

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 Oslo

Deres ref.: 200704383-/LF
Vår ref.: pcl
Dato: 05.09.2008

Vedr. høring - Forslag til forskrift om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten

Norsk Manuellterapeutforening, NMF, viser til høringsbrev av 1. juli 2008, og takker for invitasjonen til å avgi høringsuttalelse. NMF ble etablert i mars 2006 og organiserer flertallet av landets manuellterapeuter. Manuellterapeuter kan behandle pasienter uten henvisning fra lege, henvise til spesialist, radiologiske undersøkelser og fysioterapi, samt sykmelde.¹

Sammendrag

- Norsk Manuellterapeutforening er positive til at det utarbeides ny forskrift som gjør at Pasientskadeloven gjøres gjeldende også for den private helsetjenesten.
- Alle manuellterapeuter er autoriserte som fysioterapeuter. Manuellterapeuter bør imidlertid være egen risikogruppe, da manuellterapeuters ansvar og yrkesrolle er vesensforskjellig fra fysioterapeutenes. Det vises til Ot. prp. 28 (2005-2006) der manuellterapeuters ansvar og yrkesrolle er definert.
- NMF forutsetter at helsepersonell i privat sektor får sine merutgifter kompensert gjennom økte honorartakster.

Nedenfor våre kommentarer til enkelte av forslagene i høringsnotatet.

Ad 6 Forskriftens virkeområde

6.1 Definisjon av privat praksis

Den nye forskriften gjelder autorisert/lisensiert helsepersonell som ikke er ansatt i offentlig helsetjeneste eller som ikke har driftsavtaler eller arbeider på oppdrag fra stat/kommune/fylkeskommune. Den delen av virksomheten som ikke er offentlig finansiert/støttet, blir omfattet av den nye forskriften.

De siste årene har kommunene godkjent oppdeling av driftstilskudd til manuellterapeuter (og fysioterapeuter) og utlyst delvise driftstilskudd i størrelsesorden 20 prosent og oppover. Bakgrunnen er at 1/5 driftstilskudd eller mer gir terapeutenes pasienter rett til trygderefusjon, samtidig som det sparer kommunen for utgifter. Mange manuellterapeuter har ikke 100 prosents driftsavtaler med kommunene og vil følgelig bli omfattet av den nye forskriften.

6.2 Utenlandsk helsepersonell som yter helsetjenester midlertidig i Norge

Det vises til ny forskrift om autorisasjon mv. av helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land som er under utarbeidelse. Denne forskriften gjør det enklere for utenlandsk helsepersonell å etablere virksomhet i Norge på midlertidig basis og kan medføre at slik virksomhet kan få et visst omfang. NMF ber departementet vurdere hvorvidt pasientskedeforskriften også skal omfatte tjenester av utenlandsk helsepersonell som yter midlertidige helsetjenester i Norge. NMF mener at det rimelig at staten dekker tilskuddet for dette.

¹ Jf. vedtak i Stortinget i forbindelse med behandlingen av Ot. prp. 28 (2005-2006)

6.3 Bedriftshelsetjeneste

Bedriftshelsetjeneste driver i dag i hovedsak forebyggende virksomhet. Bedriftshelsetjenesten bør bare være melde- og tilskuddspliktig for den delen som eventuelt driver diagnostisk og kurativ virksomhet.

Ad 7. Pliktsubjekt for melde- og tilskuddsplikt

7.1 Melde- og tilskuddsplikt for virksomhet

NMF viser til Ot. prp. nr. 103 (2005-2006) og er enig med departementet om at melde- og tilskuddsplikten legges på virksomhetsnivå.

7.2 Avtaler med profesjonsforeningene

Høringsnotatet foreslår at NPE og profesjonsforeningene på frivillig grunnlag kan inngå avtale om at profesjonsforeningene skal oppfylle melde- og tilskuddsplikten på vegne av medlemmene. Dette forventes å ville spare NPE for utgifter på administrasjon av ordningen. Samtidig foreslås det at NPE kan legge til grunn den administrative besparelsen som en "rabatt" til foreningene. Gitt at besparelsene og "rabatten" er lik, vil NPE ikke spare på ordningen og den vil følgelig heller ikke bidra til å holde tilskuddene lavest mulig. Videre vil en avtale med foreningene kunne føre til at disse i sin tur innrømmer sine medlemmer rabatter eller på andre måter søker å binde medlemmene til sine foreninger via denne ordningen. Den foreslåtte ordningen vil med dette miste det viktige fortrinn i forhold til dagens, at den verken har bindinger til private foreninger eller forsikringsselskaper. Slike avtaler vil dessuten føre til uklarhet om hvem som er juridisk ansvarlig ved feil opplysninger eller tilskuddsinnbetalinger til NPE. Foreningen har i motsetning til NPE (jf merknad til § 9), ingen tvangsmidler overfor sine medlemmer som ikke overholder meldeplikten, utover å nekte medlemskap. NMF mener at det må være klare ansvarslinjer, ansvaret må ligge på virksomhetene og det må lages velfungerende, fortrinnsvis nettbaserte løsninger, der endringer løpende kan registreres for virksomhetene.

