

Helsedirektoratets svar på tillegg nr. 38 til tildelingsbrev for 2021

Utredning av kompetansetakster for fysioterapeuter i kommunene

1. april 2022

Oppdrag nr. TTB2021-38

Innhold

1	Innledning og avgrensning	4
1.1	Om oppdraget og Helsedirektoratets forståelse av oppdraget	4
1.2	Den kommunale fysioterapitjenesten	5
1.3	Finansiering av fysioterapitjenesten	6
2	Honorering av tilleggskompetanse i dagens ordning	6
2.1	Tilleggskompetanse som gir rett til å utløse høyere takster	6
2.2	Innretning på dagens kompetansetakster	7
2.3	Fysioterapeuter som utløser høyere takster	9
2.4	Fysioterapeuter med rett til å utløse A2k – hvilke spesialiteter har de?	11
2.5	Høyere takster også for utdanningskandidater	12
3	Utfordringer ved dagens ordning	13
3.1	En fragmentert ordning som er vokst fram over tid	13
3.2	Takst A2k er en særlig utfordring	14
3.3	Utfordringsbildet for de ulike aktørene i ordningen	15
3.4	Takster som virkemiddel for økt kompetanse	15
4	RETHOS – nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene	16
5	Kommunenes behov for kompetanse i fysioterapitjenesten	17
5.1	Kompetansebehov i helse- og omsorgstjenestene	18
5.1.1	Generelle kjennetegn ved kommunenes behov for kompetanse	18
5.1.2	Kompetansebehov som følge av krav til omstilling og utvikling av helse- og omsorgstjenestene	19
5.1.3	Kompetanse til å møte særskilte helsebehov og pasientgrupper	20
5.2	Kompetansebehov i fysioterapitjenesten	21
6	Masterutdanningstilbud for fysioterapeuter	22
7	Prinsipper for å utløse høyere takster	24
7.1	Hva ønsker vi å oppnå?	24
7.2	Utdanningskrav og krav til praksis	24
7.3	Avgrensning av masterkompetanse som skal utløse kompetansetakst	25
7.3.1	Tre tilnærminger for avgrensning	25
7.3.2	Helsedirektoratets vurdering av hvilke prinsipper som bør legges til grunn	29
7.3.3	Nærmere om fysioterapeuter med masterutdanning fra utlandet	30
8	Forvaltning av godkjenningsordning	30

9	Harmonisering av egenandeler	33
9.1	Dagens egenandeler og behov for harmonisering	33
9.2	Mulige tilnærminger for å harmonisere egenandeler på kompetansetakster	34
9.3	Helsedirektoratets vurdering	35
10	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	36
10.1	Administrative konsekvenser	36
10.2	Konsekvenser for de ulike aktørene i ordningen	37
10.3	Konsekvenser for stønadsbudsjettet.....	39
11	Avsluttende merknader.....	41

1 Innledning og avgrensning

1.1 Om oppdraget og Helsedirektoratets forståelse av oppdraget

Helse – og omsorgsdepartementet har gjennom tillegg nr. 38 til tildelingsbrev for 2021 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede kompetansetakster for fysioterapeuter i kommunene.

Oppdraget er ledd i oppfølging av en protokolltilførsel fra takstforhandlingene i 2019 hvor det framgår at: "Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med Helsedirektoratet vurdere innretning på takst A2k og forvaltning av godkjenningsordningen".

Helsedirektoratet har i brev av 14. februar 2020 (vår referanse 19/41140) svart ut et oppdrag fra HOD om innretning på takst A2k, og HOD sendte dette på en innspillsrunde til profesjonsforeningene. HOD ønsker nå å se innretningen på takst A2k i en større sammenheng. Målet er å fremme et system som likestiller de ulike kravene til kompetanse for fysioterapeuter som utløser forhøyede takster.

Oppdraget kan deles i tre hoveddeler:

1. Utrede prinsipper som bør legges til grunn for å ta forhøyede kompetansetakster for fysioterapeuter i kommunene. Arbeidet må sees i sammenheng med arbeidet som pågår med å forskriftsfeste læringsutbyttebeskrivelser i RETHOS for manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi. Utredningen må videre bygge på og understøtte kommunenes behov for kompetanse i fysioterapitjenesten.
2. Fremme forslag om harmonisering av egenandeler på kompetanse-takstene og hvilket nivå disse bør ligge på, men likevel slik at det samlede egenandelsvolumet for fysioterapi ikke endres.
3. Utrede nærmere hvilken instans som bør ha forvaltningsansvaret og godkjenning for å kunne kreve forhøyede kompetansetakster for fysioterapeuter og fra hvilket tidspunkt instansen kan ivareta dette ansvaret.

Helsedirektoratet oppfatter at oppdraget er knyttet direkte til kompetansetakster, og vi legger til grunn at det ligger utenfor oppdraget å vurdere alternative måter å finansiere tilleggskompetanse på, f.eks. gjennom differensierte driftstilskudd.

I dette oppdraget ser vi på muligheten for å harmonisere kompetansekrav gjennom å fastsette prinsipper for å utløse høyere takster. Dersom man ønsker å harmonisere prinsippene for å utløse høyere takster, må det utredes hvilke konkrete endringer i regelverket som er nødvendige. Det ligger ikke innenfor oppdraget å foreslå f.eks. sammenslåing av takster eller harmonisering av takstbeløp.

Helsedirektoratet har ved flere anledninger anbefalt offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter, men vi oppfatter at det ikke ligger innenfor oppdraget å utrede dette videre. Det er imidlertid et grensesnitt mellom offentlig spesialistgodkjenning og en ordning med godkjenning av rett til å utløse høyere takster som må hensyntas. I arbeidet med oppdraget har vi lagt til grunn at det å innføre felles prinsipper for å utløse kompetansetakster ikke skal komme i stedet for en eventuell offentlig spesialistgodkjenning, men at man gjennom å harmonisere vilkårene for å utløse høyere takster kan berede grunnen for en offentlig spesialistgodkjenning dersom dette skulle bli aktuelt. Arbeidet tar utgangspunkt i at de forbundsinterne spesialistordningene kan videreføres med den forskjell at rett til å utløse høyere takster ikke knyttes til disse.

Stortinget vedtok 8. mars 2022 at det skal innføres autorisasjon for manuellterapeuter, det vil si at det etableres en ordning med dobbeltautorisasjon for fysioterapeuter med klinisk masterutdanning i manuellterapi. Hvilke konkrete konsekvenser dette gir må utredes nærmere. Arbeidet med utredning av felles prinsipper for å utløse høyere takster påvirkes ikke direkte, men innføring av særordning for én videreutdanning kan virke mot det å etablere felles prinsipper og harmonisere dagens regler.

Saken om autorisasjon for manuellterapeuter har satt spørsmålet om offentlige godkjenningsordninger på dagsorden. Stortinget vedtok 8. mars 2022 også å be regjeringen komme tilbake til Stortinget med en helhetlig gjennomgang av ordningene for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning av helsepersonell. En slik gjennomgang kan ha betydning for oppfølgingen av dette oppdraget.

1.2 Den kommunale fysioterapitjenesten

Det er lovpålagt for alle kommuner å knytte til seg fysioterapeuter for å oppfylle sitt sørge-for-ansvar etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2](#) første ledd. Dette fremgår av lovens § 3-2 andre ledd. Kommuner kan velge om de vil ansette fysioterapeuter på fast lønn (fastlønnsfysioterapi) eller inngå driftsavtale med næringsdrivende fysioterapeut (avtalefysioterapi). De fastlønte fysioterapeutene og avtalefysioterapeutene utgjør til sammen den offentlige kommunale fysioterapitjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har fastsatt rammene for avtalefysioterapien i [forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale](#). Det fremgår av § 4 i forskriften at kommunen skal sørge for at innbyggerne i kommunen gis nødvendig informasjon om det kommunale fysioterapitilbudet som ytes av fysioterapeuter med driftsavtale, inkludert hvilken tilleggskompetanse den enkelte fysioterapeut innehar.

Det framgår av § 5 i denne forskriften at kommunen skal sørge for et forsvarlig tilbud av fysioterapitjenester, og at fastsatte kvalitets- og funksjonskrav til tjenestetilbudet overholdes. Videre framgår det at kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at kommunen skal medvirke til at fysioterapeuter kan gjennomføre og delta i etter- og videreutdanning som er relevant for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det framgår også av forskriften § 14 at fysioterapeuten skal prioritere henvendelser ut i fra en konkret vurdering av haste- og alvorlighetsgrad og ta hensyn til nasjonale og kommunale prioriteringer.

Drift av selvstendig næringsdrivendes fysioterapivirksomhet som del av den kommunale helsetjenesten, er nærmere regulert i rammeavtalen ASA 4313 mellom KS på den ene siden, og Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Manuellterapeutforening og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund på den andre siden. Utlysning og tildeling av driftsavtaler er nærmere regulert i rammeavtalen. Vilkår av betydning for avtalehjemmelen skal framkomme i utlysningen, herunder beskrivelse av fysioterapikompetanse som etterspørres, avtalehjemmelens størrelse, om og eventuelt hvor avtalehjemmelen er lokalisert, driftsform mv.

Kommunen skal tildele avtalehjemmelen til den søkeren som etter kommunens samlede vurdering er best faglig skikket i henhold til det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet. Ved tildeling skal det legges vekt på saklige kriterier. Som saklige kriterier menes faglig kompetanse og erfaring, samarbeidsevner, evne til å drive selvstendig næringsdrift med videre.

Kommunene inngår individuelle driftsavtaler med den enkelte fysioterapeut i tråd med standardavtale som følger som vedlegg til rammeavtalen. Kommunene kan ikke inngå driftsavtaler i strid med forskrift om funksjons- og kvalitetskrav eller rammeavtalen.

Fysioterapeuter med driftsavtale skal ha et åpent behandlingstilbud til befolkningen. Kommunen kan til en viss grad legge føringer på fysioterapeutens praksis. Det er i rammeavtalen bestemmelser om etablering av samarbeidsutvalg som skal legge til rette for at driften av fysioterapitjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunens administrasjon og selvstendig næringsdrivende og fastlønte fysioterapeuter. De selvstendig næringsdrivende fysioterapeutene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis i samsvar med de planer som er aktuelle for fysioterapitjenesten, og det skal utarbeides retningslinjer for samarbeid. Retningslinjene skal blant annet omfatte fordeling av pasienter mellom ansatte og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter, blant annet ut fra kompetanse, avtalevolum, geografi og fysioterapeutens praksisprofil. Når retningslinjer foreligger, kan kommunen midlertidig stille krav om at inntil 1/5 av avtalt tid for behandlende virksomhet rettes mot kommunens udekkede behov. Det er en forutsetning at oppgavene er innenfor forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m.

1.3 Finansiering av fysioterapitjenesten

Fastlønnsfysioterapi finansieres gjennom kommunal egenfinansiering, fastlønnstilskudd fra Helfo og egenandeler fra pasientene.

Avtalefysioterapi finansieres gjennom kommunenes driftstilskudd, refusjon fra Helfo og egenandeler fra pasientene.

Driftstilskudd og takster fastsettes på bakgrunn av årlige forhandlinger mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og KS på den ene siden, og Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Manuellterapeutforening og Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund på den andre siden. Størrelse på driftstilskudd og takster framgår av [forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m.](#) Stortinget fastsetter størrelsen på egenandelene i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet.

Fastlønnstilskudd fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet i forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter til fysioterapitjenesten.

Alle fysioterapeuter med kommunal driftsavtale mottar samme driftstilskudd etter størrelse på driftsavtalen. For avtaleåret 1. juli 2021 til 30. juni 2022 er driftstilskuddet 475 500 kroner pr. år. Avtalefysioterapeuter som har eller skaffer seg tilleggskompetanse får ikke uttelling for dette gjennom økt driftstilskudd, men noen former for tilleggskompetanse gir økt uttelling gjennom takstsystemet.

2 Honorering av tilleggskompetanse i dagens ordning

2.1 Tilleggskompetanse som gir rett til å utløse høyere takster

Det er tre typer tilleggskompetanse som gir særlige takstrettigheter i dagens takstsystem:

- 1) Manuellterapeuter som er registrert med tilleggskompetansen Sykmeldings-, rekvisisjons- og henvisningsrett i Helsepersonellregisteret har rett til å utløse takst A8

- 2) Fysioterapeuter med tilleggskompetanse i psykomotorisk fysioterapi har rett til å utløse takst A9
- 3) Fysioterapeuter med godkjent spesialitet i henhold til NFF sin spesialistordning eller med tilsvarende kompetanse har rett til å utløse takst A2k

For takstene A8 og A9 er det definert i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi hvilke krav som stilles til kompetanse for å utløse taksten, og det er Helsedirektoratet som godkjenner rett til å utløse takstene A8 og A9 gjennom registrering av tilleggskompetanse i Helsepersonellregisteret.

Takst A2k har en annen innretning enn takstene A8 og A9. Vilårene for å utløse taksten er knyttet til Norsk Fysioterapeutforbund sin spesialistordning. For å bli spesialist i NFF sin spesialistordning er det krav til mastergrad i bunnen, og 1-2 års veiledet praksis etter fullført masterutdanning avhengig av hvor mye klinisk praksis de ulike masterutdanningene har. Det er videre krav til å vedlikeholde spesialistkompetansen hvert 7. år. Det er NFF som godkjenner spesialister og rett til å utløse takst A2k. NFF har 14 ulike spesialiteter. Fysioterapeuter som skal utløse takst A2k må dokumentere godkjenning fra NFF overfor Helfo for å utløse taksten.

Takstene A8, A9 og A2k gjelder for behandling. Det er også forhøyede takster ved undersøkelser. De som har rett til å utløse takst A8, A9 og A2k, har også rett til å benytte takst A1d og A1f som gjelder "Undersøkelse hos fysioterapeut med rett til å utløse takst A8, A9 eller A2k inntil 30 minutter. Ved undersøkelse av barn under 16 år kan også fysioterapeut som ikke har rett til å utløse takst A8, A9 eller A2k benytte taksten."

Manuellterapeuter kan utløse et tillegg ved undersøkelser, takst A1h som heter "Tillegg for undersøkelse hos manuellterapeut".

Ved gruppebehandling og ved samhandling rundt pasienter gir tilleggskompetanse ikke uttelling i dagens takstsystem.

2.2 Innretning på dagens kompetansetakster

Nedenfor gjengir vi ordlyden i dagens kompetansetakster med tilhørende merknader.

Takst A8

A8a Behandling hos manuellterapeut

A8b Tillegg for behandling ut over 20 minutter per påbegynte 10 minutter.

Merknad A4

Det er et vilkår for rett til stønad at behandlingen utføres av manuellterapeut. Med manuellterapeut menes i denne forskriften fysioterapeut som er registrert i Helsepersonellregisteret med tilleggskompetansen sykmeldings-, rekvisisjons- og henvisningsrett. Dette gjelder fysioterapeut som

- a. har bestått eksamen i klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter ved norsk universitet eller tilsvarende utdanning eller
- b. hadde godkjenning for bruk av takst A8 før 1. juli 2015, har bestått eksamen i differensialdiagnostikk, laboratorieanalyser og utdanning i radiologi tilsvarende norsk masterutdanning, og i tillegg har gjennomgått opplæring i trygdefaglige emner mv., jf. forskrift 21. desember 2005 nr. 1668 om unntak fra vilkåret om legeerklæring når kiropraktorer og manuellterapeuter dokumenterer arbeidsuførheten med erklæring.

Taksten kan utløses fra den dato tilleggskompetansen er registrert i Helsepersonellregisteret.

Fysioterapeut som er under masterutdanning i manuellterapi eller godkjent tilsvarende videreutdanning i manuellterapi, kan benytte takstene A8a og A8b i forbindelse med veiledet praksis som er nødvendig for å få godkjent utdanningen.

Takst A9

- A9a Behandling hos fysioterapeut med tilleggskompetanse i psykomotorisk fysioterapi.
- A9b Tillegg for behandling ut over 20 minutter per påbegynte 10 minutter.

Merknad A5

Det er et vilkår for rett til stønad at behandlingen utføres av fysioterapeut som:

- a. har bestått eksamen i klinisk masterstudium i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi (120 studiepoeng) eller tilsvarende utdanning, og har gjennomført 20 timer egenbehandling hos fysioterapeut med rett til å utløse takst A9 eller
- b. har bestått eksamen i videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus (60 studiepoeng) og i tillegg bestått eksamen i masterstudium som er relevant for fagfeltet psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi (120 studiepoeng), og har gjennomført 20 timer egenbehandling hos fysioterapeut med rett til å utløse takst A9 eller
- c. har godkjenning for bruk av takst A9 per 31. desember 2015.

