

Dato 5.desember 2016

## **Høringsnotat**

---

Oppheving av kravet om henvisning for å få rett til stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut. Forslag til endring av folketrygdloven § 5-8.

## Innhold

1	Innledning.....	3
2	Nærmere om direkte tilgang.....	3
3	Gjeldende rett .....	4
3.1	Folketrygdloven og krav til henvisning for rett til stønad dekning av utgifter til fysioterapi .....	4
3.2	Helsepersonelloven – krav til forsvarlighet og forsvarlig ressursbruk.....	5
4	Departementets vurderinger og forslag .....	6
4.1	Innledning .....	6
4.2	Argumenter for og mot forslaget .....	6
4.3	Særlig om stønad til dekning av utgifter til behandling i andre EØS-land - krav til henvisning.....	9
4.4	Forslag til endringer i lov og forskrift .....	10
5	Økonomiske og administrative konsekvenser .....	10
6	Forlag til lov- og forskriftsendringer.....	11
6.1	Forslag til lovendring.....	11
6.2	Forslag til forskriftsendring .....	12

# 1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag om nødvendige lov- og forskriftsendringer for å avvikle kravet om henvisning for å få stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut med kommunal driftsavtale. Forslaget er en oppfølging av Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjenesten - nærhet og helhet. Det vises også til Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 i Prop.1 S (2016-2017) del III hvor tiltaket er omtalt.

Departementet foreslår å endre lov av 28. februar 1997 nr 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5-8 og å endre forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. § 1 og § 2.

I kapittel 3 beskrives gjeldende rett, og i kapittel 4 redegjøres det nærmere for departementets vurdering og forslag. I kapittel 5 og 6 er henholdsvis de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene nærmere omtalt og forslagene til endret regelverk.

## 2 Nærmere om direkte tilgang

Formålet med forslaget er å forenkle tilgangen til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut og bidra til raskere oppstart av nødvendig behandling. Tiltaket vil bidra til å avlaste fastlegene på muskel- og skjelettområdet.

Begrepet direkte tilgang brukes om ulike rutiner i ulike land. Begrepet kan vise til at legen henviser til fysioterapeut, men at pasienten selv oppsøker fysioterapeuten, slik det har vært praktisert i Norge til nå. Betegnelsen brukes også om at legen har direkte tilgang til en fysioterapeut i sitt team. World Confederation for Physical Therapy (WCPT) definerer begrepet "direct access" (direkte tilgang) som at pasienten undersøkes, vurderes og behandles av fysioterapeuten uten henvisning fra fastlege eller annen henvisende instans. I dette høringsnotatet legges WCPTs definisjon til grunn.

Kravet om henvisning fra lege, fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi (heretter kalt manuellterapeut) og kiropraktor er en av flere forutsetninger for å få stønad til dekning av utgifter fra folketrygden. Kravet om henvisning har ikke sammenheng med et forsvarlig tjenestetilbud. Fysioterapeuter er omfattet av helsepersonelloven og er derigjennom forpliktet til å levere forsvarlige tjenester. I dag kan derfor alle oppsøke selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter uten henvisning.

Det er i dag primært fastlegen som henviser til fysioterapeut. Henvisende behandler må oppgi nøyaktig diagnose og resultatet av foretatte undersøkelser. Behandlingens hensikt bør angis klart i henvisningen. Det er fysioterapeuten selv som avgjør behandlingsform, behandlingstid og antall behandlinger på bakgrunn av opplysninger på henvisningen og egen vurdering av pasientens behov. Fysioterapeuten kan på bakgrunn av egen undersøkelse og vurdering endre behandlingsdiagnosen legen har satt. Fysioterapeuten foretar selv prioriteringer av pasienter i egen praksis, i noen grad i samarbeid med kommunen. For mange pasienter medfører dagens ordning et legebesøk som ikke gir merverdi for oppfølging/behandling. Det gir ekstra kostnader for både pasienten og folketrygden i form

av egenbetaling og stønad, og forsinket oppstart av behandling. Dagens ordning legger også beslag på fastlegeressurser som kunne vært benyttet til andre pasienter og oppgaver.