NMF er enig i at helsepersonell som ikke er sysselsatt i helsetjenesten, eller som yter helsehjelp utenfor virksomheten på fritiden, skal unntas fra melde- og tilskuddsplikten da omfanget av skader i disse sektorene antakelig vil ha minimal innvirkning på tilskuddsbeløpenes størrelse.

Ad 8 Egenandel

NMF støtter departementets forslag om at det ikke innføres egenandel i forbindelse med at pasientskadeloven settes i kraft for privat sektor.

Ad 9 Klageordning

Departementet har to alternative forslag til hvilken instans som skal være klageinstans, Pasientskadenemnda og NPEs styre. Pasientskadenemnda er oppnevnt av regjeringen og er et frittstående og uavhengig forvaltningsorgan. NPEs styre er ansvarlig for NPEs budsjett og regnskap og fører tilsyn med at NPEs virksomhet er innenfor de økonomiske rammer som er gitt og avgir regnskap for virksomheten til departementet. NMF anser at Pasientskadenemnda derfor vil være mest uavhengig av NPEs daglige drift, og således mest egnet som nøytral klageinstans.

Ad 10 Anslag over antall saker, erstatningsutbetalinger og administrasjonskostnader

Ingen merknader.

Ad 11 Forutsetninger for beregning av tilskuddene

Adgang til å kreve økt egenbetaling

Departementet skriver at ved beregning av tilskuddene er erfaringer med skaderisiko innenfor de enkelte gruppene helsepersonell fra offentlig sektor lagt til grunn. Videre opplyses det at det er innhentet erfaringer fra forsikringsselskapene og profesjonsforeningene, uten at det er gjort noe

nærmere rede for erfaringsmaterialet. Dette gjør det vanskelig for NMF å vurdere hvorvidt de anslåtte erstatningsutbetalingene er realistiske. Vi merker oss imidlertid at de foreslåtte tilskuddene til NPE vil innebære en vekst i forhold til de utgiftene virksomhetene har i dag. Departementet skriver på s. 44 at:

På samme måte som forsikringspremiene, vil tilskuddene privat sektor betaler til NPE, være å anse som en pålagt utgift til driften av de private virksomhetene som de kan regnskapsføre som en utgift som kommer til fradrag i driftsresultatet. De private virksomhetene antas dessuten å ville øke den betalingen de krever fra pasientene.

Adgangen til å øke pasientbetalingen på denne måten er problematisk for helsepersonell som har delvise driftsavtaler med det offentlige. Manuellterapeuter som har mindre enn 100 prosents driftsavtaler med kommunene, må betale tilskudd som privat virksomhet for den delen som ikke er omfattet av driftstilskuddet. KS krever imidlertid at manuellterapeuter (og fysioterapeuter) som har delvise driftsavtaler med kommunene *alltid* skal følge takstplakatens regler for egenbetaling, også i den tiden terapeuten driver uten tilskudd, se «Aktuelle spørsmål om fysioterapi», pkt. 3.5 der det heter:

Det følger av ASA 4313 at terapeuter med individuell avtale med kommunen ved konsultasjoner som omfattes av takstplakaten er bundet av de egenandeler som er fastsatt av staten, jf punkt 7.11. Dette vil, slik KS ser det, gjelde uavhengig av organisasjonstilknytning, hjemmelens størrelse, behandlingssted og tidspunktet for behandling. (Vår uth.)

Dersom dette legges til grunn er det ikke anledning til å øke pasientenes egenandel slik som departementet foreslår. KS' forståelse av reglene for egenbetaling står i motstrid til departementets. NMF vil, med mindre andre signaler blir gitt, legge departementets forståelse til grunn.

I de få tilfellene manuellterapeuter driver helt uten driftsavtaler, stiller saken seg annerledes. Disse vil ha anledning til å øke pasientbetalingen.

NMF forutsetter at manuellterapeuters merkostnader i forbindelse med overgang til NPE kan dekkes i form av økte honorarer.

Risikogrupper

Helse- og omsorgsdepartementet ber på side 27, andre avsnitt høringsinstansene belyse hvor mange risikogrupper det er hensiktsmessig å operere med, plasseringen av de forskjellige profesjonene og virksomhetene i de enkelte risikogrupperne.