Taksten kan utløses fra den dato tilleggskompetansen er registrert i Helsepersonellregisteret. Dette gjelder ikke for de som har godkjenning for bruk av takst A9 per 31. desember 2015.

Fysioterapeut som har rett til refusjon som utdanningskandidat i forbindelse med masterstudium i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi eller videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, kan benytte taksten i forbindelse med veiledet praksis som er nødvendig for å få godkjent utdanningen.

Takst A2k

Kompetansetillegg for fysioterapeut med godkjent spesialitet i henhold til Norsk Fysioterapeutforbunds spesialistordning eller med tilsvarende kompetanse. Søknad om å få godkjent kompetanse behandles og avgjøres av Norsk Fysioterapeutforbund. Fysioterapeut må dokumentere sin godkjenning for bruk av taksten overfor Helfo. Taksten krever samtidig bruk av A3a eller B1a.

Takstene viser at det er noe ulike vilkår for å utløse høyere takster i dag. Det som i utgangspunktet er felles for A8, A9 og A2k er krav til masterutdanning med 120 studiepoeng og krav til klinisk praksis. Det som skiller vilkårene for å utløse A9 fra vilkårene for å utløse A8 og A2k er krav til 20 timer egenbehandling hos fysioterapeut med tilleggskompetanse i psykomotorisk fysioterapi. Vilårene for å utløse A2k skiller seg fra vilårene for å utløse A8

og A9 ved at det er krav om praksis med veiledning etter gjennomført masterutdanning og krav til fornyet godkjenning hvert 7. år. Vi kan oppsummere likheter og forskjeller i vilkår for å utløse kompetansetakst slik:

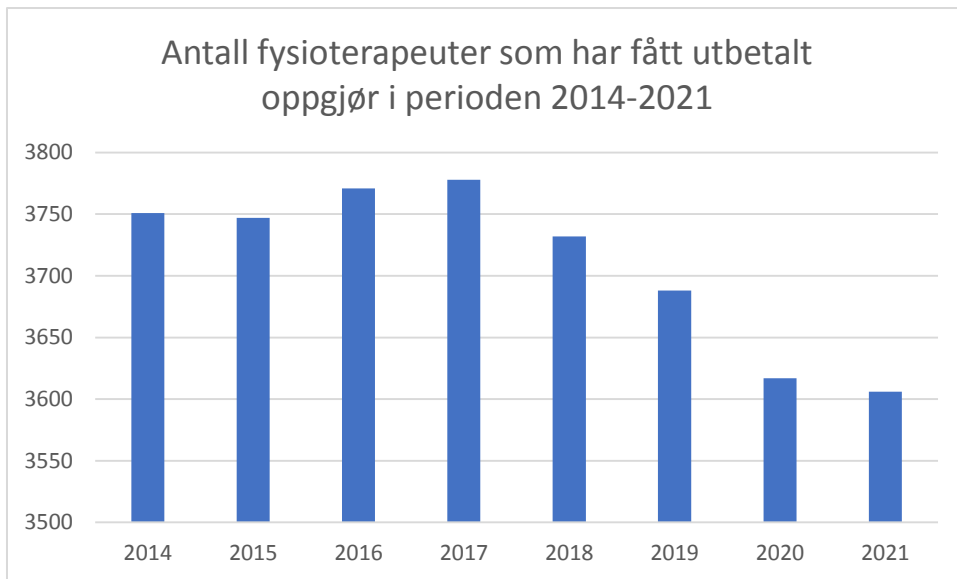
Tabell 1

	Krav til utdanning	Krav til praksisstudier i masterutdanningen	Krav til veiledet praksis etter masterutdanning	Tilleggskrav
Takst A8	Klinisk masterstudium i manuellterapi 120 studiepoeng Ett masterprogram ved UiB	Ja, minimum 1500 pasientbehandlinger	Nei	Nei Kunnskap om trygdefaglige emner, differensialdiagnostikk, radiologi mv. er innbakt i masterstudiet
Takst A9	Klinisk masterstudium i psykomotorisk fysioterapi 120 studiepoeng Tre ulike masterprogram, ved UiT, HVL og OsloMet	Ja, varierer fra minimum 200 pasientbehandlinger ved OsloMet til minimum 600 pasientbehandlinger ved f.eks. UiT.	Nei	20 timer egenbehandling hos fysioterapeut med rett til å utløse takst A9
Takst A2k	Relevant masterutdanning 120 studiepoeng	Nei, ikke absolutt krav	Ja, 1-2 år Hvis master har minimum 15 studiepoeng praksisstudier, kreves 1 år praksis under veiledning. Hvis master ikke har praksisstudier, kreves 2 år med praksis under veiledning.	Fornytt godkjenning hvert 7. år

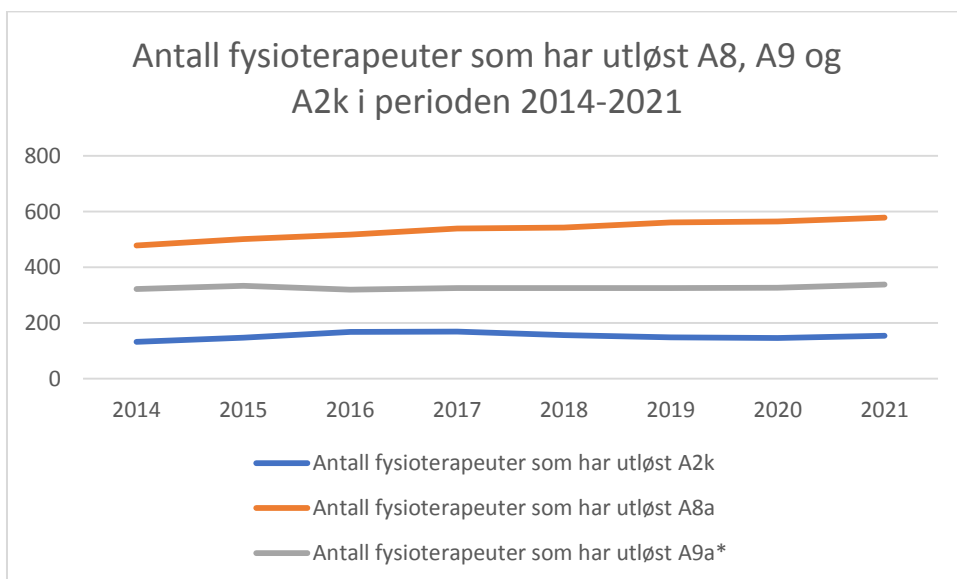
2.3 Fysioterapeuter som utløser høyere takster

Nedenfor viser vi utvikling i totalt antall fysioterapeuter som har fått utbetalt oppgjør fra Helfo (figur 1) og utvikling i antall fysioterapeuter som har utløst henholdsvis A8, A9 og A2k (figur 2) i perioden 2014-2021. Utdanningskandidater er ikke med i tallene i figur 1 og 2.

Figur 1:



Figur 2:



I tabellen nedenfor viser vi antall nye registreringer av tilleggskompetanse i Helsepersonellregisteret i perioden 2016 til 2021.

Tabell 2:

Tilleggskompetanse registrert i HPR	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Totalsum
Sykemeldings- rekvisisjons og henvisningsrett	22	21	23	25	8	32	131
Takst for psykomotorisk fysioterapi	10	7	1	11	20	26	75
Totalsum	32	28	24	36	28	58	206

2.4 Fysioterapeuter med rett til å utløse A2k – hvilke spesialiteter har de?

For å bli spesialist i NFF sin spesialistordning er det krav til mastergrad (120 studiepoeng), og 1-2 års veiledet praksis etter fullført masterutdanning. Det er videre krav til å vedlikeholde spesialistkompetansen hvert 7. år. NFF har 14 ulike spesialiteter, inkludert manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi.

Vi har ikke oversikt over hvordan de som har rett til å utløse takst A2k fordeler seg på de ulike spesialitetene, men vi har en oversikt over hvor mange som har oppnådd spesialisttittel i NFF sin spesialistordning innenfor de ulike spesialitetene i perioden 2016-2022 (per 12.1.22). Hvor mange av disse som har driftsavtale med kommune og rett til refusjon har vi ikke oversikt over. Tre fysioterapeuter har fått rett til å utløse kompetansetakst A2k uten å være medlem i NFF.

Tabell 3:

Spesialitet	Totalt	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Allmenn Fysioterapi	24	16		1	2	1	4	
Barne- og ungdomsfysioterapi	29	25				2	2	
Fysioterapi for eldre	4	4						
Folkehelse	1	0						1
Helse/miljø - ergonomi og arbeidshelse	3	3						
Hjerte- og lungefysioterapi	9	5		1	1		1	1
Idrettsfysioterapi	38	31	1	1	2	2		1
Kvinnehelse	3	3						
Manuellterapi	10	9			1			
Nevrologisk fysioterapi	21	10		2	5	2	1	1
Onkologisk fysioterapi	1	1						
Ortopedisk fysioterapi	15	9		1	1		4	
Psykomotorisk fysioterapi	58	42	3	3	1	1	3	5
Revmatologisk fysioterapi	1	1						
	217	159	4	9	13	8	15	9

Kilde: NFF (* Tallene for 2022 er per 12.1.22 og gjelder ikke hele året)

Årsaken til at det er så mange som fikk spesialistgodkjenning i 2016 er overgang til ny spesialistordning. NFFs Landsmøte vedtok i 2010 endring av spesialistordningen hvor det ble et absolutt krav at kandidatene skulle ha en mastergrad, men fram til 2016 var det to veier til å bli spesialist. Mange fullførte sin spesialitet før det ble et absolutt krav om mastergrad og veiledet praksis.

Oversikten viser at det er relativt få nye spesialistgodkjenninger per år fra og med 2017. Gjennomsnittet i perioden 2017-2022 har vært 9,7 per år. Det er få nye spesialister i manuellterapi. Dette kan ha sammenheng med at manuellterapeuter oppnår sykmeldings-, rekvisisjons- og henvisningsrett, og rett til å utløse takst A8, ved fullført master, og at det er spesialistordning for manuellterapeuter både i regi av NFF og NMF. Selv om også psykomotorikere oppnår takstrettigheter ved fullført master, er dette det fagområdet som har flest spesialistgodkjenninger i perioden 2017-2022, med nevrologisk fysioterapi som nummer 2, og idrettsfysioterapi som nummer 3. Det at mange psykomotorikere fullfører spesialiseringen selv om takstrettigheten slår inn etter fullført master, har mest sannsynlig sammenheng med at denne gruppen har nytte av spesialistgodkjenning i arbeidsforhold i spesialisthelsetjenesten og i også i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Dersom vi holder manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi utenfor, er det i snitt ca. 7 spesialistgodkjenninger som potensielt gir rett til å utløse takst A2k per år. Det har i perioden 2017-21 ikke vært en økning i antall fysioterapeuter som utløser A2k, men en liten nedgang.

2.5 Høyere takster også for utdanningskandidater

Masterstudenter i manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi har rett til å utløse høyere takster (A8 og A9) for veiledet praksis som er nødvendig i forbindelse med utdanningen. Dette framgår av merknadene til takst A8 og A9.

Folketrygden bidrar til å finansiere nødvendig praksis for masterkandidater gjennom en ordning for rett til refusjon for utdanningskandidater og lærere ved visse undervisningsinstitusjoner.

Folketrygden bidrar til å finansiere nødvendig praksis for masterkandidater gjennom en ordning for rett til refusjon for utdanningskandidater og lærere ved visse undervisningsinstitusjoner. Helse- og omsorgsdepartementet gir godkjenning for dette etter søknad fra utdanningsinstitusjonene. Ordningen er hjemlet i forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter § 1 nr. 5.

Refusjonsretten er begrenset til det antall timer behandlingsvirksomhet som departementet har godkjent ut fra de praksiskrav som institusjonen har fastsatt, og til den perioden fysioterapeuten deltar i institusjonens undervisningsprogram.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt godkjenning til følgende undervisningsinstitusjoner:

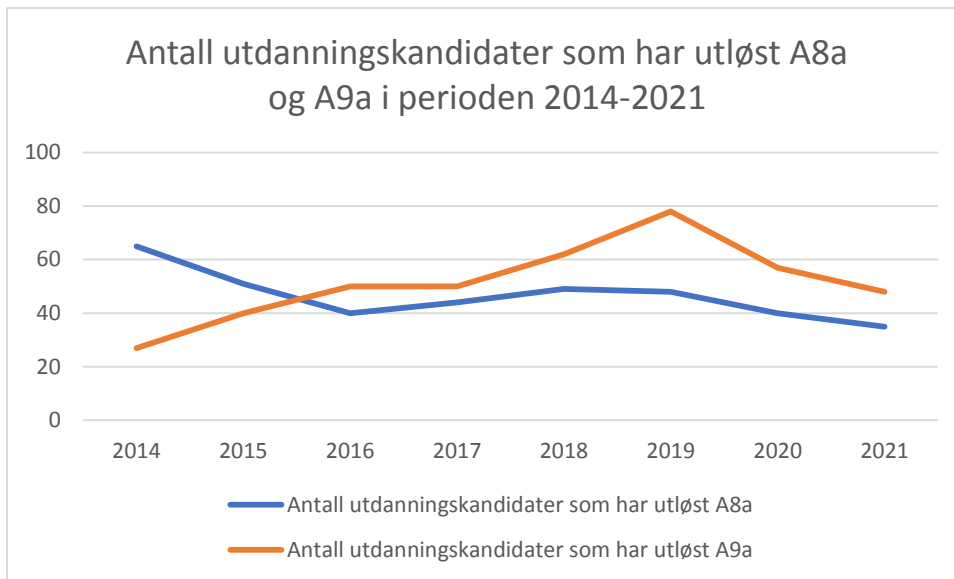
- Universitetet i Bergen: klinisk masterstudium i manuellterapi
- Høgskulen på Vestlandet: masterprogram i klinisk fysioterapi
- Oslo Met: masterutdanning i helsevitenskap, studieretning psykomotorisk fysioterapi
- Norges Idrettshøgskole: masterprogram i idrettsfysioterapi
- Universitetet i Tromsø: masterprogram i fysioterapi, studieretning psykomotorisk fysioterapi eller nevrologisk fysioterapi

Utdanningskandidatene er selvstendig næringsdrivende og betaler for leie av praksisplass og for veiledning. Systemet er organisert med utgangspunkt i ordningen med rett til trygderefusjon.

Dersom det etableres nye prinsipper for å utløse høyere takster som inkluderer nye eller endrede krav til praksis, vil det kunne påvirke utgiftene i ordningen med rett til trygderefusjon for utdanningskandidater. Det vil også medføre behov for å harmonisere reglene for å utløse høyere takster for utdanningskandidater. Utdanningskandidater innen manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi utløser i dag kompetansetakster i forbindelse med veiledet praksis som er nødvendig for utdanningen. Utdanningskandidater innenfor masterutdanninger som gir rett til å utløse A2k etter endt utdanning, har ikke rett til å utløse A2k i studietiden.

I figur 3 viser vi utviklingen i antall utdanningskandidater som har utløst A8 og A9 i perioden 2014-2021.

Figur 3:



Figuren viser at det har vært en liten nedgang i antall utdanningskandidater som har utløst A8, mens det har vært en økning i antall utdanningskandidater som utløser takst A9. Fra 2016 har det vært flere utdanningskandidater som utløser A9 enn de som utløser A8. Dette kan ha sammenheng med at det er begrenset kapasitet ved masterutdanningen i manuellterapi ved UiB, og det kan også se ut til at det er en nedgang i antall fysioterapeuter som tar masterutdanning i utlandet. Dette kan ha sammenheng med pandemien. Når det gjelder psykomotorisk fysioterapi er det de siste årene etablert to nye masterutdanningstilbud og dette påvirker antall utdanningskandidater som utløser takst A9.

3 Utfordringer ved dagens ordning

3.1 En fragmentert ordning som er vokst fram over tid

Dagens ordning for å honorere tilleggskompetanse er vokst fram over tid som resultat av forhandlinger og er fragmentert og lite helhetlig. Det er ulike vilkår for å utløse høyere takster, takstene gir ulik uttelling og det er ikke et enhetlig system for godkjenning av tilleggskompetanse.

