendt hjem tidlig og får god oppfølging og opptrening etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, har mindre behov for å følges opp i institusjon og risikoen for reinnleggelse reduseres. Forskning viser også at 37,5 % av slagrammede pasienter enten vil dø eller bli pleietrengende uten et godt og tverrfaglig rehabiliteringstilbud. Tilsvarende forskning på hjerteinfarkt, viser en reduksjon i dødelighet på 27 % etter tiltak for å fremme fysisk aktivitet. En økt satsning på rehabilitering og opptrening vil være både fornuftig rent menneskelig, men også samfunnsøkonomisk. Til dette trengs det kvalifisert personell og tilstrekkelig behandlerkapasitet i kommunehelsetjenesten. Agendarapporten viser at privatpraktiserende fysioterapeuter i stor grad bidrar til å løse disse oppgavene. Behandlingskapasiteten som etterspørres overskrider langt dagens dimensjonering av avtalehjempler i kommunene

Regjeringen legger i sin politiske plattform vekt på ”at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukerne”. Helsetjenesten er avhengig av en velfungerende kommunal helsetjeneste for å få dette til. Behovet for behandlende virksomhet for privatpraktiserende fysioterapeuter har økt med effektiviseringen av spesialisthelsetjenesten, sykefraværarbeide generelt og medisinske fremskritt som fører til at folk lever lenger med sine sykdommer/skader/lyter og må følges opp med behandling. Det er behov for større behandlerkapasitet i dag, og behovet vil øke ytterligere dersom antall pasienter som skal behandles i kommunene skal øke. Effekten av

⁶ Individuelle suksessfaktorer for arbeidsdeltakelse hos langtidssykmeldte med muskel-skjelett-lidelser, Aud Ramberg 2008

⁷ FYSIOTERAPI OG SYKEFRAVÆR, Rapport utarbeidet for NFF
Gunvor Hilde, CALGARY, NOVEMBER 2006

god fysioterapibehandling oppnås ikke fullt ut dersom pasienter må vente i lang tid kun for å bli vurdert.

1.2 Kompetanseutvikling i fysioterapi

En god primærhelsetjeneste er avhengig av at den enkelte helsearbeider utøver sin profesjon på en ordentlig måte. Kronisk syke trenger et samordnet helsetilbud over tid. Fysioterapeuters kompetanse i å vurdere funksjon og iverksette tiltak i forhold til dette, blir viktig for mennesker som skal leve lenge med sin funksjonsnedsettelse eller sykdom. Fysioterapeuters bidrag til forebyggende og helsefremmende tiltak i samfunnet og i forhold til enkeltmennesker er også en viktig del av primærhelsetjenesten. Privatpraktiserende fysioterapeuter leverer et vesentlig bidrag i primærhelsetjenesten.

Befolkningen har rett til og forventninger om tjenester med høy faglig kvalitet på alle ledd i tjenestekjeden. Kunnskapsbasert praksis betyr at kunnskap fra erfaring og forskning kombineres med brukermedvirkning i de rammebetingelser som finnes⁸. Primærhelsetjenesten trenger derfor utøvere av tjenesten som har kompetanse til å ta kunnskapen i bruk for menneskene som bor i kommunene.

Mange hundre fysioterapeuter har tatt mastergrad/hovedfag i ulike fag. Det er nå tilbud om 6 fysioterapispesifikke masterprogram og flere er under utvikling. Fra 1990 tallet har stadig flere fysioterapeuter oppnådd forsker kompetanse. Fond til etter og videreutdanning av fysioterapeuter (Fondet) som ble opprettet i 1974 har som intensjon å fremme kunnskapsutvikling, forskning og kompetanseheving. Midler fra Fondet har initiert og bygget opp etter- og videreutdanninger, masterutdanninger og etablering av forskermiljøer⁹.