Manuellterapeuter har i dag autorisasjon som fysioterapeuter. Manuellterapeutenes yrkesrolle er imidlertid vesensforskjellig fra fysioterapeutenes. Stortinget behandlet høsten 2005 *Ot. prp. 28 (2005-2008) Om lov om endringer i folketrygdloven og pasientrettighetsloven (regulering av behandling hos kiropraktor og manuellterapeut)*. Siden 1.1.2006 har pasienter anledning til å gå direkte til manuellterapeut uten henvisning fra lege. Trygden refunderer behandlingsutgifter etter vanlige regler. Dette innebærer bl.a. at manuellterapeuter har et selvstendig ansvar for diagnostisering og igangsetting av behandlingsopplegg, i motsetning til fysioterapeutene som behandler på henvisning fra lege, manuellterapeut eller kiropraktor. Pasientrettighetsreformen ga dessuten manuellterapeuter anledning til å henvise til spesialisthelsetjenesten, røntgen/MR og fysioterapi, samt sykmelde. Manuellterapeuter bruker i motsetning til fysioterapeuter behandlingsmetoder som kan være risikable (for eksempel såkalte manipulasjonsgrep).

Ot. prp. 28 (2005-2006) definerer kriterier for hvem som er manuellterapeut i pasientrettighetsreformens forstand. Departementets har forutsatt at det føres oversikt over hvem som er manuellterapeuter. Etter initiativ bl.a. fra Norsk Manuellterapeutforening arbeider departementet nå med en sak om særskilt autorisasjon av manuellterapeuter.

På bakgrunn av ovennevnte ber NMF om at manuellterapeuter skilles ut som en egen risikoklasse.

Ad 12 Forslag til tilskudd fra privat sektor

Departementet foreslår at ved eventuelle kollektivavtaler, kan administrasjonstillegget settes noe lavere. Det vises til våre kommentarer under 7.2. vedrørende avtaler med profesjonsforeningene. En slik rabatt vil føre til at NPE ikke vil få gevinst ved å inngå avtalene. Samtidig skaper slike avtaler uklare ansvarsforhold og vil kunne bidra til diskriminering av de som velger å stå utenfor organisasjonene.

Ad 13 Modeller for mulig utjevning av tilskudd mellom yrkesgrupper

Det fremgår av høringsnotatet at bakgrunnen for forslaget om utjevning er at «leger og enkelte andre yrkesgrupper» vil få et tilskudd av en betydelig størrelse.

Departementet presenterer tre modeller for utjevning. I 13.1 presenteres en modell der legenes tilskudd utjevnes internt innen legestanden, i 13.2. en modell der 10 prosent av det totale tilskuddet utjevnes blant alle yrkesgruppene og i 13.3. en modell der 50 prosent av det totale tilskuddet utjevnes blant alle yrkesgruppene.

NMF mener at det ikke er rimelig å pålegge at noen yrkesgrupper skal betale for andre i den private helsetjenesten. Vi går derfor mot at det skal være utjevningsordninger yrkesgruppene imellom. Det vil dessuten være spesielt urimelig å pålegge yrkesgrupper som muligens har begrensede muligheter til å øke pasientbetalingen, å subsidiere andre yrkesgruppers merutgifter.

Ad 14 Forvaltning av innbetalte tilskudd

NMF støtter at departementet vurderer å tilføre NPEs styre økt kompetanse på det økonomisk administrative plan.

Ad 15 Forslag i annet regelverk

15.1 Utvidelse av Pasientskadenemnda

Hvis Pasientskadenemnda også skal være klageinstans for tilskuddssaker, taler dette også for en utvidelse.

15.2 Nedleggelse av rådet

Ingen merknader.

15.3 Finansiering av ordningens utgifter til drift og til advokat

Ingen merknader.

Ad 16 Økonomiske administrative konsekvenser

Det vises til kommentarene under kapitel 11, vedrørende muligheten for å kompensere merutgiftene for helsepersonell som driver både i offentlig og privat sektor. NMF forutsetter at merutgiftene dekkes gjennom økning av honorarene.

Ad 17 Merknader til forskriften om pasientskadelovens virkeområde osv.

Ingen merknader.

Ad 18 Utkast til forskrifter

Vedrørende § 8. NMF støtter "Alternativ § 8", det vil si at Pasientskadenemnda skal være klageinstans.

Vedrørende § 10. Manuellterapeuter skilles ut som egen yrkesgruppe.

Vennlig hilsen

NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING

Peter Chr. Lehne