

Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene

**Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av
Helse- og omsorgsdepartementet**

1. oktober 2007

INNHold

1. MANDAT OG GRUPPENS SAMMENSETNING	3
2. DAGENS RAMMEVILKÅR - VIKTIGE UTVIKLINGSTREKK.....	5
2.1. SENTRALE TREKK I SISTE ÅRS UTVIKLING	5
2.2. UTGIFTSUTVIKLING	8
2.3. LOVGRUNNLAG	10
2.4. AVTALEVERK OG AVTALEPOLITIKK	11
3. TIDLIGERE UTREDNINGER	14
4. STYRINGSUTFORDRINGER.....	16
STATENS PERSPEKTIV	16
4.1.....	16
4.2. KOMMUNENES PERSPEKTIV	17
4.3. BRUKERNES PERSPEKTIV	19
4.4. AVTALEFYSIOTERAPEUTENES PERSPEKTIV	19
5. ULIKE FINANSIERINGSMODELLER FOR FYSIOTERAPITJENESTEN I KOMMUNENE.....	22
5.1. SAMLET PRESENTASJON.....	22
5.2. VIDEREUTVIKLING AV DAGENS MODELL – ALTERNATIV 1	23
5.3. RISIKODELINGSMODELLER – ALTERNATIV 2.....	25
5.4. STATLIG RAMMEFINANSIERING – ALTERNATIV 3	28
6. FASTLØNNSTILSKUDD FRA STATEN	30
6.1. FORTSATT FASTLØNNSTILSKUDD.....	32
6.2. FASTLØNNSTILSKUDET INNLEMMES I RAMMETILSKUDET TIL KOMMUNENE	32
7. JURIDISKE KONSEKVENSER M.M.....	33
7.1. VIDEREFØRING AV DAGENS MODELL	33
7.2. RISIKODELINGSMODELLER	34
7.3. RAMMEMODELLER	35
8. ØKONOMISKE KONSEKVENSER OG EGENANDELSOPPLEGG	35
8.1. DAGENS FORSKJELLER.....	36
8.2. ØKONOMISKE VIRKNINGER AV EN OMLEGGING	41
8.3. EGENBETALING	46
9. ARBEIDSGRUPPENS VURDERINGER.....	48
10. REFERANSER	57
VEDLEGG:	59

1. MANDAT OG GRUPPENS SAMMENSETNING

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har sett behov for en gjennomgang av finansieringen av fysioterapitjenesten i kommunene. HOD omtalte dette i statsbudsjettet for 2007 – St.prp.nr.1 (2006-2007). Deretter ble det satt ned en arbeidsgruppe i februar 2007 med deltakere fra HOD, Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID), Kommunal- og regionaldepartementet (KRD) og Finansdepartementet (FIN), KS, Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV), Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) og Norsk Fysioterapeutforbund (NFF). Sekretariat ble forankret i HOD.

Arbeidsgruppens representanter har vært:

Cecilie Mo Batalden, HOD, arbeidsgruppen leder

Elin Marlen Hollfjord, HOD, sekretær

Kristin Gjellestad, HOD, sekretær

Kari Rød, HOD

Karl-Georg Øhrn, FIN

Roger Nordhagen, AID

Terje Falch, KRD

Øyvind Sæbø, SHdir

Bjarne Haslund, KS

Anne Tøndevold, KS

Helga Rudjord, NAV

Elin Engeseth, NFF

Kjersti Hatlestad, NFF

Arbeidsgruppen fikk følgende mandat:

”Arbeidsgruppen skal utrede økt finansieringsansvar til kommunene når det gjelder fysioterapitjenester, samt utrede endringer i finansieringen av fysioterapitjenesten i forhold til formålet med tjenesten og dens funksjon i kommunehelsetjenesten.

Arbeidsgruppen skal utrede ulike alternativer for økt finansieringsansvar, hvorav en modell skal være basert på en delvis overføring av statens andel av finansiering av fysioterapitjenesten til kommunene, en annen modell basert på en full overføring. Følgende to modeller må vurderes, men også andre modeller kan drøftes:

Videreutvikling av dagens modell: Større grad av kommunal finansiering av fysioterapitjenesten gjennom en modell hvor driftstilskuddsandelen økes, samtidig som takstandelen reduseres. Modellen skal utarbeides innenfor en provenytnøytral ramme.

Kommunemodell: Statens andel av finansieringen av fysioterapitjenester utført av privatpraktiserende fysioterapeuter overføres i sin helhet fra staten til kommunene,

slik at kommunene pålegges hele finansieringsansvaret. Modellen må skissere ulike løsninger for hvilke betalingsordninger som skal gjelde for yrkesutøverne, hvorav minst ett alternativ skal baseres på en videreføring av dagens betalingsordning med driftstilskudd og aktivitetsbaserte honorartakster. I tilknytning til denne modellen bør det utredes et alternativ med statlig risikodeling med referanse til for eksempel finansieringsmodellen for lab/røntgen og poliklinikk.

De ulike modellene skal i utgangspunktet baseres på et egenbetalingssystem som gir uendret samlet egenbetaling for brukerne. Det vises til at det parallelt pågår et utredningsarbeid i regi av Arbeids- og velferdsetaten hvor egenandels- og frikortordningene gjennomgås. Rapport fra dette arbeidet skal foreligge innen 1. mai 2007.

Arbeidsgruppen skal utrede de juridiske, økonomiske og administrative, herunder de forhandlingstekniske og kontrollmessige konsekvensene av å overføre hele eller deler av statens finansieringsansvar for fysioterapitjenesten til kommunene. Dette innebærer blant annet å belyse fordelingsmessige konsekvenser, se på administrasjon av et takstsystem, avlønningsmodell for fysioterapeutene, regningskontroll, utbetalingsrutiner samt fastsetting av egenandeler.

Arbeidsgruppen skal utarbeide en rapport. Frist for arbeidet settes til 1. juli 2007.

Det har vært holdt 7 møter. Representantene i arbeidsgruppen har bidratt i rapporten med skriftlige innspill. Gruppen har sett det som hensiktsmessig at frist for avlevering av rapport ble noe forlenget.

2. DAGENS RAMMEVILKÅR - VIKTIGE UTVIKLINGSTREKK

Fysioterapitjenesten i kommunen består av to grupper:

- Fysioterapeuter i fast stilling i kommunen
- Privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen (avtalefysioterapeuter)

I tillegg arbeider en gruppe fysioterapeuter helt uten offentlig finansiering (avtaleløse fysioterapeuter). Pasienten betaler tjenesten full ut.

Fysioterapitjenesten i kommunene finansieres i dag på følgende måte:

- Kommunenes driftstilskudd til privatpraktiserende avtalefysioterapeuter
- Statlige refusjoner som utbetales direkte til privatpraktiserende fysioterapeuter
- Egenbetaling fra pasienter
- Kommunenes avlønning av fastlønte fysioterapeuter

Finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten har mange likhetstrekk med finansieringsordningen for allmennleger, privatpraktiserende spesialister og psykologer. Slik finansiering har stort innslag av aktivitetsbasert finansiering.

Fra 1. januar 1993 ble det innført begrensninger i adgangen til å praktisere for trygdens regning. Med unntak for yrkesutøvere som allerede hadde etablert praksis, ble det fra dette tidspunkt ikke lenger godtgjort for utgifter til behandling hos fysioterapeuter som hadde etablert praksis uten driftsavtale etter 10. oktober 1992, jf. Ot.prp. nr. 6 (1992-1993) (1).

Ved behandling av Ot.prp. nr 47 (1996-1997) "Ny avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell" (2), vedtok Stortinget å avvikle refusjonsretten fra 1. juli 1998 også for de behandlere som hadde etablert praksis uten avtale før 10. oktober 1992 (med unntak for eldre utøvere). Denne innebar at retten til trygderefusjon ble fjernet for fysioterapeuter uten driftsavtale. Det ble samtidig opprettet et øremerket tilskudd til kommuner som inngikk driftsavtaler med avtaleløse fysioterapeuter slik at disse skulle kunne fortsatt utløse trygderefusjon. Fra Stortingets side var det uttrykt en klar forventning om at alle fysioterapeuter som ønsket driftsavtale, skulle få dette. Tilskuddet utgjorde 80 prosent av driftstilskuddet og ble utbetalt til kommunene i fem år. Fra 2003 inngikk tilskuddet i rammeoverføringene til kommunene.

2.1. Sentrale trekk i siste års utvikling

Kommunen har ansvar for å opprette driftsavtaler med fysioterapeuter og utbetale driftstilskudd til disse. De fleste avtalefysioterapeutene får imidlertid størstedelen av inntektene sine fra statlige trygderefusjoner etter aktivitetsbaserte takster. I tillegg betaler pasienten en egenandel dersom pasienten ikke har krav på full refusjon av behandlingsutgifter på grunnlag av diagnose(diagnoselistepasienter), ved yrkesskade eller er under 12 år (3). Egenandel dekkes også dersom pasienten har nådd utgiftstaket innen egenandelstak-2 ordningen.

Statens andel av den samlede finansieringen:

Statens andel av den samlede finansieringen av fysioterapitjenesten har vært økende. Økningen samsvarer med økningen for helsetjenester for øvrig, jf. Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene, IS-1422 (4). Per 2007 finansieres ca 75 prosent av behandling utført hos avtalefysioterapeuter gjennom pasientens egenandeler og av staten gjennom trygdens refusjonsbestemmelser. Ved innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1984(5) ble det etablert et tredelt finansieringssystem for fysioterapeuter i privat praksis (avtalebasert fysioterapi). Fysioterapeutens inntekt var forutsatt å skulle bestå av 40 prosent driftstilskudd fra kommunen, ca 20 prosent refusjon fra trygden og ca 40 prosent egenandeler fra pasienten.

Kommunens andel av finansieringen

Driftstilskuddets andel av avtalefysioterapeutens inntekt utgjorde i henhold til tabell 2 ca 27,9 prosent i 1998/1999 og ca 25,5 prosent i 2006/2007.

Refusjonsinntektene er regnskapstall, og egenandel/honorarinntekter fra takstbrukundersøkelsene (TBU) og er justert forholdmessig.

Fysioterapi						Endring i pst	Endring i pst
	1998/ 99	2003/ 04	2004/ 05	2005/ 06	2006/ 07	1998/99- 2006/07	2003/04- 2006/07
Refusjoner mill. kr, regnskap	660	1202	1236	1270	1320	100,0	9,8
Egenandeler mill. kr TBU	323	435	359	390	365	13,0	-16,1
Honorarinntekter i alt, mill. kr. TBU	983	1637	1595	1660	1685	71,4	2,9
- Endringer fra året før, pst		10,8	-2,6	4,1	1,5		
Driftstilskudd mill. kr	381	513	537	549	576	51,2	12,3
- Endring fra året før, pst		2,0	4,8	2,1	4,9		
Sum inntekter mill. kr	1364	2150	2132	2209	2261	65,8	5,2
- Endringer fra året før, pst		8,5	-0,8	3,6	2,4		
Driftsavtaleårsverk, SSB	2264	2495	2503	2531	2551	12,7	2,2
- Endringer fra året før, pst		1,2	0,3	1,1	0,8		
Driftstilskuddsandel, prosent	27,9	23,9	24,9	24,8	25,5		

Tabell 2: Fysioterapi-refusjoner, driftstilskudd, egenandeler 1998-2007

Endringer i arbeidstid utover avtalt tid og økende arbeid utover avtalt tid, vil bidra til å redusere driftstilskuddsandelen fordi inntektene av refusjoner og egenandeler da øker

Aktivitetsvekst og avtalehemler.

Fysioterapitjenesten har hatt en betydelig aktivitetsvekst de siste årene. I avtaleperioden 1998/1999 – 2003/2004 økte antall fysioterapeuter som mottok refusjon fra trygden med 15 prosent. Antall avtaleårsverk økte i samme periode med 9,5 prosent fra 2264 i 1998 til 2503 i 2004. Dette kan tyde på at det var en økning av

deltidshjemler i perioden samtidig som det ble utført et betydelig høyere antall behandlinger. Antall årsverk økte til 2531 i 2005 (+ 28) og til 2551 i 2006.

Mange kommuner deler opp hele avtalehjemler (oppsplitting) og utlyser disse ned til 1/5 (20 prosent avtalehjemmel) som utgjør 7,2 timer per uke. Fysioterapeutene har i mange tilfeller et arbeidsvolum som er utover den avtalte arbeidstid på 7,2 timer.

Konsekvensene ved en oppsplitting av avtalehjemler med et arbeidsvolum utover avtaletiden er:

- Inntektsgrunnlaget for private fysioterapeuter endres. Driftstilskuddet får mindre betydning enn før, mens trygdefusjonene fra staten utgjør stadig større andel av fysioterapeutenes inntekt
- Det offentliges budsjettstyring svekkes
- Statens utgifter øker
- Flere pasienter får tilbud om fysioterapi og ventelistene reduseres

Avtaleverkets innretning

Kommunen har styringsmulighet gjennom avtaleverket ASA- 4313 som er en rammeavtale inngått mellom fagforeningen NFF og KS (6). Staten er ikke part i disse forhandlingene. Avtalen er en sentral rammeavtale som er forutsatt supplert med en individuell avtale mellom den enkelte kommune og utøver. Nåværende avtale gjelder for 2006-2008. Oslo kommune har eget avtaleverk. (se omtale i kap. 2.4).

Kommunenes styring av fysioterapitjenesten

I avtaleverket gis det mulighet for å innhente dokumentasjon av fysioterapeutenes praksisprofil. En del kommuner benytter seg ikke av denne muligheten og vet derfor i liten grad hva den private fysioterapi praksis inneholder.

Antall fastlønte fysioterapeuter

I henhold til en kartlegging som ble gjennomført av Sosial- og helsedirektoratet på oppdrag fra HOD (IS-1422) er antall fastlønte fysioterapiårsverk redusert i perioden 2003-2005 fra 1401 til 1326 (4). Dette er stillinger som ble etablert for å særlig ivareta tilbudet til barn, funksjonshemmede og eldre inkl rehabiliteringsoppgaver og forebyggende oppgaver. For 2006 viser KOSTRA-tall en økning med 22 årsverk til 1348.

Omfang av skjermingsordning.

En stor andel brukere er skjermet fra å betale egenandel ved fysioterapitjenester. Disse har rett til dekning etter honorartakst. De senere årene har en stadig større andel av de totale refusjonsutgiftene vært relatert til honorartakst. I 2000 var ca. 55 prosent av refusjonsutgiftene relatert til honorartakst, men andelen i perioden 2004-2006 har ligget på ca. 80-85 prosent.

Pasienter som betaler egenandel er skjermet gjennom egenandelstak 2-ordningen (9). I 2006 ble det utbetalt ca. 100 mill. kroner i refusjon av egenandeler til fysioterapi for pasienter med frikort under tak 2-ordningen.

En arbeidsgruppe ledet av Arbeids- og velferdsdirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet vurdert skjermingsordningene på fysioterapiområdet. Det vises til rapporten "Betalingsordninger fysioterapi. Forslag til alternative skjermingsordninger". Se også pkt. 2.2.

Pasientstrømmer

Oppgavestrømmen til fysioterapi i kommunehelsetjenesten kan dels registreres via kommunens øvrige tjenesteapparat og dels som oppgaver fra henvisende instans som lege, kiropraktor, manuellterapeut og spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder henviste pasienter til avtalefysioterapi, har kommunen som oftest ikke ansvar for fordeling, administrasjon eller gjennomføring av behandling eller tiltak.

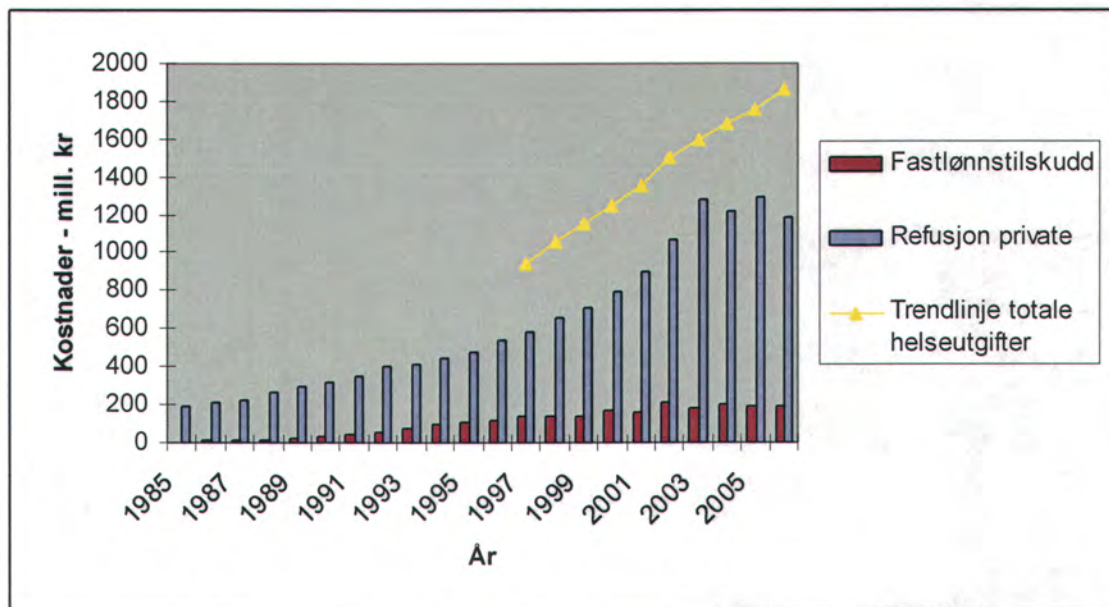
2.2. Utgiftsutvikling

Statens utgifter

I 1986 var de totale utgiftene til fysioterapi fra trygden 221 mill. kroner hvorav 213 mill. kroner var refusjoner og 8 mill. kroner til fastlønnstilskudd. Fra 1998 til 2005 har trygdens utgifter til fysioterapi i privat praksis økt med 98 prosent (fra 652 mill. kroner til 1288 mill. kroner (nominelle tall)).

Utviklingen de siste årene har vært spesiell. I 2006 var utgiftene ca. 1380 mill. kroner hvorav 1190 mill. kroner var refusjoner og 191 mill. kroner fastlønnstilskudd. Nedgangen i refusjonsutgiftene skyldes innføringen av "50-lappen" i perioden 1.1.2006-30.6.2006 (8). For gruppen avtalefysioterapi viser utgiftene i 2004 – 2006 en moderat økning i forhold til tidligere år, og for fastlønnstilskudd en reduksjon(7). For 2007 antas refusjonsutgiftene å utgjøre 1430 mill. kroner. Økningen i utgiftene til fysioterapi må ses i sammenheng med en generell vekst i etterspørselen etter helsetjenester (10). Dette er illustrert i figur 2.1 hvor trendlinjen viser den prosentvise utviklingen av kostnadene i helsenorge for øvrig.

De siste årene er flere pasienter innlemmet i diagnosegruppene, jf. omtalen under pkt. 2.1. om omfang av skjermingsordningen". I tillegg til pasienter på diagnoselisten, er barn under 12 år og yrkesskadde også fritatt fra å betale egenandel. Kostnadene til dekning av egenandeler har de senere årene blitt ca 700 mill. kroner, hvorav fritak på grunnlag av diagnoselisten utgjør majoriteten (ca 640 mill. kroner).



Figur 2.1: *Utvikling av kostnader for avtalefysioterapeuters statlige refusjoner (refusjoner og egenandeler) fra trygden samt utviklingen av kostnader fastlønnstilskudd fra 1985-2006.*

Kilde: NAV/ SSB

Kommunenes utgifter

Kommunenes utgifter til fysioterapitjenesten består av driftstilskudd til privatpraktiserende fysioterapeuter og lønn og driftsutgifter til fastlønte fysioterapeuter. Beregninger basert på årsverk i KOSTRA for 2006 viser at kommunene hadde ca 580 mill. kroner i utgifter til driftstilskudd til privat avtalefysioterapi (2551 årsverk) (11). Kommunene hadde ca 540 - 590 mill. i utgifter til fastlønte fysioterapeuter (1348 årsverk). Statlig fastlønnstilskudd utgjorde ca. 190 mill.kroner i 2006, slik at kommunenes utgifter til fastlønte fysioterapeuter etter dette utgjorde ca. 350-400 mill. kroner.

Det foreligger ikke sammenlignbare tall for hva kommunene har av utgifter for avtalefysioterapi og fastlønte fysioterapeuter. For perioden 1.7.2006 – 31.6.2007 utgjør en hel avtalehjemmel (36 timer per uke) 227 460 kroner. Beregningene for fastlønte fysioterapeuter er usikre, fordi det varierer hvilket lønnsnivå hver enkelt kommune har. Til grunn for beregningene ligger antall årsverk som også inneholder turnuskandidater og administrative årsverk. Et årsverk fastlønnstilling utgjør gjennomsnittlig ca. kr 400 000 for kommunene inklusiv sosiale utgifter og driftsutgifter knyttet til stillingen. Til fradrag kommer fastlønnstilskuddet som utgjorde kr 139 000 for 1/1 årsverk i samme periode.

2.3. Lovgrunnlag

Rammene for organisering og finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene, reguleres i hovedsak i kommunehelsetjenesteloven og folketrygdloven med tilhørende forskrifter.

2.3.1. *Kommunehelsetjenesteloven*

Kommunens helsetjeneste skal etter kommunehelsetjenesteloven blant annet fremme folkehelsen og forebygge, diagnostisere og behandle sykdom, skade eller lyte. Videre skal den omfatte medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. khl § 1-3 første ledd. For å løse disse oppgavene er kommunen pålagt å sørge for deltjenester, bl.a. fysioterapitjeneste, jf. khl. § 1-3 annet ledd (5).

Kommunen kan organisere fysioterapitjenesten ved å enten ansette fysioterapeuter i kommunale stillinger på fastlønn eller inngå avtaler om driftstilskudd (driftsavtale) med fysioterapeuter som driver privat virksomhet. Den kommunale fysioterapitjenesten yter både forebyggende virksomhet og kurativ virksomhet slik som behandling, habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon.