Fysioterapiforskning i Norge spenner over mange tematiske områder innen helsetjenesten og med ulike forskningsmetodiske tilnærminger. Kunnskapsutvikling og kompetanseheving i fysioterapi er i stor grad i tråd med de helsepolitiske prioriteringer i samfunnet. Forskningen omfatter evalueringsforskning for å kunne dokumentere effekten av fysioterapitiltak, spørsmål om diagnostikk, måleinstrumenter, årsaker og prognoser og studier som beskriver og tolker erfaringer, opplevelser og samhandling. Fysioterapeuter jobber også med oppsummering av eksisterende forskning i systematiske oversikter¹⁰. Norske fysioterapeuter har høy internasjonal anerkjennelse innen flere forskningsfelt som for eksempel bekkenbunnsproblematikk, ganganalyse og elektroterapi.

1.3 Faglig ajourføring

Norsk Fysioterapeutforbund følger opp kunnskapsutviklingen og kravet om kunnskapsbasert praksis ved å lage et nettbasert system som skal stimulere medlemmene til å holde seg faglig

⁸ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

⁹ Fra Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene for perioden 1984 -2005,Sosial- og helsedirektoratet

¹⁰ Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene for perioden 1984 -2005,Sosial- og helsedirektoratet, side 32

oppdatert. I spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten, oppgir 96 % av fysioterapeutene at de årlig eller oftere deltar på kurs og seminarer¹¹.

I tillegg svarer 80 % - 90 % at de daglig eller ukentlig har faglige diskusjoner med kolleger og 86 % - 89 % at de daglig, ukentlig eller månedlig oppdaterer seg faglig gjennom søk i databaser og/eller internett. Nesten alle fysioterapeuter svarer at de oppdaterer seg gjennom fagtidsskrifter månedlig eller oftere.

Den enkelte fysioterapeut har et individuelt ansvar for å holde et faglig forsvarlig nivå, og med Norsk Fysioterapeutforbunds system for faglig ajourføring stimuleres og støttes fysioterapeuter til god kunnskapsbasert praksis.

1.4 Spesialisering

Norsk Fysioterapeutforbund har etablert en forbundsintern spesialistordning, og har i dag 13 spesialiteter. En spesialisering bidrar slik vi erfarer, til å sikre pasientene riktig og kvalitetsmessig god kunnskapsbasert utredning og behandling. Spesiellkompetansen danner i dag grunnlaget for at fysioterapeuter som innehar denne, har visse rettigheter.

Manuellterapeuter har sykemeldingsrett og kan henvise til radiologiske- og laboratorieundersøkelser og spesialist. I tillegg har manuellterapeuter og fysioterapeuter med videreutdanning innen psykomotorisk fysioterapi egne takster for behandling. Det offentlige har med andre ord erkjent behovet for at fysioterapeuter har spesiellkompetanse og det er etablert ordninger hvor denne kompetansen kommer pasienten og samfunnet til gode.

2. NFFs krav

2.1 Vedrørende St.prp.nr. 1 (2008- 2009)

Gjennomføringen av vedtaket i St.prp.nr. 1 (2008- 2009) vedrørende en omlegging av finansiering av fysioterapitjenesten påbegynnes ikke i dette takstoppgjøret.

I tillegg krever NFF at det må foreligge et omforent grunnlag for beregning av kostnadene for fysioterapitjenesten som utføres før staten foretar en omlegging av finansieringen med dertil overføring av midler til kommunene, og at dette tar utgangspunkt i det faktiske utførte behandlingsvolum og den reelle arbeidstiden til de avtalebaserte fysioterapeuter.

NFF krever konkrete tiltak for å bringe samsvar mellom fysioterapeutenes driftstilskudd og reell arbeidstid.

2.2 Økonomisk krav

Takster og driftstilskudd økes med 1% .

Likt påslag på driftstilskudd og takster.

¹¹ Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten, Agenda 2009

Teknisk beregningsutvalg for inntektsoppgjørene viser i sin februarrapport at gjennomsnittlig lønnsvekst i NHO-bedrifter i industrien var 4,7 pst siste fem år og 6 ¼ i 2008. For funksjonærer i industrien var lønnsveksten 4,9 pst siste fem år og 6 ¼ i 2008.