Ved innføring av primærkontaktrollen for kiropraktorer og manuellterapeuter i 2006 (Ot.prp. nr. 28 (2005-2006) om lov om endring i folketrygdloven og pasientrettighetsloven (regulering av behandling hos kiropraktor og manuellterapeut), opphørte kravet om henvisning fra lege for å få rett til trygderefusjon for disse behandlergruppene. Kiropraktorer og manuellterapeuter fikk også anledning til å sykemelde sin pasienter for muskel- og skjelettlidelser i inntil 8 uker (senere utvidet til 12 uker) og til å henvise til legespesialist og til fysikalsk behandling (annen fysioterapi). I tillegg fikk manuellterapeuter anledning til å rekvirere radiologiske undersøkelser etter samme vilkår som kiropraktorer. Forut for at ordningen ble innført ble det i 1999 iverksatt et forsøksprosjekt (henvisningsprosjektet) etterfulgt av en forsøksordning i tre fylker (2001-2003) i fylkene Vestfold, Nordland og Hordaland. Prosjektet ble evaluert av SINTEF-Unimed, som konkluderte med at prosjektet var vellykket. Ventetid på behandling gikk ned og bortfall av kravet om henvisning innebar en innsparing i form av redusert egenandel og reduserte refusjoner fra folketrygden på grunn av raskere oppstart av behandling. Evalueringen viste også at manuellterapeuter sykmeldte færre pasienter og henviste færre til radiologiske undersøkelser enn fastlegen for samme pasientgruppe. Dette har bidratt til en riktigere prioritering og reduksjon i ventetid for den enkelte og til tjenestene generelt.

I dag praktiseres ikke krav om henvisning fra lege eller annen instans for behandling hos fastlønnede fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fastlønte fysioterapeuter arbeider på helsestasjon, i barnehage/skole, i pasientens hjem, frisklivs-sentral, kommunalt lærings- og mestringssenter, i sykehjem, kommunalt rehabiliteringssenter eller annen kommunal virksomhet. Mange henvisninger til fastlønte fysioterapeuter kommer fra bestillerkontor, helsesøster, hjemmetjenester og andre, og ofte i form av muntlige henvendelser. Dette forhindrer ikke at fysioterapeuten iverksetter behandling. Det er heller ikke krav om henvisning for å oppsøke fysioterapeut uten avtale med kommunen, men i slike tilfeller utløses ikke refusjon fra folketrygden for behandlingen.

### **3 Gjeldende rett**

#### **3.1 Folketrygdloven og krav til henvisning for rett til stønad dekning av utgifter til fysioterapi**

Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfallkapittel. I folketrygdloven kapittel 5 er det bestemmelser knyttet til stønad ved helsetjenester. Formålet med bestemmelsene i kapitlet er å gi hel eller delvis kompensasjon for medlemmers nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd. § 5-8 omhandler stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut. Helse- og omsorgsdepartementet har i medhold av § 5-8 femte ledd gitt forskrift om stønad til dekning av utgifter i medhold av bestemmelsen.

Av § 5-8 andre og tredje ledd er det stilt vilkår for stønad etter bestemmelsen. For det første er det en forutsetning for stønad i medhold av bestemmelsen at fysioterapeuten har kommunal driftsavtale. Videre er det en forutsetning at behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne. I tillegg er det et vilkår for rett til stønad at medlemmet er henvist fra lege, kiropraktor eller fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi. Det er ikke et krav om henvisning for stønad til behandling hos fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi, jf. § 5-8 tredje ledd 2. punktum.

I forskrift 22. juni 2016 nr. 770 om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. er kravet om henvisning presisert i § 1 første ledd, I forskriften § 2 er det listet opp en rekke krav til henvisningens innhold. Det følger av bestemmelsens første ledd at henvisende behandler må oppgi nøyaktig diagnose og resultatet av foretatte undersøkelser. Behandlingens hensikt bør angis klart i henvisningen.