Hovedformålet med innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1984 var å styrke primærhelsetjenesten ved blant annet å prioritere forebyggende og rehabiliterende virksomhet iht. LEON-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå) samt å bedre den geografiske fordelingen (tilgjengeligheten) av helsepersonell. Reformen tok høyde for å knytte fysioterapeuter med ansvar for å behandle sykdom, skade eller lyte til kommunens øvrige helsetjenester. Pasientens rett til stønad til dekning av utgifter til fysioterapi som nødvendig helsehjelp i henhold til folketrygdloven, ble på denne måten knyttet opp til den nye kommunehelsetjenesteloven.

Systemet med kommunale driftsavtaler ble innført ved ikrafttredelse av kommunehelsetjenesteloven for å knytte private utøvere opp til det offentlige tilbudet. Det lå indirekte til grunn i reformen at den avtalte tiden i hovedsak skulle samsvare med arbeidstiden.

2.3.2. *Folketrygdloven*

Folketrygdlovens (ftl) formål er å gi innbyggerne økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved blant annet sykdom, skade eller uførhet (3).

Pasienter som behandles hos fysioterapeut med driftsavtale har krav på å få dekket behandlingsutgifter fra trygden iht. forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi (fysioterapiforskriften(13)) jf. folketrygdlovens § 5-8. Refusjon tilfaller fysioterapeuten dersom denne har inngått avtale om direkte oppgjør med trygden – jf. ftl. § 22-2. Fysioterapeuten kan ikke kreve betaling fra pasienten for den del av behandlingen trygden dekker. Så godt som alle fysioterapeuter med driftsavtale har

avtale om direkte oppgjør med trygden. Nærmere vilkår fremkommer videre i forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter.

Fysioterapeutens anledning til å utløse takster fra trygden er uavhengig av størrelse på driftsavtalen og eventuelt arbeid utover avtaletid. Fysioterapeutenes anledning til å utløse refusjon er knyttet opp til pasientens rett til stønad etter ftl. § 5-8.¹

Trygden yter i tillegg tilskudd til kommunene for fastlønnsstillinger for fysioterapeuter (fastlønnsstilskudd), jf. forskrift om fastlønnsstilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter til fysioterapitjenesten med hjemmel i ftl. § 5-21 (12).

2.4. Avtaleverk og avtalepolitikk

2.4.1. Sentralt avtaleverk

Det sentrale avtaleverket for fysioterapeuter med avtale om drift av privat praksis med kommunene består av følgende avtaler:

- Avtale mellom Staten/KS og Norsk Fysioterapeutforbund om driftstilskudd og takster for fysioterapeuter med avtale om drift av privat praksis med kommunen.
- Rammeavtalen mellom KS og NFF ASA-4313 (6)

Avtalen mellom staten/KS og Norsk Fysioterapeutforbund skal regulere det økonomiske oppgjøret mellom Staten og fysioterapeutene. Avtalen omfatter bestemmelser om forhandlingsordningen og forhandlingsgrunnlaget og fastsetter driftstilskudd og *honorartakstene* som er sum av refusjon og egenandel. Grunnlaget for forhandlingene er kostnads- og produktivitetsutviklingen og lønns- og inntektsutviklingen for sammenlignbare grupper, samt helsepolitiske mål og hensyn. Avtalen forhandles årlig gjennom de såkalte takstforhandlingene.

Det er honorartakstene og driftstilskuddet som er forhandlingsgjenstand. Refusjonstakstene fastsettes ensidig av staten og egenandelene utgjør differansen mellom de avtalte honorartakstene og de fastsatte refusjonstakstene. Takstene - honorartakster, refusjonsbeløp og egenandeler, fremkommer i Kap III i fysioterapiforskriften(13). Når en pasient har krav på det som benevnes full refusjon betyr dette dekning etter honorartakst.

Ved forskrift av 25. juni 2004 er det gitt unntak fra konkurranseloven blant annet for avtalen om driftstilskudd og takster for privatpraktiserende fysioterapeuter. Unntaket gjelder i fem år fra 25. juni 2004.

Rammeavtalen mellom KS og NFF (ASA-4313) regulerer forholdet mellom kommunene og avtalefysioterapeutene (6). Avtalen ble sist reforhandlet høsten 2006 og er gjeldende for perioden 2006-2008. NFF og KS startet i vinter opp med en ny større gjennomgang av ASA - 4313. Staten er invitert med på denne gjennomgangen. Bakgrunnen for rammeavtale mellom KS og NFF er at det ved forarbeidene til

¹ Pasienten har hatt rett til stønad for fysioterapi som nødvendig helsehjelp siden 1909, og med innføring av folketrygdloven ble denne rett til stønad (refusjon) videreført og videreutviklet.

kommunehelsetjenesteloven ble forutsatt at det ble fremforhandlet en sentral rammeavtale mellom Norske Fysioterapeuters Forbund (nå: Norsk Fysioterapeutforbund) og KS. Daværende fremforhandlede avtale er i prinsippet lik dagens ASA - 4313 "Avtale mellom KS og NFF om drift av privat praksis for fysioterapeuter". Avtalen er en sentral rammeavtale som er forutsatt supplert med en individuell avtale mellom den enkelte kommune og utøver. Den sentrale avtalen overstyrer den lokale.

I tillegg til sentrale avtaler har vi derfor også:

- Individuelle avtaler mellom de enkelte fysioterapeutene og de respektive kommunene (jf. ASA 4313 pkt 1.2).
- Selskapsavtaler: Avtaler med AS eller ansvarlig selskap og de respektive kommunene (jf. ASA 4313 pkt 1.3).

2.4.2. *Avtaleverk for Oslo kommune*

Oslo kommune har eget avtaleverk for privat fysioterapipraksis.

Etter vedtak i bystyret innførte Oslo kommune en byomfattende spesialistordning for fysioterapi i 1994. Ved reformen "ny avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell" i 1998 var det Oslo kommunes plan at ved innlemming av ca 60 nye fysioterapeuter i driftstilskuddsordningen skulle de sentrale avtaledokumentene for fysioterapitjenesten i Oslo reforhandles blant annet med henblikk på styrking av kommunenes styringsmuligheter. Forhandlingene med Norsk Fysioterapeutforbund førte derimot ikke frem og fysioterapeutene ble senere tilbudt avtaler etter bestemmelsene i den gamle overenskomsten så langt disse fortsatt var relevante og i tråd med daværende regelverk. Avtalemalen dannet så grunnlag for utviklingen av en ny mal som Oslo kommune innførte i 2005.

Oslo kommunes viktigste begrunnelser for sitt standpunkt i forhandlinger og for endringer som er gjort senere (jf brev av 15.05.07 fra Oslo kommune)

- de gamle overenskomstene ble opplevd som uklare på mange punkter og førte til en del uenighet vedrørende tolkning av ulike bestemmelser
- det bør ikke avtales i en kommunal avtale forhold som fra før er regulert i lov, forskrift eller statsavtale
- forhold der Oslo kommune ikke er part, eksempelvis hvordan fysioterapeuter deler utgifter i en praksis, kan ikke reguleres i en avtale med kommunen
- alle kommunens og fysioterapeutens avtalte plikter og rettigheter, må fremgå i den individuelle avtalen
- tildeling av avtalehjemler må skje i tråd med bestemmelsene i forvaltningsloven og kommunehelsetjenesteloven
- kommunen har ansvar for kommunehelsetjenesten og må ha tilstrekkelige, overordnede styringsmuligheter

- fysioterapeuter med driftstilskudd må kunne pålegges kommunale oppgaver i en rimelig utstrekning
- lokaler må være tilrettelagt for funksjonshemmede
- behandling i hjemmet når det av helsemessige årsaker er nødvendig, må inngå som en del av det generelle tilbudet hos en fysioterapeut med driftstilskuddsavtale
- kommunen må ha anledning til å prioritere bestemte pasientgrupper
- fysioterapeuter med avtale må ikke kunne kreve betaling uten motytelse av nye fysioterapeuter som får tildelt hjemmel og skal gå inn i samme praksis

Ovennevnte forhold er ivaretatt av saksbehandlingsreglene slik at tildeling av hjemler kan skje i tråd med forvaltningslovens regler, og innført i malen for individuelle avtaler som Oslo kommune har brukt siden 2005.

Oslo kommune arbeider i tillegg med tiltak for å redusere antall deltidshjemler. Bydelene har ikke lenger anledning til å dele eksisterende hjemler, og ledige deltidshjemler kan ikke utlyses uten godkjenning fra Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester.

3. TIDLIGERE UTREDNINGER

I løpet av det første tiåret etter etablering av fysioterapitjenesten som en lovpålagt kommunal tjeneste, ble det foretatt flere utredninger for å kartlegge hvorvidt de politiske målsettinger for fysioterapitjenesten var nådd..

I Romørens rapport fra 1989 "Kommunehelsetjenestens fem første år" blir det konkludert med at tjenesten var på rett spor i forhold til de definerte politiske målsettingene med tjenesten. Det fremkommer at forebyggende og rehabiliterende virksomhet utgjorde en økende andel av fastlønte fysioterapeuters virksomhet uten at tilsvarende skjedde hos privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale.

I NIS-rapport 4/89 (14) går det frem at avtalebasert praksis var den mest brukte tilknytningsformen i kommunene. Fastlønnsstillinger brukes mer i små og store kommuner enn i middelsstore. Sannsynlig årsak er at mange småkommuner er for små for å gi grunnlag for privat praksis og at store kommuner danner fastlønnsordningen basis for spesielle tiltak som ikke lar seg passe inn i privat praksis.

I St.meld. nr. 36 (1989-90) "Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane" ble det stilt spørsmål om blant annet fysioterapiordningen fungerte tilfredsstillende i forhold til helsepolitiske mål. Daværende Sosialdepartementet gikk i meldingen inn for at det ble gjennomført en utredning av ulike måter å organisere lege- og fysioterapitjenester på. Det ble forutsatt at det i utredningen skulle inngå en helseøkonomisk vurdering og at utgangspunktet skulle være den faglige profilen kommunehelsetjenesten skulle ha fremover. Det ble i meldingen konkludert med at endringene som følge av lovendringen i 1984 burde stimuleres for en videre utvikling.

Våren 1991 ble det satt ned et offentlig utvalg under ledelse av Tor Borgenvik som skulle vurdere finansieringsordningene for allmennlege- og fysioterapitjenestene i kommunene. Utvalgets mandat innebar blant annet å vurdere i hvilken grad *"..nåværende finansieringsordningene av allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten bidrar til at sentrale helsepolitiske mål oppnås."*

Borgenvikutvalget skulle vurdere hvordan forebyggende og helsefremmende arbeid skulle sikres gjennom finansieringsordningene, mulighetene for offentlig kontroll med vekst og fordeling av utgiftene og mulige alternative finansieringsordninger.

I Borgenvikutvalgets rapport, **NOU 1992: 10 "Finansieringsordninger for allmennlege og fysioterapitjeneste"** (15) ble det lagt til grunn at kommunene fortsatt skulle ha ansvaret for primærtjenesten – herunder fysioterapitjenesten, og at de sentrale økonomiske overføringsordninger mellom stat og kommune *"... skal være som nå"*.

Utvalget foreslo en økning av fastlønnsstilskuddet. En sentral begrunnelse var at fastlønnsordningen var bærebjelken for fysioterapitjenesten i utkant-Norge. Dette ble senere fulgt opp i 1993 – jf. omtalen under pkt.2).

Utover de ovennevnte utredninger er det ikke foretatt nasjonale utredninger eller analyser der definerte politiske målsettinger med fysioterapitjenesten er oppnådd. Videre er det ikke utredet om definerte oppgaver og innholdet i tjenesten ivaretas på en hensiktsmessig måte. Det er heller ikke foretatt nasjonale kartlegginger av og/eller vurderinger om organiseringen av tjenesten fungerer tilfredsstillende.

På denne bakgrunn ga Helse- og omsorgsdepartementet Sosial- og helsedirektoratet i 2005 i oppdrag å kartlegge fysioterapitjenesten i kommunene (4). Rapport forelå februar 2007 – IS 1422 *Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene for perioden 1984-2005*.

Sosial- og helsedirektoratet oppsummerer i oversendelsesbrev av 8. februar 2007: "Det fremkommer av kartleggingen at tjenesten har gjennomgått en positiv faglig utvikling i perioden. Videre fremkommer det at fysioterapitjenesten i kommunen har gjennomgått store endringer i perioden fra innføringen av kommunehelsetjeneste loven i 1984. Imidlertid er det avdekket mangler mht. offentlig statistikk når det gjelder praksisprofil, hvordan kommunene definerer og organiserer tjenesten og når det gjelder kommunens "følge-med"-ansvar. Tendensen i foreliggende materiale viser en nedgang i antall fastlønnsstillinger, samtidig som årsverksinnsatsen innen avtalebasert fysioterapi og trygdens utgifter har økt. Utgiftsøkningen skyldes blant annet at stadig flere pasienter har krav på gratis behandling etter diagnoselisten. Økningen har imidlertid ikke vært større enn for andre helsefaggrupper det er naturlig å sammenlikne tjenesten med. Sosial- og helsedirektoratet påpeker også at det synes som om oppsplitting av driftsavtalehjemler gjør at mange fysioterapeuter arbeider utover avtalen for å ha et rimelig inntektsnivå. På denne måten får kommunene et større volum på tjenesten samtidig som kostnadene føres over på Staten/trygden".

Kartleggingen underbygger behovet for å foreta en gjennomgang av finansieringsordningen for tjenesten. Dette innebærer som nevnt innledningsvis at også rettslige og administrative forhold må belyses.

4. STYRINGSUTFORDRINGER

I dette kapitlet blir det gjort rede for kritiske sider ved dagens finansiering og viktige styringsutfordringer sett fra statens, kommunenes, brukernes og fysioterapeutenes perspektiv.

4.1. Statens perspektiv

Fra statens side har dagens finansieringsordning enkelte klare fordeler: Den høye andelen av statlige trygderefusjoner sikrer en sterk stimulans til høy aktivitet i fysioterapitjenesten i kommunene, og er også med på å sikre et bredt tilbud av private fysioterapeuter med grunnlag i kommunale driftsavtaler.

For staten er de viktigste styringsutfordringene:

- *Utgiftsvekst:* Aktivitetsvekst over tid har ført til en jevn økning i statens utgifter til fysioterapi i kommunene, jf. pkt. 2.2 om Statens utgifter. Kommunenes driftstilskudd utgjør en stadig mindre del av den samlede inntekten til avtalefysioterapeuten.
- *Utgiftene knyttet til pasienter som har rett til full refusjon av behandlingsutgiftene øker:*
Veksten i statens utgifter er i relativt stor grad knyttet til pasienter som har rett til fritak for egenandelen. Dette har sammenheng med at stadig flere pasienter kommer inn under vilkårene for fritak for egenandel.
- *Få spesifikke mål og styringskrav:* Staten retter sine mål inn mot overordnede mål for kommunene og mot generelle mål for kommunenes helsetjeneste, uten å stille spesifikke tjenestekrav til fysioterapi. Dette er i tråd med det overordnede styringssystemet, der kommunene har ansvar for fysioterapi som en del av kommunehelsetjenesten. Men det innebærer at den part som har den største utgiftsbyrden, ikke stiller konkrete krav til kvalitet, tilgjengelighet eller prioritering i fysioterapitjenesten. Statens sterkeste styringssignal er gjennom fysioterapiforskriften der også diagnoselisten fremkommer.
- *Lite kunnskap om kvalitet og prioritering og omfang av tjenesten:*
Datagrunnlaget for å vite noe om fysioterapi i kommunene er lite utviklet. Staten og kommunene har derfor lite kunnskap å bygge sin styring på. Blant annet er det ikke dokumentert om tjenestene gis til dem som trenger det mest. Det er heller ikke dokumentert om det er et godt nok tilbud til mennesker med særskilte behov – for eksempel pasienter med psykiske lidelser, rehabiliteringsbrukere, funksjonshemmede barn og eldre. Det er heller ikke datagrunnlag som gir kunnskap om omfanget av deltidshjemler og pasientmobilitet mellom kommuner.

- *Forhandlingsbasert avtalesystem:* Selv om staten har tatt det største ansvaret for utgiftene til fysioterapi i kommunene, tar staten ikke del i KS og NFFs forhandlinger om avtalevilkår for fysioterapeuter med driftsavtale (ASA-4313), hvor mye av innholdssiden i tjenesten fastlegges. Statens deltakelse i forhandlinger er begrenset til økonomiske vilkår knyttet til det statlige takstsystemet.

4.2. Kommunenes perspektiv

Ved innføring av kommunehelsetjenesteloven(1984) tok Stortinget stilling til oppgavefordelingen mellom stat og kommune, og det ble besluttet at fysioterapi skulle være et kommunalt ansvar og inngå i kommunehelsetjenesten. Både før og etter 1984 har fysioterapi vært en tjeneste med stort innslag av private aktører. Statlige refusjoner sikrer et høyt aktivitetsnivå i fysioterapitilbudet, og gjennom å dele opp driftstilskudd har en del kommuner sikret en større kapasitet i tjenesten enn de ellers ville fått til. Dette har vært gunstig for kommunene og for befolkningen.

Noen viktige utviklingstrekk som kommuner og pasienter møter, er derfor:

- Kommunenes helsetjeneste har flere unge funksjonshemmede brukere i dag enn tidligere
- Bedre tilrettelagte bo- og tjenestetilbud for funksjonshemmede og eldre gjør at flere kan bo i egen bolig større del av sitt liv med tilrettelagte tiltak i kommunehelsetjenesten
- Kommunene har fått ansvar for sykehjemmene fra fylkeskommunene med de muligheter det gir for fleksible løsninger (korttidsavdelinger og rehabilitering)
- Hjemmebaserte tjenester velges fremfor institusjonalisering
- Befolkningens levealder øker og dermed flere hjelpetrengende brukere
- Større muligheter for medisinsk behandling, økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten samtidig med kortere liggetid i sykehus og økt vekt på dagbehandling og poliklinisk behandling (4).
- Flere funksjonshemmede brukere bor hjemme
- Flere for tidligfødte barn får vokse opp
- Bedret medisinsk utvikling med tiltak som øker mulighet til å overleve/rehabiliterer etter alvorlige skader og sykdommer
- Fysioterapitjenestens kompetanseutvikling og fysioterapifagets utvikling gjør tjenesten mer formålstjenelig med flere tiltak innen forebyggende og helsefremmende arbeid (4)

For kommunene er de viktigste styringsutfordringene:

- *Statlige reguleringer* preger fysioterapitjenesten. Staten legger økonomiske rammer for fysioterapitjenesten. Staten har gjennom forskrifter til folketrygdloven lagt spesifikke rammer for dekning av utgifter, hvilke

pasienter som skal ha rett til gratis behandling mv. Staten har i tillegg hånd om takstforhandlingene og fastsetter refusjonstakstene.

- *Helhet og sammenheng mellom fysioterapitjenesten og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester:* Ettersom fysioterapi i stor grad utføres av private fysioterapeuter, er det en utfordring for kommunene å knytte fysioterapi tettere opp mot øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og å se tjenestene i sammenheng.
- *Innsparing på administrative ressurser i kommunene:* Kommunenes behov for effektivisering har ført til at noen kommuner sparer inn på administrative stillinger. Dette endres i takt med den generelle utviklingen i kommuneøkonomien. En slik praksis har redusert muligheten for å utvikle helhetlige planer for bruk av fysioterapi rettet mot pasientgrupper med særlige behov. Det har også medført at i noen kommuner er den koordinerende instans for å få en optimal samhandling med andre faggrupper og innad i faggruppen er forsvunnet.
- *Kommunen overlater avgjørelsen om tildeling av driftsavtale til private aktører:* Utlysning av nye eller ledige driftsavtaler er et annet område som krever administrative ressurser. Erfaring fra enkelte kommuner viser at kommunene overlater til eier av fysioterapipraksiser å annonsere og velge ny praksisinnhaver. Kommunen foretar kun den formelle avtaleinngåelse. Dette er i strid med ASA - 4313 og innebærer at kommunen gir fra seg en vesentlig styringsmulighet til å etterspørre særskilt kunnskap, vurdere lokalisering av ny praksisinnhaver påvirke åpningstid og lignende.
- *Lite kunnskap om kvalitet og prioritering:* På samme måte som for staten, har kommunene varierende kunnskap om fysioterapitjenestens kvalitet eller om hvilke pasienter som prioriteres. Dette til tross for at avtaleverket der KS er part, gir kommunene mulighet for å innhente dokumentasjon av fysioterapeutenes praksis. Mange kommuner benytter seg ikke av denne muligheten og vet derfor i liten grad hva den private praksis inneholder av faglig aktivitet, behandlingsvolum, type behandling, hvem pasienten er og hvorvidt fysioterapeuten arbeider med prioriterte pasientgrupper. Det er derfor vanskelig for kommunene å foreta en planmessig utvikling avtjenesten.
- *Forhandlinger om avtalegrunnlag har redusert styringsmuligheten:* Inntil 2000 inneholdt ASA - 4313 en bestemmelse om begrenset tilpliktningsordning, som tilsa at kommunen kunne tilplikte en privatpraktiserende fysioterapeut andre oppgaver inntil 8 timer per uke, der kommunen ikke fikk tak i kvalifisert personell. Mange kommuner har ikke benyttet seg av denne muligheten til å styre innsatsen til områder med stort behov for fysioterapitjeneste. Denne bestemmelsen ble derfor fjernet i forhandlingene mellom KS og NFF i 2000.

4.3. Brukernes perspektiv

Fysioterapi er i dag et område som kan oppfattes å være et todelt marked. Ved behandling hos privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale – kreves henvisning fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut for å få dekket utgiftene av trygden. Dersom pasienten får behandling som følge av yrkesskade, er under 12 år eller faller inn under diagnoselisten, har vedkommende rett til fritak for egenandel (gratis behandling), jf. omtalen under pkt 2.1 (13).

Ved behandling hos privatpraktiserende fysioterapeuter uten kommunal driftsavtale kreves ikke henvisning. Til denne tjenesten er det ikke knyttet offentlige midler. Pasientene må derfor selv betale behandlingsutgiftene fullt ut.