Konsumprisindeksen steg med 3,8 prosent fra 2007 til 2008. Teknisk beregningsutvalg har anslått prisstigningen fra 2008 til 2009 til om lag 2 pst på årsbasis. Dette gir rom for reallønnsvekst også i 2009.

Oppgjøret i 2008 ga et resultat for privatpraktiserende fysioterapeuter på 8,1% basert på en forventet økning i konsumprisindeksen (KPI) for 2008 på 3,5% og en inntektsutvikling på 5,6%. I og med at vi har virkningstidspunkt 01.07 gir dette resultatet et overheng på 4,05% inn i årets oppgjør.

NFFs krav er sammensatt av et kostnadselement og et inntektselement. Vektingen av disse er 30 % på kostnader og 70 % på inntekt.

Påslaget på 1% begrunnes hovedsakelig med behov for økning på særskilte områder relatert til samhandling i kommunehelsetjenesten.

2.3 Overføring til Fond til etter- og videreutdanning

NFF krever 2 % påslag på overføringer til Fond til etter- og videreutdanning.

2.4 Begrunnelse

NFF har ved flere anledninger påpekt at endringen av finansieringen av fysioterapitjenesten slik den er vedtatt i St.prp. nr. 1 (2008-2009), ikke er konsekvensutredet. NFF kan være enige i målet om at kommunenes andel av de totale utgiftene til fysioterapien skal økes til å utgjøre 40 %, men metoden som er valgt i arbeidsgruppen som ble nedsatt i forbindelse med St.prp.nr. 1 (2008- 2009) vil over tid ikke være den riktige løsningen for å oppnå dette.

Det er bred enighet om den forutsetningen som ligger til grunn for oppretting / tildeling av driftstilskudd at driftstilskudd skal opprettes i samsvar med behovet for fysioterapitjenester i kommunen. Kommunen skal dermed betale for kostnadene for fysioterapibehandling som brukerne har rettmessig krav på ifølge kommunehelsetjenesteloven gjennom driftstilskuddsordningen. Når en fysioterapeut arbeider utover driftshjemmelens størrelse innebærer dette at kommunen i prinsippet ikke har dekket behovet, idet alle som blir behandlet av avtalefysioterapeuter har et akseptert og legitimt behov for fysioterapi gjennom at de har en henvisning fra lege eller annen instans med henvisningsrett. Dette bekreftes indirekte også av HELFO som i tråd med refusjonsforskriften, refunderer pasientenes / brukernes kostnader (eksklusive egenandeler) uavhengig av om behandlingen er utført innenfor rammen av et driftstilskudd eller ikke. At kommunene og staten på denne måten ”definerer” behovet for fysioterapi forskjellig kan ikke belastes fysioterapeutene gjennom å la dem måtte bære de økonomiske belastningene, slik det i dag faktisk gjøres.

2.4.1 Ulike beregningsmodeller gir ulike resultater

Helse- og omsorgsdepartementet har tatt utgangspunkt i ”avtalefysioterapeutenes omsetning” for å illustrere størrelsen på beløpet som etter deres mening må overføres fra stat til kommunene for å reetablere en kostnadsfordeling på 40/60%. Vi har påpekt at begrepet ”omsetning” ikke er et brukbart begrep i denne sammenheng. Omsetning tar utgangspunkt i hva som reelt sett er betalt fra de enkelte parter for tjenesten, uavhengig av hva den avtalte kostnad og kostnadsfordeling mellom partene skulle være. Ved å bruke ”avtalefysioterapeutenes omsetning” vil dette beløpet kunne reduseres uavhengig av volumet på de utførte tjenester ved at en eller flere parter ikke dekker / betaler sin andel av de avtalte kostnader. Dette er mener vi er hovedårsaken til at kostnadsfordelingen i dag ikke er i samsvar med det som var utgangspunktet i 1984, dvs. en fordeling mellom kommunene og staten / brukerne på 40/60%.