Det er det enkelte medlem som har rett på stønad til helsetjenester omfattet av folketrygdlovens kapittel 5, jf. § 22-1. De fleste behandlere har inngått avtale om direkte oppgjør med Helfo. Behandler kan da ikke kreve pasienten for den delen av honoraret som folketrygden dekker.

I medhold av folketrygdloven § 5-24 a. Stønad til helsetjenester i et annet EØS-land ytes det stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som medlem av folketrygden har hatt i et annet EØS-land. Stønaden ytes etter regler fastsatt av departementet i forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. I forskriften § 5. Henvisning, resept og rekvisisjon står det følgene i første ledd:

*"Når henvisning fra helsepersonell er et vilkår for rett til stønad til dekning av utgifter til helsetjenester i Norge eller rett til å motta helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge, gjelder vilkåret tilsvarende for stønad til helsehjelp mottatt i et annet EØS-land."*

### **3.2 Helsepersonelloven – krav til forsvarlighet og forsvarlig ressursbruk**

Formålet med helsepersonelloven følger av lovens § 1. Her fremgår det at formålet med loven "er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten". I forbindelse med en oppheving av kravet om henvisning er særlig kravet til faglig forsvarlighet og ansvarlig ressursbruk sentralt. Kravene følger henholdsvis av §§ 4 og 6. I § 4 andre ledd første punktum står det "Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig". I § 6 står det: "Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift".

## 4 Departementets vurderinger og forslag

### 4.1 Innledning

Akutte muskel- og skjelettlidelser er en viktig grunn til smerter, funksjonsnedsettelse og helseplager. For mange fører dette til sykmeldinger. Pasienter kan i mange land gå direkte til fysioterapeut uten legehenviing. En avvikling av henvisningskravet som vilkår for å få rett til stønad etter folketrygdloven vil gi et mer tilgjengelig tjenestetilbud. I tillegg vil tiltaket gi en mer effektiv bruk av samlede ressurser og avlaste fastlegene som rapporterer at de er overbelastet av oppgaver. Tiltaket er i samsvar med regjeringens mål om å forenkle og avbyråkratisere etablerte ordninger.

### 4.2 Argumenter for og mot forslaget

En innvending mot forslaget har vært at det gir økt risiko for at alvorlig sykdom overses når pasienten ikke først undersøkes hos lege. Dette fordi fysioterapeuter har sin primærkompetanse på muskel- og skjelettsykdommer og dermed ikke har tilstrekkelig kompetanse til å tolke symptomer på alle former for sykdommer, slik legene har. Det hevdes at det kan gi en økt risiko for dårligere behandlingsutfall og større ubehag for pasienten. Et motargument er at det ikke er krav om henvisning fra lege til fastlønte fysioterapeuter eller fysioterapeuter uten driftsavtale med kommunen. Det er liten grunn til å tro at fysioterapeuter med driftsavtale er mindre skikket til å ta imot pasienten direkte enn sine kolleger i andre ansettelsesforhold. Fysioterapeuter blir i sin grunnutdanning opplært til å undersøke, vurdere, diagnostisere, behandle og til å være førstekontakt uten henvisning fra lege eller annet helsepersonell. Som for annet helsepersonell er det etter helsepersonelloven § 4 et krav om faglig forsvarlig virksomhet og at fysioterapeuten må henvise videre når de selv ikke har tilstrekkelig kompetanse.