Brukerne av fysioterapi i kommunene kan deles inn i mange ulike grupper med ulike behov:

- Yrkesaktive i alderen 16-66 år med muskel- og skjelettproblemer..
- Barn og unge med særskilte behov – for eksempel barn og unge med kronisk sykdom, psykiske lidelser og funksjonshemmede barn
- Voksne med særskilte behov
- Eldre med særskilte behov – herunder hjemmeboende eldre, eldre i omsorgsbolig og eldre i sykehjem
- Brukere med habiliterings- og rehabiliteringsbehov

Statistikk fra NAV viser at sykdommer i muskel-skjelett og bindevev er hoveddiagnose for 35 prosent av ca. 330 000 mottakere av uføreytelser – dvs. ca 110 000 personer. Når det gjelder legemeldte sykefraværstilfeller utgjør muskel- og skjelettlidelser 30 prosent i første kvartal 2007 eller ca. 165 000 tilfeller. Muskel- og skjelettlidelser utgjorde i samme periode 38 prosent av legemeldte sykefraværsværk(16).

Beboere på institusjon, blant annet med fast plass på sykehjem, betaler vederlag til kommunen etter forskrift 26. april 1995 om vederlag for opphold i institusjon m.v. (vederlagsforskriften (17)). Vederlaget skal blant annet omfatte fysioterapibehandling dersom beboeren har behov for dette. Som oftest er det fastlønte fysioterapeuter i kommunen som yter behandlingen. I praksis er det dessuten ofte kommunenes fastlønte fysioterapeuter som har de tyngste pasientgruppene som målgruppe. Disse pasientgruppene er mer avhengig enn andre av at kommunen har et godt tilbud av fastlønte fysioterapeuter, eller at kommunen har sikret at avtalefysioterapeutene også innretter sin praksis mot de tyngste gruppene.

4.4. Avtalefysioterapeutenes perspektiv

Noen viktige utfordringer som fysioterapeuter møter i dag, er blant annet resultat av økt etterspørsel etter helsetjenester og økte krav fra pasienter. Årsakene til økt etterspørsel kan være:

- fagutvikling i fysioterapi imøtekommer helseutfordringene
- flere pasienter vurderes å ha et reelt behandlingsbehov
- mer fokus på behandling og rehabilitering
- økt tilgjengelighet til behandling i visse områder av landet
- mer forbrukerbevissthet fra pasientene

Fremtidens pasienter vil stille sterkere krav til helsetjenesten enn i dag. Dette begrunnes i at:

- Pasienter er mer aktive i å tilegne seg kunnskap enn før og stiller større krav til helsepersonell om å gi god faglig informasjon, undersøkelse og behandling
- Pasienter har i dag større bevissthet om sin rolle som kunder i et økonomisk system. Pasienter betrakter i større grad enn før helsetjenesten, og her fysioterapitjenesten, som en tjeneste på lik linje med andre tjenester i samfunnet. Av dette følger blant annet økte forventninger om å bli møtt som likemann med en god og åpen dialog, bli informert om funn vedr sin egen helse og en aktiv deltagelse i behandlingen.

Forhold knyttet til rammevilkårene fra stat og kommune byr imidlertid også på utfordringer:

- *Små avtalehjemler* har konsekvenser for inntekt og aktivitet: Avtalefysioterapeuter er selvstendig næringsdrivende og har ingen mulighet til å øke inntjeningen ved å ta høyere egenandeler. De er lovmessig bundet til takstforskriften når de mottar driftstilskudd, uansett størrelsen på driftstilskuddet fra kommunen. Derfor blir det ekstra kostbart for dem med små deltidshjemler og som arbeider fulltid, å drive næring. Skal de oppnå inntekter tilsvarende en heltidshjemmel, må aktiviteten økes.
- *Takstene betyr stadig mer for inntekten*: Når behandlingsbehovet øker og det opprettes stadig flere deltidshjemler, vil den aktivitetsbaserte andelen av inntekten kunne øke. Den aktivitetsbaserte delen av inntekten gjennom statlige refusjoner sikrer imidlertid effektivitet og fleksibilitet i tjenesten tilsvarende variasjoner i pasienttilgang og sesongmessige variasjoner.
- *Risiko ved driften*: De siste år har flere kommuner redusert driftsavtaler eller sagt opp driftsavtalen helt. Det har ført til flere søksmål mot kommuner med påfølgende saker i rettsystemet. I disse sakene har retten hevdet at kommunen kan si opp privatrettslige avtaler med fysioterapeuter på bakgrunn av økonomi, men det er poengtert strenge saklighetskrav. Dette har medført usikkerhet blant fysioterapeuter med tanke på videre investeringer i praksisen, fordi mange frykter at kommunen kan si opp driftsavtalen slik at muligheten for pasientene til å utløse trygdefusjon bortfaller.
- *Rom for samhandling med øvrige kommunale tjenester*: Avtalefysioterapeuten er kun "lønnet" gjennom sitt driftstilskudd, og får normalt ingen annen økonomisk kompensasjon fra kommunen for å delta i koordinering eller

samhandling med andre kommunale tjenester. Enkelte kommuner har likevel gitt en delvis kompensasjon til private avtalefysioterapeuter for møtevirksomhet.

- *Rom for faglig utvikling og kvalitet:* I privatpraktiserendes perspektiv må det gis rammer som gir mulighet for å levere tjenester til høy kvalitet. Videre er det nødvendig med en tjeneste som har bredde både i kompetanseområde og arbeidsfelt.

Kunnskapsutvikling og kompetanseheving i fysioterapi er i stor grad i tråd med de helsepolitiske prioriteringene. Det har blant annet vært en økning innen forskningen som dokumenterer effekt av fysioterapi (4).

5. ULIKE FINANSIERINGSMODELLER FOR FYSIOTERAPITJENESTEN I KOMMUNENE

5.1. Samlet presentasjon

Følgende fem modeller skisseres:

- en modell som er en videreutvikling av dagens modell (modell 1).
- to modeller med statlig risikodeling (modell 2a og 2b)
- to modeller der den statlige finansieringen er overført til kommunen gjennom rammefinansiering (kommunemodeller – modell 3a og 3b).

Pengestrømmer fra det offentlige til finansiering av fysioterapitjenesten

Det går flere pengestrømmer mellom staten (rammetilskudd og refusjon fra NAV), kommunene og fysioterapeutene. Disse kan deles opp i to nivåer:

- pengestrømmer fra stat til kommune (nivå 1)
- pengestrømmer fra stat og kommune til fysioterapeutene (nivå 2)

	Videreutvikling av dagens finansiering	Risikodelingsmodeller		Rammemodeller	
	1	2a	2b	3a	3b
Direkte finansiering stat-private aktører	Trygderefusjoner	-	-	-	-
Nivå 1 Stat-Kommune	Fastlønnstilskudd Rammetilskudd	Refusjoner Ramme tilskudd	Aktivitets basert finansiering Ramme tilskudd	Ramme tilskudd	Ramme tilskudd
Nivå 2 Kommune-Private aktører	Driftstilskudd private fysioterapeuter Tilskudd til lønn fastlønnte fysioterapeuter	Stykkpris Driftstilskudd	Kjøp av tjenester Driftstilskudd	Refusjon/ Stykkpris Driftstilskudd	Kjøp av tjenester (Driftstilskudd)

Tabell 5.1: Finansieringsmodeller – fysioterapitjenesten i kommunene

Nivå 1

I dag får kommunene midler for finansiering av fysioterapitjenesten fra staten via rammetilskuddet og fastlønnstilskudd. Dette skal finansiere driftstilskudd til privatpraktiserende fysioterapeuter og tilskudd til lønn til kommunalt ansatte fysioterapeuter (fastlønnede).

Ved alternative finansieringsmodeller kan andelen finansiering av fysioterapitjenesten som går via kommunen økes. Det kan enten skje ved økning av rammetilskudd, fastlønnstilskuddet eller eget tilskudd til kommunene ut fra aktiviteten til fysioterapeutene i kommunen (aktivitetsbasert tilskudd). Et aktivitetsbasert tilskudd kan være basert på refusjonskrav fra fysioterapeutene eller andre registreringer/kriterier.

Nivå 2

I dag får avtalefysioterapeutene sin inntekt ved driftstilskudd fra kommunen og refusjon fra NAV i tillegg til egenandel fra pasientene. Fastlønnede fysioterapeuter får betalt i sin helhet av kommunen og kan i noen tilfeller ta egenandeler som tilfaller kommunen.

Ved alternative finansieringsmodeller kan finansieringen fra NAV direkte til fysioterapeutene opphøre og den kommunale finansieringen øke. Det kan skje ved at det gis et større driftstilskudd/basistilskudd, at kommunene gir et aktivitetsbasert tilskudd eller refusjoner og at kommunen kjøper tjenester.

Delt ansvar mellom kommuner og stat

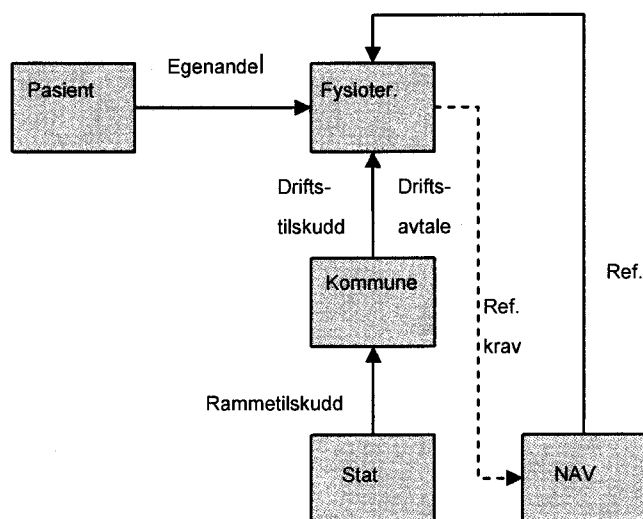
I dag er det staten ved NAV som finansierer det meste av fysioterapitjenesten. Det er staten som både har den største pengestrømmen til fysioterapeutene og som delvis finansierer økningen i aktiviteten.

Ved de ulike finansieringsmodellene vil kommunene få et større finansieringsansvar. Hvis refusjonsordningen fra NAV direkte til fysioterapeutene reduseres eller bortfaller vil større deler av pengestrømmen til fysioterapeutene gå gjennom kommunene.

5.2. Videreutvikling av dagens modell – alternativ 1

I dag har vi en kombinasjon av kommunal finansiering gjennom frie inntekter og aktivitetsbaserte tilskudd over folketrygden når det gjelder finansiering av fysioterapi utført av private fysioterapeuter.

- Innenfor en provenynøytral ramme økes driftstilskuddsandelen samtidig som takstandelen reduseres
- Øke den nedre grensen for deltidshjemler
- Sterkere regulering av avtalefestet arbeidstid



Figur 5.1: Dagens finansiering av den private fysioterapitjenesten i kommunene

Forslagene til justeringen av dagens ordning omfatter tiltak som kan gjøres uavhengig av hverandre eller i kombinasjon.

5.2.1. Øke driftstilskuddsandel, lavere refusjonsandel

Innen en provenynøytral ramme økes driftstilskuddsandelen samtidig som takstandelen reduseres. Begrepet "driftstilskuddsandel" betyr her driftstilskuddets andel av den samlede finansieringen av tjenestene, eller tilskuddets andel av gjennomsnittlig omsetning for avtalefysioterapeutene. De økonomiske konsekvensene er nærmere omtalt i pkt 8.2 og 8.2.1

5.2.2. Øke nedre grense for deltidshjemler

ASA 4313 inneholder bestemmelser om at det ikke kan inngås driftstilskuddsavtaler som utgjør mindre enn 1/5 (7,2 timer per uke) av fullt driftstilskudd. Et alternativ er at det innføres en bestemmelse om å øke den nedre grensen for driftstilskuddsavtaler til for eksempel 2/5 dvs 14,4 timer per uke. Dette vil kunne bidra til en bedre harmonisering mellom avtalt arbeidstid og reell arbeidstid og gjøre det vanskeligere å dele opp hjemlene, jf. i den forbindelse omtale i først avsnitt under pkt. 5.2.3.

For at kommunene skal kunne knytte til seg fysioterapeuter med master/videre - eller etterutdanning innenfor ulike fordypningsfelt innen fysioterapifaget (for eksempel psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, manuellterapi eller barne- og ungdomsfysioterapi), kan kommunene samarbeide om en fulltidshjemmel som deles mellom flere kommuner. Et slikt vellykket samarbeid er i dag innført i noen kommuner og bør kunne stimuleres ytterligere. For pasienter som trenger flere behandlingstimer per uke vil et større avtalt timeantall være fordelaktig. Det vises for øvrig til omtale under pkt. 7.1. og 8.2.1.

5.2.3. Sterkere reguleringer av avtalefestet arbeidstid

Det er i dag eksempler på at kommunene tildeler små driftstilskuddsavtaler og at yrkesutøverne arbeider mer enn det som følger av driftsavtalen. På denne måten oppnår kommunene større tjenestevolum enn det de betaler for, mens størstedelen av utgiftene dekkes av staten gjennom takstene. For å redusere omfanget av slik praksis vil gruppen peke på to mulige tiltak:

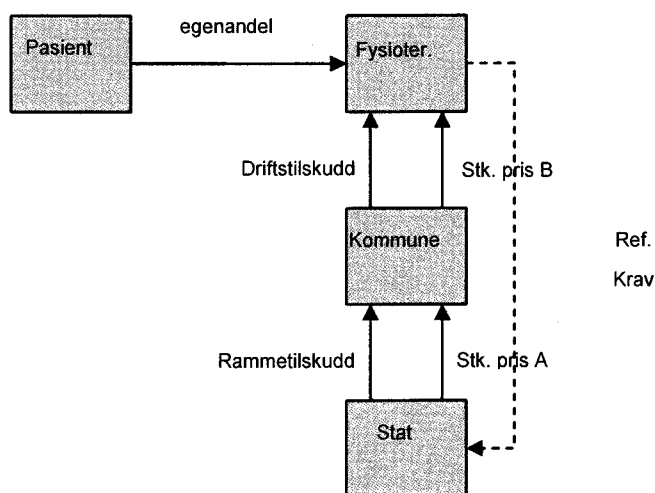
- Driftsavtaler må gjenspeile reell arbeidstid. Et krav om at driftsavtaler og reell arbeidstid skal samsvare er også en forutsetning i dagens avtaleverk (ASA 4313) og således ikke noe nytt for partene. Det forutsettes at driftsavtalestørrelsen tilsvare det kommunen omfatter som et reelt behov for tjenesten i kommunen. Dersom fysioterapeuten kan dokumentere at pågangen av pasienter er større enn det som er mulig å behandle innenfor avtalt hjemmel, er det hensiktsmessig at kommunen vurderer utvidelse av hjemmelen (ev. opprettelse av ny hjemmel dersom fysioterapeuten har full driftsavtalehjemmel). Tilsvarende kan kommunen vurdere å redusere en driftsavtale dersom fysioterapeuten jobber mindre enn avtalt. Dette må gjøres i dialog med fysioterapeuten. .
Tiltaket innebærer at det stilles økte krav til kontroll. Det må vurderes om arbeidstiden bør reguleres som et gjennomsnitt per år og ikke per uke som i dag, og det bør tas hensyn til sesongmessige variasjoner. Det må også vurderes hvordan arbeid utover avtalt tid, skal praktiseres. Det vises for øvrig til pkt. 7.1. og pkt. 8.2.1 mht. regulering når det gjelder rammebetingelser.
- Begrense avtalefysioterapeutenes adgang til å ta ut refusjoner for den tiden de ikke har driftsavtale for. Det vises i den forbindelse til pkt. 7.1.

5.3. Risikodelingsmodeller – alternativ 2

Risikodelingsmodellene innebærer en statlig risikodeling slik at kommunene ikke står ansvarlig alene for kostnadene til fysioterapitjenesten. Endringen i forhold til dagens system er at statens medfinansiering utbetales til kommunen og ikke til den enkelte fysioterapeut.

5.3.1. Risikodeling + kommunalt takstsystem – modell 2a

- Statlige refusjoner utbetales til kommunene etter krav fra fysioterapeutene
- Kommunene avgjør selv betalingsordninger med fysioterapeutene etter avtale
- Økt driftstilskuddsandel, lavere refusjonsandel



Figur 5.2: Modell 2a privatpraktiserende fysioterapeuter

Kommunene mottar rammetilskudd fra staten til finansiering av ulike oppgaver – deriblant driftstilskudd til avtalefysioterapeutene. Ved inngåelse av driftsavtale med fysioterapeuter yter kommunen et driftstilskudd til fysioterapeuten som delvis godtgjøring for tjenesten. I tillegg godtgjøres yrkesutøverne med aktivitetsbaserte takster fra kommunen og pasientenes egenbetaling. Ordningen med takstsystem videreføres. Staten utbetaler imidlertid refusjon til kommunene etter refusjonskrav fra fysioterapeutene, og kommunene utbetaler til fysioterapeutene etter avtaler. Som i alternativ 1, så foreslås en omlegging mot økt driftstilskuddsandel, slik at man styrker det kommunale finansieringsansvaret.

Endringen fra dagens modell er at staten utbetaler refusjon iht. fysioterapeutens krav til kommunene i stedet for direkte til fysioterapeutene. Kommunene utbetaler til fysioterapeutene etter avtaler. Kommunene står fritt til å utbetale stykkprisene fra staten videre til fysioterapeuten (uavkortet) eller å inngå andre lokale betalingsordninger, for eksempel at kommunen fastsetter egne stykkpriser forskjellig fra statens eller at kommunene kjøper tjenester av fysioterapeutene.

Ordningen setter kommunene i stand til å opprettholde stykkprisfinansiering av fysioterapeutene. Ved å kanalisere de statlige refusjonene gjennom kommunene i stedet for direkte til fysioterapeutene, overtar kommunene ansvaret for den aktivitetsbaserte finansieringen av fysioterapeutene. Dette åpner for større fleksibilitet i valg av kontrakter tilpasset lokale behov/forhold.

Et slikt finansieringssystem ivaretar en risikodeling mellom stat og kommune, slik at kommunene ikke må bære hele risikoen alene for utgiftsvekst.

Modellen reiser spørsmål om hvordan takstene fra kommunen til fysioterapeuten skal fastsettes. Skal dette skje for eksempel ved:

- sentrale forhandlinger med staten som hovedaktør som i dag - eller
- sentrale forhandlinger i regi av KS og uten medvirkning fra staten - eller
- lokale forhandlinger i kommunene

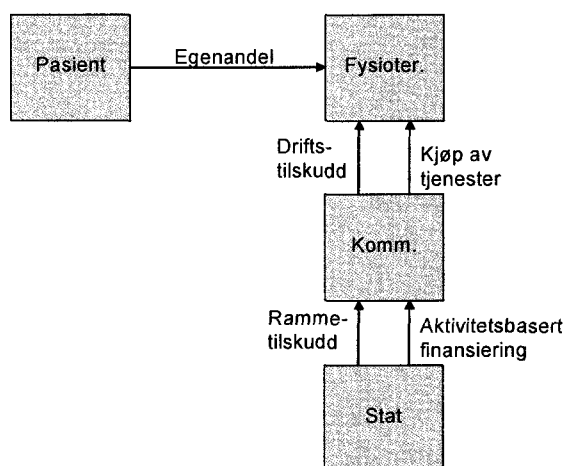
Kommunene vil stå fritt til å utbetale refusjoner til fysioterapeutene og størrelsen på disse. Kommunene kan imidlertid ha vansker med å forsvare at øremerkede midler ikke fullt ut benyttes til fysioterapi, men fordeles til andre tjenester i kommunen. Det vil være en utfordring for kommunene å bruke sin frihet til å finne betalingsordninger som fraviker fra refusjonskravet som fysioterapeutene sender til staten. Modellen gir kommunene stor grad av fleksibilitet, men krever en viss grad av administrative ressurser.

Dersom kommunene overtar finansieringsansvaret, vil det være naturlig at de også overtar ansvaret for fastsettelsen av takstene mellom kommunen og fysioterapeuten.

5.3.2. Risikodeling + kommunalt takstsystem modell 2b

5.3.3.

- Staten yter en aktivitetsbasert finansiering til kommunene i tillegg til rammetilskudd.
- Innholdet i den aktivitetsbaserte finansiering bestemmes enten ensidig fra staten, eller ved at staten og kommunene kommer fram til et grunnlag i fellesskap.
- Kommunene avgjør selv finansiering og organisering av fysioterapitjenesten
- Økt driftstilskuddsandel, lavere refusjonsandel



Figur 5.3: Modell 2b – privatpraktiserende fysioterapeuter

I likehet med modell 2a rettes statens utbetalinger inn mot kommunene. Denne forskjellen fra dagens finansiering setter kommunene i en sterkere posisjon til å bestemme sin finansiering og styring (formål) av fysioterapitjenesten.

I modell 2b kjøper kommunen tjenester på linje med andre kommunale tjenester som kjøpes fra private aktører. Dette kan kommunene løse på ulike måter. Det er for eksempel mulig for kommunene å fastholde dagens driftsavtalesystem, men med en annen innretning og med endrede betingelser og avlønning gjennom disse avtalene. Modellen legger dermed til rette for økte styringsmuligheter for kommunene til å legge økonomiske insentiver inn i finansieringen for å oppnå bestemte mål, ut fra lokale forhold.

Dette vil kunne virke skjerpene på fysioterapitjenesten som vil måtte tilpasse sitt faglige tilbud og sine prioriteringer mellom pasientgrupper til det kommunen etterspør.

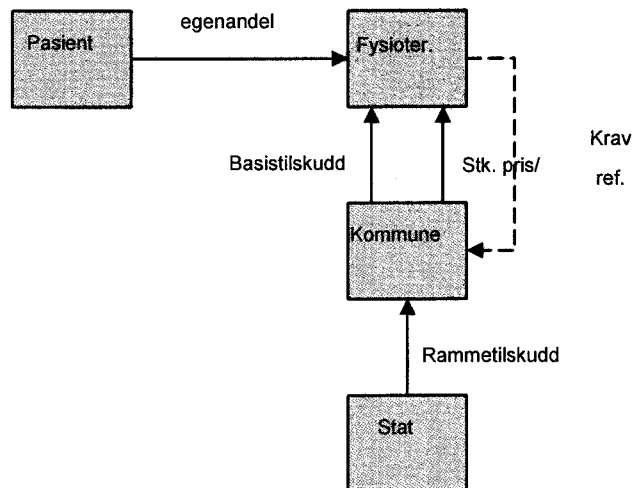
5.4. Statlig rammefinansiering – alternativ 3

I modell 3a og 3b blir hele den statlige finansieringen av fysioterapitjenesten overført til kommunene gjennom rammefinansiering.