Gjennom at volumet på utførte tjenester er økt uten en tilsvarende økning av størrelsen / omfang av driftstilskudd, er det i dag blitt en situasjon hvor mer enn 1660 årsverk fysioterapi utføres uten tilsvarende dekning av driftshjemler. Det betyr i praksis at denne delen av fysioterapitjenesten bare betales med 60% av de avtalte kostnader (= honorartakster) fordi kommunene ikke bidrar med sin andel (= driftstilskudd). Ved å akseptere volumet men samtidig ta utgangspunkt i ”omsetningen” slik det gjøres i beregningene til HOD, aksepteres det at kommunen ikke betaler sin andel og at det innføres et ”to-pris” system for fysioterapibehandling, hvor det er en pris / kostnad for de behandlinger som utføres innenfor rammen av et driftstilskudd (tilsvarende 100% av avtalte kostnader), samt en annen pris for de behandlinger som utføres utenfor de tildelte driftstilskudd størrelser (tilsvarende 60% av avtalte kostnader fordi kommunene ikke betaler sin andel.) Ved å se disse to forskjellige behandlingene under ett og så foreta en ny ”kostnadsfordeling” mellom partene, reduseres den gjennomsnittlige kostnaden for hver behandling, noe som ikke er i samsvar med de avtalte takster og driftstilskudd, hvor det er forutsatt at driftstilskuddets størrelse skal være i samsvar med behovet.

I tillegg vil en slik løsning bare være en midlertidig reetablering av en kostnadsfordeling mellom partene. En videre oppsplitting av driftstilskudd med et påfølgende større behandlingsvolum enn driftstilskuddet skulle tilsi, vil etter denne metoden ha en direkte følge at kommunenes andel vil igjen synke under 40%. I motsatt fall vil en oppgradering av eksisterende driftstilskudd i samsvar med det utførte behandlingsvolum, føre til at kommunenes andel av utgifter / kostnader vil kunne øke opp mot 50%. Dette viser tydelig at både utgangspunktet for beregningene samt metoden for å gjenopprette kostnadsfordelingen mellom kommunene og stat / brukere ikke er riktig.

Vi mener følgende utgangspunkt er mer korrekt for å beregne kommunenes andel av kostnadene slik at de tilsvarer 40% av samlede kostnader:

Samlet trygderefusjon	1661 mill. kr (TBU 08-09 endelig)
Egenbetaling inkl. frikortordn.	483 mill. kr
Totalt betalt stat / brukere kostnadene)	2144 mill. kr (skal tilsvare ca. 60 % av

Beregnet andel kommunene 40% 1429 mill. kr

<u>Driftstilskudd fra kommunene 1)</u>	<u>639 mill. kr</u>
Underdekking driftstilskudd	790 mill. kr
Samlet andel kommunene	1429 mill. kr (Skal tilsvare 40 %)

Samlet kostnad 3573 mill. kr (100 %)

Regnet på denne måten er kommunenes underdekking av driftstilskudd lik 790 mill. kr. Dette kan sees på som uttrykk for den mengden fysioterapi som fysioterapeutene utfører og som staten / brukerne betaler sin andel av, men som kommunene unndrar seg sin betaling av. Dette vil i ytterste konsekvens kunne tilsvare ca. 3153 årsverk driftstilskudd etter satsene i 2008 / 2009 (790 mill. kr / 250 500). Dette må da staten enten påpeke overfor kommunene og kreve at de bringer driftstilskuddene i samsvar med utførte behandlinger / kommunens definerte behov for fysioterapi. I motsatt fall må staten anses dette som ”unødvendig” fysioterapibehandling og instruere fysioterapeutene i hvilke pasienter / brukere som ikke skal behandles av avtalefysioterapeuter slik at volumet tilsvarer det som kan behandles innenfor eksisterende driftstilskuddsomfang.