Det kan hevdes at direkte tilgang til fysioterapeut vil medføre større press på fysioterapitjenesten i kommunen og dermed press på kommunene for øke kapasiteten. Det kan ikke utelukkes at dette vil skje, selv om dette ikke støttes av erfaringer fra andre land. I Skottland er det sett på effekt av direkte tilgang til fysioterapeut på kostnader for det skotske systemet for offentlig finansiering av helsetjenester, NHS (Lesley K. et.al. 2006). Erfaringene viser at personer som oppsøker fysioterapeut direkte ikke er en ny pasientgruppe, men personer som sannsynligvis ville blitt henvist av egen lege. Det sees ikke en generell økning i antall pasienter som oppsøker fysioterapeut, bortsett fra i enkelte undergrupper hvor det har vært underdimensjonering av tilbudet fra tidligere. Personer som oppsøker fysioterapeut direkte blir i mindre grad viderehenvist til bildediagnostikk, bruker mindre reseptbelagte medisiner og har færre besøk hos sin behandlende lege. Oppsummert gir dette besparelser i oppgavebyrde og utgifter til allmennlege, spesialistvurderinger, radiologi og legemidler. Totalt sett beregnes dette til en årlig besparelse for det skotske NHS i størrelsesorden £2 millioner. Så langt Helse- og omsorgsdepartementet kjenner til er fysioterapi som ytes gjennom NHS uten eller tilnærmet uten egenandel for pasienten. I tillegg har Skottland, som Norge, privatpraktiserende fysioterapeuter hvor pasienten betaler hele beløpet for behandling selv.

Parallelt med at direkte tilgang innføres, vil det være nødvendig at kommunene har dialog med avtalefysioterapeutene i sin kommune om prioriteringer. God kommunal styring er viktig for å legge til rette for at fysioterapeuten prioriterer de pasienter med størst behov og skille mellom pasienter som kan vente, ikke trenger fysioterapi og de som vil ha stor nytte av behandling med kort ventetid.

Departementet arbeider med å utarbeide en forskrift som skal regulere virksomheten til avtalefysioterapeutene, herunder fastsette kvalitets- og funksjonskrav til denne. Formålet med en slik forskrift er å gi kommunen et verktøy til å styre fysioterapitjenesten i retning av kommunens behov. Direkte tilgang til fysioterapeut må sees i sammenheng med dette tiltaket. Forskriftsutkast planlegges sendt på høring våren 2017. De to tiltakene skal innføres samtidig.

Det er i dag lang ventetid hos de fleste avtalefysioterapeuter, og det legges til grunn at aktuell tilgjengelig kapasitet er fullt utnyttet. Antall årsverk for avtalefysioterapeuter har ifølge SSB (KOSTRA) kun økt med ca. 600 siden driftstilskuddsordningen ble innført i 1984 og frem til 31.12.2015. Dette er 22 pst. over 31 år. Det er liten grunn til å tro at kommunene vil øke antall driftsavtaler som følge av at kravet om henvisning fjernes. Det er kun gjennom et økt volum i tjenesten at kostnadene kan øke. At flere pasienter blir behandlet innenfor gjeldende kapasitet fordi de kommer tidligere til behandling og antallet behandlinger derfor blir færre, vil være et ønsket resultat.

Erfaringene med direkte tilgang fra andre land er positive. I dag har blant annet Sverige, Finland, Storbritannia, Australia og USA innført direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege. I en litteraturstudie publisert i American Physical Therapy Association (2014) som inkluderer 8 studier (RCT) som sammenlignet resultat av direkte tilgang til fysioterapeut med kontrollgruppe med henvisning fra lege, konkluderes det med:

- Pasientene var mer fornøyde
- Bedre behandlingsresultater (måloppnåelse)
- Antall fysioterapibehandlinger gikk signifikant ned
- Signifikant mindre medisinbruk
- Færre bildehenvisninger
- Reduserte utgifter til fysioterapi – rimeligere tjenester for pasientene
- Ingen økning i antall bivirkninger. Ingen rapporterte bivirkninger i noen av gruppene.

Studien viste også at fysioterapeuter ikke overser alvorlig sykdom. Derimot viste studien eksempler på at fysioterapeuter oppdaget alvorlig sykdom hos enkelte pasienter.