Rammefinansiering er hovedmodellen for statens finansiering av kommunesektoren, og fordeles til kommunene gjennom fordelingsnøkklene i inntektssystemet for kommunene. Rammefinansiering innebærer at kommunene står fritt til å bestemme pengebruken. Rammefinansiering er derfor den finansieringsformen som gir kommunene størst mulig frihet og færrest bindinger. Denne finansieringsformen er administrativt lite krevende for både staten og kommunene, og gir rom for lokalt tilpassede løsninger. Gjennom inntektssystemet kompenserer staten for økonomiske virkninger som ikke kan påvirkes av kommunene, for eksempel kompenseres det for demografiske endringer.

5.4.1. Statlig rammefinansiering + kommunalt takstsystem – modell 3a

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Ren rammefinansiering fra stat til kommune- Kommunalt takstsystem der kommunene enten ensidig fastsetter takster, eller der kommunene forhandler fram takster med organisasjonene |
|--|



Figur 5.4: Modell 3a privatpraktiserende fysioterapeuter

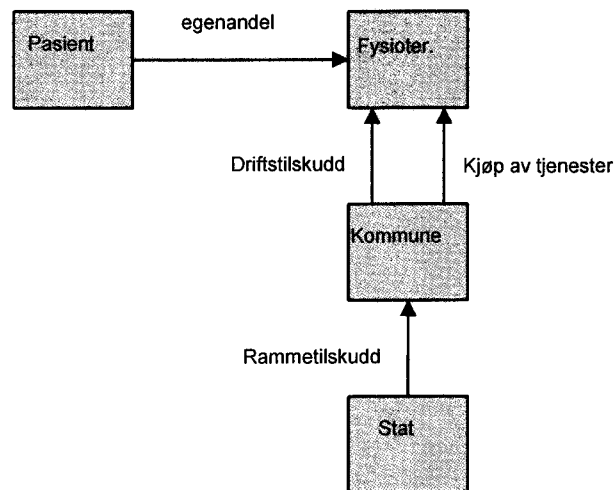
Modell 3a innebærer at det fortsatt skal være et takstsystem, men fysioterapeutene sender refusjonskravene til kommunen i stedet for til staten. Takstsystemet kan forhandles frem av KS på vegne av kommunene og NFF.

Forslaget vil sannsynligvis i første omgang innebære en ev. videreføring av dagens takstsystem, men med den forskjellen at det er kommunene og ikke staten som refunderer ev. at det opprettes et nytt, forenklet takstsystem.

Modellen ivaretar stykkpris som et element som igjen gir kommunene mulighet til en effektiv tjeneste. For å unngå ulike takster for samme behandling i ulike kommuner vil det kunne være naturlig at KS forhandler frem takster på vegne av kommunene eller at takstene fastsettes av staten. Utvikling av takstene kan være et usikkerhetsmoment for kommunene med tanke på budsjettering av tjenesten. Dette kan særlig være et problem for små og middelstore kommuner.

5.4.2. Statlig rammefinansiering + kommunalt kjøp av tjenester - modell 3b

- Ren rammefinansiering
- Kommunene kjøper tjenester fra private fysioterapeuter
- Takstsystemet avvikles helt



Figur 5.5: Modell 3b – privatpraktiserende fysioterapeuter

Modell 3b er det alternativet som gir størst frihet til kommunene til selv å bestemme hvordan de vil finansiere fysioterapitjenesten i kommunen.

Modellen er svært lik modell 3a, men i 3b avvikles i utgangspunktet takstsystemet helt. Som i modell 2b står kommunene fritt til å velge hvordan de vil innrette seg i finansieringen. En mulighet er for eksempel gjennom kjøp av tjenester, der kommunen selv bestemmer krav til den private fysioterapeuten – eksempelvis ut fra krav til åpningstid, behandlingsskapitet, antall timer hjemmebehandling eller andre kriterier som kommunene selv fastsetter.

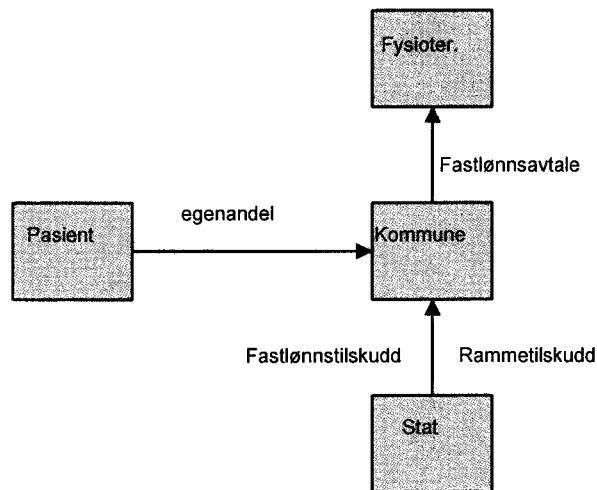
6. FASTLØNNSTILSKUDD FRA STATEN

Utgangspunktet for innføringen av finansieringsordningen for fysioterapitjenesten i 1984 var at det skulle være en kostnadsnøytral ordning for kommunene hvorvidt kommunen inngikk avtale med privatpraktiserende fysioterapeuter eller ansatte fysioterapeuter på fast lønn. Fastlønnstilskuddet ytes til kommunene som kompensasjon for at fastlønte fysioterapeuter ikke har rett til trygderefusjon på lik linje med private fysioterapeuter.

Ett av formålene med fastlønnstilskuddet er å gi små kommuner uten driftsgrunnlag for avtalefysioterapivirksomhet mulighet til å etablere en fysioterapivirksomhet slik at bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven om å kunne tilby denne tjenesten, oppfylles.

Et sentralt utgangspunkt for arbeidet med nye finansieringsordninger er at kommunene fortsatt skal kunne organisere fysioterapitjenesten ved å ansette personell eller ved å inngå avtale med fysioterapeuter om privat virksomhet, jf. kapittel 6. Det betyr at alle modellene også inkluderer muligheten for kommunene å ansette fysioterapeuter. Med dette utgangspunktet fremstår to tiltak som aktuelle:

- enten å opprettholde fastlønnstilskuddet
- eller å innlemme det i statens inntektssystem for kommunene



Figur 6.1: Dagens finansiering av fastlønte fysioterapeuter

Fastlønnstilskuddet er budsjettert med om lag 200 mill. kroner i 2007, og er langt jevnere fordelt enn de statlige refusjonene til fysioterapi i kommunene. Tilskuddet varierte i 2006 mellom 0 kr og 255 kroner per innbygger, mens refusjonene til sammenligning varierte mellom 0 kr og 2484 kroner per innbygger. Fastlønnstilskuddet demper dermed noe av de forskjellene som oppstår gjennom variasjonene i refusjoner. I snitt mottok hver kommune ca. 40 kr per innbygger i 2006. Her er bildet imidlertid ulikt:

- 108 kommuner mottok ikke noe fastlønnstilskudd i 2006.
- 134 kommuner mottok fastlønnstilskudd på mellom 1 kr og 40 kr per innb.
- 160 kommuner mottok mellom 40 og 100 kr per innb.
- 29 kommuner mottok mer enn 100 kr per innb.

Fylkesvis er det en relativt jevn fordeling av fastlønnstilskuddet.

Studerer man sammenhengen mellom kommunestørrelse og fastlønnstilskuddet, ser vi en generell tendens til at store kommuner som regel utnytter dette tilskuddet bedre enn mindre kommuner. Innslaget av fastlønte fysioterapeuter per innbygger er derfor generelt høyere i store kommuner enn i små kommuner.

Bildet er imidlertid komplisert: Mens større kommuner stort sett har et nokså jevnt omfang av fastlønte fysioterapeuter, har mindre kommuner en "enten-eller-tilpasning". Fastlønnstilskuddet til de fleste større kommuner ligger innenfor et spenn fra ca. 30 til 70 kroner per innbygger, med noen få unntak. Fastlønnstilskuddet til mindre kommuner viser derimot enten svært lavt eller svært høyt nivå per innbygger. Dette er særlig tydelig for kommuner med færre enn 5000 innbyggere. Dette tyder på at

mange av de minste kommunene foretar et valg mellom å ansette en fastlønt fysioterapeut eller å inngå driftsavtale med en privatpraktiserende fysioterapeut.

I alt 108 kommuner har ikke egne, fastlønte fysioterapeuter som de mottar statlig fastlønnstilskudd for. Stort sett dreier dette seg om små kommuner. Av disse 108 har 94 kommuner færre enn 5000 innbyggere, og ingen har mer enn 20 000 innbyggere. Geografisk er disse kommunene nokså jevnt fordelt på landets fylker.

Ser man spesielt på tilpasningen til de 31 kommunene uten privatpraktiserende avtalefysioterapeuter, ser man at de fleste av dem, 22 i alt, har relativt høyt fastlønnstilskudd målt per innbygger. Det er imidlertid et mindretall på 9 kommuner som verken har refusjoner eller fastlønnstilskudd – dette er små kommuner med færre enn 2000 innbyggere.

6.1. Fortsatt fastlønnstilskudd

Fysioterapeuter i fast stilling i kommunene arbeider særlig for å sikre behandlingstilbud for personer med særlig behandlingsbehov (eks. funksjonshemmede, eldre i sykehjem).

En kostnadsnøytral ordning var forutsetningen ved innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1984. I dag er det billigere for kommunen å opprettet driftstilskuddsavtaler enn å ha fysioterapeuter på fast lønn. Som en konsekvens har mange kommuner redusert antall fastlønte fysioterapeuter.

Både risikodelingsmodellene (2a og 2b) og rammefinansieringsmodellene (3a og 3b) er omtalt i kap. 6 uten at arbeidsgruppen har drøftet om fastlønnstilskuddet bør opprettholdes. En mulighet er imidlertid å opprettholde tilskuddet uavhengig av hva som ellers gjøres med finansieringen av fysioterapitjenesten, for å stimulere kommunene til å ansette flere fysioterapeuter i fast stilling. Dette vil i første rekke være aktuelt dersom takstrefusjonene til privatpraktiserende fysioterapeuter opprettholdes.

6.2. Fastlønnstilskuddet innlemmes i rammetilskuddet til kommunene

Et annet alternativ er å innlemme fastlønnstilskuddet i rammetilskuddet til kommunene. De kommunale rammetilskuddene økes i så fall med et beløp som svarer til statens bidrag til fastlønnstilskudd. Dette er særlig et alternativ som er aktuelt hvis dagens trygderefusjoner til fysioterapi innlemmes i statens rammetilskudd til kommunene.

7. JURIDISKE KONSEKVENSER M.M.

I dette kapitlet omtales administrative, juridiske, samt forhandlingstekniske og kontrollmessige konsekvenser knyttet til de fem modellene.

7.1. Videreføring av dagens modell

Aktuelle tiltak er å:

- a) øke driftstilskuddsandelen av den totale inntekten til fysioterapeuten samtidig som takstandelen reduseres
- b) øke den nedre grensen for driftsavtalehjemler
- c) sterkere regulering av avtalefestet arbeidstid
- d) sterkere regulering av kommunenes og fysioterapeutenes plikter og rettigheter.

Lov- og forskriftsendringer

Ingen av tiltakene a-c innebærer endringer i forhold til kommunens ansvar, jf. kommunehelsetjenesteloven.

Tiltak a) vil innebære at honorartakstene som fremgår av Kapittel III Takster i fysioterapiforskriften² må nedjusteres forholdsmessig i forhold til økning i rammetilskuddet til kommunene som følge av at driftstilskuddsandelen skal oppjusteres. Dette innebærer forskriftsendring. Tilsvarende kan det være aktuelt å foreta endring i forskrift til ftl. § 5-21 om fastlønnsstilskudd (kompensasjon for refusjon etter fysioterapiforskriften) (13).

Tiltak b) innebærer endringer i ASA - 4313.

Tiltak c) innebærer en aktiv dialog mellom partene og oppfølging fra kommunens side når det gjelder avtalefysioterapeutens aktivitet. Tiltaket slik det er beskrevet i 5.2.3 innebærer en presisering og økt oppmerksomhet på forutsetningen i dagens avtaleverk (ASA - 4313). For å få effekt av tiltaket vil det kunne være nødvendig å senke takstene og øke driftsandelen (jf. omtale av tiltak a) dersom erfaringer viser at fysioterapeuter arbeider utover avtalt tid.

Når det gjelder det andre aspektet ved forslag c (fysioterapeuter uten full driftsavtale får begrenset adgang til å utløse refusjon), er det ikke hjemmel i folketrygdloven for å begrense pasientens rett til å få dekket utgifter til fysioterapi.

d) Sterkere regulering av kommunenes og fysioterapeutenes plikter og rettigheter.

² Det er altså honorartakstene som reduseres. I den forbindelse er det også en mulighet at egenandelene reduseres.

Man bør vurdere om forhold som i dag reguleres i ASA 4313 – for eksempel tilpliktning og at driftsavtalene skal samsvare med reell arbeidstid, mer hensiktsmessig reguleres/presiseres i forskrift hjemlet i kommunehelsetjenesteloven.

Administrative konsekvenser

Tiltak c) innebærer noe mer arbeid og kontrollinnsats både fra kommunens og NAVs side. Tiltak a) vil i en omleggingsfase kreve forhandlinger mht. en endring av dagens takstsystem.

7.2. Risikodelingsmodeller

Lov- og forskriftsendringer.

Ved modell 2a) ligger det fortsatt en forutsetning om at refusjonene skal være knyttet opp mot pasientens rett til å få dekket utgifter. Således vil folketrygdlovens § 5-8 fortsatt opprettholdes, men med endret lovbestemmelse avhengig av bl.a. om det skal være krav om driftstilskudd slik lovbestemmelsen lyder i dag. Hvis det fortsatt skal være en kompensasjon fra stat til kommune for fastlønnsstillinger i forhold til refusjoner, vil § 5-21 opprettholdes. Det kan bli aktuelt med en endring i lovbestemmelsen. Gruppen har i denne omgang ikke tatt stilling til konkrete endringer.

Modell 2b) innebærer at folketrygdlovens § 5-8 med tilhørende forskrifter bortfaller. I tillegg må det gis ny forskrift som regulerer pasientens egenbetaling.

Endringer i avtaleverk

Ved valg av modell 2a videreføres dagens takstforhandlinger. En avtale mellom kommunen og den enkelte fysioterapeut der fysioterapeutenes inntekter og tilknytning, er nødvendig. Sannsynligvis vil dette reguleres i ASA - 4313 i tillegg til å være et viktig forhold i de individuelle avtalene mellom den enkelte fysioterapeut og kommune.

Ved valg av modell 2b vil det være krav om en avtale mellom kommunene – ev. v/KS – og staten mht. aktivitetsbaserte finansieringen. Forholdet mellom den enkelte fysioterapeut og kommune bør dessuten reguleres i individuelle avtaler og forankres i et sentralt rammeverk, jf. modell 2a.

Administrative konsekvenser

Forslag 2a) vil innebære en opprettholdelse av NAVs system mht. mottak av oppgjør. Det vil måtte gjøre endringer i utbetalingene ved at disse gjøres til kommunene. Kontroll av oppgjørene vil sannsynligvis fortsatt ligge hos staten/NAV. Kommunen vil måtte opprette et apparat mht. mottak av oppgjør. Arbeid knyttet til eventuelle omdisponeringer og utbetaling av lønn til fysioterapeutene antas å medføre mindre merarbeid ved at kommunene allerede har rutiner som ivaretar dette.

7.3. Rammemodeller

Lov- og forskriftsendringer.

Rammefinansiering (modell 3a og 3b) innebærer at ftl §§ 5-8 Fysioterapi og § 5-21 Fastlønnstilskott oppheves og at det må foretas endringer i kommunehelsetjeneste loven § 1-3, jf. § 4-1 og 4-2. Det bør tas utgangspunkt i tolkning av hva som defineres som " inngå avtale" – bl.a. i forhold til lovforarbeidene til kommunehelsetjenesteloven. Gruppen har i dette arbeidet ikke tatt stilling til konkrete endringer / formuleringer i gjeldende lovbestemmelser.

Fysioterapiforskriften (13), jf. ftl. § 5-8 og forskrift om fastlønnstilskudd (12)mv. jf. ftl. § 5-21 vil bli opphevet. Det vil måtte fortas endringer i forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter. Modellene vil sannsynligvis innebære utarbeidelse av relevante forskrifter til kommunehelsetjenesteloven der forhold knyttet til kommunens avtaler med private aktører blir regulert. Tilsvarende må det gis forskrifte som regulere pasientens egenbetaling.

Endringer i avtaleverk

Dagens avtale om driftstilskudd og takster oppheves. Det bør etableres et avtaleverk i den enkelte kommune. Kommunene må ta stilling til om KS utformer en veiledende avtale – eller om KS gis fullmakter til å forhandle på vegene av kommunene. ASA-4313 vil sannsynligvis videreføres. Avtalen vil som i dag være et anliggende mellom KS og NFF – ev. øvrige fysioterapeutorganisasjoner.

Administrative konsekvenser

For kommunene vil både modell 3a) og 3b) medføre administrativt merarbeid i forhold til i dag, men 3a i større grad enn 3b. Det må tas høyde for i forbindelse med 3b) at kommunen allerede har etablerte rutiner når det gjelder kjøp av tjenester.

8. ØKONOMISKE KONSEKVENSER OG EGENANDELSOPPLEGG

Et viktig spørsmål i enhver omlegging av statens finansiering av kommunesektoren, er hvilke økonomiske virkninger som oppstår i kommunene, og om det er systematiske fordeler eller ulemper i forhold til kommunestørrelse.

I kapitlet er det sett på en omlegging der staten reduserer nivået på trygderefusjonene og legger midler over i rammetilskuddet. En slik omlegging forutsettes å være provenynøytral for staten, uavhengig av hvilken finansieringsmodell man skulle velge.

De økonomiske virkningene omtales her uavhengig av finansieringsmodell – omtalen er generell og ikke knyttet til spesifikke modellvalg.

Arbeidsgruppen har forutsatt at midler som legges over i rammetilskuddet, i hovedsak benyttes til fysioterapi. På den måten kommer kommunesektoren ut med merinntekter som tilsvarer avtalefysioterapeutenes tap av trygderefusjoner.

En omlegging innebærer imidlertid ikke at alle enkeltkommuner kommer nøytralt ut. Dagens variasjon i trygderefusjoner, som omtales i 8.1. er ulik variasjonen i rammetilskuddet, målt per innbygger. Dermed vil kommunenes tilpasning til dagens finansiering av fysioterapi få konsekvenser for hvordan de kommer ut med en omlegging til økt kommunalt finansieringsansvar. Disse virkningene er beskrevet i 8.2.

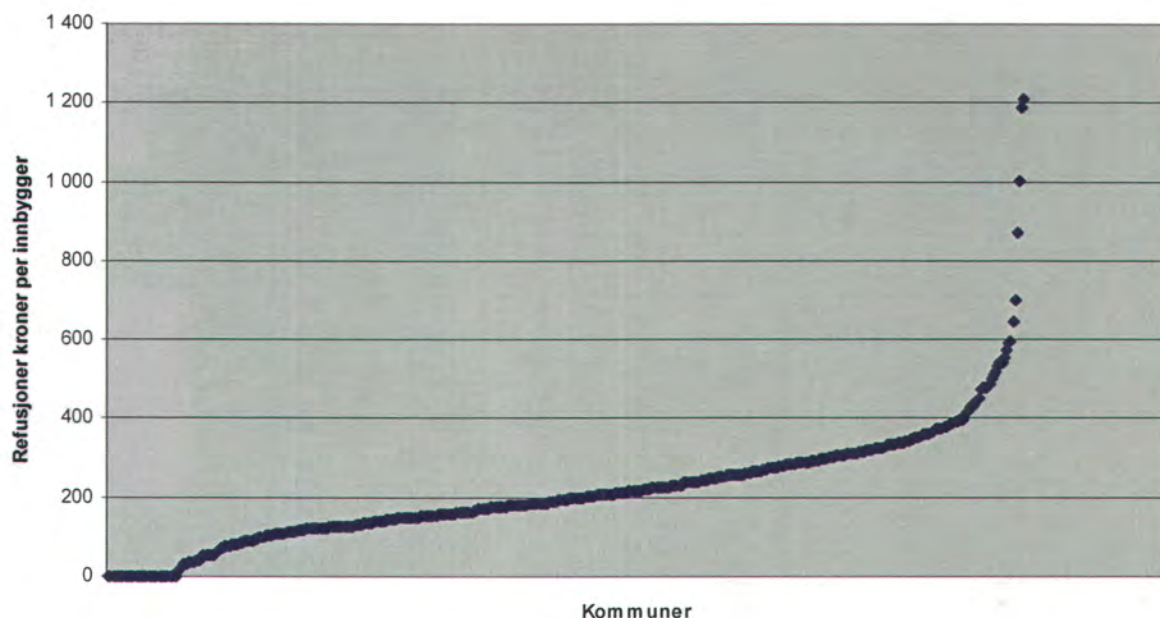
Staten fastsetter i dag pasientenes egenandeler for fysioterapitjenester, og arbeidsgruppen har vurdert i avsnitt 8.3. hvorvidt ulike egenandelsløsninger egner seg i de foreslåtte finansieringsmodellene.

Virksomheter for fysioterapeutenes inntekter er ikke analysert eller drøftet.

8.1. Dagens forskjeller

Fysioterapitilbudet varierer i norske kommuner (11). I vedlegg 1 følger en oversikt over hvilke beløp statlig fastlønnstilskudd og trygderefusjoner til private avtalefysioterapeuter utgjør i hver kommune, målt per innbygger.

I dette avsnittet gir vi et bilde av variasjonen i refusjoner til avtalefysioterapeutene. Takstsystemet for avtalefysioterapeutene er i stor grad innrettet mot tidsbestemte takster, slik at et høyt nivå på refusjonene for en stor del avspeiler aktivitet og tidsbruk hos avtalefysioterapeutene i den enkelte kommune.



Figur 8.1. Fordelingen av statlige trygderefusjoner i 2006 til avtalefysioterapeuter. Kommunefordeling. Kroner per innbygger.

Figur 8.1 viser at statlige trygderefusjoner til privatpraktiserende fysioterapeuter er fordelt ulikt mellom kommunene. Kommunene i figur 8.1 er sortert i stigende rekkefølge (fra venstre mot høyre) etter hvor høye refusjoner de mottar per innbygger. Hvert punkt representerer én kommune. Nivået på den vertikale y-aksen viser hvor høye de statlige trygderefusjonene er per innbygger i den enkelte kommune.

