

# Krav til drifts- og takstforhandlinger 2025

Norsk Fysioterapeutforbund  
22. april 2025

## Innledning

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) er den største organisasjonen for fysioterapeuter i Norge. NFFs medlemmer representerer hele bredden i fysioterapifaget. Blant de selvstendig næringsdrivende fysioterapeutene med kommunal driftsavtale, heretter omtalt som avtalefysioterapeuter, har NFF medlemmer med bachelorgradsutdanning, mastergradsutdanning, doktorgradskompetanse og professorer.

De ulike kompetansenivåene for avtalefysioterapeuter ligger i hovedsak på bachelor- og mastergradsnivå.

I det følgende vil NFF presentere våre krav til takstforhandlingene 2025, og vi vil grunnngi våre vurderinger og prioriteringer.

### **Avtalefysioterapeutene er viktige innenfor mange felt i den kommunale helsetjenesten**

Helsepersonellkommisjonen var i sin NOU (2023) tydelige på at dagens helsetjeneste ikke kan fortsette å vokse i tiden fremover. Helsetjenesten har ikke "hendene tilgjengelig". (Helsepersonellkommisjonen 2023)<sup>1</sup>. Det finnes ikke nok ressurser til å ivareta en aldrende befolkning, slik helsetjenesten drives i dag.

Blant tiltakene som foreslås for å bøte på denne utfordringen er bedre samhandling, oppgavedeling og teknologisk innovasjon. Avtalefysioterapeutene kan bidra på mange ulike vis inn i de aktuelle tiltakene.

Figur 1 er hentet fra Helsedirektoratets rapport om kostnader knyttet til sykdom og ulykker se fotnote 2.

Figur 1 viser sykdomsgrupper som gir betydelige samfunnskostnader. Innen de fleste sykdomsgruppene vil bidrag fra fysioterapeuter og manuellterapeuter være med å redusere helsetap og spare samfunnet for store kostnader. Dette støttes av Helsedirektoratets rapport vedrørende samfunnskostnader ved sykdom og ulykker viser mange områder hvor fysioterapeutens kompetanse kan nyttiggjøres.<sup>2</sup>

---

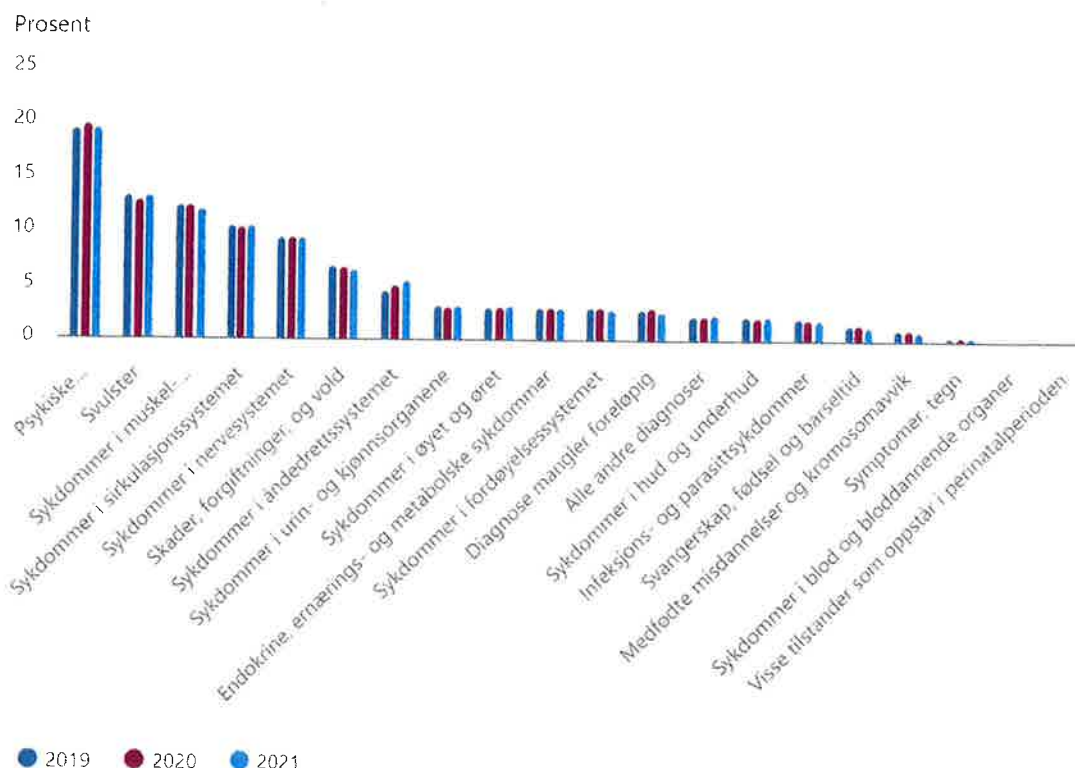
<sup>1</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=1>