Ved innføring av ordningen med direkte tilgang ser departementet det som viktig med god samhandling mellom avtalefysioterapeutene og fastlegene. Det ble i honorartariffforhandlingene våren 2016 gitt delvis kompensasjon til fysioterapeutene for kostnadene forbundet med oppkopling til Norsk Helsenett. Dette muliggjør elektronisk samhandling mellom fysioterapeut og pasientens fastlege eller andre samarbeidende instanser. Det er viktig at fysioterapitjenesten inngår i det tverrfaglige samarbeidet med andre kommunale

helse- og omsorgstjenester. Samhandling og koordinering av tiltak med andre sektorer er nødvendig. Elektronisk samhandling vil forenkle et slikt samarbeid.

I forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling § 2 står det følgende:

*Etter samtykke fra medlemmet skal fysioterapeuten oversende epikrise til henvisende behandler etter avsluttet behandling.*

En avvikling av kravet om henvisning for å få stønad fra folketrygden vil gjøre denne bestemmelsen mindre egnet til å sørge for informasjonsutveksling mellom fastlegen og fysioterapeuter. Det vil likevel ofte være nødvendig, og alltid ønskelig, at fysioterapeuten sender epikrise til pasientens fastlege og evt. annen henvisende behandler. Forsvarlighetskravet tilsier at fysioterapeuten skal sende epikrise til pasientens fastlege. Departementet vil se nærmere på dette forholdet i forbindelse med utarbeidelse av forskrift som skal regulere avtalefysioterapeutenes virksomhet inklusiv kvalitets- og funksjonskrav.

I Helse- og omsorgsdepartementets spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten (rapport 23.2.2009 gjennomført av Agenda) var hovedtyngden av pasienter som ble behandlet av avtalefysioterapeuter pasienter mellom 20-67 år, altså den yrkesaktive delen av befolkningen.

I den skotske undersøkelsen referert over var det ingen forskjell i alder eller kjønn mellom gruppene som ble henvist eller selv oppsøkte fysioterapeut. Man ser at pasienter med nakkeplager oftere ble henvist av lege, mens pasienter med ryggplager oftere oppsøkte fysioterapeut direkte. Det er ingen forskjell mellom gruppene i gjennomsnittlig smerteintensitet, og ingen forskjell i resultat av oppfølging. En tidligere nasjonal pilot fra Skottland viste at personer som oppsøkte fysioterapeut direkte hadde færre fraværsdager fra jobb relatert til diagnose, i tillegg til færre kontakter med andre instanser i helsevesenet.

Mye kan tyde på at pasienter som er kronisk syke og har flere sykdommer og hyppig besøk hos fastlegen ikke vil oppsøke fysioterapeut direkte. Det må understrekes at det fortsatt vil være mulig å få henvisning fra fastlegen med flere for å få utløst refusjon fra folketrygden. Dette er imidlertid ikke lenger et vilkår ved innføring av ordningen.

Korsrygg- og nakkesmerter er blant de viktigste årsakene til helsetap i befolkningen (FHIs sykdomsbyrderapport 2016). I mange av disse tilfellene blir pasienten sykmeldt. I 2015 utgjorde denne typen lidelser om lag 35 prosent av alt legemeldt sykefravær. Fysioterapeuter har en god faglig forutsetning for å undersøke og behandle denne pasientgruppen. Mange pasienter vil profittere på aktivitet og tilpasset treningstilbud fremfor sykmelding. Ved raskere tilgang til fysioterapi kan nødvendige tiltak iverksettes raskere.

Direkte tilgang til manuellterapeut har som tidligere nevnt vært innført i 2006. Norsk Manuellterapeutforbund har ved en rekke anledninger hevdet at ordningen ikke i tilstrekkelig grad er kjent i befolkningen. Derfor kommer fortsatt mange pasienter med henvisning fra fastlegen noe som kan indikere et unødvendig legebesøk. Ved innføring av ordningen for all fysioterapibehandling med vilkår om tilknytningsform til kommunen, vil ordningen bli lettere å implementere.