Medianverdien i materialet er 198 kroner per innbygger. Med andre ord har halvparten av kommunene refusjoner under dette nivået, og halvparten av kommunene har refusjoner over 198 kroner per innbygger. I alt 31 kommuner har ingen refusjoner, og 5 kommuner har svært høye refusjoner per innbygger. Disse forholdene gjør at gjennomsnittlig refusjon per innbygger (247 kr) avviker fra medianen, og at medianen trolig gir et bedre uttrykk for hva som er et "snittnivå".

Tendensen i materialet

Som figur 8.1. viser, er det en del norske kommuner (til venstre i figuren) som har 0 kroner utbetalt per innbygger i statlige refusjoner. I disse kommunene er det sannsynligvis ingen privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale. Kommunene kan imidlertid ha egne, fastlønte fysioterapeuter, eller de kan basere seg på kjøp av fysioterapitjenester fra andre kommuner, eller på at pasienter reiser til nabokommunen på eget initiativ.

Figuren viser at midtområdet er svært bredt. Det er stor spredning, og ingen konsentrasjon rundt et gjennomsnitt eller en medianverdi. Dette tyder på at norske

kommuner tilpasser seg på ulik måte i tjenestetilbudet av avtalefysioterapi, og at det ikke finnes en "typisk" kommune eller et "standard" tjenestetilbud som gjenspeiler ulikheter i behovet for fysioterapitjenester i befolkningen. Dette er i seg selv et viktig funn.

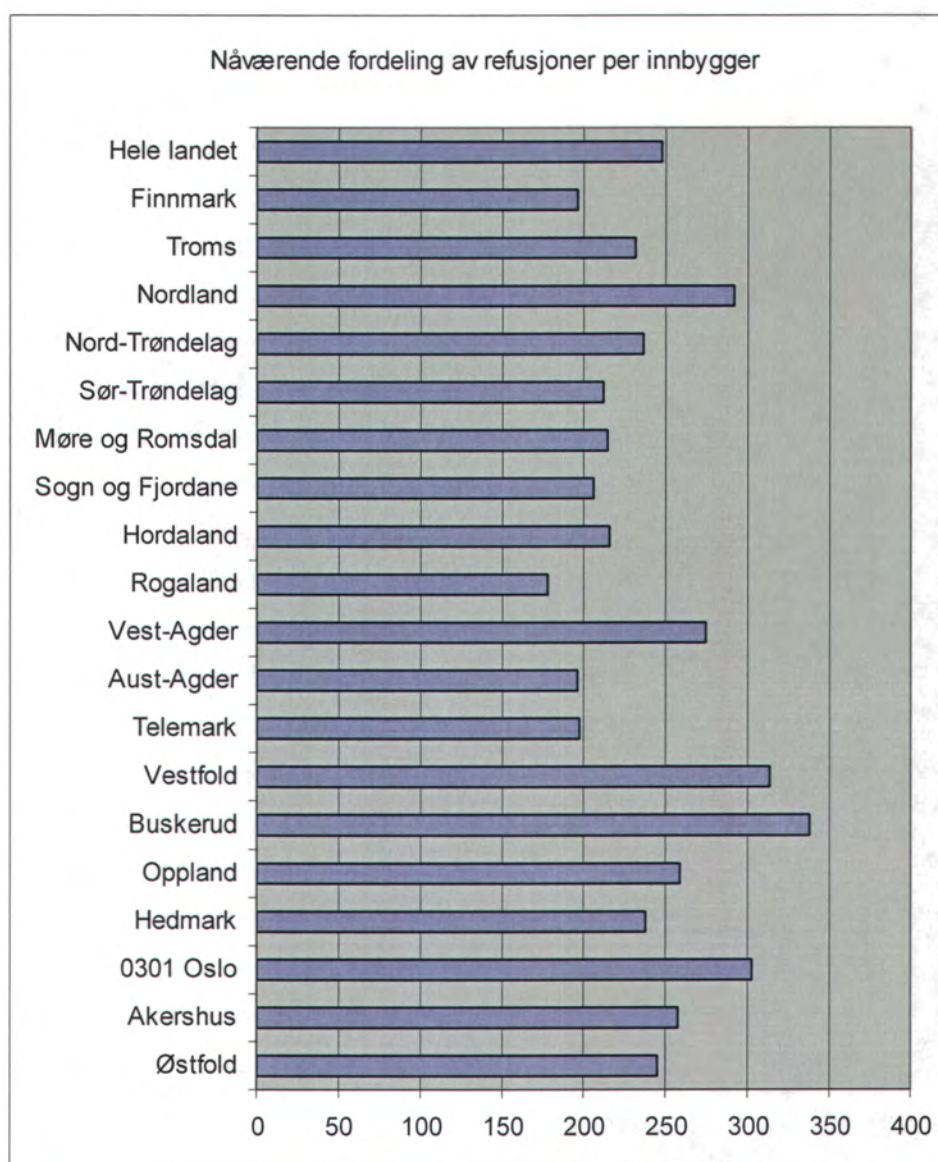
Det er likevel en tendens til at innbyggertallet øker når man går fra venstre mot høyre i figur 8.1. Da går man fra å se på kommuner med lave refusjoner per innbygger til kommuner med høye refusjoner per innbygger: Kvartilen med lavest refusjoner per innbygger, har et gjennomsnittlig innbyggertall på 4179, mens kvartilen med nest lavest refusjoner per innbygger, har i snitt 8333 innbyggere. De to kvartilene som ligger over mediannivået på 198 kroner per innbygger, har på sin side omtrent det samme folketallet: Kvartilen med nest høyest refusjoner per innbygger har et gjennomsnittlig folketall på 15 368 innbyggere, mens kvartilen med høyest refusjoner per innbygger har i snitt 15 086 innbyggere.

Ser man i tillegg på hvordan refusjoner per innbygger varierer etter kommunestørrelse, gis et bilde av at små kommuner generelt sett har et mindre omfang av driftsavtaler som gir grunnlag for at avtalefysioterapeuten kan utløse refusjoner fra trygden. jf. tabell 8.1.

	Kommuner < 5000 innb.	Kommuner 5000-20.000 innb.	Kommuner 20.000-50.000 innb.	Kommuner > 50.000 innb.
Refusjoner per innbygger, gjennomsnitt	218 kr	212	261	267

Tabell 8.1: Gjennomsnittlig refusjonsnivå per innbygger, etter kommunestørrelse. (2006)

Dagens trygderefusjoner til avtalefysioterapeuter fordelt på fylker



Figur 8.2: Statlige refusjoner til avtalefysioterapeuter i kommunene. Etter fylke i 2006..

Kilde: NAV

Variasjonen mellom fylkene er også stor. Som det fremgår av fylkesfordelingen i figur 8.2, har Buskerud høyest utbetalinger av trygderefusjoner til privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale. Buskerud har 338 kroner per innbygger, mens Vestfold, Oslo og Nordland også har høye utbetalinger fra trygdeetaten til privatpraktiserende fysioterapeuter. Lavest ligger Rogaland med 178 kroner per innbygger, deretter følger Finnmark, Aust-Agder og Telemark.

Omfang av refusjoner i de største byene

Av de største bykommunene i Norge, er det bare Oslo som ligger i gruppen (kvartilen) med mest trygderefusjoner til privatpraktiserende fysioterapeuter. Bergen, Trondheim og Tromsø ligger i den nest høyeste kvartilen, mens Stavanger ligger i den nest laveste. Dataene bekrefter ikke den vanlige oppfatningen av at de store byene er dem som har høyest nivå på trygderefusjoner til fysioterapi.

Omfang av refusjoner i små kommuner

Små distriktskommuner befinner seg på alle deler av skalaen, og avkrefter oppfatningen om at små kommuner har et lite omfang i tjenestetilbudet av privatpraktiserende fysioterapeuter. Spredningen er svært "flat", og om lag halvparten av kommunene med færre enn 5.000 innbyggere har lavere refusjoner enn medianen på kr 198 per innbygger, mens om lag halvparten av disse kommunene ligger over mediannivået. En forklaring til denne variasjonen er at kommuner kan ha valgt å enten ansette fysioterapeuter på fastlønn eller inngå driftsavtale. Videre kan en forklaring være at tilbud påvirker etterspørselen – slik at man får selvforsterkende effekter.

En annen årsak til at mange småkommuner har høyt aktivitetsnivå (høye trygderefusjoner per innbygger), er at de tar imot pasienter fra nabokommuner eller ev at kommunen har enkelte storforbrukere av tjenesten som gjør utslag.

Reise- eller pendleromfang

Arbeidsgruppen har ikke hatt tilstrekkelig grunnlag for å kunne vise om vi har en klar arbeidsdeling mellom kommunene - der noen kommuner baserer seg på at nabokommunene skal tilby fysioterapi, mens den selv kan ha et minimumstilbud. For å vite det, må man sammenholde den enkelte kommune med nabokommunene, eller aller helst vite omfanget av pasienter med bosted i annen kommune enn der de oppsøker fysioterapeut. Dette er eventuelt et tema for videre utredning.

Noen enkeltteksempler kan illustrere ulikhetene:

- Av de største bykommunene er Drammen den kommunen med høyest refusjoner per innbygger (489 kr per innb). Dette tyder på at Drammen er et senter som trekker til seg pasienter fra andre områder. En rekke av de største omegnskommunene har imidlertid også et høyt refusjonsnivå. Både Lier, Ringerike, Kongsberg, og Øvre Eiker ligger relativt høyt. Bare et fåtall av de nærmeste omegnskommunene ligger på mediannivået eller under (Røyken, Hurum, Nedre Eiker). En mulighet er at innpendlingen til Drammen kommer fra områder som ligger lengre unna.

- Oslo kommune ligger også relativt høyt med 302 kr i refusjoner per innbygger. Mange av nabokommunene har imidlertid også et høyt nivå, blant annet Asker,

Bærum, Skedsmo og Oppegård. På den annen side har blant annet Nesodden, Rælingen og Nittedal et relativt lavt refusjonsnivå per innbygger.

- Stavanger kommune ligger så lavt i refusjonsnivå per innbygger (185 kr per innb.) Nabokommunen Sandnes ligger til sammenligning høyere enn Stavanger i refusjonsnivå per innbygger. Sola og Egersund kommuner har på den annen side et lavt refusjonsnivå (122 og 174 kr per innb).

Vedlegg 1 er utarbeidet etter opplysninger fra NAV over hvordan statens trygderefusjoner til privatpraktiserende fysioterapeuter fordeler seg mellom kommunene.³ Refusjonene er fordelt ut på norske kommuner etter hvor avtalefysioterapeuten har sitt arbeidssted og er uavhengig av pasientenes bostedskommune. Arbeidsgruppen har ikke klart å skaffe til veie et materiale der trygderefusjonene er fordelt til kommunene etter hvor pasientene bor. På noen års sikt vil det imidlertid være mulig å få et bedre grunnlag, ettersom NAV via elektronisk oppgjør i større grad får inn opplysninger om pasientenes personnummer som en del av fysioterapeutenes refusjonskrav. Når et slikt grunnlag foreligger, vil man med større sikkerhet også kunne anslå de økonomiske virkningene av en omlegging.

8.2. Økonomiske virkninger av en omlegging

En omlegging der staten reduserer nivået på fysioterapirefusjonene og legger midler over i rammetilskuddet, forutsettes å være provenynøytral for staten. Med andre ord er statens utgifter til fysioterapi på samme nivå som tidligere, noe som er en forutsetning for alle finansieringsmodellene som omtales i denne rapporten.

Kommunesektoren som helhet får høyere inntekter enn før, fordi midler som i dag utbetales fra staten til private aktører (avtalefysioterapeuter), i stedet kanaliseres til kommunene.

Arbeidsgruppen har forutsatt at midler som legges over i rammetilskuddet, i hovedsak benyttes til fysioterapi.

En omlegging til økt kommunalt finansieringsansvar vil imidlertid gi både positive og negative økonomiske virkninger for den enkelte kommune. Arbeidsgruppen har ikke hatt tilstrekkelig materiale til å kunne konkludere med hvilke økonomiske virkninger en omlegging vil få i enkeltkommuner.

En del virkninger for ulike grupper kommuner kan imidlertid skisseres:

³ Grunnlaget omfatter 1148 mill. kroner i trygderefusjoner i 2006. Dette utgjør 98 prosent av de faktisk utbetalte refusjonene i 2006, fordi enkelte fysioterapeuter ikke har avtale om direkte oppgjør med NAV.

- *Kommuner som har utstrakt bruk av private avtalefysioterapeuter med høyt aktivitetsnivå*, kommer uheldig ut av en omlegging med økt kommunalt finansieringsansvar. De private avtalefysioterapeutene i disse kommunene får i dag inntekter fra et stort omfang av trygderefusjoner til fysioterapi. En omlegging gir økt rammetilskudd, men i disse kommunene er tap av refusjoner til private *større* enn økte inntekter til kommunen gjennom rammetilskuddet. Dersom disse kommunene kompenserer de private avtalefysioterapeutene fullt ut for deres tap av inntekter, så får disse kommunene netto merutgifter av en omlegging.
- *Kommuner som har lite bruk av private avtalefysioterapeuter, eller har lavt aktivitetsnivå blant dem*, kommer godt ut av en omlegging til økt kommunalt finansieringsansvar. De private avtalefysioterapeutene i disse kommunene mottar i dag et lite omfang av trygderefusjoner til fysioterapi. En omlegging gir økt rammetilskudd, og i disse kommunene overstiger kommunens merinntekter det tap av refusjoner som de private avtalefysioterapeutene får.

I figur 8.1 kom det frem at spredningen er stor, og at mange kommuner har lagt seg i et bredt "midtområde". En konsekvens av denne "flate" spredningen rundt et midtområde, er at en omlegging fra dagens statlige trygderefusjoner til statlig rammetilskudd gjennom inntektssystemet, gir svært lite utslag for de aller fleste kommuner. Alle kommuner som befinner seg i dette midtområdet (middels lavt, middels høyt nivå på refusjoner per innbygger), får med andre ord små økonomiske virkninger av en omlegging i retning av økt rammetilskudd.

At virkningene er ulike, bunner i at rammetilskuddet til kommunene er fordelt på en annen måte enn dagens trygderefusjoner til privatpraktiserende fysioterapeuter. Dette endres noe, men trolig ikke vesentlig, selv om man justerer kostnadsnøkklene i inntektssystemet for å tilpasse kostnadsnøkklene til det økte kommunale finansieringsansvaret på fysioterapiområdet.

For kommunene vil trolig de langsiktige virkningene være noe annerledes enn de kortsiktige virkningene. Det er sannsynlig at det vil finne sted en viss tilpasning i kommunene som demper de økonomiske virkningene. Kommunene har ansvaret for inngåelsen av driftsavtaler, og med unntak av Oslo er kommunene også avtalepart gjennom KS om grunnlaget for innhold og økonomi i driftsavtalene. Kommunene står dessuten fritt i valget mellom å ansette egne fysioterapeuter eller å inngå driftsavtaler med privatpraktiserende fysioterapeuter.

De økonomiske virkningene omtales her uavhengig av finansieringsmodell – omtalen er generell og ikke knyttet til spesifikke modellvalg. Valg av finansieringsmodell har imidlertid betydning for hvor store frihetsgrader kommunene har, og vil ha betydning for hvordan kommunene innretter sin finansiering av fysioterapi på lengre sikt.

Endringer i statens finansiering medfører nye forutsetninger for avtaleforhandlingene mellom KS og NFF. Et mulig utfall er at det forhandles fram avtaler som kompenserer de private avtalefysioterapeutene for det de taper i trygderefusjoner. Merutgiftene vil i så fall øke proporsjonalt med antall

driftsavtaler (omregnet til hele driftstilskudd) som den enkelte kommune har. Det foreligger ikke en oversikt over hvor mange private deltidshjemler den enkelte kommune har. I KOSTRA rapporteres det kun på antall årsverk. Arbeidsgruppen har derfor ikke kunnet anslå de økte kostnadene for enkeltkommuner.

Økonomiske virkninger sett i forhold til kommunestørrelse

De økonomiske virkningene er også sett i forhold til kommunestørrelse, og tilgjengelig datamateriale tyder på følgende sammenhenger:

Små kommuner med mindre enn 5000 innbyggere

236 av landets 431 kommuner har mindre enn 5000 innbyggere. Samlet sett kommer disse kommunene godt ut av en omlegging der statlige trygderefusjoner legges inn i rammetilskuddet, med betydelige merinntekter. Dette er den gruppen som også kommer best ut, når man ser på merinntekter per innbygger.

Men virkningene er forskjellige i ulike kommuner. Arbeidsgruppen anslår at ca. 80 prosent av disse kommunene kommer ut med større inntekter fra staten, mens ca. 20 prosent kommer ut med mindre inntekter fra staten, dersom dagens trygderefusjoner innlemmes i sin helhet i rammetilskuddet.

Kommuner med mellom 5000 og 20 000 innbyggere

149 av landets 431 kommuner har mellom 5000 og 20 000 innbyggere. Samlet sett kommer disse kommunene godt ut av en omlegging der statlige trygderefusjoner legges inn i rammetilskuddet, med betydelige merinntekter. Merinntekter per innbygger er imidlertid lavere enn for de minste kommunene.

De fleste, eller 75 prosent av disse, kommer positivt ut av en omlegging der trygderefusjoner legges inn i rammetilskuddet. Om lag 25 prosent av disse kommunene kommer ut med mindre inntekter fra staten.

Kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere

33 av landets 431 kommuner har mellom 20000 og 50 000 innbyggere. Samlet sett kommer disse kommunene ikke så godt ut av en omlegging der statlige trygderefusjoner legges inn i rammetilskuddet, og samlet sett får disse kommunene mindreinntekter. Den økonomiske virkningen per innbygger er imidlertid liten, og minst for denne gruppen kommuner.

Arbeidsgruppen anslår at ca. 40 prosent av disse kommunene kommer ut med større inntekter fra staten, mens ca. 60 prosent kommer ut med mindre inntekter fra staten, dersom dagens trygderefusjoner innlemmes i sin helhet i rammetilskuddet.

Kommuner med mer enn 50 000 innbyggere

13 av landets 431 kommuner har mer enn 50 000 innbyggere. Samlet sett kommer disse kommunene dårligst ut av en omlegging, og samlet sett får disse kommunene

mindreinntekter. Dette er også den gruppen som kommer dårligst ut av en omlegging, når man ser på den økonomiske virkningen i forhold til innbyggertallet.

Bildet for disse største kommunene, er nokså blandet: Fem kommuner (40 prosent) kommer positivt ut og åtte kommuner (60 prosent) kommer negativt ut. Dette skyldes at utgangssituasjonen er svært forskjellig slik at det blir ulike forklaringer: Drammen, Bærum, Oslo og Kristiansand kommer ut med størst tap per innbygger, og dette er byer som alle har et relativt høyt refusjonsnivå i dag. Byer med lavere aktivitetsnivå, som Bergen og Trondheim, kommer om lag likt ut med dagens ordning, mens byer med lavt aktivitetsnivå som Stavanger, tjener på en omlegging.

Tapet for de kommunene som kommer negativt ut i denne gruppen, er langt større enn merinntektene for de som kommer positivt ut. Størst er de beløpsmessige tapene for Oslo, Drammen, Tønsberg og Bærum kommune.

Videre utredningsbehov

Det er tatt utgangspunkt i dagens kostnadsnøkler i inntektssystemet til kommunene, og ikke tatt hensyn til at det vil være behov for å revidere kostnadsnøklerne dersom en slik endring skal gjennomføres. Om lag 78 prosent av antall behandlinger/undersøkelser som i dag utløser statlig refusjon, gjelder pasienter i aldersgruppen 16-66 år. Dette er den aldersgruppen som i inntektssystemets kostnadsnøkler gir minst uttelling fordi denne aldersgruppen normalt er mindre utgiftskrevende for kommunene. Det er derfor behov for å justere kostnadsnøklerne i inntektssystemet, slik at kommuner med en høy andel innbyggere i aldersgruppen 16-66 år, får en forholdsmessig større andel av midlene enn med dagens kostnadsnøkler.

Fordi dataene i tilgjengelig data materiale ikke tar utgangspunkt i pasientenes bosted, men i fysioterapeutenes arbeidssted, har arbeidsgruppen ikke funnet det riktig å knytte konkrete beløp til omtalen av økonomiske virkninger. For å konkludere med konkrete beløp, bør man gjennom videre utredning få anslag på hvor stort reiseomfang man ser i dag, eller få nærmere kunnskap om pasientenes bostedskommune.

8.2.1. Videreutvikling – modell 1 - økonomiske konsekvenser

Som det fremkommer av pkt. 7.1. er aktuelle tiltak følgende:

- a) øke driftstilskuddsandelen iht det totale inntektgrunnlaget til fysioterapeuten samtidig som takstandelen reduseres.
- b) øke den nedre grensen for driftsavtalehjemler.
- c) sterkere regulering av avtalefestet arbeidstid

- d) sterkere regulering av kommunenes og fysioterapeutens plikter og rettigheter

Omtalen har dagens avtalesystem som utgangspunkt.

Tiltak a): Driftstilskuddet samlet for landets kommuner utgjør ca. 580 mill.. kroner. For fysioterapeutene på landsbasis utgjør driftstilskuddet 25 % av de samlede inntektene.

En omlegging kan gjennomføres som en provenynøytral omlegging for staten. Dersom driftstilskuddsandelen skal økes til om lag 40 % av avtalefysioterapeutenes samlede inntekter, må i så fall et beløp på om lag 348 mill.. kroner som i dag utbetales som statlige refusjoner legges inn i rammetilskuddet i inntektssystemet til kommunene.

Dersom driftstilskuddsandelen skal heves til 50 prosent av inntektene, må om lag 580 mill.. kroner flyttes tilsvarende, forutsatt at en omlegging skal være provenynøytral for staten.

Økt driftstilskuddsandel og lavere nivå på statlige trygderefusjoner innebærer at avtalefysioterapeuter får en større del av inntekten som fast avtalt inntekt og en mindre del av inntekten som aktivitetsbaserte takster.