Det har over tid skjedd en utvikling fra en ordning med høyere takster knyttet til bestemte behandlingsformer (manuell terapi og psykomotorisk fysioterapi) til en ordning der enkelte tilleggskompetanser gir særskilte rettigheter til å utløse høyere takster.

Det har også skjedd en utvikling i forvaltning av ordningen fra at Norsk Fysioterapeutforbund godkjente rett til å utløse alle kompetansetakstene til at Helsedirektoratet i dag godkjenner rett til å utløse A8 (fra 2015) og A9 (fra 2016), mens NFF godkjenner rett til å utløse A2k (fra taksten ble innført i 2011).

Dagens takstsystem bidrar til å gjøre det mer attraktivt å ta masterutdanning i manuellterapi, og til dels også psykomotorisk fysioterapi, enn å ta andre relevante masterutdanninger.

I tabell 4 nedenfor viser vi utviklingen i antall fysioterapeuter som utløser A8, A9 og A2k sett i forhold til totalt antall fysioterapeuter med oppgjør i perioden 2014-2021. Det var fra 2014 til 2021 en økning på 101 fysioterapeuter som utløste A8, 16 fysioterapeuter som utløste A9 og 22 fysioterapeuter som utløste A2k. Utdanningskandidater er ikke med i disse tallene.

Tabell 4:

År	Totalt antall fysioterapeuter med oppgjør	Antall fysioterapeuter som har utløst A2k	Antall fysioterapeuter som har utløst A8a	Antall fysioterapeuter som har utløst A9a	Antall fysioterapeuter som har utløst takst A2k, A8 eller A9	Andel som har utløst A2k, A8 eller A9
2014	3751	132	478	322	932	24,8 %
2015	3747	147	501	333	981	26,2 %
2016	3771	168	517	320	1005	26,7 %
2017	3778	169	539	326	1034	27,4 %
2018	3732	156	543	325	1024	27,4 %
2019	3688	148	561	326	1035	28,1 %
2020	3617	146	565	327	1038	28,7 %
2021	3606	154	579	338	1071	29,7 %

I 2021 var det 29,7 prosent av fysioterapeutene som fikk utbetalt refusjon fra Helfo som utløste kompetansetakster, mot 24,8 prosent i 2014. Av disse var det 16,1 prosent som utløste A8, 9,4 prosent som utløste A9 og 4,3 prosent som utløste A2k. I perioden 2014-2021 har andelen manuellterapeuter av totalt antall fysioterapeuter med oppgjør økt med 3,4 prosent, mens andelen psykomotorikere og A2k-spesialister har økt med 0,8 prosent.

3.2 Takst A2k er en særlig utfordring

Det er en utfordring at retten til å utløse A2k er knyttet til en forbundsintern spesialistordning i Norsk Fysioterapeutforbund og at Norsk Fysioterapeutforbund forvalter ordningen med rett til å utløse A2k. Dette er en utfordring fordi det er et myndighetsansvar å godkjenne kompetanse som gir særskilte rettigheter i forhold til betaling fra det offentlige.

Takst A2k ble innført i 2011 før NMF og PFF ble innlemmet som parter ved forhandlingene. På det tidspunktet var offentlig spesialistgodkjenning for flere grupper, blant annet fysioterapeuter, under utredning, og A2k ble innført som en midlertidig ordning i påvente av en offentlig spesialistgodkjenningsordning. Siden intensjonen var at dette skulle være en midlertidig ordning, godtok staten og KS at retten til å utløse A2k ble knyttet til NFF sin spesialistordning, og NFF fikk fullmakt til å dokumentere rett til å utløse A2k for fysioterapeuter med godkjent spesialitet i henhold til NFF sin spesialistordning eller med tilsvarende kompetanse.

NMF og PFF mener at dagens A2k-ordning favner for bredt med 14 ulike spesialiteter som vil kunne gi grunnlag for rett til å utløse A2k, og de mener at flere av spesialitetene i NFF sin spesialistordning representerer kompetanse som det i mindre grad er behov for i avtalepraksis.

Det er nå mer enn 10 år siden takst A2k ble innført, og spørsmålet om offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter er ikke tatt opp igjen etter at Helsedirektoratet utredet behov for ny bred klinisk masterutdanning for fysioterapeuter på oppdrag fra HOD i 2018¹. Det innføres nå dobbeltautorisasjon for manuellterapeuter. Dette har ikke vært anbefalt av Helsedirektoratet. Vi har flere ganger anbefalt offentlig spesialistgodkjenning for manuellterapeuter.

¹ Helsedirektoratet 2018, IS-2716

Fra 1. juli 2021 ble det innført offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, og det skal utredes om denne ordningen skal utvides til å gjelde alle de såkalte ABIOK-utdanningene (anestesisykepleiere, barnesykepleiere, intensivsykepleiere, operasjonssykepleiere og kreftsykepleiere) og jordmødre, helsesykepleiere og sykepleiere i psykisk helse-, rus- og avhengighetsarbeid. Ved at det nå innføres offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere, vil det være naturlig å vurdere på nytt om offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter kan være aktuelt for andre videreutdanninger enn manuellterapi.

3.3 Utfordringsbildet for de ulike aktørene i ordningen

Brukerne har rett til å få nødvendig fysioterapi i sin hjemkommune. Noen pasientgrupper har behov for fysioterapeuter med særskilt kompetanse, og da er det viktig at slik kompetanse er tilgjengelig i kommunen og at det er mulig for brukerne å finne informasjon om hvilken kompetanse fysioterapeutene i kommunen har.

Kommunene skal i utgangspunktet ha informasjon om hvilke fysioterapeuter som har spesialkompetanse på sine nettsider, men profesjonsforeningene melder om at det ofte er mangelfull informasjon om dette i de enkelte kommunene. Mer harmoniserte vilkår for å utløse høyere takster, kan bidra til å gjøre det enklere for kommunene å gi tydelig informasjon til brukerne.

Når bruker oppsøker fysioterapeut, kan det være tilfeldig om vedkommende kommer til en allmennfysioterapeut eller en fysioterapeut med særskilt kompetanse. Ofte vil imidlertid fysioterapeuter henvise en pasient til en kollega som har bedre kompetanse på den enkelte pasients helseproblem dersom det finnes en mulighet for dette. I mange tilfeller foretas det også en vurdering på klinikken av hvilken fysioterapeut som har best kompetanse til å behandle en gitt pasient.

Kommunene kan ved utlysning av avtalehjemler søke etter fysioterapeuter med spesifikk tilleggskompetanse, og vårt inntrykk er at kommunene i økende grad benytter seg av denne muligheten, som regel i samarbeid med samarbeidsutvalget. Harmonisering av prinsipper for å utløse kompetansetakster, vil kunne understøtte kommunenes kompetansebehov på en bedre måte enn i dag ved at det kan stimulere avtalefysioterapeuter til å ta videreutdanning innenfor andre fagområder enn manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi.

For avtalefysioterapeuter er utfordringen med dagens system at det er mer lønnsomt å ta videreutdanning i manuellterapi framfor andre videreutdanninger, og det kan generelt oppleves urettferdig at det er ulike vilkår for å utløse høyere takster og at videreutdanning på mastergradsnivå gir ulik økonomisk uttelling. Andre forhold påvirker imidlertid også valg av videreutdanningsretning blant fysioterapeutene som gruppe, f.eks. muligheten for å komme inn på masterstudier og muligheten for deltidsstudier. Deltidsstudier kan lettere kombineres med drift av avtalepraksis, og det vil derfor for avtalefysioterapeuter være mindre kostbart med deltidsstudier enn med fulltidsstudier.

Rett til å utløse kompetansetakstene A8 og A9 under masterutdanning gir et fortrinn for masterutdanningene i manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi framfor andre masterutdanninger som danner grunnlag for å utløse A2k. A2k kan ikke utløses av utdanningskandidater.

3.4 Takster som virkemiddel for økt kompetanse

Økonomiske insentiver er et kraftfullt virkemiddel, og i dag bidrar takstsystemet til å styre kompetanseutviklingen i avtalefysioterapien. Høyere takster er et insentiv, men det må også sees i

sammenheng med økte kostnader forbundet med kompetanseheving, tjenester av bedre kvalitet, flere oppgaver og økt ansvar som følge av videreutdanningen.

Tilgangen til ulike masterutdanninger har også stor betydning for tilgangen på kompetanse. Det er stor søkning til svært få studieplasser i masterstudiet i manuellterapi, noe som bidrar til å gjøre det vanskelig å komme inn på studiet. Noen søker seg derfor til utlandet for å ta tilsvarende studier der, og det er etablert en egen ordning som ivaretar muligheten til å få sykmeldings-, rekvisisjons- og henvisningsrett, inkludert rett til å utløse takst A8, for de som har tatt masterutdanning i utlandet. Ofte må disse gjennomføre en periode med veiledet praksis i Norge for at utdanningen fra utlandet skal kunne anses likestilt med den norske utdanningen. Helsedirektoratet har inngått avtale med Universitetet i Bergen som administrerer ordningen med veiledet tjeneste og praktisk prøve for fysioterapeuter som har tatt masterutdanning i manuellterapi i utlandet. Det må vurderes om denne muligheten skal gjelde også for fysioterapeuter som tar andre masterutdanninger i utlandet.

Det er en del av utfordringsbildet at dagens ordning med kompetansetakster er sammensatt, og endringer av prinsipper kan få innvirkning på utdanningstilbudet. Eksempelvis kan muligheten for takst påvirke etterspørselen etter bestemte masterutdanninger, og dette kan igjen påvirke hvilke masterutdanningstilbud som opprettes. Villkårene for å utløse høyere takster vil også kunne påvirke innholdet i de ulike masterutdanninger, og da særlig kravet til praksisstudier. Hvis det stilles krav til klinisk master for å utløse refusjon, er det grunn til å tro at flere utdanningsinstitusjoner vil tilby kliniske mastere. Hvis det ikke stilles krav til klinisk master, vil dette kunne påvirke utdanningsinstitusjoner til i mindre grad å inkludere praksisstudier i masterutdanningene. Praksisstudier er kostbart og krever omfattende veileder/lærerressurs, samt administrasjon, nettverksbygging, logistikk og planlegging.

4 RETHOS – nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene

Det framgår av oppdraget at arbeidet med å utrede prinsipper som bør legges til grunn for forhøyede takster må sees i sammenheng med arbeidet som pågår med å forskriftsfeste læringsutbyttebeskrivelser i RETHOS for manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi.

Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) er del av et nasjonalt styringssystem med mål om å sikre høy kvalitet og fremtidsrettede helse- og sosialfagutdanninger. Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd – Samspill i praksis og Meld. St. 16 (2016-2017) Kvalitet i høyere utdanning, la grunnlaget for styringssystemet. Retningslinjene skal utformes i tråd med:

1. tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene
2. oppdatert og forskningsbasert kunnskap
3. sentrale politiske føringer og nasjonale reformer
4. utvikling av utdanningssektoren og helse- og sosialsektoren
5. nasjonalt og internasjonalt regelverk

Utarbeidelse av de enkelte nasjonale retningslinjene gjøres av dedikerte programgrupper. Programgruppene skal bestå av representanter fra utdanningene, representanter fra relevante helse- og velferdstjenester, studentrepresentanter og eventuelle forskningsmiljøer. Dette skal bidra til økt

innflytelse på innholdet i utdanningene for tjenestene og studentene. Retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene og skal forskriftsfestes. Revidering av retningslinjene skal skje med intervall på omtrent fire år.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) er representert i den tverrdepartementale styringsgruppen for RETHOS. Helsedirektoratet er høringsinstans på nasjonale retningslinjer og gir faglig råd til HOD knyttet til HODs arbeid inn i RETHOS.

I første omgang skulle det nye styringssystemet inkludere 19 grunnutdanninger, men kunne utvides med andre utdanninger som vurderes som viktige for helse- og velferdstjenestene. Arbeidet er lagt opp i tre faser. Fase 1 er fullført og her inngikk blant annet utarbeidelse av nasjonale retningslinjer fysioterapeututdanning². I fase 3 inngår blant annet utarbeidelse av nasjonale retningslinjer for mastergrad i manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi. Det er nå opprettet programgrupper for begge masterutdanningene og arbeidet er i en oppstartfase.

Kompetanse skal beskrives i de nasjonale retningslinjene i form av læringsutbytter ut fra kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse, i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (NKR)³. NKR angir nivå på læringsutbyttene ut fra det nasjonale gradssystemet. I Norge er det angitt tre nivåer i høyere utdanning: syklus 1=bachelor, syklus 2= master, syklus 3= PhD. NKR er tilpasset det overordnede europeiske kvalifikasjonsrammeverket for høyere utdanning, samt tilpasset rammeverket til EUs kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (EQF). Selv om grunnutdanningen utvikles dynamisk for å møte behovene hos tjenestene, kan en grunnutdanning i form av bachelor i fysioterapi kun forventes å gi sluttkompetanse tilsvarende 1.syklus. Behov for kompetanse på et mer avansert nivå, vil kreve en tilleggskompetanse utover bachelornivå og skal ligge på master- eller PhD-nivå. Dette er i tråd med regjeringens satsning på utdanning som viktig tiltak i kompetansereformen Lære hele livet (Meld. St. 14 (2019-2020)).

Helsedirektoratet kan i arbeidet med dette oppdraget ikke se hen til arbeidet med RETHOS-retningslinjene. Vi vil imidlertid understreke betydningen av å hensynta RETHOS-arbeidet i den videre oppfølgingen av oppdraget.

5 Kommunenes behov for kompetanse i fysioterapitjenesten

Det framgår av oppdraget at utredningen må bygge på og understøtte kommunenes behov for kompetanse i fysioterapitjenesten.

Fysioterapeuter med grunnutdanning er kompetent helsepersonell og kan i stor utstrekning ivareta befolkningens behov for fysioterapi innenfor den kommunale helsetjenesten. Mange fysioterapeuter tar etter- og videreutdanning og holder seg faglig oppdatert på mange områder. Dette gjør de for å være bedre rustet til å gi pasientene gode tjenester.

Det kreves stadig høyere kompetanse for helsepersonell i kommunal sektor som følge av Samhandlingsformen og overføring av ansvaret for avanserte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Endringer i demografi, medisinsk og teknologisk utvikling og behovet for økt tverrfaglig tilnærming, gir også et kompetansebehov hos helsepersonell mot både mer avansert og ny

² [Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning](#)

³ [Forskrift om Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring og om henvisningen til Det europeiske kvalifikasjonsrammeverk](#)

kompetanse. Dette er en sterk drivkraft mot at helsepersonell etterspør masterkompetanse som en naturlig del av sin kompetanseutvikling for å møte behov hos pasienter og endringer i tjenestene.

Fysioterapeuter har viktige oppgaver i både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fysioterapeuter og ergoterapeuter er også pekt på som viktig for å nå målet om økt tverrfaglighet og vekt på aktivitet i arbeidet som gjøres i kommunen, jf. Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd – Samspill i praksis. Følger av Samhandlingsformen, sammen med sterkere satsing på forebyggende arbeid, tidlig intervensjon og rehabilitering, vil kunne gi en økt etterspørsel etter fysioterapeuter i særlig den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å møte kompetansebehov hos fysioterapeuter er derfor klinisk relevante mastergradsløp viktige.

Et førende punkt for kompetanseutvikling for helse- og omsorgspersonell er at virksomheten plikter å sørge for at medarbeidere har nødvendig kompetanse til å utføre jobben sin på en faglig forsvarlig og god måte⁴. I faglige forsvarlige helse- og omsorgstjenester ligger det at kvaliteten på tjenestene skal ligge på et visst nivå. Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Utdanning og utvikling av helsepersonells kunnskap og ferdigheter er en viktig forutsetning for kvalitetsforbedringsarbeid og at tjenestene er kunnskapsbaserte. Både rekruttering og utvikling av rett kompetanse er derfor sentralt for å ha helse- og omsorgstjenester med god kvalitet.

5.1 Kompetansebehov i helse- og omsorgstjenestene

5.1.1 Generelle kjennetegn ved kommunenes behov for kompetanse

Arbeid med Kompetanseløft 2020 og 2025 viser at utfordringsbildet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er preget av knapphet på helse- og sosialfaglig personell, mangel på kompetanse- og kunnskapsgrunnlag, for lite brukermedvirkning, tverrfaglighet, samarbeid og samhandling, svakheter i ledelsen og i planleggingen og organiseringen av tjenestene.