I høringsnotat av 17. juni 2016 foreslås det endringer i regelverket for å legge til rette for å automatisere egenandelstak 2. Det foreslås at dette skal skje fra 1. januar 2017.

### **4.3 Særlig om stønad til dekning av utgifter til behandling i andre EØS-land - krav til henvisning**

Som det fremgår av gjeldende rett over (kap. 3) kan medlemmer av folketrygden, på nærmere vilkår, få stønad til dekning av utgifter til fysioterapi i andre EØS-land. Ordningen ble innført gjennom Ot.prp. nr. 92 (2008-2009), og nærmere spesifisert i forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land.

Stønadsordningen ble etablert fra 1. januar 2011 for å dekke utgifter pasienter har hatt til helsehjelp i andre land i EØS-området. Det ble blant annet argumentert med at ordningen ville gi pasienter økt valgfrihet med hensyn til om de vil motta helsehjelpen i Norge eller i andre EØS-land. I proposisjonen foreslo departementet som et utgangspunkt at vilkårene for stønad til behandling i andre EØS-land skulle være de samme som gjelder for tilsvarende behandling i Norge med utgiftsdekning fra det offentlige. I drøftingen av henvisningskravet uttalte departementet blant annet: *"Det er et sentralt utgangspunkt både i EF- og EFTA-domstolens praksis og i Kommisjonens direktivforslag at man kan stille samme vilkår som gjelder for å få tilsvarende helsehjelp i hjemlandet"*.

Når nå departementet foreslår å oppheve kravet for stønad til dekning av utgifter til behandling hos fysioterapi i Norge, vil tilsvarende måtte gjelde knyttet til refusjon av tilsvarende helsehjelp i andre EØS-land. Samtidig reiser en oppheving av kravet om henvisning for å få stønad til dekning av utgifter til fysioterapi noen særskilte problemstillinger knyttet til behandling mottatt i andre EØS-land. Saksbehandlingen og kontrollrutinene i Helfo er annerledes og muligheten for å følge opp den enkelte behandler er dårligere. Det er også mer krevende for Helfo å få ytterligere dokumentasjon i stønads-sakene. Mange av de utfordringene ligger der i dag, og uten at det antas å være et større misbruk av trygdeytelser knyttet til dette området enn andre stønadsområder. Risikoen er uansett ikke så stor at det er aktuelt å legge bort forslaget om å fjerne kravet til henvisning for behandling i Norge. Helfo er kjent med hvilke utfordringer stønadsområdet har, og dersom rammevilkårene endres vil det måtte foretas en fornyet risikovurdering og eventuelt iverksettes nye kontrollrutiner med henblikk på å redusere risikoen.

Sammenlignet med stønad til dekning av utgifter til fysioterapi i Norge er denne stønadsordningen liten. Dersom forslaget om å fjerne sykdomslisten i fysioterapiordningen gjennomføres vil det trolig bli enda færre som benytter seg av denne muligheten fremover.

Departementet understreker at det fortsatt vil være et krav om at mottatt behandling er nødvendig og medlemmet bærer selv risikoen for at mottatt behandling er stønadsberettiget. Stønad etter denne bestemmelsen betales ut etterskuddsvis i medhold av fremsatte refusjonskrav.

#### **4.4 Forslag til endringer i lov og forskrift**

På bakgrunn av ovennevnte foreslår departementet endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5-8. Fysioterapi. Se kap. 6.1 under. Videre foreslår departementet endringer i forskrift 22. juni 2016 nr. 770 om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. Som en følge av at kravet om henvisning foreslås opphevet foreslår departementet enkelte redaksjonelle endringer i forskriften. Blant annet foreslår departementet å flytte definisjonen av manuellterapeut ut av forskriften § 1 til merknad A4. Dette er en teknisk endring og har ingen rettslig betydning. Se kap. 6.2 for forslag til endringer i stønadsforskriften.