Tiltak a) kan medføre en "spin-off"-effekt ved at fysioterapeuter som arbeider utover avtalt tid vil måtte arbeide enda mer for å opprettholde inntjeningen. Iht. ASA 4313 (6) skal driftsavtalen og reell arbeidstid samsvare. Dersom dette avtalevilkåret legges til grunn kan det i utgangspunktet forutsettes at en slik spin-off-effekt ikke vil bli av omfattende art. I de tilfeller dette vil forekomme, kan det antas at tiltaket vil komme til å innebære økt press på kommunene til å inngå større driftsavtaler for fysioterapeuter som i dag arbeider mer enn avtalt tid.

Det foreligger imidlertid ikke noen samlet oversikt når det gjelder driftsavtalestørrelse for den enkelte fysioterapeut per kommune. Det bør opprettes rutinemessig rapportering på dette i Kostra fra den enkelte kommune. Eventuelt bør det også innføres rutine ved at den enkelte fysioterapeut oppgir størrelse på sin driftsavtale til NAV. Se i den forbindelse også omtale under pkt. c).

Tiltak b) vil innebære at det settes et minstenivå for driftsavtaler på et høyere nivå enn dagens 20 prosent (0,2 årsverk). Tiltaket vil innebære økte utgifter for kommuner som i dag gir oppsplittede driftsavtaler på ned mot 0,2 årsverk til fysioterapeutene i kommunene, forutsatt at fysioterapeuten har et større arbeidsvolum enn driftsavtalen tilsier (jf. omtale under pkt. c.).

Tiltak c) vil innebære økte utgifter for kommunen dersom driftsavtalene må utvides på grunn av at disse er satt lavere enn fysioterapeutens dokumenterte arbeidsvolum. For å få effekt av tiltaket vil det kunne være nødvendig å senke takstene og øke driftstilskuddsandelen (jf. omtale av tiltak a) dersom erfaringer viser at fysioterapeuter arbeider utover avtalt tid

Det er i denne vurderingen ikke tatt hensyn til eventuelle andre mulige begrensinger i folketrygdlovens bestemmelse om rett til dekning av utgifter.

Tiltak d) gjelder initialt rettslige tiltak og er omtalt under pkt. 7.1.

8.2.2. Risikodelingsmodeller – modell 2 - økonomiske konsekvenser

Både modell 2a og 2b er skissert innenfor en forutsetning om et provenynøytralt opplegg fra statens side. Det vil si at ingen av modellene innebærer reduserte utgifter for staten. For kommunene kan modell 2a og 2b slå ut i enten økte eller reduserte inntekter, avhengig av hvilket utgangsnivå kommunen har i dag, og avhengig av hvilket aktivitetsnivå kommunen legger opp til i sin fysioterapitjeneste.

8.2.3. Rammemodeller – modell 3 - økonomiske konsekvenser

Full rammefinansiering fra statens side innebærer at hele den statlige finansieringen – trygderefusjoner og fastlønnstilskudd – legges inn i rammetilskuddet i inntektssystemet til kommunene. Statens finansiering utgjør om lag 1430 mill.ioner kroner i form av trygderefusjoner og anslagsvis 200⁵ mill. kroner i fastlønnstilskudd, til sammen 1630 mill.ioner kroner jf pkt 2.2. Arbeidsgruppen har i pkt 8.2 sett på en mindre omfattende omlegging, og har ikke sett på virkningene av å legge fastlønnstilskuddet inn i rammetilskuddet.

8.3. Egenbetaling

En vesentlig del av statens finansiering av fysioterapitjenesten omfatter dekning av egenandeler på vegne av pasienter som har krav på fritak for egenandel for fysioterapibehandling. Om lag 700 mill. kroner av statens årlige utgifter til fysioterapi gjelder dekning av egenandeler.

Gruppen har ikke i mandat å vurdere egenandelsordninger, men har sett på statens muligheter for å fortsatt fastsette egenandelene, forutsatt at det gjøres en omlegging av de statlige finansieringsordningene. Det vises til rapport fra arbeidsgruppe ledet av NAV, med deltakelse fra Sosial- og helsedirektoratet og NFF, heretter kalt NAV-arbeidsgruppen. Rapporten forelå i mai 2007, på oppdrag fra HOD.

NAV-arbeidsgruppen har foreslått tre alternative modeller for endring i dagens egenbetaling for fysioterapitjenester i kommunene:

⁵ I 2005 var regnskap fastlønnstilskudd 189 mill. kroner. I 2006 var saldert budsjett 185 mill. kroner. I 2007 er det budsjettet med 224 mill. kroner.

- Modell A: Skjerming via ny felles takordning, bortfall av sykdomsliste, fritak for barn under 18 år og yrkesskade.
- Modell B: Skjerming via egenandelstak 2, bortfall av sykdomsliste og fritak for barn under 18 år og yrkesskade
- Modell C: Skjerming via revidert sykdomsliste, fritak for barn under 18 år og yrkesskade

Spørsmålet er hvordan disse modellene kan innpasses i de ulike finansieringsmodellene:

Modell 1 bygger videre på dagens finansieringssystem og vil kunne kombineres med alle forslagene fra NAV-arbeidsgruppen til endring i betalingsordning.

Modell 2a vil kunne kombineres med modell A og B ved at fysioterapeuten som tidligere krever egenandel for pasienter med frikort fra NAV, som igjen utbetaler til kommunen. Modellen innebærer en videreføring av et nasjonalt takstsystem og det er derfor også mulig å tenke seg en kombinasjon også med modell c, som er en videreføring av dagens betalingsordning. Fysioterapeuten vil som tidligere vurdere om pasienten faller inn under diagnoselisten og sende krav om full refusjon (altså honorartakst – refusjon og egenandelen) til NAV, som kontrollerer kravet og utbetaler til kommunen.

Modell 2b vil kunne kombineres med modell A og B, men trolig ikke med modell C. Kombinasjon med A og B forutsetter nasjonalt fastsatte egenandeler og at det opprettes en ny oppgjørsordning mellom NAV og kommunene for refusjon av egenandeler på grunn av frikort. Egenandelene vil ikke lenger være en del av et takstsystem, og det må derfor lages rutiner for å håndtere dette. Det må tas høyde for at pasienter med frikort skal fritas for egenandel i avtalene mellom kommunene og fysioterapeutene, og at fysioterapeutene rapporterer på dette til kommunene.

Modell 2b lar seg vanskelig kombineres med modell C. Det vil være lite hensiktsmessig å opprettholde en detaljregulering av hvem som skal være fritatt for egenandel i en ny aktivitetsbasert tilskuddsordning. Dette vil gi liten forutsigbarhet når kommunen skal inngå avtaler med fysioterapeutene, og det vil kunne bli en utfordring å forankre fritaksordningen i kommunene.

Modellene 3a og 3b er forenlig med både modell A og B, men i likhet med risikodelingsmodellene, forutsetter dette statlig fastsatte egenandeler og opprettelse av nye oppgjørsordninger mellom kommunene og NAV og rutiner for fritak for egenandel i avtalene mellom kommunene og fysioterapeutene..

Rammefinansiering lar seg vanskelig kombinere med modell C som innebærer en videreføring av dagens sykdomsliste. Dette vil innebære en betydelig statlig inngrepen i finansieringen Dagens detaljregulering av hvem som fritas for egenandel vil komplisere kommunenes avtaler med fysioterapeutene og kan bidra til svekket forutsigbarhet både for kommunene og fysioterapeutene.

9. ARBEIDSGRUPPENS VURDERINGER

Kommunesektoren har, gjennom kommunehelsetjenesteloven, ansvar for fysioterapi som en del av kommunehelsetjenesten. Kommunene bærer imidlertid ikke hovedtyngden av utgiftene til den delen av fysioterapitjenesten som gjelder privat praksis. Kommunene finansierer et fast driftstilskudd til fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunene, mens staten ved folketrygden, finansierer størstedelen av fysioterapeutenes inntekter gjennom aktivitetsbaserte takster. Arbeidsgruppen har i sitt arbeid omtalt behovet for å få bedre prioriteringer mellom pasienter og pasientgrupper samt å fokusere på rehabiliteringsoppgaver i kommunehelsetjenesten. Arbeidsgruppen har omtalt sentrale trekk i siste års utvikling når det gjelder finansieringen av tjenesten (utgiftsutvikling), lovgrunnlag og avtaleverk, tidligere utredninger samt gjort rede for ulike perspektiver knyttet til styringsutfordringer – hhv. statens, kommunenes, brukernes og avtalefysioterapeutenes perspektiver. Arbeidsgruppen har drøftet fem ulike finansieringsmodeller ift. rettslige, administrative og økonomiske konsekvenser. Arbeidsgruppen mener at økt kommunal finansiering kan gi kommunene bedre mulighet til å prioritere lokale ressurser.

Arbeidsgruppen er enig i at det er behov for økt kommunalt finansieringsansvar for fysioterapitjenesten i kommunene, men det er ulike syn i arbeidsgruppen på omfang av tiltak. Mye av premissene for tjenestene for privatpraktiserende fysioterapeuter legges i avtaleverk og i kommunale driftsavtaler, og viktige endringer bør gjennomføres i dette avtaleverket. Mye kan gjøres på kort sikt. Arbeidsgruppen foreslår både tiltak som kan gjennomføres innen 1-2 år, og beskriver alternative finansieringsmodeller med en lengre tidshorison. Arbeidsgruppen er enig om en del viktige forutsetninger for en omlegging:

Forutsetninger for en omlegging

Enkelte viktige **forutsetninger** må til for at omlegging i retning økt kommunalt finansieringsansvar skal være fornuftig:

- En omlegging må bygge på en forutsetning om nullsum. Dersom staten reduserer nivået på refusjonene, må rammetilskuddet til kommunene økes tilsvarende.
-
- En omlegging må ikke virke byråkratiserende eller være administrativt kostnadskrevende, men bør i stedet medfører forenklinger. En viktig forutsetning for en eventuelt ny modell er at den er enkel og lett å forholde seg til for de ulike partene.
- En omlegging må gi kommunene større handlingsrom for å bestemme innhold og vilkår i fysioterapitjenesten enn i dag. Staten må være villig til å gi kommunene reell myndighet til å utforme tjenesten etter lokale behov dersom

kommunene gis større ansvar for finansieringen.

- Dagens ordning er vokst fram gjennom et forhandlingsbasert avtaleverk, som ikke uten videre kan avvikles eller forandres på veldig kort tid. Respekt for avtaleverk og for at forhandlingsprosesser kan ta noe tid, må til.
- En omlegging må bygge på behovet for faglig kvalitet og faglig bredde i fysioterapitilbudet, og må legge rammevilkår som legger til rette for gode prioriteringer og kostnadsnøytralitet i valget mellom private fysioterapeuter og fastlønnede.

Konsekvenser av økt kommunalt finansieringsansvar

Ut fra disse forutsetningene mener arbeidsgruppen at økt kommunalt finansieringsansvar kan gi følgende konsekvenser:

1. gi større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar – og mer i tråd med forutsetningen for oppgavefordelingen mellom stat og kommune
2. bedre kommunenes muligheter til å prioritere ut fra lokale hensyn
3. styrke kommunenes interesse for innhold og kvalitet i fysioterapitjenesten
4. styrke kommunenes interesse for å knytte fysioterapi tettere opp mot øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester, og se flere tjenester i sammenheng
5. føre til at fysioterapi fremstår som dyrere for kommunene enn i dag, pga. helt/delvis omgjøring av statlige refusjoner til rammetilskudd, og kan isolert sett føre til redusert tjenestevolum i enkelte kommuner
6. ikke nødvendigvis gi økte styringsmuligheter for kommunene: Økte styringsmuligheter for kommunene forutsetter at en omlegging i finansieringen ikke samtidig følges av skjerpede statlige retningslinjer eller normer for tjenesten
7. åpne for større lokale prioriteringer og kanskje også forskjeller mellom kommuner. I dag er det imidlertid også forskjeller i fysioterapitilbudet mellom de ulike kommunene, så virkningene her er usikre
8. føre til at man må vurdere et oppgjør mellom kommuner der hvor pasienter oppsøker fysioterapi i nabokommuner

Fastlønsordning

Utgangspunktet for innføringen av finansieringsordningen for fysioterapitjenesten i 1984 var at det skulle være en kostnadsnøytral ordning for kommunene hvorvidt kommunen inngikk avtale med privatpraktiserende fysioterapeuter eller ansatte fysioterapeuter på fast lønn. Folketrygden yter tilskudd til kommunene for fastlønsstillinger for fysioterapeuter (12). Slikt fastlønnstilskudd gis i stedet for refusjon etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysikalsk behandling (13). Et sentralt utgangspunkt for arbeidet med nye finansieringsordninger er at kommunene fortsatt skal kunne organisere fysioterapitjenesten ved å ansette personell eller ved å inngå avtale med fysioterapeuter om privat virksomhet, jf. kapittel 6. Det betyr at alle modellene også inkluderer muligheten for kommunene å ansette fysioterapeuter.

Ved en eventuell omlegging i retning av modell 2 eller 3, må det vurderes om fastlønnstilskuddet skal opprettholdes for å sikre gode rammevilkår for kommuner som ønsker å opprettholde disse stillingene.

Uavhengig av modeller må tilskudd til fellestiltak for fysioterapeuter videreføres. Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter ble etablert på bakgrunn av lovfestet tiltak. Oppbyggingen av fondet har skjedd som en del av forhandlingene mellom staten/KS og NFF vedr revisjon av avtalen om takster og driftstilskudd.

På kort sikt mener arbeidsgruppen at følgende tiltak er aktuelle:

- Øke de kommunale driftstilskuddene sin andel av den samlede finansieringen.
- Øke nedre grense for en deltidshjemmel fra dagens minimumskrav om 1/5 til 2/5 av et årsverk (fullt driftstilskudd).
- Innføre en plikt for fysioterapeuter til å utføre arbeid som kommunen etterspør enten i avtaleverket eller gjennom lov eller forskrift.

Inntil 2000 innholdt ASA-4313 en bestemmelse om begrenset tilpliktning som tilsa at kommunen kunne tilplikte avtalefysioterapeuten andre oppgaver inntil 8 timer per uke, der kommunen ikke fikk tak i kvalifisert personell. Hensikten med en slik bestemmelse er å få styrt prioriteringen inn mot pasientgrupper som har særlige behov som for eksempel rehabiliteringsbrukere og funksjonshemmede.

Arbeidsgruppen har også drøftet innføring av begrensninger i det sentrale avtaleverket (jf pkt 3.4.1) om at statlige refusjoner ikke utbetales utover den arbeidstiden som følger av fysioterapeutens driftsavtale med kommunen. En begrenset driftsavtale gir imidlertid ikke hjemmel for å begrense pasientens rett til stønad til dekning av utgifter etter folketrygdloven. Ved å heve driftstilskuddsandelen og redusere inntekten fra refusjonstakstene, vil det i mindre grad være lønnsomt for fysioterapeuter å arbeide utover avtalt tid.

Omlegging på lengre sikt

Arbeidsgruppen har omtalt fem ulike finansieringsmodeller – en modell som bygger på dagens ordning, to risikodelingsmodeller der staten opprettholder trygderefusjoner til kommunene, og to rammefinansieringsmodeller der dagens trygderefusjoner avvikles. I tillegg er det skissert to varianter med og uten et takstsystem.

Modell 1: Videreutvikling som bygger på dagens ordning

Modell 2 – Risikodelingsmodeller – staten opprettholder trygderefusjoner

- a. Kommunalt takstsystem
- b. Kommunalt kjøp av tjenester

Modell 3 – Statlig rammefinansiering – statlige trygderefusjoner avvikles

- a. Kommunalt takstsystem
- b. Kommunalt kjøp av tjenester

I modell 2a og 3a etablerer kommunene et kommunalt takstsystem som i større eller mindre grad bygger på hovedelementene i dagens statlige takstsystem for fysioterapi. I modell 2b og 3b etablerer kommunene kjøp av tjenester uten et takstsystem, og velger selv hvordan de best kan innrette sin finansiering av privatpraktiserende fysioterapeuter. Enkle løsninger som faste beløp for en viss åpningstid, for en bestemt kapasitet eller for et bestemt faglig tilbud kan tenkes. Kommunene kan også velge mer kompliserte kriterier for kjøp av tjenester, noe som særlig er aktuelt i større kommuner med større befolkning og mer variert behov. Alle modellene som arbeidsgruppen har vurdert gir kommunene fortsatt mulighet til å ha egne ansatte fysioterapeuter.

Arbeidsgruppens vurdering av de ulike modellene er:

- Modell 1 krever mindre justeringer av dagens ordning og er den minst gjennomgripende av modellene. Modellen bygger på dagens system der staten utbetaler trygderefusjoner, og det gjøres ikke gjennomgripende endringer i avtaleverket mellom forhandlingspartene. Dagens ordning har mange fordeler. Det er en sterk økonomisk stimulans til høy aktivitet i tjenesten, som både er en fordel for befolkningen og for kommunene.

- Flertallet i arbeidsgruppen foreslår å redusere takstandelen og øke kommunenes andel av den samlede finansieringen. Dette innebærer at takstene reduseres, og at de innsparte midlene legges over i kommunenes rammetilskudd. Dette svekker stykkprissystemets betydning og kommunene får økt finansieringsansvar. Statens representanter i arbeidsgruppen foreslår å øke driftstilskuddsandelen fra dagens 25 % til 40 % som var forutsatt i 1984. Virkningene av dette må evalueres og danne grunnlag for senere vurdering av en eventuell ytterligere økning.

- Modell 2 – risikodelingsmodellene – innebærer at staten fortsatt stimulerer til aktivitet som i dagens ordning. Fortsatt risikodeling mellom stat og kommune innebærer dessuten at kommunene tar på seg enn mindre risiko for utgiftsvekst enn under ren statlig rammefinansiering. Modell 2 vurderes imidlertid som vanskeligere å håndtere enn modell 1 og 3, og både KS og NFF avviser dette alternativet. KS vektlegger at modell 2 innebærer fortsatt sterke føringer fra statens side. Kommunene får større finansieringsansvar uten at de gis reelt større styringsmuligheter for utforming av tjenesten.

- Modell 2a avvises som en god løsning. Her opprettholder staten takstsystemet, men utbetaler pengene til kommunene, og ikke som i dag, til de privatpraktiserende fysioterapeutene. Kommunene står samtidig fritt til å utbetale andre takster til fysioterapeutene enn det kommunene har mottatt fra staten som oppgjør for en utført aktivitet. Modellen virker byråkratiserende og er administrativt kostnadskreven. Den kan også føre til utfordringer, fordi kommunene kommer i en formidlerrolle av en pengestrøm som er definert av andre aktører. For stat og kommune kan det by på vansker å etablere og justere et grunnlag for å måle aktivitet i fysioterapitjenesten, når to takstsystemer skal leve side om side. Skal modellene lykkes, forutsetter det aktiv styring fra kommunenes side. Hvis kommunene kun blir et mellomledd, har modellen lite for seg.

- Modell 2b har gitt grunnlag for ulike vurderinger i arbeidsgruppen. Her opprettholdes statlige refusjoner, men i mindre omfang enn i dag. Pengene utbetales til kommunen og ikke til private fysioterapeuter som i dag. Modellen gir kommunene full styring over hvordan de vil innrette sin finansiering, i likhet med modell 3B.

- Rammefinansiering fra stat til kommune – modell 3 – innebærer at dagens takstsystem avvikles. Rammefinansiering er mer på linje med hvordan staten finansierer flere andre kommunale tjenester, og kan ha positive effekter på kommunenes interesse og styring av fysioterapitjenesten i sammenheng med andre kommunale tjenester. Rammefinansiering gir imidlertid langt mindre aktivitetsstimulans enn dagens trygderefusjoner, dersom ikke kommunene viderefører en aktivitetsbasert finansiering av privatpraktiserende fysioterapeuter. Effekten på aktivitet, kvalitet og faglig innhold i tjenesten, bestemmes med andre ord av de vilkårene kommunene fastsetter i sentralt avtaleverk og driftsavtaler, og bestemmes av hvordan kommunene innretter sin finansiering. NFF avviser dette alternativet.

- Modell 3 vurderes som mest interessant av KS dersom man går bort fra dagens modell. KS vurderer det imidlertid som nødvendig å få erfaringer fra begrensede forsøk før man kan ta stilling til om denne modellen samlet sett er gunstigere enn dagens ordning.

- Av modell 3a – rammefinansiering med et kommunalt takstsystem – og modell 3b rammefinansiering med kommunalt kjøp av tjenester, anses 3b som mest aktuell. I

denne modellen utvikler kommunene sin finansiering på fritt grunnlag, men uten å bygge på et takstsystem. Kommuner som ønsker det, står likevel fritt til å velge om de vil etablere et eget takstsystem.

NFF avviser modellene som flytter hele finansieringsansvaret for fysioterapitjenesten til kommunene, og er imot modeller som fjerner den aktivitetsbaserte inntekten for fysioterapeutene.

-NFF støtter forsøksmodell for kjøp av fysioterapitjenester for å fremskaffe grunnlagsmateriale som kan legge til rette for supplerende finansieringsordninger.

Videre prosess

Arbeidsgruppen mener at en omlegging av finansieringen bør skje gradvis. Særlig hvis man går inn på løsninger som innebærer en omlegging til ny finansieringsmodell for fysioterapi, er det behov for en overgangsordning som går over for eksempel fem år. Forslagene til videreutvikling av dagens modell kan gjennomføres over kortere tid for eksempel 1-2 år. Her bør man også være oppmerksom på at forslagene gir økonomiske virkninger.

Dersom en omlegging vurderes i retning av modell 2 eller 3, er det ønskelig med begrensede forsøk i enkelte kommuner. Forsøk bør gjennomføres for å skaffe erfaringer og grunnlagsdata. Hvis en eventuell omlegging foretas, må den skje stegvis og ta hensyn til økonomiske virkninger både for kommunene og for de private fysioterapeutene.

Særmerknader

NFF og KS har følgende særmerknad til modell 1- videreutvikling av dagens modell:

"NFF og KS er i mot at det foretas større omlegginger i retning av redusert statlig og økt kommunalt finansieringsansvar for fysioterapi i privat praksis. Å opprettholde dagens nivå på den aktivitetsavhengige finansieringen er slik vi ser det hensiktsmessig – og tilsvarer i store trekk den aktivitetsavhengige finansieringen av allmennleger i privat praksis. Vi går følgelig imot foreliggende forslag som reduserer fysioterapeutenes inntekter fra takster.