Blant trender som påvirker behovet for helsetjenester i befolkningen generelt ser vi noen utviklingstrekk blant yngre mottakere, behov for psykisk helsehjelp blant hjemmeboende mottakere og eldre mottakere. Det er en økning av yngre brukere (15-49 år) av kommunale helse- og omsorgstjenester⁵. Denne gruppen utgjør 22 prosent av alle som mottok en eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester i 2017. Videre viser en kartlegging gjort i fem kommuner at mange av helsetilbudene som gis til hjemmeboende gjelder psykisk helsehjelp fra kommunene og er derfor viktig tilbud som skal møte behov i hele befolkningen. Det er godt kjent at Norge har en økende andel eldre i befolkningen. Dette er et uttrykk for at vi lever lenger og er en positiv utvikling. Likevel vet vi at en økt andel eldre også gir økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Samlet sett påvirker denne utviklingen befolkningens behov for tjenester og gir behov for kompetanseutvikling blant helsepersonell.

Gode tjenester i fremtiden vil kreve at kommunen tar i bruk ny kunnskap, ny teknologi og nye løsninger⁶. Flere steder satses det på aktiviteter og prosjekter som bidrar til fornyelse og innovasjon i

⁴ [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet](#)

⁵ Helsedirektoratet (2019) [Kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i alderen 15-49 år SAMDATA kommune, IS-2809](#)

⁶ Helsedirektoratet (2020). [Omsorg 2020 – Årsrapport 2018](#)

tjenestene innenfor flere fagområder. Lokalt innovasjonsarbeid foregår i stor grad i form av samarbeid mellom nøkkelaktører som kommuner, helseforetak, fagfolk, tjenestemottakere, kunnskaps- og forskningsmiljøer, organisasjoner og/eller næringslivet. For at innovasjonsprosesser skal utvikle gode helse- og omsorgstjenester må helsepersonell både kunne være pådrivere av slike prosesser og være involvert underveis, samt kunne videreutvikle løsninger som blir iverksatt.

Det er en klar trend mot at det kreves stadig høyere kompetanse i kommunal sektor, samtidig benyttes en stor andel ufaglærte innen helse, pleie og omsorg⁷. Behovet for avansert kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skyldes i stor grad at samhandlingsreformen har flyttet mer avanserte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. For å oppfylle kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesykepleier. Fra 2020 inkluderer kompetansekravene også ergoterapeut, psykolog og tannlege. Kommunale ledere av helse- og omsorgstjenesten må vurdere helheten i kompetansebeholdningen i kommunen for å kunne ivareta brukeres behov for bistand fra fagpersoner med riktig kompetanse. Et grep som benyttes av kommuner for å utnytte tilgjengelig kompetanse, er økt fokus på oppgaver og mindre på profesjoner. Dette har ført til omgjøring av stillingshjerner og rekruttering av annet høyskoleutdannet personell enn bare sykepleiere⁸.

I rapporten hvor Helsedirektoratet (2018, IS-2716) så på videreutdanningsbehovet for fysioterapeuter fant man noen hovedtrekk ved befolkningens behov for helsetjenester, inkludert fysioterapitjenester. Dette er områder som fortsatt er aktuelle og påvirker blant annet kompetansebehov hos fysioterapeuter:

- Ikke-dødelig helsetap - viktigste årsakene i Norge: muskel- og skjelettsykdommer, samt psykiske lidelser og ruslidelser.
 - Muskel- og skjelettlidelser er den hyppigste medisinske årsaken til sykefravær og uføreytelser
- Viktigste årsakene til død er sykdommer som i stor grad rammer eldre: karsykdommer (inkludert KOLS), kreftsykdommer og nevrologiske sykdommer (i hovedsak demens).
- Pasienter med middels til stort og omfattende bistandsbehov i kommunene har ofte sammensatte lidelser og/eller kompliserte tilstander
- Flere kommuner beskriver problemer med å gi tilstrekkelige habiliterings- og rehabiliteringstjenester til pasienter med store behov
- Bruk av velferdsteknologi og medisinsk utvikling

5.1.2 Kompetansebehov som følge av krav til omstilling og utvikling av helse- og omsorgstjenestene

Det er godt kjent at demografiske endringer hos pasienter og brukere og endringer i befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester, sammen med medisinsk og teknologisk utvikling, driver frem behov for omstilling og utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Dette har gjort at kommunene etterspør mer og styrket innovasjonskompetanse, grunnleggende digitale ferdigheter og evne til læring og omstilling hos helsepersonell. Det løftes også et behov for tilgang på kompetanse som kan brukes i utviklingsarbeid knyttet til å skape mer koordinerte tjenester, økt bruk av tverrfaglig arbeid gjennom ulike former for teamorganisering og implementering av ny teknologi. For å styre

⁷ KS (2021) [Stadig økende kompetanse](#)

⁸ Rambøll (2018) [Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene](#)

utviklingen i retning av en styrket brukerrolle, er kompetanse til å fremme brukermedvirkning og økt helsekompetanse også sentralt.

5.1.3 Kompetanse til å møte særskilte helsebehov og pasientgrupper

I utredningen av videreutdanningsbehovet for fysioterapeuter (Helsedirektoratet, 2018, IS-2716) tegnet følgende pasientgrupper seg frem hvor det er stort behov for fysioterapeuter med klinisk videreutdanning:

- pasienter med store og sammensatte behov
- eldre pasienter
- pasienter med muskel- og skjelettplager og/eller lettere psykiske plager
- pasienter med psykiske plager og/eller rusproblemer
- pasienter med hjerte- og lungelidelser
- pasienter med nevrologiske lidelser og annen hjernehelsetematikk

Disse pasientgruppene er mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. De vil også ha behov for sømløse pasientforløp som går på tvers av tjenestenivå.

Videre følger kort beskrivelse av noen pasient- og brukergrupper av kommunale helse- og omsorgstjenester hvor fysioterapitjenester inngår som sentral del i form av forebygging og/eller behandling.

Eldre pasienter og brukere: I 2017 ble 63 prosent av ressursene i somatisk spesialisthelsetjenester brukt på 10 prosent av pasientene og er omtalt som "stormottakere"⁹. Blant stormottakerne er 50 prosent i alderen 67 år og eldre. Eldre stormottakere er en pasientgruppe som i stor grad er avhengig av samarbeid mellom tjenestenivåene og er derfor også en viktig pasientgruppe for kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne pasientgruppen er alvorlig syke og de største diagnosegruppene gjelder kreftdiagnoser og sykdommer i sirkulasjonssystemet. Analyser fra SAMDATA for kommuner¹⁰ viser at aldersgruppen med flest mottakere av fysioterapitjenester når man tar hensyn til befolkningsgrunnlag, er de mellom 67-79 år. Befolkningen i kommuner med stor andel eldre innbyggere antas derfor å ha større behov for fysioterapitjenester enn befolkningen i kommuner med høyere andel yngre innbyggere.

Brukere av institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester: Kompetanse innen fysioterapi, både generell og spesialisert, er viktig helsefaglig kompetanse for brukere av både institusjons- og hjemmebaserte tjenester. IPLOS-data tyder på økt behov for helsetjenester i hjemmet. Institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester utgjør hovedtyngden av ressursbruken i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette gir et behov for mer og bredere helsefaglig kompetanse grunnet denne deltjenestens store oppgaver med oppfølging av pasienter etter utskrivning fra sykehus eller institusjonsopphold.

I forbindelse med kompetanseløft 2020 ble det bestilt en hurtigoversikt av forskningslitteratur med fokus på oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt i kommunale helse- og omsorgstjenester. Her viser studier at for utelatt helsehjelp knyttet til fysiske behov, er oppgaver knyttet til fysisk aktivitet hyppig rapportert. Videre ses ofte rapporter på manglende støtte til

⁹ Helsedirektoratet (2020) [Statistikk - Helsedirektoratet](#)

¹⁰ Helsedirektoratet (2017) [SAMDATA kommune, IS-2575](#)

rehabiliteringsaktiviteter og endring av kroppsstilling for å forebygge trykksår hos pasienten. Fysioterapeuter vil kunne bidra med viktig kompetanse for å møte disse behovene.

Brukere med behov for rehabilitering: Samhandlingsreformen har som nevnt medført økt ansvar og oppgaver til kommuner, blant annet inkluderer dette at en stor andel av rehabilitering skjer nå i kommunen. Fysioterapitjenesten er sentral i dette arbeidet. Ifølge tidligere rapport fra Helsedirektoratet er det størst variasjon i tjenestetilbudet fra kommunale helse- og omsorgstjenester innen rehabilitering i og utenfor institusjon, tildeling av individuell plan og bruk av fysioterapeuter¹¹. Bruk av fysioterapeuter i rehabiliteringsprosessen er viktig for svært mange pasienter. Det kan se ut som at noen kommuner behøver å bygge ut fysioterapitjenesten for å ha tilstrekkelig kapasitet innen rehabilitering.

Ettersom kunnskapsnivået øker knyttet til mulige følger av langvarige effekter av covid-19-pandemien ser vi at dette vil treffe på mange områder. Dette vil sannsynlig påvirke behovet for rehabilitering ved at denne pasientgruppen kan behøve slik oppfølging og behov for helsepersonell. Videre har også pandemien ført til rask innføring av velferdsteknologi. Her har Helsedirektoratet fått innspill om at fysioterapeuter og ergoterapeuter bruker velferdsteknologi og er viktige for innføringen av dette.

Folkehelse og forebyggende arbeid: I arbeidet med folkehelse og forebyggende arbeid vil fysioterapeutens kompetanse være viktig. Et eksempel er hvordan folkehelsepolitikken kan møte overvektspromatikken i tråd med WHO's anbefalinger. Helsedirektoratet har pekt på at dette blant annet krever tilgang på kompetanse som kan styrke kommunenes mulighet til å iverksette effektiv og kunnskapsbasert behandling og oppfølging av pasienter med overvekt og fedme, sammen med forebyggende tiltak på kosthold og fysisk aktivitet. Her vil blant annet fysioterapeuter, sammen med andre faggrupper som fastleger, helsesøstre, jordmødre og kliniske ernæringsfysiologer være viktig. Et annet eksempel er siste årenes økte satsning på styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Fysioterapeuter med spesialisert kompetanse rettet mot barn og unge er sentrale her. Mange kommuner melder om rekrutteringsproblemer av fagpersoner med riktig kompetanse til disse tjenestene.

5.2 Kompetansebehov i fysioterapitjenesten

Kommunal fysioterapitjeneste skal bidra til å løse oppgaver som kommunens helse- og omsorgstjeneste har knyttet til folkehelsearbeid, forebyggende arbeid, diagnostisering og behandling av sykdom og skader, samt medisinsk habilitering og rehabilitering¹². Ut fra disse ansvarsområdene består kommunale fysioterapitjeneste av forebyggende virksomhet, behandling, habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon. Tjenestene tilbys på ulike arenaer, blant annet på helsestasjon, i skole, i barnehage, på sykehjem, i ulike omsorgsboliger, og i pasientens eget hjem. Fysioterapitjenesten deltar også i viktig tverrprofesjonelt og tversektorielt samarbeid der tjenestene som skal tilbys pasientene krever en bred tilnærming. Ut fra dette er det også relevant å se den del av fysioterapitjenesten som tilbys i spesialisthelsetjenesten som viktig aktør for å gi helhetlige og gode tjenester til befolkningen, også ut fra et kommunalt perspektiv.

Gjennom kommunale driftsavtaler tilbys deler av den kommunale fysioterapitjenesten av selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Det er opp til kommunene om de ønsker å ansette fysioterapeuter eller om de vil utlyse avtalehjemler. Særlig i små kommuner hvor det er svært få fysioterapeuter må

¹¹ Helsedirektoratet (2017) [SAMDATA kommune, IS-2575](#)

¹² Regjeringen.no: [Offentlig fysioterapitjeneste](#). Nedlastet 10.12.2021

de kunne tilby alle grupper undersøkelse og behandling. Avtalefysioterapeutene retter seg ofte inn mot behandling av pasienter med skader og lidelser i muskel- og skjelettapparatet, mot pasienter med neurologiske lidelser og mot barn med store multifunksjonshemminger.

Avtalefysioterapeuter undersøker og behandler også pasienter med mer sammensatte tilstander, både somatiske og psykiske. Det er et krav i de kommunale driftsavtalene at avtalefysioterapeuter samarbeider med øvrig helsepersonell i kommunen, tilbyr kunnskapsbasert fysioterapi, samt har et åpent behandlingstilbud til befolkningen¹³. Det er likevel kommunen som har ansvar for informasjon og kvalitet, samt å legge til rette for samarbeid og samhandling. Det kommer også frem av rammeavtalen for driftsavtaler at hjemmel skal tildeles basert på faglig kompetanse og erfaring, samarbeidsevner, evne til å drive selvstendig næringsdrift med videre. Dette betyr at å kunne dokumentere relevant faglig kompetanse i henhold til kommunens behov og utlysning er sentralt for en fysioterapeut som ønsker å søke på en kommunal driftsavtale.

I likhet med annet helsepersonell vil også fysioterapeuter kunne få arbeidserfaring fra hele den offentlige kommunale fysioterapitjenesten, både som ansatt og som selvstendig næringsdrivende med driftsavtale. Dette anser vi som gunstig da det kan bidra til kjennskap til organisatoriske forhold og hvordan pasienter beveger seg på tvers av tjenestetilbydere. Det er også et poeng at den offentlige og den avtalebaserte delen av fysioterapitjenesten, samlet skal gi et helhetlig tilbud til befolkningen i en kommune. Kommunene må derfor styre og lede tjenesten som en helhet for å sikre at befolkningen får nødvendige fysioterapitjenester. God kjennskap til ulike deler av fysioterapitjenesten vil kunne gi bedre grunnlag for nytenkning og utvikling for å møte fremtidige behov, både med hensyn til teknologisk og medisinsk utvikling, samt endringer i demografiske forhold i befolkningen. Vi mener derfor det er viktig at kompetanseutvikling for fysioterapitjenesten ses på med et helhetlig blikk og at videreutdanningstilbud gjøres bredt relevant for tjenesten. Slik vi ser det vil det ikke vil være riktig å se kompetansebehov knyttet til avtalefysioterapien løsrevet fra resten av fysioterapitjenesten.

En kompetansetakst bør i prinsippet honorere kompetanse som er viktig for å løfte tjenestens kvalitet utover det som kan forventes innenfor ordinært kompetansenivå hos fysioterapeuter. Kompetansetakst utløses i dag basert på mastergrad og spesifikke tilleggskrav. Vi mener det er naturlig å videreføre kravet om mastergrad (120 studiepoeng), da behovet for økt kompetanse som vist til ovenfor samsvarer med kompetanseheving tilsvarende mastergrad. Vi har derfor lagt dette til grunn i den videre vurderingen av prinsipper for honorering av kompetanse.

6 Masterutdanningstilbud for fysioterapeuter

Mastergradskompetanse gir kunnskaper og ferdigheter til selvstendig å drive kunnskapsbasert praksis og delta i forskning, samt styrket endringskompetanse og kritisk-analytisk tilnærming til kliniske problemstillinger, i tillegg til faglig spisset og avansert fagkompetanse. Dette er løftet som sentral kompetanse for å møte behovene i fremtidens helsetjeneste, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Kompetanseløft 2025, kompetansereformen Lære hele livet, Perspektivmeldingen 2021 og Utdanning for velferd – Samspill i praksis.

¹³KS. [Rammeavtale mellom KS og NFE, NMF og PFF om drift av selvstendig næringsdrivendes fysioterapivirksomhet – 2022-2023 \(ASA 4313\)](#).