På bakgrunn av den systematikken som er valgt knyttet til de formelle kravene som gjelder stønad til dekning av utgifter i andre EØS-land blir det ikke behov for å endre regelverket for denne stønadsordningen. Når aktuelle lov og forskriftsendringer trer i kraft blir det behov for å legge om saksbehandlingsrutiner i Helfo knyttet til krav om stønad til dekning av utgifter til behandling i andre EØS-land.

### **5 Økonomiske og administrative konsekvenser**

Totalt sett er kapasiteten til avtalefysioterapeutene fullt utnyttet i dag. Selv om det å oppheve henvisningskravet skulle føre til større pågang til fysioterapeutene, er det derfor ikke grunn til å tro at dette vil resultere i økt antall behandlinger. Over lang tid har fysioterapeutene hatt mulighet til å øke behandlingsvolumet i egen praksis om ønskelig. Fysioterapeutene arbeider i henhold til din driftsavtale eller utover denne. Å avvikle henvisningskravet endrer ikke på dette. Det er heller ikke grunn til å tro at kommunene vil opprette flere driftsavtaler for fysioterapeuter på grunn av direkte tilgang. Som nevnt er det press på tjenesten med ventelister allerede i dag, og både fysioterapeuter og pasienter har ønsket å øke volumet i tjenesten.

Det kan argumenteres for at det er en terskel å skaffe seg henvisning fordi man må oppsøke lege og at det resulterer i færre pasienter til fysioterapeutene. Hvis så er tilfelle, kan tilstanden forverre seg og pasientene får et lengre sykdoms og behandlingsforløp. Det er fordyrende og til ulempe både for samfunnet og pasienten. På en annen side kan denne terskelen hindre at pasienter med lavest behov oppsøker behandling og på den måten bidra til bedre utnyttelse i tjenesten.

Fysioterapeutens faglige vurdering, at det i dag er en begrenset og fullt utnyttet kapasitet hos avtalefysioterapeutene, og at pasientene kan få raskere behandling tilsier at det ikke blir større utgifter for folketrygden ved å innføre direkte tilgang til fysioterapeuter med driftsavtale. Direkte tilgang kan, sammen med å avvikle sykdomslisten, føre til at fysioterapeutene kommer til å prioritere tydeligere når de tar inn nye pasienter. Det vil være en ønsket effekt av disse tiltakene.

Bortfall av krav om henvisning vil føre til frigjort tid hos fastlegene og andre henvisende instanser og mindre utgifter for folketrygden og pasientene. Frigjort tid hos legene kan benyttes til andre pasienter og oppgaver.

Det er om lag 450 000 pasienter som får fysioterapibehandling årlig hos avtalefysioterapeuter. Om lag 15 pst. av disse blir behandlet hos manuellterapeuter som har fri tilgang i dag. Det er da om lag 382 000 pasienter som trenger henvisning til fysioterapeut. Henvisninger fra fastlegene gis både i konsultasjoner og i forbindelse med "enkel pasientkontakt". Vi anslår at det blir om lag 23 000 færre konsultasjoner og om lag 115 000 færre "enkle pasientkontakter" hos fastlegene ved direkte tilgang til fysioterapeut.

Ved færre konsultasjoner og redusert egenbetaling for pasientene vil det bli reduserte utgifter på egenandelstak 1 – ordningen. 65 pst. av besparelsen ved færre betalte egenandeler vil komme på egenandelstak 1 – ordningen og 35 pst. på pasientene.

Ut fra disse forutsetningene vil direkte tilgang til avtalefysioterapeuter frigjøre tid hos fastlegene ved færre konsultasjoner og enkle pasientkontakter. Dette representerer om lag 8 mill. kroner i sparte refusjoner fra folketrygden for konsultasjonene og mindre refusjon av egenandeler. Pasientene sparer omlag 4 mill. kroner i færre betalte egenandeler

I tillegg kommer besparelser ved at enkelte pasienter blir sykmeldt av fastlegen og i tillegg må vente på å få time hos fysioterapeut. Dersom pasienten går direkte til fysioterapeut kortes ventetiden noe ned og pasienten kan komme i gang med behandling raskere og ofte unngå eller få kortere sykmeldingsperiode.