Bakgrunnen for denne konklusjonen er at vi vurderer at fysioterapi i privat praksis generelt fungerer godt i dag. Omfanget av fysioterapi i privat praksis er økt som en konsekvens av økende etterspørsel og økt behov for fysioterapitjenester. Tjenesten bidrar til høyere yrkesdeltakelse og lavere sykefravær - og gjennom dette til lavere vekst i Folketrygdens utgifter på disse områdene.

Veksten i folketrygdens utgifter til privat fysioterapi kan i saksfremstillingen i denne rapport fremstå som mer betydelig enn den faktisk har vært. Fra 1998 til 2006 var det en vekst i Folketrygdens nominelle utgifter til fysioterapeuter i privat praksis på

79 prosent. Dette er på nivå med veksten i samlede helseutgifter, som utgjorde vel 78 prosent i samme periode. Samtidig var det en nominell vekst i samlet BNP på 89 prosent.

Stortingets fastsettelse av egenbetaling, og hvilke diagnoser som skal skjermes i forhold til egenbetaling, har påvirket folketrygdens løpende utgifter til formålet. NFF og KS ser det som hensiktsmessig at egenbetalingen fortsatt fastsettes av staten.

NFF og KS er enig om at det er viktig å ha samsvar mellom driftstilskuddsandel og praksisomfang. Det har vært enkelte eksempler på oppsplitting av hjemler som har brutt med dette prinsippet, og dette må unngås for fremtiden. I den forbindelse er vi enige om at det ikke bør kunne avtales mindre enn 2/5 driftstilskudd (mot dagens bestemmelse som angir en nedre grense på 1/5).

NFF og KS har allerede hatt første møte på en ny og utvidet gjennomgang av ASA 4313. Staten er invitert til disse møtene, og ny møtedato er satt i september. Her vil flere av de forhold som arbeidsgruppen har berørt bli tatt opp”.

KS har følgende særmerknad til pkt. 8.2. Økonomiske virkninger av en omlegging.

KS mener det gis en uklar fremstilling av de økonomiske virkningene for kommunene av forslaget, bl.a. ved at kostnadsøkningen for kommunene ved forslaget er dårlig beskrevet. Samlet vil kommunene ved forslaget få økte kostnader ved at driftstilskuddet pr. fulltidshjemmel økes, noe som kompenseres ved at det gis en tilsvarende kompensasjon gjennom rammetilskuddet. Det er dermed balanse mellom økte utgifter og økte inntekter for kommunene samlet.

Fordelingsmessig vil omleggingen innebære at kommunene i ulik grad får kompensert sine økte utgifter til driftstilskudd. Kompensasjonen vil fordeles etter kriteriene i inntektssystemet.. Når det gjelder kostnadene, så vil disse øke proporsjonalt med antall driftsavtaler (omregnet til hele driftstilskudd) og ikke av trygderefusjonene som utbetales. Det foreligger ingen oversikt over hvor mange driftsavtaler den enkelte kommune har. Det er derfor heller ikke mulig å gi gode anslag for de økte kostnadene for den enkelte. Man kan derfor heller ikke gi gode anslag for de økonomiske nettovirkningene for enkeltkommuner eller grupper av kommuner.

En eventuell kommunal kompensasjon til fysioterapeuter som måtte tape på omleggingen vil innebære netto merkostnader for kommunene som ikke er kompensert i forslaget.

NFF har følgende særmerknad til rapporten:

Økonomiske konsekvenser

NFF er meget betenkt over at de økonomiske konsekvensene for fysioterapeutene ved en eventuell endring eller omlegging, ikke er kartlagt.

Avtalehjemmel og praksisomfang:

Fysioterapeutens næringsinntekt er summen av basistilskuddet og den aktivitetsbasert inntekten.

Et ukjent antall fysioterapeuter leverer i dag fysioterapitjenester tilsvarende minst et helt årsverk, men de har likevel kun fått tildelt en begrenset driftsavtale.

Mange fysioterapeuter arbeider i tillegg utover de driftsavgiftene de opprinnelig ble tildelt. I slike tilfelle har fysioterapeuten lavere basisfinansiering enn det som var intensjonen med dagens ordning. Avgiftsfysioterapeutenes næringsinntekt kan ikke suppleres f.eks med økte egenandeler. Det er uaktuelt for NFF å anbefale en omlegging som ytterligere reduserer fysioterapeutenes mulighet til inntjening.

Først når staten sikrer at det er rimelig samsvar mellom avtalehjemmel og praksisomfang, er det etter NFFs mening mulig å diskutere justeringer i forholdet mellom basisfinansiering og aktivitetsbasert finansiering.

Fastlønnstilskuddet:

NFF forutsetter også at fastlønnstilskuddet videreføres med samme lov -og forskriftsgrunnlag som i dag.

Avtaleverk:

NFF krever at en regulering av rettigheter og plikter må henvises til forhandlingsbordet.

I gjeldende avtale mellom KS og NFF er det nedfelt at avgiftsfysioterapeuten skal ha et åpent tilbud til befolkningen. Befolkningen er videre sikret et fysioterapitilbud og stønad til dekning av utgifter til nødvendig fysioterapi gjennom kommunehelsetjenesteloven og folketryktdloven. NFF krever at gjeldende lovgivning videreføres.

Et viktig forbedringspotensial for en samlet og helhetlig fysioterapitjeneste i kommunene vil være å få én koordinerende instans. Denne instansen bør ledes av personer med fysioterapifaglig innsikt og/eller kompetanse.

Pkt 2.4.2 vedrørende avtaleverk for Oslo kommune.

I forhandlingene mellom Oslo kommune og NFF i 2000-2003 ble det oppnådd enighet på alle områder bortsett fra oppsigelsesvernet.

Avtaleverket forutsettes å bygge på de diskusjoner som ble ført mellom Storting og Regjering i forbindelse med kommunehelsetjenesteloven. NFF har lagt dette til grunn i den løpende dialogen som eksisterer mellom KS og NFF vedrørende avtale om drift av privat praksis. I større og større grad har Oslo kommune de

siste ca 10 årene ønsket en annen utvikling og lagt en annen forståelse til grunn for sin forvaltning av fysioterapitjenesten. Dagens situasjon er at den nye malen gjeldende fra 2005 som Oslo kommune legger frem, ikke er gjenstand for forhandlinger. I tillegg gjelder ulike avtaler for den enkelte fysioterapeut ut fra tidspunktet fysioterapeuten fikk sin individuelle avtalehjemmel. Dette gjør forholdene i Oslo vanskelige og uforutsigbare. NFF har i lang tid ønsket å komme til forhandlingsbordet med Oslo kommune for å gjenoppta arbeidet med å regulere avtaleforholdet, i pakt med tjenestebehovet og partenes interesser.

10. REFERANSER

1. Ot.prp. nr 6 (1992.1992), lov om endring i lov av 17.juni 1966 nr 12 om folketrygd og i visse andre lover (atføring) (enslige forsørgere og etterlatte) (sykemelding) (sykepenges)
2. Ot.prp nr. 47(1996-1997), Ny avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell. Tilgjengelig fra:
www.regjeringen.no/nb/dep/hod/Sok.html?epslanguage=NO&configsearchpage_id=453&navigatorname=dcp Parliamentperiodnavigator&modifierna me=dcp Parliamentperiod&modifiertext=1996++1997&modifiervalue=1996++1997&modifiercount=8
3. Lov om folketrygd (folketrygdloven) nr 19 (28-2-1997) Tilgjengelig fra:
www.lovdatab.no/all/nl-20070629-059.html
4. Sosial- og helsedirektoratet. Kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene IS-1422, for perioden 1984.2005. Tilgjengelig fra:
www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/kartlegging_av_fysioterapitjenesten_i_kommunene_for_perioden_1984_2005_66358
5. Lov om helsetjenesten i kommunene nr 66 (19-11-1982)Tilgjengelig fra:
www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/usr/www/lovdatab/all/nl-19821119-066.html&button=s%d8k&dep=hod&
6. ASA 4313. Tilgjengelig fra: www.ks.no/templates/Page.aspx?id=32227
7. NAV. Tilgjengelig fra: www.nav.no/805338400.cms
8. Helse- og omsorgsdepartementet, St.prp.nr. 1(2005-2006). Tilgjengelig fra:
www.regjeringen.no/nb/dep/fin/dok/regpubl/stprp/20062007/Stprp-nr-1-2006-2007-3.html?id=298027&epslanguage=NO
9. Forskrift om egenandelstak 2. FOR nr 1789 / (19-12-2002). Tilgjengelig fra:
www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20021219-1789.html
10. Helseregnskap, 1997-2006 Oslo: Statistisk sentralbyrå; (oppdatert 2007 april 26). Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/09/01/helsesat/
11. SSB. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko/tab-2007-06-19-04.html
12. Forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter til fysioterapitjenesten. FOR nr 542(25-5-2001). Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20010525-0542.html

13. Forskrift om stønad til dekning avutgifter til fysioterapi. (fysioterapiforskriften) FOR nr 674 (12-06-2007). Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no/all/nl-20070629-059.html,
14. NIS – rapport 4/89 ” hva dreier det seg om”. Bård Paulsen og Tor Inge Romøren
15. Finansieringsordninger for allmennlege - og fysioterapitjeneste. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1992. NOU 1992:10
16. Nav sykefraværstatistikk tilgjengelig fra: www.nav.no/805352172.cms
17. Forskrift om vederlag for opphold i institusjon (Vederlagsforskriften) FOR nr 392 (26-04-1995). Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-19950426-0392.html

VEDLEGG:

Kilde: NAV

Kommune	Antall innb	Refusjoner etter fysioterapeutens arbeidssted	Refusjoner per innbygger	Statlig fastlønnstilskudd - beløp per kommune	Statlig fastlønn- tilskudd per innbygger	Sum refusjoner og fastlønnstilskudd	Sum per innbygger
0101 Halden	27 722	4 347 455	157	816 400	29	5 163 855	186
0104 Moss	28 182	11 147 297	396	1 271 018	45	12 418 315	441
0105 Sarpsborg	50 115	11 180 567	223	1 347 167	27	12 527 734	250
0106 Fredrikstad	70 791	18 664 659	264	1 647 847	23	20 312 506	287
0111 Hvaler	3 821	350 109	92	0	0	350 109	92
0118 Aremark	1 456	229 393	158	0	0	229 393	158
0119 Marker	3 505	310 946	89	69 800	20	380 746	109
0121 Rømskog	670	122 060	182	0	0	122 060	182
0122 Trøgstad	5 013	755 016	151	24 430	5	779 446	155
0123 Spydeberg	4 856	1 404 720	289	187 077	39	1 591 797	328
0124 Askim	14 184	5 190 607	366	276 550	19	5 467 157	385
0125 Eidsberg	10 267	1 909 968	186	445 087	43	2 355 055	229
0127 Skiptvet	3 400	384 583	113	107 881	32	492 464	145
0128 Rakkestad	7 366	1 182 934	161	402 442	55	1 585 376	215
0135 Råde	6 544	1 410 681	216	291 060	44	1 701 741	260
0136 Rygge	13 862	2 052 062	148	651 175	47	2 703 237	195
0137 Våler	4 071	1 364 800	335	68 475	17	1 433 275	352
0138 Hobøl	4 564	1 720 843	377	35 813	8	1 756 656	385
Østfold	260 389	63 728 700	245	7 642 222	29	71 370 922	274
0211 Vestby	13 159	4 747 238	361	356 070	27	5 103 308	388
0213 Ski	27 010	6 828 451	253	835 395	31	7 663 846	284
0214 Ås	14 530	3 539 500	244	753 225	52	4 292 725	295
0215 Frogn	13 585	4 356 077	321	861 460	63	5 217 537	384
0216 Nesodden	16 541	2 059 632	125	682 688	41	2 742 320	166
0217 Oppegård	23 897	5 738 871	240	892 062	37	6 630 933	277
0219 Bærum	105 928	33 924 719	320	5 502 959	52	39 427 678	372
0220 Asker	51 484	14 549 308	283	2 082 168	40	16 631 476	323
0221 Aurskog- Høland	13 379	2 831 939	212	246 510	18	3 078 449	230

0226 Sørum	13 367	2 687 903	201	354 891	27	3 042 794	228
0227 Fet	9 734	541 936	56	273 900	28	815 836	84
0228 Rælingen	14 857	1 559 053	105	544 840	37	2 103 893	142
0229 Enebakk	9 442	1 708 914	181	410 850	44	2 119 764	225
0230 Lørenskog	30 929	9 543 997	309	1 091 461	35	10 635 458	344
0231 Skedsmo	43 201	15 509 075	359	1 276 409	30	16 785 484	389
0233 Nittedal	19 722	2 513 195	127	884 087	45	3 397 282	172
0234 Gjerdrum	5 214	735 699	141	273 237	52	1 008 936	194
0235 Ullensaker	25 269	4 139 648	164	999 205	40	5 138 853	203
0236 Nes	18 022	4 735 884	263	614 950	34	5 350 834	297
0237 Eidsvoll	18 923	4 342 532	229	767 271	41	5 109 803	270
0238 Nannestad	10 321	1 889 600	183	470 050	46	2 359 650	229
0239 Hurdal	2 611	429 707	165	0	0	429 707	165
Akershus	501 125	128 912 878	257	20 173 688	40	149 086 566	298
0301 Oslo	538 411	162 640 260	302	23 658 026	44	186 298 286	346
0402 Kongsvinger	17 224	3 717 124	216	466 690	27	4 183 814	243
0403 Hamar	27 593	7 390 346	268	1 929 085	70	9 319 431	338
0412 Ringsaker	31 923	6 685 106	209	738 649	23	7 423 755	233
0415 Løten	7 290	1 443 259	198	273 823	38	1 717 082	236
0417 Stange	18 591	3 673 685	198	616 275	33	4 289 960	231
0418 Nord-Odal	5 051	980 581	194	127 062	25	1 107 643	219
0419 Sør-Odal	7 675	1 390 108	181	540 820	70	1 930 928	252
0420 Eidskog	6 453	1 296 443	201	410 850	64	1 707 293	265
0423 Grue	5 218	1 036 483	199	136 950	26	1 173 433	225
0425 Åsnes	7 714	2 398 941	311	273 900	36	2 672 841	346
0426 Våler	3 906	1 171 281	300	0	0	1 171 281	300
0427 Elverum	18 992	6 306 379	332	0	0	6 306 379	332
0428 Trysil	6 845	1 805 332	264	466 838	68	2 272 170	332
0429 Åmot	4 348	149 972	34	339 990	78	489 962	113
0430 Stor-Elvdal	2 797	894 281	320	0	0	894 281	320
0432 Rendalen	2 082	1 131 323	543	136 950	66	1 268 273	609
0434 Engerdal	1 497	388 357	259	136 750	91	525 107	351

0436 Tolga	1 755	405 369	231	67 150	38	472 519	269
0437 Tynset	5 368	1 294 666	241	0	0	1 294 666	241
0438 Alvdal	2 392	366 363	153	0	0	366 363	153
0439 Folldal	1 722	414 283	241	136 950	80	551 233	320
0441 Os	2 075	445 668	215	51 109	25	496 777	239
Hedmark	188 511	44 785 350	238	6 849 841	36	51 635 191	274
0501 Lillehammer	25 314	7 875 067	311	1 028 999	41	8 904 066	352
0502 Gjøvik	27 819	9 678 791	348	1 188 421	43	10 867 212	391
0511 Dovre	2 826	345 163	122	134 300	48	479 463	170
0512 Lesja	2 172	0	0	246 510	113	246 510	113
0513 Skjåk	2 376	0	0	333 036	140	333 036	140
0514 Lom	2 455	0	0	246 510	100	246 510	100
0515 Vågå	3 766	1 183 080	314	0	0	1 183 080	314
0516 Nord-Fron	5 843	615 604	105	443 917	76	1 059 521	181
0517 Sel	6 083	752 940	124	298 793	49	1 051 733	173
0519 Sør-Fron	3 231	896 624	278	410 850	127	1 307 474	405
0520 Ringebu	4 566	680 457	149	250 600	55	931 057	204
0521 Øyer	4 854	591 525	122	306 150	63	897 675	185
0522 Gausdal	6 202	737 932	119	451 670	73	1 189 602	192
0528 Østre Toten	14 453	2 899 665	201	547 587	38	3 447 252	239
0529 Vestre Toten	12 599	4 220 664	335	410 850	33	4 631 514	368
0532 Jevnaker	6 312	1 511 157	239	364 646	58	1 875 803	297
0533 Lunner	8 518	3 849 819	452	0	0	3 849 819	452
0534 Gran	13 066	2 351 683	180	560 641	43	2 912 324	223
0536 Søndre Land	5 977	1 261 299	211	410 850	69	1 672 149	280
0538 Nordre Land	6 737	3 197 750	475	0	0	3 197 750	475
0540 Sør-Aurdal	3 243	750 114	231	260 205	80	1 010 319	312
0541 Etnedal	1 389	398 878	287	0	0	398 878	287
0542 Nord-Aurdal	6 425	1 101 619	171	281 734	44	1 383 353	215
0543 Vestre Slidre	2 217	1 152 490	520	0	0	1 152 490	520
0544 Øystre Slidre	3 137	992 051	316	66 148	21	1 058 199	337
0545 Vang	1 624	209 064	129	136 950	84	346 014	213
Oppland	183 204	47 253 436	258	8 379 367	46	55 632 803	304

0602 Drammen	57 759	28 252 494	489	4 339 705	75	32 592 199	564
0604 Kongsberg	23 315	7 272 323	312	1 346 670	58	8 618 993	370
0605 Ringerike	28 197	12 238 544	434	962 482	34	13 201 026	468
0612 Hole	5 307	1 906 644	359	582 700	110	2 489 344	469
0615 Flå	998	0	0	161 823	162	161 823	162
0616 Nes	3 524	1 192 235	338	0	0	1 192 235	338
0617 Gol	4 404	710 678	161	255 170	58	965 848	219
0618 Hemsedal	1 947	175 126	90	69 800	36	244 926	126
0619 Ål	4 662	1 133 261	243	410 850	88	1 544 111	331
0620 Hol	4 500	564 401	125	448 236	100	1 012 637	225
0621 Sigdal	3 501	730 743	209	239 694	68	970 437	277
0622 Krødsherad	2 127	287 693	135	136 950	64	424 643	200
0623 Modum	12 585	4 296 038	341	649 850	52	4 945 888	393
0624 Øvre Eiker	15 825	9 362 778	592	602 580	38	9 965 358	630
0625 Nedre Eiker	21 653	3 726 171	172	715 156	33	4 441 327	205
0626 Lier	21 874	4 954 312	226	460 680	21	5 414 992	248
0627 Røyken	17 594	3 488 063	198	501 413	28	3 989 476	227
0628 Hurum	8 913	1 017 267	114	369 500	41	1 386 767	156
0631 Flesberg	2 529	377 361	149	67 250	27	444 611	176
0632 Rollag	1 414	352 745	249	67 150	47	419 895	297
0633 Nore og Uvdal	2 597	773 067	298	205 746	79	978 813	377
Buskerud	245 225	82 811 944	338	12 593 405	51	95 405 349	389
0701 Horten	24 871	6 122 111	246	1 061 362	43	7 183 473	289
0702 Holmestrand	9 654	3 830 631	397	301 290	31	4 131 921	428
0704 Tønsberg	36 919	17 628 866	478	1 320 025	36	18 948 891	513
0706 Sandefjord	41 555	11 873 968	286	736 655	18	12 610 623	303
0709 Larvik	41 211	13 968 706	339	1 158 775	28	15 127 481	367
0711 Svelvik	6 465	958 799	148	273 900	42	1 232 699	191
0713 Sande	7 740	1 491 749	193	0	0	1 491 749	193
0714 Hof	3 079	839 482	273	0	0	839 482	273
0716 Re	8 243	2 364 654	287	0	0	2 364 654	287
0719 Andebu	5 147	1 313 619	255	0	0	1 313 619	255

0720 Stokke	10 127	2 969 285	293	209 400	21	3 178 685	314
0722 Nøtterøy	20 082	3 291 052	164	671 055	33	3 962 107	197
0723 Tjøme	4 566	2 282 322	500	178 035	39	2 460 357	539
0728 Lardal	2 445	687 798	281	0	0	687 798	281
Vestfold	222 104	69 623 042	313	5 910 497	27	75 533 539	340
0805 Porsgrunn	33 550	8 544 538	255	955 038	28	9 499 576	283
0806 Skien	50 761	9 465 197	186	2 208 032	43	11 673 229	230
0807 Notodden	12 314	1 805 625	147	351 916	29	2 157 541	175
0811 Siljan	2 362	298 613	126	136 950	58	435 563	184
0814 Bamble	14 104	1 806 038	128	629 384	45	2 435 422	173
0815 Kragerø	10 477	2 423 439	231	479 325	46	2 902 764	277
0817 Drangedal	4 163	593 501	143	410 850	99	1 004 351	241
0819 Nome	6 571	800 453	122	111 919	17	912 372	139
0821 Bø	5 307	1 309 572	247	0	0	1 309 572	247
0822 Sauherad	4 291	2 464 308	574	230 924	54	2 695 232	628
0826 Tinn	6 247	801 891	128	447 105	72	1 248 996	200
0827 Hjartdal	1 619	0	0	0	0	0	0
0828 Seljord	2 912	288 183	99	204 100	70	492 283	169
0829 Kvitseid	2 575	283 083	110	144 725	56	427 808	166
0830 Nissedal	1 407	0	0	136 950	97	136 950	97
0831 Fyresdal	1 369	2 810	2	130 103	95	132 913	97
0833 Tokke	2 417	809 381	335	136 950	57	946 331	392
0834 Vinje	3 694	1 074 966	291	262 708	71	1 337 674	362
Telemark	166 140	32 771 598	197	6 976 979	42	39 748 577	239
0901 Risør	6 863	1 544 716	225	273 900	40	1 818 616	265
0904 Grimstad	19 224	3 944 252	205	1 328 108	69	5 272 360	274
0906 Arendal	39 826	7 995 577	201	2 566 808	64	10 562 385	265
0911 Gjerstad	2 506	1 203 276	480	0	0	1 203 276	480
0912 Vegårshei	1 849	201 480	109	0	0	201 480	109
0914 Tvedestrand	5 838	1 022 542	175	1 059 275	181	2 081 817	357
0919 Froland	4 764	155 049	33	229 756	48	384 805	81
0926 Lillesand	9 030	2 058 743	228	205 425	23	2 264 168	251