<sup>2</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker-2019-2021/totale-samfunnskostnader/totale-samfunnskostnader-fordelt-pa-sykdomsgrupper-2019-2021>

**Figur 5.2**



Andeler av samfunnskostnader fordelt per sykdomsgrupper per år



### Kompetanse

Tilstrekkelig personell med riktig kompetanse er avgjørende for at brukere og pasienter skal få forsvarlig og god helsehjelp. Som følge av omstillingsarbeid og flere reformer, blant annet samhandlingsreformen, har kommunene også fått nye brukergrupper og mer faglig krevende oppgaver. Pasienter skrives tidligere ut fra spesialisthelsetjenesten for videre behandling og oppfølging i kommunen. Mange sykdommer og kirurgiske inngrep som tidligere krevde lang liggetid for pasientene på sykehus, følges nå opp poliklinisk og pasientene sendes hjem. Pasientene er dermed under kommunenes ansvar i en større andel av tiden; enten hjemme eller i en helse- og omsorgsinstitusjon. NFF mener det er viktig å sikre et forsvarlig fysioterapitilbud til alle de ulike pasientgruppene. En måte å sikre dette på er å legge til rette for å den faglige bredden i fysioterapifaget jf. kvalitetsforskriftens § 5.

## *Samhandling*

Det finnes forskning som påpeker nytten av samarbeid og samhandling i mange aspekter av helsetjenesten.

Eksempelvis kan nevnes rapporter som viser at deling av informasjon og kommunikasjon mellom behandlere og mellom behandler og pasient, er viktig for et helhetlig behandlingsløp.

Et bedre samarbeid blant helsepersonell legger til rette for en mer personorientert tilnærming (McCormack, 2017). Samhandling og samarbeid gir også bedre utnyttelse av pasientens og helsevesenets ressurser (Gluyas, 2015). Videre kan godt samarbeid mellom fysioterapeut og fastlege gjøre at pasienten i større grad ser sammenhengen mellom sine helseplager og hvordan de kan påvirke hverandre (Berge, 2015). Dette fører også til en nedkorting av ventetiden i den kommunale helsetjenesten.

I denne sammenheng kan det også vises til forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale § 1. Her stilles det krav til samarbeid mellom avtalefysioterapeuten og pasientens fastlege samt øvrige helse- og omsorgstjenester.

NFF har god erfaring fra arbeidet med Knutepunktmodellen. Knutepunktmodellen, ble utviklet gjennom et samarbeid mellom Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin og NFF. Modellen baserer seg på tett kontakt og personlig kjennskap mellom fastlege og fysioterapeut. Målet er å gi pasientene bedre behandling og oppfølging, og sikre at pasienter med størst potensiale og nytte får behandling. Samhandlingen bidrar også til bedre pasientflyt og øker muligheten til rett kompetanse til rett tid.

Det nye nasjonale pasientforløpet er utformet for å hindre at pasienter blir "kasteballer" i systemet, unngå store variasjoner i utredning og behandling og for å sikre raskere tilgang til spesialisert tverrfaglig utredning. Målet er at pasientene får individuelt tilpassede tiltak og behandling som forbedrer både smertemestring og funksjonsevne.