Det er ikke grunn til å tro at å oppheve henvisningskravet vil påvirke antallet søknader eller de totale utbetalingene til stønadskrav for behandling mottatt i et annet EØS-land. Følgelig vil hverken kommunene, som betaler for denne behandlingen, eller staten måtte bruke mer penger for å dekke utgifter for fysioterapi mottatt i et annet EØS-land.

## **6 Forlag til lov- og forskriftsendringer**

### **6.1 Forslag til lovendring**

I lov 28. februar 1997 nr 19 om folketrygd (folketrygdloven) gjøres følgende endringer:

#### I

§ 5-8 skal lyde:

§ 5-8. Fysioterapi

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut. Behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne.

Stønad til fysioterapi ytes bare dersom fysioterapeuten har avtale om driftstilskott med kommunen, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester<sup>1</sup> § 3-1 femte ledd.

Stønaden ytes etter fastsatte satser.

Departementet gir forskrifter om stønad etter denne paragrafen, herunder om tilskott til fellestiltak for fysioterapeuter, og kan i forskrift gjøre unntak som utvider kretsen av fysioterapeuter etter annet ledd.

## II

Loven trer i kraft fra det tidspunktet Kongen bestemmer.

## 6.2 Forslag til forskriftsendring

Forskrift om endring av forskrift 22. juni 2016 nr. 770 om dekning av utgifter til fysioterapi m.m.

## I

§ 1 skal lyde:

§ 1. Det ytes stønad til fysioterapi ved sykdom, skade eller lyte, og behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne.

§2 skal lyde:

§ 2. Fysioterapeuten avgjør behandlingsform, behandlingstid og antall behandlinger på bakgrunn av tilgjengelig informasjon og egen vurdering av pasientens behov. Fysioterapeuten er ansvarlig for at iverksatt behandling er forsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4.

Ved henvisning til fysioterapi må henvisende behandler oppgi nøyaktig diagnose og resultatet av foretatte undersøkelser. Behandlingens hensikt bør angis klart i henvisningen.

Etter samtykke fra medlemmet skal fysioterapeuten oversende epikrise til henvisende behandler etter avsluttet behandling og ved behov til medlemmets fastlege.

Merknad A4 skal lyde:

Merknad A4

Det er et vilkår for rett til stønad at behandlingen utføres av fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi (manuellterapeut). Med manuellterapeut menes fysioterapeut som:

- a. har bestått eksamen i klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter ved norsk universitet eller tilsvarende utdanning eller
- b. har godkjenning for bruk av takst A8 Manuellterapi i denne forskriften og har bestått eksamen i differensialdiagnostikk, laboratorieanalyser og utdanning i radiologi tilsvarende norsk masterutdanning, og i tillegg har gjennomgått opplæring i trygdefaglige emner m.v., 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 taksten i forbindelse med veiledet praksis som er nødvendig for å få godkjent utdanningen.

Fysioterapeut som ikke fyller vilkårene i første ledd, men som kunne benytte takst A8 per 1. juli 2015, kan benytte taksten til og med 31. desember 2017. Fra og med 1. januar 2018 må vilkårene i første ledd være oppfylt for å kunne utløse taksten.

Takst A1h skal lyde:

Takst	Tekst	Hon.	Ref.	Egen.	Merk,	Rep.
A1h	Tillegg for undersøkelse hos manuellterapeut, jf. § 1  Ugyldig takstkombinasjon: Alle unntatt A1d, A1f, A1g, D40, F1, F21, F22, F23, G	64	64	0	A4	0

## II

Forskriften trer i kraft fra det tidspunktet departementet bestemmer.