0928 Birkenes	4 387	981 534	224	98 102	22	1 079 636	246
0929 Åmli	1 785	321 554	180	111 800	63	433 354	243
0935 Iveland	1 170	453 461	388	0	0	453 461	388
0937 Evje og Hornnes	3 324	273 595	82	123 520	37	397 115	119
0938 Bygland	1 296	203 567	157	0	0	203 567	157
0940 Valle	1 348	0	0	260 470	193	260 470	193
0941 Bykle	874	0	0	136 950	157	136 950	157
Aust-Agder	104 084	20 359 346	196	6 394 114	61	26 753 460	257
1001 Kristiansand	76 917	23 727 625	308	2 727 577	35	26 455 202	344
1002 Mandal	14 069	5 361 568	381	377 275	27	5 738 843	408
1003 Farsund	9 446	2 733 688	289	273 900	29	3 007 588	318
1004 Flekkefjord	8 852	1 853 586	209	398 215	45	2 251 801	254
1014 Vennesla	12 513	1 750 868	140	547 800	44	2 298 668	184
1017 Songdalen	5 621	303 376	54	273 900	49	577 276	103
1018 Søgne	9 609	2 152 429	224	471 020	49	2 623 449	273
1021 Marnardal	2 171	300 030	138	0	0	300 030	138
1026 Åseral	894	0	0	0	0	0	0
1027 Audnedal	1 556	114 775	74	0	0	114 775	74
1029 Lindesnes	4 486	923 092	206	336 720	75	1 259 812	281
1032 Lyngdal	7 296	1 547 237	212	342 758	47	1 889 995	259
1034 Hægebostad	1 583	1 878 632	1187	0	0	1 878 632	1 187
1037 Kvinesdal	5 564	1 218 311	219	346 048	62	1 564 359	281
1046 Sirdal	1 740	674 267	388	136 950	79	811 217	466
Vest-Agder	162 317	44 539 484	274	6 232 163	38	50 771 647	313
1101 Eigersund	13 418	2 333 514	174	547 800	41	2 881 314	215
1102 Sandnes	58 947	12 166 004	206	2 188 176	37	14 354 180	244
1103 Stavanger	115 157	21 276 449	185	5 106 025	44	26 382 474	229
1106 Haugesund	31 738	11 844 158	373	520 412	16	12 364 570	390
1111 Sokndal	3 301	259 594	79	0	0	259 594	79
1112 Lund	3 098	342 189	110	69 800	23	411 989	133
1114 Bjerkeim	2 475	161 970	65	0	0	161 970	65

1119 Hå	14 883	1 241 128	83	766 206	51	2 007 334	135
1120 Klepp	14 832	2 397 774	162	69 800	5	2 467 574	166
1121 Time	14 807	2 203 089	149	519 881	35	2 722 970	184
1122 Gjesdal	9 426	781 078	83	136 950	15	918 028	97
1124 Sola	20 138	2 450 637	122	711 609	35	3 162 246	157
1127 Randaberg	9 304	150 249	16	589 532	63	739 781	80
1129 Forsand	1 092	163 336	150	0	0	163 336	150
1130 Strand	10 566	2 247 413	213	547 800	52	2 795 213	265
1133 Hjelmeland	2 723	0	0	273 900	101	273 900	101
1134 Suldal	3 883	321 919	83	342 375	88	664 294	171
1135 Sauda	4 769	1 381 554	290	0	0	1 381 554	290
1141 Finnøy	2 729	204 543	75	50 363	18	254 906	93
1142 Rennesøy	3 412	137 127	40	228 310	67	365 437	107
1144 Kvitsøy	521	363 901	698	0	0	363 901	698
1145 Bokn	770	0	0	0	0	0	0
1146 Tysvær	9 349	718 097	77	657 890	70	1 375 987	147
1149 Karmøy	37 928	6 499 210	171	771 129	20	7 270 339	192
1151 Utsira	209	0	0	0	0	0	0
1160 Vindafjord	8 119	1 272 341	157	0	0	1 272 341	157
Rogaland	397 594	70 917 274	178	14 097 958	35	85 015 232	214
1201 Bergen	242 158	61 734 916	255	11 276 787	47	73 011 703	302
1211 Etne	3 872	333 999	86	190 062	49	524 061	135
1216 Sveio	4 747	1 262 304	266	136 950	29	1 399 254	295
1219 Bømlo	10 808	1 553 864	144	520 410	48	2 074 274	192
1221 Stord	16 682	2 017 177	121	811 684	49	2 828 861	170
1222 Fitjar	2 901	565 901	195	59 330	20	625 231	216
1223 Tysnes	2 795	504 342	180	248 797	89	753 139	269
1224 Kvinnherad	13 071	2 388 608	183	914 356	70	3 302 964	253
1227 Jondal	1 060	0	0	244 300	230	244 300	230
1228 Odda	7 247	1 063 208	147	524 047	72	1 587 255	219
1231 Ullensvang	3 472	482 928	139	136 950	39	619 878	179
1232 Eidfjord	899	0	0	120 862	134	120 862	134
1233 Ulvik	1 142	173 983	152	0	0	173 983	152

1234 Granvin	986	262 526	266	0	0	262 526	266
1235 Voss	13 830	3 715 865	269	812 732	59	4 528 597	327
1238 Kvam	8 306	2 068 553	249	785 640	95	2 854 193	344
1241 Fusa	3 731	821 891	220	246 510	66	1 068 401	286
1242 Samnanger	2 341	821 130	351	134 300	57	955 430	408
1243 Os	15 260	2 925 080	192	438 352	29	3 363 432	220
1244 Austevoll	4 391	667 774	152	33 575	8	701 349	160
1245 Sund	5 584	169 161	30	136 950	25	306 111	55
1246 Fjell	20 392	2 484 355	122	711 790	35	3 196 145	157
1247 Askøy	22 496	3 666 083	163	718 085	32	4 384 168	195
1251 Vaksdal	4 118	345 373	84	136 950	33	482 323	117
1252 Modalen	354	0	0	0	0	0	0
1253 Osterøy	7 224	1 321 437	183	308 283	43	1 629 720	226
1256 Meland	5 931	568 575	96	0	0	568 575	96
1259 Øygarden	4 077	144 070	35	0	0	144 070	35
1260 Radøy	4 635	738 229	159	355 798	77	1 094 027	236
1263 Lindås	13 285	4 381 403	330	769 427	58	5 150 830	388
1264 Austrheim	2 485	278 970	112	136 950	55	415 920	167
1265 Fedje	638	20 244	32	0	0	20 244	32
1266 Masfjorden	1 693	238 802	141	137 300	81	376 102	222
Hordaland	452 611	97 720 751	216	21 047 177	47	118 767 928	262
1401 Flora	11 410	1 988 934	174	342 020	30	2 330 954	204
1411 Gulen	2 417	728 908	302	53 720	22	782 628	324
1412 Solund	877	0	0	0	0	0	0
1413 Hyllestad	1 502	334 979	223	0	0	334 979	223
1416 Høyanger	4 448	504 349	113	263 430	59	767 779	173
1417 Vik	2 847	0	0	174 030	61	174 030	61
1418 Balestrand	1 406	451 587	321	0	0	451 587	321
1419 Leikanger	2 199	119 772	54	136 900	62	256 672	117
1420 Sogndal	6 836	1 887 669	276	130 942	19	2 018 611	295
1421 Aurland	1 733	291 866	168	136 950	79	428 816	247
1422 Lærdal	2 155	402 150	187	0	0	402 150	187
1424 Årdal	5 549	809 621	146	273 900	49	1 083 521	195

1426 Luster	4 889	992 223	203	400 007	82	1 392 230	285
1428 Askvoll	3 182	606 857	191	109 560	34	716 417	225
1429 Fjaler	2 881	254 555	88	201 450	70	456 005	158
1430 Gaular	2 771	0	0	410 850	148	410 850	148
1431 Jølster	2 918	516 160	177	273 900	94	790 060	271
1432 Førde	11 327	3 483 985	308	375 950	33	3 859 935	341
1433 Naustdal	2 699	177 225	66	205 425	76	382 650	142
1438 Bremanger	3 968	1 529 661	385	0	0	1 529 661	385
1439 Vågøy	6 123	1 852 067	302	125 640	21	1 977 707	323
1441 Selje	2 958	662 406	224	0	0	662 406	224
1443 Eid	5 801	1 008 519	174	134 400	23	1 142 919	197
1444 Hornindal	1 206	0	0	69 800	58	69 800	58
1445 Gloppen	5 769	1 567 777	272	444 425	77	2 012 202	349
1449 Stryn	6 779	1 748 725	258	136 950	20	1 885 675	278
Sogn og Fjordane	106 650	21 919 995	206	4 400 249	41	26 320 244	247
1502 Molde	24 146	4 226 962	175	1 581 706	66	5 808 668	241
1503 Kristiansund	17 067	5 543 873	325	0	0	5 543 873	325
1504 Ålesund	40 801	11 163 696	274	410 850	10	11 574 546	284
1511 Vanylven	3 589	539 524	150	342 375	95	881 899	246
1514 Sande	2 539	101 995	40	93 067	37	195 062	77
1515 Herøy	8 373	2 405 027	287	136 950	16	2 541 977	304
1516 Ulstein	6 813	1 399 361	205	67 150	10	1 466 511	215
1517 Hareid	4 637	1 059 263	228	85 875	19	1 145 138	247
1519 Volda	8 322	2 375 860	285	273 900	33	2 649 760	318
1520 Ørsta	10 257	4 032 598	393	205 270	20	4 237 868	413
1523 Ørskog	2 093	534 911	256	136 950	65	671 861	321
1524 Norddal	1 808	651 008	360	0	0	651 008	360
1525 Stranda	4 544	948 905	209	0	0	948 905	209
1526 Stordal	996	292 240	293	0	0	292 240	293
1528 Sykkylven	7 421	1 563 113	211	53 720	7	1 616 833	218
1529 Skodje	3 638	582 150	160	109 560	30	691 710	190
1531 Sula	7 502	868 858	116	219 120	29	1 087 978	145
1532 Giske	6 630	1 016 836	153	273 900	41	1 290 736	195

1534 Haram	8 643	1 784 820	207	67 150	8	1 851 970	214
1535 Vestnes	6 442	1 483 361	230	69 800	11	1 553 161	241
1539 Rauma	7 347	1 591 064	217	360 546	49	1 951 610	266
1543 Nesset	3 139	0	0	380 280	121	380 280	121
1545 Midsund	1 923	203 330	106	0	0	203 330	106
1546 Sandøy	1 270	189 164	149	0	0	189 164	149
1547 Aukra	3 099	703 985	227	136 950	44	840 935	271
1548 Fræna	9 088	914 077	101	310 781	34	1 224 858	135
1551 Eide	3 342	584 956	175	80 580	24	665 536	199
1554 Averøy	5 360	574 905	107	109 560	20	684 465	128
1556 Frei	5 380	1 493 268	278	125 858	23	1 619 126	301
1557 Gjemnes	2 676	335 021	125	273 900	102	608 921	228
1560 Tingvoll	3 099	631 170	204	92 183	30	723 353	233
1563 Sunndal	7 323	381 264	52	622 396	85	1 003 660	137
	6 107	319 024	52	410 850	67	729 874	120
1567 Rindal	2 088	309 360	148	134 300	64	443 660	212
1571 Halså	1 693	915 999	541	0	0	915 999	541
1573 Smøla	2 192	260 014	119	0	0	260 014	119
1576 Aure	3 591	671 262	187	109 030	30	780 292	217
Møre og Romsdal	244 978	52 652 224	215	7 274 557	30	59 926 781	245
1601 Trondheim	158 613	34 424 760	217	8 011 592	51	42 436 352	268
1612 Hemne	4 293	1 463 198	341	136 950	32	1 600 148	373
1613 Snillfjord	1 046	0	0	0	0	0	0
1617 Hitra	4 021	1 311 349	326	136 950	34	1 448 299	360
1620 Frøya	4 059	1 462 414	360	0	0	1 462 414	360
1621 Ørland	5 113	810 445	159	0	0	810 445	159
1622 Agdenes	1 779	668 742	376	0	0	668 742	376
1624 Rissa	6 417	1 171 480	183	236 674	37	1 408 154	219
1627 Bjugn	4 634	1 739 883	375	0	0	1 739 883	375
1630 Åfjord	3 315	632 011	191	136 950	41	768 961	232
1632 Roan	1 066	233 162	219	0	0	233 162	219
1633 Osen	1 059	924 296	873	0	0	924 296	873
1634 Oppdal	6 499	2 776 012	427	125 640	19	2 901 652	446

1635 Rennebu	2 653	410 198	155	0	0	410 198	155
1636 Meldal	3 903	507 799	130	390 395	100	898 194	230
1638 Orkdal	10 632	2 742 549	258	677 978	64	3 420 527	322
1640 Røros	5 639	879 211	156	219 120	39	1 098 331	195
1644 Holtålen	2 087	261 411	125	68 475	33	329 886	158
1648 Midtre Gauldal	5 873	565 517	96	273 900	47	839 417	143
1653 Melhus	14 176	1 694 277	120	780 615	55	2 474 892	175
1657 Skaun	6 146	654 058	106	130 293	21	784 351	128
1662 Klæbu	5 353	393 765	74	136 950	26	530 715	99
1663 Malvik	12 213	2 114 595	173	354 939	29	2 469 534	202
1664 Selbu	3 940	519 645	132	439 270	111	958 915	243
1665 Tydal	874	0	0	136 950	157	136 950	157
Sør-Trøndelag	275 403	58 360 777	212	12 393 641	45	70 754 418	257

1702 Steinkjer	20 477	3 722 829	182	1 141 191	56	4 864 020	238
1703 Namsos	12 574	2 526 782	201	547 800	44	3 074 582	245
1711 Meråker	2 531	128 274	51	191 950	76	320 224	127
1714 Stjørdal	19 892	4 737 391	238	576 910	29	5 314 301	267
1717 Frosta	2 467	252 350	102	219 120	89	471 470	191
1718 Leksvik	3 496	731 259	209	205 425	59	936 684	268
1719 Levanger	18 080	5 652 678	313	944 690	52	6 597 368	365
1721 Verdal	13 900	4 489 110	323	0	0	4 489 110	323
1723 Mosvik	893	0	0	123 255	138	123 255	138
1724 Verran	2 644	685 045	259	67 150	25	752 195	284
1725 Namdalseid	1 749	1 127 284	645	82 022	47	1 209 306	691
1729 Inderøy	5 938	802 029	135	530 835	89	1 332 864	224
1736 Snåsa	2 251	358 593	159	177 240	79	535 833	238
1738 Lierne	1 503	242 907	162	204 100	136	447 007	297
1739 Røyrvik	544	67 150	123	0	0	67 150	123
1740 Namsskogan	919	244 539	266	0	0	244 539	266
1742 Grong	2 416	400 453	166	204 100	84	604 553	250
1743 Høylandet	1 279	330 861	259	0	0	330 861	259
1744 Overhalla	3 493	980 542	281	246 210	70	1 226 752	351
1748 Fosnes	714	308 532	432	0	0	308 532	432

1749 Flatanger	1 174	128 470	109	0	0	128 470	109
1750 Vikna	4 011	1 078 249	269	0	0	1 078 249	269
1751 Nærøy	5 154	1 231 437	239	0	0	1 231 437	239
1755 Leka	595	186 487	313	0	0	186 487	313
Nord-Trøndelag	128 694	30 413 251	236	5 461 998	42	35 875 249	279
1804 Bodø	44 992	10 941 476	243	1 635 099	36	12 576 575	280
1805 Narvik	18 365	5 626 701	306	615 480	34	6 242 181	340
1811 Bindal	1 741	446 974	257	0	0	446 974	257
1812 Sømna	2 048	617 705	302	0	0	617 705	302
1813 Brønnøy	7 565	3 638 428	481	356 700	47	3 995 128	528
1815 Vega	1 308	385 622	295	136 950	105	522 572	400
1816 Vevelstad	516	1 281 705	2484	0	0	1 281 705	2 484
1818 Herøy	1 725	506 797	294	0	0	506 797	294
1820 Alstahaug	7 306	1 601 609	219	589 680	81	2 191 289	300
1822 Leirfjord	2 156	293 418	136	136 950	64	430 368	200
1824 Vefsn	13 440	4 723 429	351	955 173	71	5 678 602	423
1825 Grane	1 543	394 310	256	0	0	394 310	256
1826 Hattfjelldal	1 503	413 523	275	0	0	413 523	275
1827 Dønna	1 507	839 269	557	0	0	839 269	557
1828 Nesna	1 769	0	0	67 150	38	67 150	38
1832 Hemnes	4 542	843 755	186	136 950	30	980 705	216
1833 Rana	25 355	10 047 501	396	1 011 652	40	11 059 153	436
1834 Lurøy	1 971	302 362	153	51 688	26	354 050	180
1835 Træna	453	61 008	135	0	0	61 008	135
1836 Rødøy	1 376	420 146	305	0	0	420 146	305
1837 Meløy	6 715	2 302 117	343	151 387	23	2 453 504	365
1838 Gildeskål	2 107	1 118 363	531	44 700	21	1 163 063	552
1839 Beiarn	1 159	1 402 409	1210	0	0	1 402 409	1 210
1840 Saltdal	4 751	1 326 081	279	67 812	14	1 393 893	293
1841 Fauske	9 551	1 728 374	181	50 363	5	1 778 737	186
1845 Sørfold	2 119	599 101	283	0	0	599 101	283
1848 Steigen	2 760	625 244	227	136 950	50	762 194	276
1849 Hamarøy	1 821	519 547	285	0	0	519 547	285

1850 Tysfjord	2 118	660 253	312	0	0	660 253	312
1851 Lødingen	2 314	130 165	56	246 510	107	376 675	163
1852 Tjeldsund	1 396	0	0	0	0	0	0
1853 Evenes	1 365	0	0	125 758	92	125 758	92
1854 Ballangen	2 701	1 382 298	512	0	0	1 382 298	512
1856 Røst	598	195 120	326	0	0	195 120	326
1857 Værøy	748	181 760	243	0	0	181 760	243
1859 Flakstad	1 454	644 449	443	123 255	85	767 704	528
1860 Vestvågøy	10 797	2 314 035	214	246 217	23	2 560 252	237
1865 Vågan	9 021	1 603 870	178	273 900	30	1 877 770	208
1866 Hadsel	8 001	2 396 569	300	255 993	32	2 652 562	332
1867 Bø	2 946	361 932	123	0	0	361 932	123
1868 Øksnes	4 567	1 731 614	379	103 375	23	1 834 989	402
1870 Sortland	9 639	3 404 482	353	358 777	37	3 763 259	390
1871 Andøy	5 245	658 535	126	161 821	31	820 356	156
1874 Moskenes	1 183	399 918	338	0	0	399 918	338
Nordland	236 257	69 071 974	292	8 040 290	34	77 112 264	326

1901 Harstad	23 228	5 925 627	255	785 887	34	6 711 514	289
1902 Tromsø	63 596	14 447 245	227	4 111 484	65	18 558 729	292
1911 Kvæfjord	3 067	299 827	98	427 638	139	727 465	237
1913 Skånland	2 918	2 920 615	1001	153 737	53	3 074 352	1 054
1915 Bjarkøy	537	0	0	136 950	255	136 950	255
1917 Ibestad	1 630	283 078	174	0	0	283 078	174
1919 Gratangen	1 245	373 511	300	0	0	373 511	300
1920 Lavangen	1 035	434 702	420	0	0	434 702	420
1922 Bardu	3 799	159 705	42	136 950	36	296 655	78
1923 Salangen	2 263	84 760	37	273 900	121	358 660	158
1924 Målselv	6 578	902 341	137	273 900	42	1 176 241	179
1925 Sørreisa	3 322	1 079 941	325	27 920	8	1 107 861	333
1926 Dyrøy	1 295	270 784	209	0	0	270 784	209
1927 Tranøy	1 598	235 230	147	78 342	49	313 572	196
1928 Torsken	1 005	597 277	594	0	0	597 277	594
1929 Berg	996	127 184	128	0	0	127 184	128

1931 Lenvik	11 051	2 627 273	238	527 173	48	3 154 446	285
1933 Balsfjord	5 569	514 687	92	400 248	72	914 935	164
1936 Karlsøy	2 369	571 549	241	91 079	38	662 628	280
1938 Lyngen	3 161	1 168 259	370	0	0	1 168 259	370
1939 Storfjord	1 932	362 822	188	0	0	362 822	188
1940 Kåfjord	2 261	887 630	393	0	0	887 630	393
1941 Skjervøy	2 971	361 036	122	46 533	16	407 569	137
1942 Nordreisa	4 772	599 759	126	358 500	75	958 259	201
1943 Kvænangen	1 387	439 894	317	136 950	99	576 844	416
Troms	153 585	35 674 736	232	7 967 191	52	43 641 927	284
2002 Vardø	2 338	967 921	414	0	0	967 921	414
2003 Vadsø	6 114	866 758	142	273 900	45	1 140 658	187
2004 Hammerfest	9 361	1 439 005	154	547 800	59	1 986 805	212
2011 Kautokeino	2 998	456 501	152	136 950	46	593 451	198
2012 Alta	17 889	6 018 458	336	808 005	45	6 826 463	382
2014 Loppa	1 213	158 804	131	16 787	14	175 591	145
2015 Hasvik	1 033	0	0	0	0	0	0
2017 Kvalsund	1 070	207 254	194	0	0	207 254	194
2018 Måsøy	1 376	0	0	136 950	100	136 950	100
2019 Nordkapp	3 330	398 805	120	273 900	82	672 705	202
2020 Porsanger	4 222	471 627	112	89 543	21	561 170	133
2021 Karasjok	2 889	540 488	187	67 150	23	607 638	210
2022 Lebesby	1 391	17 369	12	273 900	197	291 269	209
2023 Gamvik	1 076	197 017	183	0	0	197 017	183
2024 Berlevåg	1 104	0	0	153 750	139	153 750	139
2025 Tana	3 006	579 914	193	67 150	22	647 064	215
2027 Nesseby	892	0	0	69 800	78	69 800	78
2028 Båtsfjord	2 171	757 964	349	0	0	757 964	349
2030 Sør-Varanger	9 464	1 215 373	128	550 440	58	1 765 813	187
Finnmark	72 937	14 293 258	196	3 466 025	48	17 759 283	243
Hele landet	4 640 219	1 148 450 278	247	188 959 388	41	1 337 409 666	288