Helsedirektoratet (2018, IS-2716) har tidligere gitt følgende beskrivende kriterier for hva som kjennetegner «klinisk videreutdanning» for fysioterapeuter:

- Gir utvidet vurderings- og handlingskompetanse
- Krav om yrkespraksis for opptak
- Eksplisitt formål om å styrke den kliniske kompetansen
- Veiledet ekstern praksis i reelle pasient/ brukersituasjoner er en sentral del
- Utvikling av faget fysioterapi
- Utvikling av den tjenesten fysioterapi inngår i
- Utvikling av egen profesjonsutøvelse og -rolle

Et viktig prinsipp for at masterutdanning skal bidra til å gi avansert faglig spisskompetanse, er at denne videreutdanningen bygger på grunnutdanningen til helsepersonell. I Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning står det i formålet blant annet at kandidaten har *"kompetanse til å ivareta mennesker fra ulike grupper i samfunnet, i alle livsfaser, med ulike funksjonsnivå og sykdomstilstander. Utdanningen skal sikre at kandidaten ivaretar menneskers individuelle behov og rett til medvirkning. I tillegg til individrettet arbeid skal fysioterapeuter bidra på gruppe- og systemnivå for å fremme folkehelsen og samfunnets bærekraft. Kandidaten skal bidra med kompetanse i tverrfaglige og målrettede samarbeidsprosesser innenfor helse- og omsorgssektoren og i andre sektorer."* Dette peker mot at fysioterapeuter har et godt grunnlag for å utvikle mer avansert kompetanse gjennom klinisk rettet mastergrad innen områder viktig for pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Masterstudium som kan være relevante for fysioterapeuter er:

- Fysioterapi – master (UiT, Tromsø) med to studieretninger:
 - psykomotorisk fysioterapi
 - nevrologisk fysioterapi
- Klinisk masterstudium for fysioterapeuter i manuellterapi (MFMT) (UiB)
- Master i helsevitenskap (OsloMet) – ulike studieretninger
 - fysioterapi for barn og unge
 - fysioterapi for eldre personer
 - psykomotorisk fysioterapi
 - fysioterapi for muskelskjeletthelse
- Master i klinisk fysioterapi (Høgskolen på Vestlandet, Bergen) med tre studieretninger:
 - Fysioterapi ved hjerte- og lungesykdommer
 - Fysioterapi ved muskel- skjelett, ortopediske og revmatiske helseproblemer
 - Fysioterapi ved psykiske og psykosomatiske helseproblemer
- Master i idrettsfysioterapi (Norges Idrettshøgskole)
- Master i klinisk helsevitenskap (NTNU), med blant annet studieretning fysioterapi

De fleste masterutdanningene er deltidsstudier over 3 år, men klinisk mastergrad i manuellterapi ved UiB, master i klinisk fysioterapi ved HVL og master i klinisk helsevitenskap ved NTNU er toårige fulltidsstudier.

I tillegg finnes det en rekke tverrfaglige masterutdanningstilbud som kan være relevante for fysioterapeuter.

7 Prinsipper for å utløse høyere takster

7.1 Hva ønsker vi å oppnå?

Det framgår av oppdraget at vi skal utrede prinsipper som bør legges til grunn for å utløse forhøyede takster og at med prinsipper menes hvilke utdanningskrav som bør gjelde, inkludert hvilke krav til praksis og eventuelt krav til veiledet praksis som bør legges til grunn. Målet er i henhold til oppdragsbeskrivelsen å fremme et system som likestiller de ulike kravene til kompetanse for fysioterapeuter som utløser forhøyede takster.

En harmonisering av vilkårene for å utløse høyere takster vil gi et grunnlag for å se nærmere på den konkrete utformingen av kompetansetakster og hvilken uttelling disse gir i takstsystemet. Dette inngår imidlertid ikke i dette oppdraget.

Rett kompetanse blant helsepersonell bidrar til kvalitet i pasientbehandlingen, og hvilke prinsipper som legges til grunn for å utløse høyere takster kan derfor indirekte påvirke kvaliteten på tjenester som tilbys ulike pasientgrupper. For å sikre at samfunnet har tilgang på sentral kompetanse er det viktig at kompetansetakster fremmer ønsket kompetanseutvikling. Høyere takster på grunn av økt kompetanse kan virke som en pådriver i en personellgruppe til at flere velger et kompetansehevende tiltak som er inkludert i takstsystemet fremfor kompetanse som ikke har en slik fordel tilknyttet seg.

Prinsipper som skal benyttes for å likestille kravene til kompetanse i kommunal fysioterapitjeneste som skal utløse takst må derfor:

1. Støtte tjenestens evne til å møte behov for helsehjelp blant pasienter og brukere (kvalitet og tilbud)
2. Støtte opp under kommunenes behov for både bred og avansert kompetanse i fysioterapitjenesten
3. Gi insentiver til kompetanseheving i de kommunale fysioterapitjenestene
4. Sikre at takstsystemet bidrar til ønsket kompetanseheving

7.2 Utdanningskrav og krav til praksis

Vi har i kapittel 5 vist at masterkompetanse er en sentral kompetanse for å møte behovene i fremtidens helsetjeneste. I kapittel 6 har vi redegjort for hvilke masterutdanningsprogram som finnes innenfor fysioterapifeltet i dag. Sett i lys av behovet for masterkompetanse, og av at dagens kompetansetakster forutsetter 120 studiepoengs masterutdanning, mener vi at utdanningskravet for å utløse kompetansetakster må være gjennomført masterstudium (120 studiepoeng).

Kompetanse som gir særskilte rettigheter må kunne dokumenteres, og vi legger til grunn at aktuell kompetanse må kunne dokumenteres i form av gjennomført utdanning.

Vi forutsetter videre at aktuelle type utdanning tilsvarer mastergrad som oppfyller kravene til 120 studiepoeng i tråd med det nasjonale gradssystemet i Norge og Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (NKR).

Mastergrad skal gi avansert faglig spiss- og breddekompetanse, og være relevant og/eller anvendelig for fysioterapitjenesten, herunder bidra til kvaliteten på tjenesten som pasientene mottar.

Dagens masterutdanninger for fysioterapeuter har i ulik grad krav til klinisk praksis, og hvilke krav som skal stilles til praksis er et springende punkt i den videre diskusjonen om hvordan man skal avgrense hvilke typer masterkompetanse som skal gi rett til å utløse kompetansetakster.

Innenfor dagens ordning er det for alle kompetakstene lagt vekt på at tilleggskompetansen skal være klinisk rettet. Både takst A8 og A9 krever kliniske masterutdanninger, dvs. at de må inneha praksisstudier. Takst A2k-kompetanse kan gis på grunnlag av en relevant masterutdanning med og uten praksisstudier. I tillegg stilles det krav om praksis i etterkant. For de som har minimum 15 studiepoeng praksisstudier er det et krav om ett års praksis med veiledning og for de som har relevant master uten praksisstudier er det krav om to år praksis med veiledning.

7.3 Avgrensning av masterkompetanse som skal utløse kompetansetakst

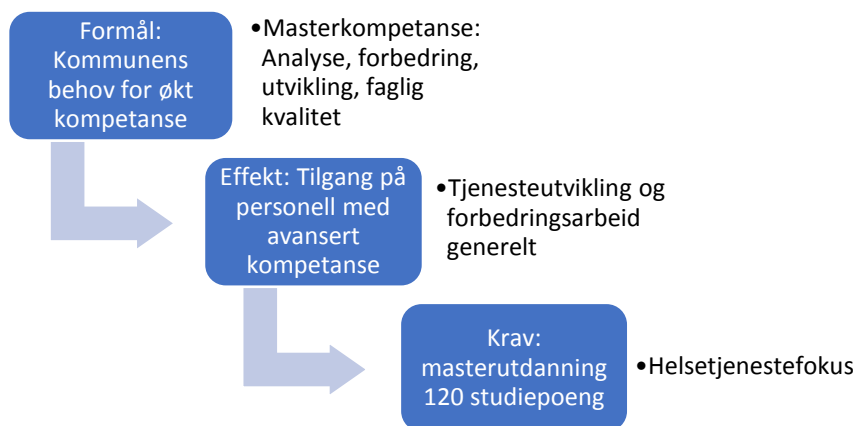
Generelt viser vår analyse av kommunes kompetansebehov at dette varierer ut fra kjennetegn ved befolkningen i en kommune, hvor robust den kommunale helse- og omsorgstjenesten er i en kommune, om en kommune er liten eller stor, og om kommunen er i sentrale strøk eller dekker mer rurale områder. I tillegg ser vi at alle kommuner har fått et økt ansvar for spesialisert behandling og rehabilitering som følge av Samhandlingsreformen. Dette økte ansvaret er ulikt løst i kommuner, både gjennom kommunesamarbeid, bruk av fastlønnede fysioterapeuter og ved å utlyse driftstilskudd til selvstendig næringsdrivende. Dette skifte i ansvar, samt økt vekt på forebygging, kan også gi endringer i tjenestebehovet innen fysioterapitjenesten. Det er derfor viktig at prinsipper som honorerer kompetanseøkning i tjenesten ikke styrer kompetanseutviklingen i en retning som gjør tjenesten samlet sett dårligere i stand til å møte fremtidige behov. Dette overordnede prinsippet har derfor vært ledene i vår vurdering av hva slags krav som skal settes til masterkompetanse for å kunne heve kompetansetakst. For å gjøre denne vurderingen har vi tatt utgangspunkt i oversikten s over masterstudier relevant for fysioterapitjenesten og konsekvenser for inkludering/ekskludering av ulike mastergrader gitt ulike krav.

7.3.1 Tre tilnærminger for avgrensning

Vi vil nedenfor redegjøre for tre ulike tilnærminger for å avgrense hvilke masterutdanninger som skal gi rett til å utløse kompetansetakster:

- 1) Mastergrader med bredt helsetjenestefokus
- 2) Mastergrader med bredt helsetjenestefokus og autorisasjon som opptakskrav
- 3) Mastergrader spisset mot økt kvalitet i utøvelsen av fysioterapitjenesten

Mastergrad med bredt helsetjenestefokus



Et prinsipp om at mastergrader med bredt helsetjenestefokus utløser kompetansetakst vil gi et system som i liten grad ekskluderer aktuelle mastergrader som i dag tilbys og man kan anta at kompetansetakst i liten grad vil påvirke hvilke mastergrader fysioterapeuter etterspør. Utstedt vitnemål fra en godkjent utdanningsinstitusjon alene vil sannsynlig gi tilstrekkelig informasjon til å vurdere om prinsippet er oppfylt.

Overordnet vil et slikt prinsipp kunne møte kommunenes behov for tilgang på personell med avansert fagkompetanse særlig relevant for tjenesteutvikling og forbedringsarbeid generelt. På den annen side er det mindre sikkert at en mastergrad med vekt på tjenesteforbedring og analytisk kompetanse på et overordnet nivå er like treffsikkert til å utvikle fysioterapeutens vurderings- og handlingskompetanse knyttet til klinisk utøvelse av fysioterapi i møte med pasientene. Det er dermed uklart om det å åpne bredt for alle mastergrader kun avgrenset til helsetjenestefokus vil gi effekt i klinisk utøvelse av fysioterapi, og dermed direkte påvirke pasientoppfølging og behandling til pasientene. Gitt at avtalefysioterapiens hovedformål er å tilby generelle, åpne fysioterapitjenester for befolkningen i kommunen, er det naturlig at honorering av utvidet kompetanse rettet mot disse tjenestene, klart underbygger klinisk utøvelse. Kompetanse i tjenesteutvikling rettet mot systemnivå kan derfor være mindre relevant for avtalefysioterapien og mer relevant for fysioterapeuter i andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

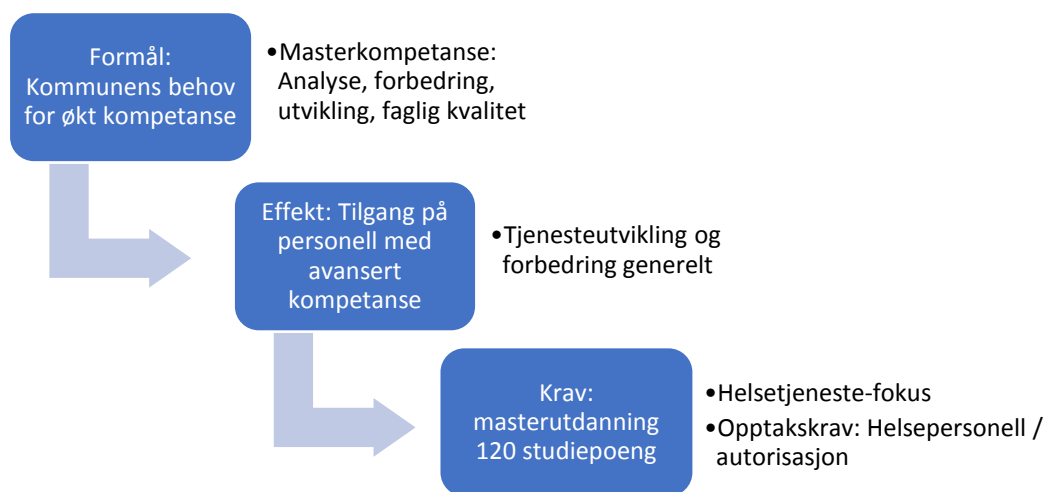
Dersom mastergrader med bredt helsetjenestefokus ikke avgrenser rekruttering gjennom opptakskrav som krav om autorisasjon, kan dette åpne for at studenter kan gå direkte videre fra bachelor til mastergradsløp før eventuell turnustjeneste og søknad om autorisasjon. Dette kan være positivt for de studentene som ikke ønsker et avbrudd i sitt valgte utdanningsløp. På den andre siden vil studentene kunne ha begrenset klinisk erfaring hvilket kan gjøre dem svakere stilt enn erfarne fysioterapeuter til å koble ny, avansert kompetanse til klinisk fysioterapiutøvelse. Dette kan også gjøre at disse studentene oppnår et lavere læringsutbytte enn fysioterapeuter med klinisk erfaring, noe som igjen kan gjøre at klinisk relevans av en mastergrad med overordnet og bredt tjenestefokus svekkes.

Sett fra et forvaltningsperspektiv vil et prinsipp om at mastergrader med bredt helsetjenestefokus skal utløse kompetansetakst sannsynlig gi behov for mindre omfattende faglig vurderinger knyttet til for eksempel relevans av en mastergrad for fysioterapitjenesten og gi en forenklet saksgang.

Oppsummert vurderes graden av hensiktsmessighet av et prinsipp hvor alle mastergrader med helsetjenestefokus utløser kompetansetakst slik:

Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> ☛ Ekskluderer i liten grad mulige mastergrader og gir et bredt utvalg for fysioterapeuter til å velge retning selv 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Kan gi kompetansebygging som i mindre grad bygger på klinisk erfaring
<ul style="list-style-type: none"> ☛ Behøver kun vitnemål fra mastergrad som dokumentasjonssteg i forvaltning av rett til å utløse kompetansetakst. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Kan gi kompetansebygging som i mindre grad er spisset mot utøvelsen av fysioterapitjenesten og pasientoppfølging
	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Uklart om slik kompetansebygging har direkte effekt på behandlingen pasienten mottar (mer mot system)

Mastergrad med bredt helsetjenestefokus og autorisasjon som opptakskrav



Et prinsipp om at mastergrader med helsetjenestefokus må også ha autorisasjon som helsepersonell som opptakskrav vil kunne sikre at alle studenter minimum har turnustjeneste som klinisk erfaring. Klinisk erfaring kan sette studenten bedre i stand til å koble generell kompetanse til klinisk utøvelse av fysioterapitjenesten. På denne måten kan et slikt tillegg i prinsipp for kompetansekrav bidra til å underbygge klinisk relevans også for mastergrader hvor fokuset er mer overordnet og på systemnivå. Likevel er det mindre sannsynlig at innholdet i mastergrader med bredt helsetjenestefokus direkte omhandler fysioterapiutøvelsen og forbedring av pasientoppfølging og/eller behandling i en slik klinisk setting.

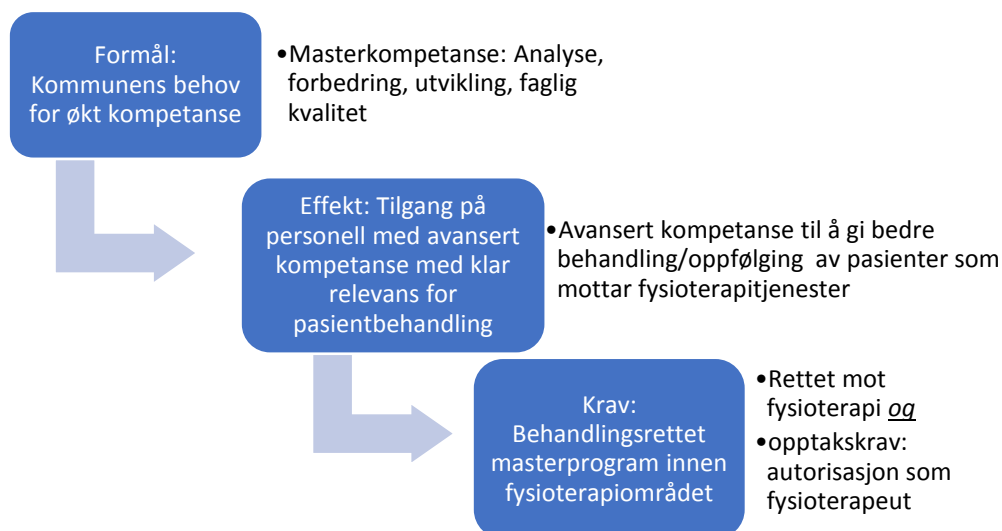
Opptakskrav er relativt enkelt å dokumentere og vil derfor sannsynlig i liten grad komplisere saksgang.