2.4.2 Konsekvenser for fysioterapitilbudet

Som en følge av statens og kommunenes standpunkt blir det fysioterapeutene og brukerne som må betale regningen. En konsekvens av dette kan bli at fysioterapi reduseres som allmennhelsetjeneste, og at store deler av fysioterapibehovet for store brukergrupper blir henvist til et privat marked hvor de må ta hele kostnaden selv. Dette vil ramme brukere som både har rett til å få deler eller hele sin behandling eller hele sin behandling av staten. En annen mulig konsekvens er at fysioterapitjenesten blir dramatisk redusert i omfang (reduksjon av fysioterapitjenesten som utføres utenfor rammen av driftstilskudd) og at store brukergrupper får sitt fysioterapitilbud redusert i omfang og kvalitet, samt at ventelister kan bli vesentlig økt for spesielle grupper. Intensjonen i den pågående samhandlingsreformen vil samtidig arbeide i motsatt retning, noe som vil understreke behovet av å se dette i sammenheng. Mange brukerorganisasjoner har ved flere anledninger påpekt manglende fysioterapidekning. Kronikere får ikke den hjelpen de trenger for å opprettholde og bedre funksjonsnivå. De er bekymret for konsekvensene av en omlegging slik det ble vedtatt. De er bekymret fordi det igangsettes et tiltak hvor konsekvensene for fysioterapitilbudet aldri har vært konsekvensutredet.

2.4.3 Konsekvenser for fysioterapeutenes inntekt

Arbeidsgruppen som skal se på konsekvensene ved en omlegging av finansieringsordningen ser ut til å legge frem følgende modeller for reduksjon av statens / brukernes kostnader for fysioterapi med en tilsvarende overføring til kommunene:

Modell 1

Redusere refusjonstakstene flatt (med samme prosentsats).

Modell 2

Redusere honorartakstene flatt. Reduksjonen må tas ut på refusjonstakstene.

Modell 3

Tilleggstakstene (A2g-A7b og A10-B22) er strøket. Egenandelene på A8 og A9 er også økt og disse takstene er redusert på linje med A2-takstene.

Hvordan de forskjellige modellene vil slå ut for den enkelte fysioterapeut er ikke konsekvensutredet og foreløpige undersøkelser viser at utslagene både kan være tilfeldige og kan ha vidtrekkende uønskede konsekvenser for fysioterapitjenesten og for økonomien til den enkelte fysioterapeut.

Vi har belyst dette ut fra 5 praksisprofiler som eksempler på forskjellige fysioterapeuters arbeid og pasientgrupper / kompetanse / behandlingsform. Disse terapeutene er ikke atypisk for sin praksisprofil, men det er heller ikke nødvendigvis slik at de utgjør noe gjennomsnitt. Vi viser de først og fremst med for å illustrere hvordan finansieringsomleggingen vil kunne slå ut for ulike fysioterapeuter. Praksisprofilene som er vist er følgende:

To allmennpraktiserende fysioterapeuter, en med relativt liten bruk av tilleggstakster og en med større bruk av tilleggstakster. En som bruker mye A2e (times takst) typisk barn/lymfødem, en psykomotoriker og en manuellterapeut.

Videre er det lagt inn ulike størrelser på driftstilskuddet.

En feilkilde er selvsagt at de har ulikt uttak fra HELFO, dette er det ikke korrigerert for.

Videre markerer rød skrift nedgang i omsetning.

Modell 1

DT	Lite tillegg		Lymfødem/barn		Mer tillegg		Psyk		MT	
<i>HELFO</i>	<i>380 500</i>		<i>438 100</i>		<i>650 900</i>		<i>463 100</i>		<i>765 000</i>	
100	87 427	13,9	61 318	8,9	52 095	5,8	21 278	3,0	22 517	2,2
80	54 787	9,4	28 678	4,5	19 455	2,3	11 362	1,7	55 157	5,7
60	22 147	4,2	3 962	0,7	13 185	1,6	44 002	7,2	87 797	9,6
40	10 493	2,2	36 602	6,8	45 825	6,1	76 642	13,6	120 437	13,9
20	43 133	10,0	69 242	14,2	78 465	11,2	109 282	21,3	153 077	18,8