Oppsummert vurderes graden av hensiktsmessighet av prinsipp om at alle mastergrader med helsetjenestefokus og med autorisasjon som opptakskrav utløser kompetansetakst slik:

Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> ☛ Fysioterapeuter vil ha minimum gjennomført turnustjeneste – sikrer klinisk erfaring/veiledet praksis som grunnlag før mastergradsløp 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Kompetansebygging i mindre grad spisset mot utøvelsen av fysioterapitjenesten og pasientoppfølging

<ul style="list-style-type: none"> ☛ Ekskluderer i liten grad mulige mastergrader og gir et bredt utvalg for fysioterapeuter til å velge retning selv 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Uklart om har effekt på behandlingen pasienten mottar (sannsynlig mer mot system)
<ul style="list-style-type: none"> ☛ Behøver kun vitnemål fra mastergrad og opptakskrav som dokumentasjonssteg i forvaltning av rett til å utløse kompetansetakst. 	

Mastergrad med fysioterapifokus



Et alternativ til prinsipper som favner bredt er å avgrense til fysioterapirettede mastergrader. Fysioterapirettede mastergrader er kjennetegnet av å være målrettet i innhold og fokus mot utøvelsen av fysioterapi på avansert nivå enten ut fra behandlingsfokus og/eller inkluderer studier med klinisk praksis. Her er det eksplisitt at mastergraden bygger på kompetansen oppnådd som autorisert fysioterapeut. Det vil variere om dette sikres gjennom autorisasjon eller om det også kreves klinisk erfaring som fysioterapeut før opptak. Utover krav om studiekompetanse og rammer gitt av gradssystemet i Norge, er det opptil det enkelte studiested å bestemme opptakskrav for et studieløp.

Et prinsipp om at kun fysioterapirettede mastergrader utløser kompetansetakster vil gjøre at mastergrad med overordnet helsetjenestefokus ikke gir grunnlag for å utløse slike takster.

Oppsummert vurderes graden av hensiktsmessighet ved å avgrense til fysioterapirettede mastergrader med autorisasjon som opptakskrav som prinsipp for å utløse kompetansetakst slik:

Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> ☛ Fysioterapeuter vil ha minimum gjennomført turnustjeneste – sikrer klinisk erfaring/veiledet praksis som grunnlag før mastergradsløp 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ vil redusere mulige mastergrader som gir grunnlag for å utløse kompetansetakst og kan føre til et smalere utvalg av mastergrader på sikt for fysioterapeuter ☛ Tverrfaglige master vil falle utenfor, f.eks. master i habilitering og rehabilitering og master i psykisk helse

<p>☛ Kompetansebygging i stor grad spisset mot utøvelsen av fysioterapitjenesten og pasientoppfølging</p>	<p>☛ Vil kreve dokumentasjon av at mastergrad er fysioterapirettet med klinisk relevans, samt opptakskrav, som må og faglig vurderes i forvaltning av rett til å utløse kompetansetakst</p>
<p>☛ målrettet utvikling til avansert nivå av fysioterapeutens vurderings- og handlingskompetanse knyttet til utøvelse av fysioterapi i kliniske møter med pasient</p>	

Det kan også være aktuelt å supplere krav om formell kompetanse med krav til klinisk erfaring. Dette finnes i dag som krav i ulike varianter i NFF sin spesialistordning. De tre tilnærmingene som er presentert over kan suppleres med et krav om dokumentert klinisk erfaring som autorisert fysioterapeut dersom det vurderes som sentralt for å underbygge et system som honorere klinisk relevant kompetanse. Dette må ses opp mot i hvilken grad det er sannsynlig at utdanningsløpet i seg selv ivaretar tilstrekkelig ønsket kompetanseheving.

7.3.2 Helsedirektoratets vurdering av hvilke prinsipper som bør legges til grunn

Helsedirektoratet vurderer at det er mest hensiktsmessig å avgrense rett til å utløse kompetansetakster til mastergrader rettet mot økt kvalitet i utøvelsen av fysioterapitjenesten, dvs. den tredje tilnærmingen ovenfor.

Dette vil innebære at det kun vil være en fysioterapifaglig master med autorisasjon som fysioterapeut som opptakskrav som vil gi rett til å utløse kompetansetakst. Gjennom å kreve autorisasjon før opptak, sikres at kandidaten har klinisk erfaring gjennom turnustjenesten som fysioterapeuten kan bygge videre på i masterutdanningen. Vi mener dette vil øke sannsynligheten for at masterkompetansen tas i bruk i utøvelsen av fysioterapi og kommer pasientene til gode.

Det kreves videre at masterstudiet skal være eksplisitt klinisk rettet. Gjennom praksisstudier som del av mastergraden underbygges en kobling av teoretisk fagstoff med fysioterapeutens kliniske fagutøvelse i møtet med pasienter og brukere, og målet om utvidet vurderings- og handlingskompetanse oppfylles. Praksisstudier er ikke et ufravikelig krav, men i den grad et masterstudium ikke inneholder praksisstudier, vil det stilles tydelige krav til at studiet er klinisk rettet og har som mål å styrke den kliniske fagutøvelsen. Dette må framgå eksplisitt av studieplan og vedtatte læringsutbytter. Flere av masterutdanningene er deltid over tre år og samlingsbasert, og utdanningen kan kombineres med klinisk virksomhet. Dette gir godt grunnlag for å tilegne seg kunnskap som anvendes i den kliniske fagutøvelsen.

Vi har pekt på at det kan være mulig å supplere krav til masterutdanning med krav til klinisk arbeidserfaring etter fullført master, men dette vil kunne slå uheldig ut i noen tilfeller. Det vil bety en innstramning i retten til å utløse kompetansetakster for manuellterapeuter og psykomotorikere. Helsedirektoratet finner det ikke hensiktsmessig å etablere et system med krav til veiledet arbeidserfaring for å utløse høyere takster, og vi anser det heller ikke aktuelt å innføre et generelt krav til klinisk erfaring etter fullført masterutdanning for å utløse takst. For noen masterutdanninger er det krav til klinisk erfaring for opptak og praksiskrav under utdanningen, og det vil neppe være hensiktsmessig å kreve klinisk erfaring i etterkant i tillegg. Det kan imidlertid være et alternativ å kreve ett års klinisk relevant erfaring etter fullført masterutdanning for fysioterapifaglige masterutdanninger uten praksisstudier. Vi vurderer imidlertid at dette undergraver målsettingen om å etablere felles prinsipper for å utløse høyere takster, og vi er usikre på om det er et hensiktsmessig

tiltak. Vi legger til grunn at utdanningssystemet sikrer adekvat læringsutbytte gjennom mastergraden og at bestått eksamen bør være tilstrekkelig til å verifisere økt kompetanse, og at det derfor ikke er hensiktsmessig å etablere tilleggskrav om klinisk erfaring etter fullført masterutdanning.

Når det gjelder dagens krav til 20 timer egenbehandling for å få rett til å utløse takst A9, er det ikke utelukket å beholde dette særvilkåret ved psykomotorisk fysioterapi, men denne type særbestemmelser undergraver også målsettingen om å etablere felles prinsipper for å utløse høyere takster. Fagmiljøet har vurdert at dette er et hensiktsmessig krav. Så lenge man har egen takst for psykomotorisk fysioterapi, er det mulig å opprettholde dette kravet, men dersom man på sikt skal opprette felles kompetansetakster, vil det være en utfordring å opprettholde denne type tilleggskrav kun for ett spesifikt fagområde. Vi vurderer at det vil være en fordel om eventuelle krav til egenbehandling kan innlemmes i masterutdanningene innenfor psykomotorisk fysioterapi.

Helsedirektoratet skulle i dette oppdraget se hen til arbeidet med RETHOS-retningslinjer for masterutdanningene i manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi. Da dette arbeidet er forsinket, har ikke det vært mulig. Det vil være en stor fordel om det innføres RETHOS-retningslinjer for alle fysioterapifaglige masterutdanninger. På den måten vil behovet for praksisstudier bli vurdert ut fra de læringsmål som skal oppnås for å ivareta brukernes og tjenestenes behov. Videre vil innholdet i masterløp innenfor samme fagområde bli harmonisert.

7.3.3 Nærmere om fysioterapeuter med masterutdanning fra utlandet

Det er i dag en del fysioterapeuter som tar masterutdanning i manuellterapi i utlandet. Ofte kan disse masterutdanningene ikke likestilles med den norske masterutdanningen, og det er etablert en ordning som legger til rette for at kandidater med manuellterapiutdanning fra utlandet kan gis mulighet for kvalifisering til sykmeldings-, rekvisisjons- og henvisningsrett gjennom ulike kurs og en periode med veiledet praksis. I denne praksisperioden får de rett til trygderefusjon som utdanningskandidater for et begrenset antall timer, og de må gjennomføre og bestå praktisk prøve før masterutdanningen fra utlandet kan likestilles med den norske masterutdanningen i manuellterapi med hensyn til rett til å utløse takst A8 og til å få sykmeldings-, rekvisisjons- og henvisningsrett.

Dersom det åpnes for at fysioterapifaglige mastere kan utløse kompetansetakst, vil det kunne bli flere søkere med masterutdanning fra utlandet. Hvis prinsippene for å utløse kompetansetakster krever autorisasjon før oppstart av master, 120 studiepoeng masterutdanning og stiller tydelige krav til klinisk innretning/klinisk praksis i masterutdanningen, så gir dette rammer som gjør det mulig for forvaltningen å vurdere om fysioterapeuter med masterutdanning i fysioterapi fra utlandet tilfredsstillende kravene til å utløse kompetansetakster i Norge. Muligheten som manuellterapeuter med utdanning fra utlandet har til å kvalifisere seg for sykmeldings-, rekvisisjons- og henvisningsrett er knyttet nettopp til denne retten, og ikke til retten til å utløse takst A8.

8 Forvaltning av godkjenningsordning

Det er myndighetenes ansvar å fastsette krav til etter- og videreutdanning som gir rett til å utløse høyere takster, og det er også myndighetenes ansvar å forvalte ordningen med godkjenning av rett til å utløse kompetansetakster.

Helsedirektoratet ved avdeling autorisasjon godkjenner i dag tilleggskompetansen "sykmeldingsrekvisisjons- og henvisningsrett" som gir rett til å utløse takst A8, og tilleggskompetanse som gir rett til å utløse takst A9. Begge tilleggskompetansene registreres i Helsepersonellregisteret (HPR). Ved innføring av autorisasjon for manuellterapeuter får Helsedirektoratet ansvar for å autorisere manuellterapeuter.

NFF godkjenner rett til å utløse A2k. Den enkelte fysioterapeut som skal utløse A2k, må dokumentere denne rettigheten overfor Helfo. Helfo registrerer retten til å utløse A2k i Refusjonsrettregisteret (R3), som er en del av Felles kontaktregister (FKR). Fysioterapeut som er registrert med rett til å utløse A8 eller A9 i HPR, vil få godkjent regninger med A8 eller A9. Det kjøres automatisk en kontroll mot at gyldig tilleggskompetanse er registrert i HPR, eller i Refusjonsrettregisteret. Fysioterapeut som er registrert med rett til å utløse A2k i Refusjonsrettregisteret, vil få godkjent regninger med takst A2k.

Helsepersonellregisteret og Refusjonsrettregisteret har ulike formål.

Helsepersonellregisteret (HPR) er helsemyndighetens register over alt helsepersonell med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven, og veterinærer med autorisasjon eller lisens etter dyrehelsepersonelloven. Registeret er åpent for søk på HPR-nummer eller på etternavn og fødselsdato. Og ved søk gis opplysning om gjeldende autorisasjon, lisens og forskrivningsrett, og evt. begrensning i disse, samt evt. spesialitet for leger, tannleger og optikere. Helsedirektoratet er tjenesteeier for HPR.

Helsedirektoratet er også tjenesteeier for systemene Helfo benytter i forvaltningen av helserefusjonsområdet. I forbindelse med EDIT-programmet er det utviklet et Felles kontaktregister (FKR) som er et sakspartregister for Helfo. I dette ligger det informasjon om alle behandlere som har en relasjon til Helfo. Refusjonsrettsregisteret (R3) er en del av FKR, og i dette registeret legger Helfo inn grunnlaget for rett til refusjon, rett til å utløse bestemte takster etc. Intensjonen er at informasjon som kun er relevant i forhold til Helfo-refusjon skal ligge her. FKR og R3 er laget så automatiserte som mulig, og systemet sjekker kontinuerlig mot HPR og Folkeregisteret.

Refusjonsrettregisteret er ikke et åpent register. Det er et internt register knyttet til saksbehandlingen i Helfo, og informasjon som ligger i dette registeret er ikke åpent for andre enn Helfo.

Når vi skal vurdere forvaltning av en framtidig ordning med harmoniserte kompetansetakster, må vi ta stilling til hvem som har best kompetanse til å utføre oppgaven, og hvem som trenger tilgang til informasjonen om hvem som har bestemte rettigheter eller rett til å utløse høyere takster. Dette må imidlertid også sees i lys av hvordan organisasjonen ønsker å ivareta denne type forvaltningsoppgaver i framtiden.

I dag ligger ansvaret for å godkjenne tilleggskompetanse som gir rett til å utløse høyere takster i Helsedirektoratet, og ut fra dagens organisering og fordeling av oppgaver, vurderer vi at Helsedirektoratet fortsatt bør ha dette ansvaret dersom ordningen utvides noe. Helfo har ingen godkjenningssfunksjon i dag, men registrerer rett til å utløse takster på bakgrunn av registreringer i HPR eller på bakgrunn av dokumentasjon fra NFF for de tilfellene som gjelder A2k. Det er viktig at kompetansen "Sykmeldings-, rekvisisjons- og henvisningsrett" registreres i HPR fordi andre aktører som NAV, spesialisthelsetjenesten mv. trenger tilgang til informasjon om hvem som har denne kompetansen. Vi anser det videre mest hensiktsmessig at ansvaret for forvaltning av ordningen med godkjenning av rett til å utløse kompetansetakster er samlet ett sted.

Vi tar i denne utredningen ikke stilling til fordeling av oppgaver internt i Helsedirektoratet, og vi utelukker heller ikke at det på sikt kan bli endringer i oppgavefordeling mellom direktoratet og Helfo. Dette er problemstillinger som direktoratet må ta konkret stilling til dersom ordningen med å godkjenne tilleggskompetanse for fysioterapeuter skal utvides.

Vi har diskutert om det kan være en mulighet at Helsedirektoratet gir godkjenning og registrerer rett til å utløse takst i refusjonsrettregisteret R3 i stedet for i HPR. Vår konklusjon er at dette ikke er hensiktsmessig. Helsedirektoratet behandler søknader i saksbehandlingssystemet HEGO og fatter vedtak om rett til å utløse kompetansetakster, og resultatet av saksbehandlingen er at tilleggskompetansen blir registrert i HPR. Hvis vilkårene for å utløse takst ikke er oppfylt, blir det gitt et avslagsvedtak med informasjon om klageadgang. Siden R3 ikke er et åpent register, vil det ikke kunne brukes som en bekreftelse på godkjenning, og registrering i R3 åpner ikke for oppslag fra andre aktører som kan ha behov for informasjon, f.eks. NAV eller spesialisthelsetjenesten.

Brukerne kan også ha behov for å finne ut om en fysioterapeut har tilleggskompetanse, og her kan det være aktuelt at de får informasjon gjennom visning av opplysninger på Helsenorge. De vil også kunne gjøre oppslag i HPR dersom de kjenner fysioterapeutens HPR-nummer eller navn og fødselsdato. Kommunene har en plikt til å informere om tilleggskompetanse på sine nettsider, og for brukerne er det kanskje her det er mest naturlig å søke informasjon.

Vi vurderer at det er Helsedirektoratet som har best kompetanse til å vurdere om vilkår for å utløse kompetansetakster er oppfylt, og da behandles søknader i HEGO og resultatet registreres i HPR.

Det kan på sikt vurderes om Helfo kan overta godkjenninger som ikke har mye skjønn, men som innebærer mer en "kontroll av attest/vitnemål", slik Helfo f.eks. gjør for resertifisering av allmennleger. Refusjonsrettregisteret er i struktur bygd HPR-lik for i framtiden å kunne flytte oppgaver mellom de to registrene ved eventuelle endringer i ansvar og oppgaver. Helsedirektoratet har også som mål for Refusjonsrettregisteret at dette på sikt skal kunne deles med NAV og etter hvert andre aktører, og at informasjon fra FKR/R3 skal vises på Helsenorge.

Vi har i tabell 2 vist hvor mange fysioterapeuter som har fått registrert tilleggskompetanse i HPR i perioden 2016 til 2021. Disse tallene gir en indikasjon på hvor mange saker Helsedirektoratet har behandlet på dette området i perioden. I tillegg kan det være noen saker som har medført avslag. Grovt regnet kan vi anslå at Helsedirektoratet årlig behandler ca. 40 saker om rett til å utløse kompetansetakster på fysioterapiområdet. Antallet varierer noe fra år til år. Dette antallet vil øke noe dersom man endrer vilkårene for å utløse A2k og trekker tilbake fullmakten NFF har fått til å godkjenne rett til å utløse A2k.

Ved søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning må søker betale gebyr. Dette er regulert i helsepersonelloven § 53. Det betyr at manuellterapeuter vil måtte betale gebyr ved søknad om autorisasjon. Det er i dag ikke hjemmel for å kreve gebyr ved søknader om godkjenning av tilleggskompetanse for fysioterapeuter. Dersom Helsedirektoratet skal behandle flere søknader om rett til å utløse kompetansetakster, er det naturlig å vurdere innføring av gebyr også for denne sakstypen.

9 Harmonisering av egenandeler

9.1 Dagens egenandeler og behov for harmonisering

Direktoratet bes i oppdraget om å fremme forslag om harmonisering av egenandeler på kompetansetakstene og hvilket nivå disse bør ligge på, men likevel slik at det samlede egenandelsvolumet på fysioterapi ikke endres.

Vi forstår det som at denne delen av oppdraget handler om å foreslå endringer ut fra dagens takstsystem, men prinsippene vil kunne legges til grunn ved eventuelle endringer i kompetansetakstene på et senere tidspunkt.

I dagens takstsystem differensieres egenandeler dels etter tidsbruk, dels etter type behandling og dels etter kompetanse.

Ut fra takstene ser egenandelene slik ut:

Egenandel ved undersøkelse	Egenandel ved individuell behandling	Egenandel ved gruppebehandling
<ul style="list-style-type: none">•Egenandel er uavhengig av behandlingstid og kompetanse•Egenandelen på A1a og A1d er 185 kroner.•Tillegg for diagnostisk ultralyd: 100 kroner•De samme egenandelene gjelder ved undersøkelse via video	<ul style="list-style-type: none">•Egenandelen varierer etter behandlingstid og kompetanse•Egenandelen på A3a er 135 kroner, og 42 kroner på A3b•Egenandelen på A8a er 177 kroner, og 64 kroner på A8b•Egenandelen på A9a er 132 kroner, og 42 kroner på A9b•Egenandelen på veiledet trening (takst A10) er 27 kroner•Det er ikke høyere egenandel på A2k•De samme egenandelene gjelder ved behandling via video	<ul style="list-style-type: none">•Egenandelen varierer etter behandlingstid og type gruppebehandling, men ikke etter kompetanse•Egenandelen er lavere enn ved individuell behandling•Gruppebehandling 30 minutter: 59 kroner•Gruppebehandling 60 minutter: 102 kroner•Gruppebehandling 90 minutter: 147 kroner•Tillegg for behandling i basseng: 24 kroner

Når vi sammenligner egenandelene på takstene for individuell behandling, kan det umiddelbart se ut til at det er lite samsvar mellom størrelsen på egenandelene og fysioterapeutens kompetanse. Egenandelen på A8 er høyere enn for A3, men så er egenandelen på A9 litt lavere enn egenandelen på A3. For å finne en forklaring på dette er det viktig å se hen til at de ulike praksistypene har ulik lengde på behandlinger. Årsaken til at egenandelen på første 20 minutter hos psykomotorisk fysioterapi er satt forholdsvis lavt, er at det er mest vanlig å bruke 60 minutters behandling ved psykomotorisk fysioterapi. Dersom egenandelene for A8 og A9 var like, ville en pasient hos en psykomotoriker betale betydelig mer for en behandling enn en pasient hos manuellterapeut.

For 60 minutter psykomotorisk fysioterapi betaler pasienten i dag $132 \text{ kroner} + (42 \text{ kroner} * 4) = 300 \text{ kroner}$. Hvis samme egenandel som gjelder ved manuellterapi skulle legges til grunn, ville egenandelen bli $177 \text{ kroner} + (64 \text{ kroner} * 4) = 433 \text{ kroner}$.

For manuellterapi i 30 minutter betaler pasienten i dag $177 \text{ kroner} + 64 \text{ kroner} = 241 \text{ kroner}$

For legene er det nylig innført en lav egenandel på tidstilleggstaksten 2cd, men tradisjonelt har det ikke vært høyere egenandel for mer bruk av tid hos lege, men ved f.eks. blodprøvetaking eller røntgenundersøkelser er det en tilleggsegenandel. Egenandelene er gjennomgående differensiert etter kompetanse ved at det er egne spesialisttakster med høyere egenandel, og for fastlegene er det tilleggstakst med høyere egenandel for spesialister i allmenntidmedisin på konsultasjoner og sykebesøk.

Hvis vi ser hen til psykologområdet, er egenandelen i stor grad differensiert etter tidsbruk. Egenandelen er ikke differensiert etter kompetanse, men det skyldes at det er vilkår om spesialisttittel for å utløse refusjon.

9.2 Mulige tilnærminger for å harmonisere egenandeler på kompetansetakster

Vi ser for oss tre mulige tilnærminger for å harmonisere egenandeler på kompetansetakster:

- 1) Videreføring av dagens ordning med enkelte mindre justeringer
- 2) Egenandeler differensieres ikke etter fysioterapeutens kompetanse
- 3) Egenandeler differensieres gjennomgående etter fysioterapeutens kompetanse

Alternativ 1 kan defineres som et nullpluss-alternativ. Det er i dag høyere egenandel ved behandling i inntil 20 minutter hos manuellterapeut enn hos allmennfysioterapeut, og litt lavere egenandel ved behandling i inntil 20 minutter hos psykomotorisk fysioterapeut enn hos allmennfysioterapeut.

Nullpluss-alternativet innebærer at man viderefører dagens ordning med høyere egenandel kun på takst for individuell behandling, men gjør enkelte justeringer i retning av harmonisering. Det kan f.eks. gjøres følgende justeringer:

- Egenandelen på A9a heves slik at den blir mer lik egenandelen på A8a, samtidig som egenandelen på A9b reduseres slik at egenandelen for en gjennomsnittlig behandling hos psykomotorisk fysioterapeut forblir uendret. Hvis egenandelen på A9a økes fra 142 til 177 kroner, må egenandelen på A9b settes ned fra 42 kroner til 31 kroner hvis egenandelsvolumet ikke skal endres. Gitt at de fleste behandlingene hos psykomotoriker varer i 60 minutter, vil endringen ikke ha betydning for pasientene, men symboleffekten kan likevel ha en verdi. Og i den grad pasienter får behandling i mer enn 60 minutter, vil egenandelen bli lavere enn i dag.
- Det legges egenandel på takst A2k slik at egenandelen for de første 20 minuttene behandling hos A2k-spesialist blir tilnærmet lik egenandel ved behandling hos manuellterapeut og evt. psykomotorisk fysioterapeut. Takst A2k har i dag en refusjon på 55 kroner, og hvis man skal løfte egenandelen ved behandling hos A2k-spesialist til samme nivå som egenandelen ved manuellterapi, kan egenandelen på denne taksten settes til 44 kroner. I så fall må egenandelene på andre takster kuttes noe dersom endringen ikke skal påvirke det samlede egenandelsvolumet.

Endringer i egenandeler bør foretas i forbindelse med vedtatte egenandelsøkninger, og det vil normalt være enkelt å justere egenandelene innenfor de vedtatte rammene.

Alternativ 2 innebærer at tilleggskompetanse som hovedregel ikke utløser høyere egenandeler. Fysioterapi er en kommunal tjeneste, og det kan være tilfeldig om pasienten kommer til en fysioterapeut med tilleggskompetanse eller ikke. Lik egenandel uavhengig av fysioterapeutens kompetanse gir en enkel og forutsigbar ordning for pasientene.

De praktiske konsekvensene av alternativ 2 blir i hovedsak at dagens egenandeler kan videreføres, men høyere egenandel ved behandling hos manuellterapeut fjernes. Hvis høyere egenandel hos manuellterapeut fjernes, må egenandelene generelt økes noe for å beholde det samlede egenandelsvolumet. Hvor mye egenandelene må økes kan beregnes i forbindelse med takstforhandlinger og iverksettelse av vedtatte egenandelsøkninger.

Argumenter for ikke å differensiere egenandelene etter kompetanse kan være at alle avtalefysioterapeuter gir fysioterapitjenester som en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og det ligger ingen krav til tilleggskompetanse i driftsavtaleordningen. Det at avtalefysioterapeuten har en klinisk mastergrad som gir rett til å utløse høyere takster, behøver ikke å påvirke hva pasienten skal betale i egenandel. Like egenandeler gir et enklere regelverk og en forutsigbar ordning for pasientene. Man unngår også mulige geografiske forskjeller i egenandeler mellom kommuner eller regioner som følge av ulik grad av tilleggskompetanse. En slik ordning vil skille seg fra det som gjelder i fastlegeordningen der det er høyere egenandel hos spesialister i allmenntidmedisin. Der kan imidlertid en slik ordning begrunnes i at alle fastleger i utgangspunktet skal være spesialister i allmenntidmedisin, og unntaket er de som er i et løp for å bli spesialister, og i disse tilfellene er egenandelen noe lavere.

Eventuelle høyere egenandeler bør alltid ha en særskilt begrunnelse. Det kan f.eks. være manuellterapeuters rett til å sykmelde, henvise videre etc.

Alternativ 3 innebærer at tilleggskompetanse som hovedregel utløser høyere egenandel fordi økt kompetanse bidrar til tjenester av bedre kvalitet. Mange pasienter søker til fysioterapeuter med tilleggskompetanse, og det er naturlig at pasienten betaler ekstra for dette. God informasjon på nettsider og oppslag hos fysioterapeutene kan gi forutsigbarhet for pasientene.

Egenandel differensieres gjennomgående etter kompetanse, og da på alle takster med egenandeler. Det betyr at egenandelene må differensieres også på undersøkelse og gruppebehandling. Dette lar seg ikke gjøre dersom det ikke er egne kompetansetakster eller egne kompetansetillegg på disse takstene.

For å få til en endring i retning av alternativ 3, må man i tillegg til å harmonisere egenandelene på takstene for individuell behandling, jf. nullplussalternativet, øke egenandelen på takstene for undersøkelse hos fysioterapeuter som har rett til å utløse A8, A9 og A2k, og innføre et kompetansetillegg med egenandel på takstene for gruppebehandling.

Endringene som foreslås må ligge innenfor samme egenandelsvolum som i dagens ordning.

9.3 Helsedirektoratets vurdering

Før man iverksetter tiltak for å harmonisere egenandeler, er det naturlig å gjøre en prinsipiell vurdering av i hvilken retning man ønsker å utvikle egenandelene på kompetansetakster på lengre sikt.

På den ene siden er det flere momenter som taler mot at man innenfor den kommunale fysioterapitjenesten har høyere egenandeler knyttet til fysioterapeutens kompetanse. Differensierte egenandeler gir mer kompliserte og mindre forutsigbare regler for pasientene, og det kan framstå vilkårlig for pasienten hva man skal betale i egenandel. Det er ikke alltid pasienten gjør et bevisst valg av behandler, og det kan da framstå tilfeldig om man må betale høyere egenandel eller ikke. Det kan også oppfattes urimelig dersom f.eks. skrøpelige eldre skal betale høyere egenandel hos en fysioterapeut som har masterkompetanse i fysioterapi for barn.

Det er imidlertid også flere momenter som taler for differensierte egenandeler etter kompetanse. Høyere egenandeler kan bidra til å synliggjøre at det er forskjeller i formell kompetanse hos fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og det kan også bidra til økt bevissthet rundt hvilken kompetanse den enkelte pasienten har behov for. Sett i lys av at økt kompetanse forventes å gi tjenester av bedre kvalitet, kan det anses rimelig at pasientene betaler en noe høyere egenandel hos fysioterapeut med tilleggskompetanse. Egenandelene er allerede differensiert etter tidsbruk og type behandling, og frikortordningen bidrar til å jevne ut differensierte egenandeler ved at pasienten med høyere egenandeler raskere når egenandelstaket.

Dagens ordning er en mellomløsning, og Helsedirektoratet vurderer at framtidig retning for egenandelene bør sees i sammenheng med det videre arbeidet for å harmonisere kompetansetakstene. Det er nå vedtatt at det blir innført autorisasjon for manuellterapeuter, og offentlige godkjenningsordninger er satt på dagsorden. Dette vil kunne ha betydning for vurderingen av om egenandelene bør differensieres etter fysioterapeutens kompetanse.

På kort sikt vurderer Helsedirektoratet det som mest hensiktsmessig å videreføre dagens ordning, eventuelt med enkelte justeringer i tråd med nullpluss-alternativet. Vi tror det kan ha en viss symboleffekt å ha mer like egenandeler på grunntaksten for behandling i 20 minutter for de ulike kompetansetakstene. Vi tror også det er hensiktsmessig å legge en egenandel på takst A2k for å synliggjøre denne kompetansen overfor pasientene. Videre bør differansen i egenandeler mellom fysioterapeuter med tilleggskompetanse og generalister ikke være for stor.

10 Økonomiske og administrative konsekvenser

10.1 Administrative konsekvenser

Innføring av felles prinsipper for å utløse høyere takster i tråd med vurderingene i kapittel 7.3.2 vil ha administrative konsekvenser ved at det må gjøres nødvendige juridiske endringer, IKT-messige endringer og endringer i informasjon og veiledning mot aktuelle aktører.

Juridiske endringer

Innføring av felles prinsipper for å utløse kompetansetakster vil kreve endring i de aktuelle takstene, dvs. i takster og merknad til takster i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. I og med at det vil være snakk om prinsipielle endringer som berører fysioterapeuter, profesjonsforeninger, kommuner, utdanningsinstitusjoner og forvaltningen, vil forslag til endringer måtte sendes på høring.

Endringer i IKT-systemer

Harmonisering av vilkår for å utløse kompetansetakster vil kunne kreve endringer i Helsedirektoratets IT-systemer.

Hvis det skal legges til en ny tilleggskompetanse i HPR, må man endre både HPR og saksbehandlingssystemet HEGO som skriver data til HPR. For å kunne registrere ny tilleggskompetanse i HPR, må det gjøres utvikling i HEGO.

Det må også vurderes om det er behov for endring i KUHR med hensyn til praksistyper.

Fysioterapeuter som utløser refusjon registreres i dag med ulike praksistyper. En praksistype er en kode som definerer hvilken gruppe den enkelte fysioterapeuten hører til. Det er egen praksistype for fysioterapeut normalpraksis (FYNO), for manuellterapeuter (FYMT), for psykomotorikere (FYPM) og for ulike grupper utdanningskandidater, men det er ikke egen praksistype for fysioterapeuter med rett til å utløse A2k. Disse registreres som fysioterapeut normalpraksis.

Endring i praksistyper krever, i tillegg til endring i KUHR, endring i FKR, Praksisinfo, og datavarehus/Nøkkelinfor. Dersom det på sikt skulle bli aktuelt å innføre felles kompetansetakster, dvs. at inndelingen i A8, A9 og A2k fjernes, må det vurderes om man skal ha en felles praksistype for fysioterapeut med godkjent tilleggskompetanse, eller f.eks. registrere hvilket fagområde godkjenningen er knyttet til, evt. hvilket masterstudium som ligger til grunn for godkjenningen. Ulempen ved dette vil være at man ikke lenger kan skille mellom de ulike tilleggskompetansene.

Hvis tilleggskompetanse registreres i HPR og styrer hvem som kan bruk A8/A9/A2k vil vi kunne beholde dagens praksistyper i KUHR og gjøre oppslag mot HPR for å sjekke om de har rett til å utløse disse takstene uavhengig av hvilken praksis fysioterapeuten har. Dette vil ligne litt på allmennleger som i HPR blir registrert med godkjenning som spesialist i allmenntilleggsmedisin og da kan utløse diverse spesialisttakster. Spesialist i allmenntilleggsmedisin har samme praksistype som en fastlege uten denne godkjenningen. Med en slik løsning vil det ikke være behov for å gjøre noen endringer i dagens praksistyper og Helfo slipper å registrere inn godkjenning for A2k.