Modell 2

DT	Lite tillegg		Lymfødem/barn		Mer tillegg		Psyk		MT	
<i>HELFO</i>	<i>380 500</i>		<i>438 100</i>		<i>650 900</i>		<i>463 100</i>		<i>765 000</i>	
100	78 537	12,4	62 115	9,0	18 026	2,0	61 307	8,6	12 724	1,3
80	45 897	7,9	29 475	4,6	14 614	1,7	28 667	4,3	45 364	4,7
60	13 257	2,5	3 165	0,5	47 254	5,9	3 973	0,6	78 004	8,5
40	19 383	4,0	35 805	6,7	79 894	10,6	36 613	6,5	110 644	12,8
20	52 023	12,1	68 445	14,0	112 534	16,1	69 253	13,5	143 284	17,6

Modell 3

DT	Lite tillegg		Lymfødem/barn		Mer tillegg		Psyk		MT	
<i>HELFO</i>	<i>380 500</i>		<i>438 100</i>		<i>650 900</i>		<i>463 100</i>		<i>765 000</i>	
100	102 449	16,2	124 034	18,0	73 124	8,1	140 043	19,6	115 115	11,3
80	69 809	12,0	91 394	14,3	105 764	12,4	107 403	16,2	82 475	8,5
60	37 169	7,0	58 754	10,0	138 404	17,3	74 763	12,2	49 835	5,4
40	4 529	0,9	26 114	4,9	171 044	22,8	42 123	7,5	17 195	2,0
20	28 111	6,5	6 526	1,3	203 684	29,1	9 483	1,8	15 445	1,9

Som det framgår her viser de forskjellige modellene svært ulike økonomiske konsekvenser. Noen fysioterapeuter vil få opptil 20% økning i inntektene uten å behandle en eneste pasient mer enn det de gjør i dag. Dette betyr at hver behandling "fordyres" tilsvarende. Dette gjelder først og fremst de som har store eller fulle driftstilskudd. I tillegg vil dette kunne ha en negativ konsekvens for aktiviteten til disse fysioterapeutene idet det aktivitetsuavhengige faste bidraget til virksomheten vil bli nesten fordoblet og betydningen av den innsatsbestemte delen vesentlig redusert. Det betyr at aktiviteten kan reduseres uten at dette får den samme betydning for inntektsreduksjon som før. Den samme negative konsekvensen vil også være gjeldende for de med små driftstilskudd, men med stor praksisomfang. Disse vil kunne gå vesentlig ned i inntekt, uten at dette vil være mulig å kompensere med økt aktivitet, da betydningen av aktivitet som inntekstkilde er blitt redusert.

Som dette klart viser kan altså en slik omlegging av takstsystemet få store uønskede konsekvenser for den enkelte fysioterapeut samt både kvalitetsmessige og kvantitetsmessige negative konsekvenser for fysioterapitjenesten. Dette er noe av årsaken til at NFF krever at det ikke gjennomføres noen endringer i systemet / overføringer fra staten til kommunene i dette takstoppgjøret, men utsetter dette til det er gjennomført en skikkelig konsekvensutredning eventuelt at partene blir enige om en total gjennomgang av hele takstsystemet.

NFF vil kunne aktivt og konstruktivt bidra til en gjennomgang av hele takstsystemet med henblikk på et nytt system som vil være mer hensiktsmessig som styringsinstrument for helsepolitiske målsettinger og prioriterte oppgaver / effektive behandlingsformer samtidig som det bør være enklere å forholde seg til for de impliserte parter.

Etter vår mening vil en slik omlegging være et langt bedre virkemiddel for å realisere stortingsvedtaket av 2008, samt i tillegg sikre at en ny kostnadsfordeling mellom stat og kommune blir mer riktig og varig over tid, slik intensjonen i vedtaket var etter NFFs mening.

NFF tar forbehold om nye / endrede krav under forhandlingene.