Endringer i vilkår for å utløse høyere takster vil i utgangspunktet ikke kreve endringer i fysioterapeutenes EPJ-systemer.

Behov for informasjon og veiledning

Hvis det innføres felles prinsipper for å utløse kompetansetakster forutsetter det god informasjon og veiledning til relevante fagmiljøer. Det er viktig at ordningen blir mest mulig forutsigbar for fysioterapeuter som ønsker å tilegne seg tilleggskompetanse.

Informasjonen på Helsedirektoratets nettsider må endres.

10.2 Konsekvenser for de ulike aktørene i ordningen

Fysioterapeuter

Felles prinsipper med krav til fysioterapifaglig og klinisk rettet masterutdanning vil framstå som en ordning med større bredde i hvilke masterutdanninger som i seg selv gir rett til å utløse høyere takster. For de som tar masterutdanning innenfor andre fagområder enn manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi, oppstår rett til å utløse takst på et tidligere tidspunkt enn tidligere, og det vil ikke være krav til fornyet godkjenning etter 7 år. Isolert sett vil det bli færre masterutdanninger som kan gi rett til å utløse takst, ved at det innenfor dagens ordning med A2k er en større bredde i mastergrader som kan danne grunnlag for å bli spesialist.

For psykomotorikere fjernes et tilleggskrav om 20 timer egenbehandling hos fysioterapeut med rett til å utløse takst A9.

Tilleggskompetanse i manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi gir rett til å utløse kompetansetakster på alle pasienter. Tilsvarende vil gjelde for nye masterutdanninger som gir rett til å utløse høyere takster. I noen tilfeller kan tilleggskompetansen være knyttet til bestemte aldersgrupper, f.eks. barn eller eldre, eller den kan være knyttet til bestemte pasientgrupper, som

f.eks. pasienter med nevrologiske lidelser. Selv om tilleggskompetansen i noen tilfeller treffer en mindre andel av fysioterapeutens pasienter, vil kompetansetakst kunne utløses på alle pasienter. Vi mener at dette ikke er urimelig sett i lys av at fysioterapeutene gjennom masterkompetanse opparbeider seg utvidet vurderings- og handlingskompetanse som generelt vil øke kvaliteten på behandlingen som gis.

Kommunene

For kommunene vil det være en fordel at takstsystemet blir mer nøytralt i forhold til hvilken tilleggskompetanse som gir rett til å utløse takst. På den måten kan kommunenes behov i større grad ivaretas. En noe lavere terskel for å utløse kompetansetakster på andre fagområder enn manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi, kan bidra til at flere fysioterapeuter tar slik utdanning og søker seg til avtalehjemler der denne type kompetanse etterspørres.

Dersom flere avtalefysioterapeuter har eller skaffer seg masterkompetanse, vil andelen fysioterapeuter med rett til å utløse høyere takster øke. Økt spesialisering kan påvirke innretningen på dagens driftsavtaleordning som er rettet mot at avtalefysioterapeuter skal ha et åpent fysioterapitilbud for alle typer pasienter som oppsøker praksisen. Kommunal styring er viktig for å ivareta bredden i befolkningens behov for fysioterapitjenester.

Utdanningsinstitusjonene

Vilkårene for å utløse kompetansetakster kan påvirke hvilke utdanningstilbud som gis. Det vil særlig kunne ha betydning hvordan man innretter krav til "klinisk" eller "klinisk rettede" masterutdanninger, og i hvilken grad praksisstudier innlemmes i masterutdanningene. Ved å etablere mer nøytrale vilkår for å utløse høyere takster, vil utdanningsinstitusjonene på den ene siden kunne etablere utdanningstilbud med utgangspunkt i tjenestenes behov, og mulighet for å utløse takst vil i mindre grad styre hvilke masterutdanninger som blir etablert. På den andre siden vil avgrensningen mot masterutdanninger med bredere helsetjenestefokus kunne styre tilbudet mot masterutdanninger som er fysioterapifaglige og klinisk rettet på bekostning av tverrfaglige mastere med et bredere fokus.

Profesjonsforeningene

Hvis det innføres felles prinsipper for å utløse høyere takster og Helsedirektoratet overtar forvaltningen av rett til å utløse A2k, vil det innebære en administrativ forenkling for NFF som ikke lenger trenger å utstede bekreftelser på rett til å utløse takst A2k. En slik endring vil også kunne påvirke hvor mange som søker seg til NFF sin spesialistordning fordi retten til å heve høyere takster inntreffer på et tidligere tidspunkt, og det blir ikke lenger krav til fornyet godkjenning hvert 7. år. Med en slik ordning etableres det et skille mellom rett til å utløse takst, og rett til å benytte spesialistttittel. Det er ikke hensikten at rett til å utløse kompetansetakster skal påvirke spesialistordningene, og disse kan videreføres som tidligere.

For medlemmer i NMF og PFF vil mer nøytrale vilkår for å utløse kompetansetakster og en forvaltning som ivaretas av Helsedirektoratet bety at organisasjonstilhørighet ikke får betydning for hvem som kan utløse takster.

Forvaltningen/Helsedirektoratet

Dersom det innføres felles prinsipper for å utløse kompetansetakster og Helsedirektoratet får ansvaret for å godkjenne søknader om å utløse takst A2k, vil det medføre en økning i antall saker til behandling.

Vi har anslått at Helsedirektoratet behandler i gjennomsnitt ca. 40 saker per år i dagens ordning. I tillegg vet vi at NFF i gjennomsnitt har gitt i underkant av 10 spesialistgodkjenninger per år i perioden 2017-2022. Vi vet ikke hvor mange fysioterapeuter som eventuelt har tatt relevant masterutdanning, men som ikke har søkt om spesialistgodkjenning.

I 2021 ble det gitt 15 spesialistgodkjenninger. Hvor mange av de som fikk spesialistgodkjenning som har driftsavtale og rett til refusjon vet vi ikke. Vi vet imidlertid at det i 2021 var en økning på 8 fysioterapeuter som utløste A2k.

Over tid vil vi nok sikkert se en økning i antall fysioterapeuter med mastergrad, jf. den generelle utviklingen innenfor utdanningssektoren i retning av å søke seg videre til neste nivå i gradssystemet. For å kunne anslå eventuell økning i antall søknader om å få rett til å utløse A2k, er det naturlig å ta utgangspunkt i hvor mange fysioterapeuter med driftsavtale som har fullført eller fullfører masterutdanninger som vil gi grunnlag for å utløse takst, samt hvor mange som eventuelt tar relevante masterutdanninger i utlandet. Dette har vi ikke tall på, men vi vet at det er kostbart og krevende å kombinere masterutdanning med avtalepraksis, og det er ikke grunn til å tro at det vil bli en meget stor økning i antall avtalefysioterapeuter som tar masterutdanning. Vi legger til grunn at antall søknader om rett til å utløse takst A2k vil ligge mellom 10 og 80 søknader per år, og at det mest sannsynlig vil ligge et sted mellom ytterpunktene, se nærmere omtale under pkt. 10.3.

For Helsedirektoratet vil søknader fra fysioterapeuter med masterutdanning fra utlandet være særlig krevende å behandle, og det vil påløpe kostnader til faglig rådgivning i slike saker.

Vi forutsetter at Helsedirektoratet blir kompensert for økt ressursbehov knyttet til overtakelse av ansvaret for å forvalte ordningen med rett til å utløse A2k. Vi vil grovt anslå at dette vil gi et økt ressursbehov på 0,5 årsverk knyttet til saksbehandling og informasjon/veiledning. I tillegg estimerer vi kostnaden ved IKT-utvikling i HPR/HEGO til 100 000 kroner. Helsedirektoratet har eksisterende infrastruktur som denne saksbehandlingen kan legges inn i. Det er likevel behov for å gjøre noen tilpasninger for å få kompetansetakster for fysioterapi inn i eksisterende arbeidsflyter. Det må bla. lages et eget søknadsskjema, prosessering av søknadsskjema og tilpasninger i brukeflaten for den nye arbeidsflyten. Helsedirektoratet anslår at det vil ta to til tre ukers arbeid å implementere ny tilleggskompetanse for fysioterapi. Dette inneholder spesifisering, utvikling og testing av hele løsningen.

Eventuelle utgifter til utvikling i KUHR, FKR/R3, Praksisinfo mv., bør estimeres når det er konkretisert hvilke endringer i regler og takster som er aktuelle, og om det er behov for endring i praksistyper. Vi vil da kunne vurdere om forslagene vil føre til behov for tilpasninger i disse systemene og estimere kostnadene forbundet med dette.

10.3 Konsekvenser for stønadsbudsjettet

Dersom retten til å utløse kompetansetakst slår inn ved gjennomført fysioterapifaglig masterutdanning som er klinisk rettet, vil det innebære at terskelen for å utløse kompetansetakst reduseres innenfor noen fagområder. På fagområdene hvor det er flest fysioterapeuter som utløser kompetansetakst blir det ikke endringer. Endringene i forhold til dagens ordning vil i hovedsak være knyttet til andre fagområder enn manuellterapi og psykomotorisk fysioterapi, dvs. for spesialitetene som i dag utløser A2k.

Retten til å utløse A2k vil inntreffe på et tidligere tidspunkt enn i dag, ved at krav til veiledet praksis og krav til å vedlikeholde spesialiteten som ligger i NFF sin spesialistordning utgår. Samtidig snevres

aktuelle masterutdanninger noe inn, ved at det kun er fysioterapifaglige, klinisk rettede masterutdanninger som gir rett til å utløse takst. Hvis retten til å utløse kompetansetakst knyttes til bestått fysioterapifaglig masterutdanning, er det grunn til å tro at flere enn i dag kan få rett til å utløse kompetansetakst, og omfanget vil styres av hvor mange fysioterapeuter med rett til refusjon som har gjennomført eller som gjennomfører de aktuelle masterprogrammene.

Det samlede antallet fysioterapeuter som utløste kompetansetakst i 2021 var 1071, og av disse var det 154 som utløste A2k, dvs. 14 prosent. Det er ikke gitt at antall fysioterapeuter som tar masterutdanning som gir rett til å utløse takst vil øke totalt sett, fordi det kan være at en økning i rett til å utløse A2k skjer på bekostning av rett til å utløse A8 eller A9.

De økonomiske konsekvensene av at flere får rett til å utløse høyere takster må beregnes. Anslagene nedenfor er gitt ut fra en forventet utvikling i rett til å utløse A2k isolert fra utviklingen i rett til å utløse takst A8 og A9.

Det er mange usikre faktorer i beregningene. Vi vil derfor synliggjøre hva kostnadene kan bli gitt visse forutsetninger. Vi vet ikke hvor mange flere fysioterapeuter med rett til refusjon som vil oppfylle kravene til gjennomført klinisk rettet fysioterapifaglig master. Vi vet heller ikke eksakt hvor mye mer disse vil ta ut i refusjon, men vi har beregnet en gjennomsnittlig merutgift per nye fysioterapeut som vi legger til grunn i beregningene. Ut fra et anslag på antall nye fysioterapeuter som får rett til å utløse kompetansetakst tilsvarende A2k og et anslag på gjennomsnittlig merutgift per fysioterapeut, kan vi anslå de samlede merutgiftene for folketrygden.

Med utgangspunkt i dagens takster var det i 2021 154 fysioterapeuter som utløste A2k og til sammen ble det i 2021 utbetalt 10,6 millioner kroner i refusjon på takst A2k, dvs. et gjennomsnitt på ca. 69 000 kroner per fysioterapeut.

Fysioterapeuter med rett til å utløse A2k, A8 og A9 utløser også rett til høyere takst A1d og A1f ved undersøkelse. Differansen i honorartakst mellom A1d og A1a er 85 kroner, og differansen mellom A1c og A1f er 33 kroner. Ved å ta utgangspunkt i tall for bruken av A1d fordelt på praksistyper, kan vi anslå hvordan en økning i frekvens vil slå ut på utgiftene. Gjennomsnittskostnaden i 2021 for takst A1d for praksistypen Fysioterapeut er 60 900 kroner og for takst A1f 27 300 kroner. Til sammen blir det 88 200 kroner. Tilsvarende gjennomsnittskostnad for A1a i 2021 er for praksistypen Fysioterapeut 20 400 kroner og for A1c 11 100 kroner. Til sammen blir det 31 500 kroner. Det gir en differanse på 56 700 kroner (88 200 kroner – 31 500 kroner).

Etter dette kan vi anslå at fysioterapeuter med rett til å utløse A2k utløser i gjennomsnitt 125 000 kroner mer i refusjon enn allmennfysioterapeuter, dvs. 69 000 kroner fra A2k og 56 700 kroner fra A1d og A1f. Dette beløpet bruker vi i beregningene nedenfor.

Vi anslår at endringen i vilkår for å utløse A2k fører til en økning på minimum 10 nye fysioterapeuter som kan utløse kompetansetakst, og maksimum 80 nye fysioterapeuter. Minimumsantallet knyttes til gjennomsnittlig antall vedtak om spesialistgodkjenning i dagens ordning, og økningen i antall som utløse A2k i 2021. Det maksimale antallet anslås til 80 fordi dette er vårt anslag over hvor mange som i snitt antas å fullføre de aktuelle masterstudiene som kan danne grunnlag for kompetansetakst per år. Dette antallet er urealistisk høyt fordi det er ingen grunn til å tro at alle som tar de relevante masterutdanningene har rett til refusjon. Resultatet vil antagelig bli et sted mellom disse ytterpunktene, og vi antar også at det vil bli en del variasjon i antall fra år til år.

Det ligger innenfor dagens økonomiske rammer at antallet som kan utløse kompetansetakster kan øke fra år til år, og vi legger til grunn at en økning på inntil 10 nye fysioterapeuter per år ligger

innenfor dagens rammer. Merutgiften på stønadsbudsjettet vil knytte seg til kostnadene ved at mer enn 10 nye fysioterapeuter får rett til å utløse A2k som følge av endringene i vilkår. Hvis 30 nye utover rammen på 10 får rett til å utløse A2k, kan vi anslå kostnaden til 3,75 millioner kroner.

Anslag merutgifter på stønadsbudsjettet:

Antall søknader om rett til å utløse A2k	Anslag merutgifter
10 nye søknader	Ansees for å være innenfor dagens rammer
40 nye søknader, dvs. 30 søknader utover 10 innenfor rammen	30 søknader*125 000 kroner= 3,75 millioner kroner
80 nye søknader, dvs. 70 utover 10 innenfor rammen	70 søknader*125 000 kroner=8,75 millioner kroner

Vi tar forbehold om at det er stor usikkerhet knyttet til anslagene.

Anslagene over er gitt ut fra en forventet utvikling i rett til å utløse A2k isolert sett. Det er ikke gitt at antall fysioterapeuter som tar masterutdanning som gir rett til å utløse kompetansetakst vil øke totalt sett, fordi det kan komme en dreining i hvilke masterutdanninger som velges, og naturlig avgang blant fysioterapeuter som utløser kompetansetakst kan også påvirke det samlede antallet fysioterapeuter som utløser kompetansetakster.

11 Avsluttende merknader

Helsedirektoratet har i denne utredningen vist hvordan vilkårene for å utløse kompetansetakster kan harmoniseres ved å stille krav til fysioterapifaglig klinisk rettet masterutdanning (120 studiepoeng) for å utløse kompetansetakstene A8, A9 og A2k.

Vi har videre vurdert mulige retninger for harmonisering av egenandeler og konkludert med at forvaltningsansvaret for godkjenning av rett til å utløse kompetansetakster bør ligge i Helsedirektoratet.

Den videre oppfølgingen av forslagene i rapporten kan skje i flere trinn, der første trinn kan være å endre vilkårene for å utløse A2k og overføre ansvaret for å godkjenne rett til å utløse A2k fra NFF til Helsedirektoratet.

Når vilkårene for å utløse kompetansetakster er harmonisert og ansvaret for forvaltning av ordningen er samlet i Helsedirektoratet, kan neste trinn være å vurdere endringer i dagens takster/inndeling av tilleggskompetanser. Det må utredes hvilke endringer som kan være aktuelle, hvilke konsekvenser dette vil medføre for de berørte aktørene, hvilke endringer/justeringer i IKT-systemer som vil bli nødvendige og kostnadene forbundet med dette.