Å legge til rette for samhandling og sørge for tilgjengelig og rett kompetanse til riktig tid vil kunne gi en forbedret og enklere vei gjennom helsesystemet for pasienter med langvarige og sammensatte lidelser.

Med bakgrunn i høyt sykefravær på grunn av muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, og søkelys på arbeidsrettet rehabilitering, må det legges til rette for at fysioterapeuter skal inngå i tverrfaglige felleskap. Det er gode nasjonale og internasjonale erfaringer med oppgavedeling mellom leger og fysioterapeuter.

NFF er opptatt av at samhandlingen internt i kommunehelsetjenesten og mellom kommunehelsetjenesten og andre viktige aktører som eksempelvis NAV, må bli bedre.

### *Tilgjengelighet*

NFF ser med bekymring på den vedvarende reduksjonen i antall avtalefysioterapeuter, slik det fremkommer i TBU. Dette er tendens man har sett over flere år, og sist i TBU (2024/2025).

En svært aktuell problemstilling i dagens helsetjeneste er unødig ventetid i alle ledd i tjenesten. Dette medfører at pasienter må vente lenge på kompetent og riktig behandling. NFF er positive til effektivitetstiltak som kan bidra til å redusere unødig ventetid i kommunehelsetjenesten, slik helseminister Vestre har fremmet gjennom «Ventetidsløftet». Dette må etter NFFs mening få betydning for hvordan primærhelsetjenesten arbeider. Fysioterapeutene står i front når befolkningen opplever muskelskjelettsmerter og yter stor tillit i samfunnet (Kantar, 2019)<sup>3</sup>. Fysioterapeuter ansees som de viktigste i arbeidet med å redusere sykefraværet knyttet til muskelskjelettlidelser, og regnes på dette feltet som viktigere enn fastlegen (Kantar, 2019).

### *Utfordringer*

Riksrevisjonens undersøkelse av rehabiliteringstilbudet i helse- og omsorgstjenesten, viser at mange pasienter ikke får de rehabiliteringstjenestene de har behov for. Rapporten<sup>4</sup> viser også at samhandlingen om disse pasientene ikke fungerer godt nok, at det er store geografiske forskjeller og mangelfull styring av rehabiliteringstjenesten.

En klar rolle- og ansvarsfordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er svært viktig for god tjenestelevering innen rehabilitering. Det er gjennomført flere prosjekter for å bedre samhandlingen regionalt og lokalt. Til tross for denne innsatsen byr samhandling mellom nivåene fortsatt på utfordringer.

Innføringen av Samhandlingsreformen (2012) «Rett behandling – på rett sted – til rett tid», har sammen med nedbyggingen av tverrfaglige rehabiliteringsinstitusjoner, ført til at større deler av rehabiliteringen må utføres i kommunene. Fysioterapeuter og manuellterapeuter i kommunehelsetjenesten har over tid sett en økning av pasienter med sammensatte problemstillinger. Dette fører til økt tidsbruk per behandling, og økende behov for samhandling med andre helseaktører innen helsetjenesten.

---

<sup>3</sup> <https://fysio.no/Media/Files/Kantar-TNS-presentasjon-av-Helsepolitiskbarometer-2019>

<sup>4</sup> <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2023-2024/rehabilitering-i-helse-og-omsorgstjenestene.pdf>

Avtalefysioterapeuter behandler mange pasienter innenfor rehabilitering og habilitering. Flere kommuner legger ned mye arbeid i å utarbeide gode prioriteringsnøkler for å benytte begrensede behandlingsressurser best mulig

Muskel- og skjelettplager kan være svært sammensatte, og er en av de største årsakene til både sykefravær og kostnader for allerede økonomisk pressede kommuner i Norge<sup>5</sup>. Også innen psykisk helse og rusomsorgen, er rehabiliteringstilbud lagt ned. Dette bidrar til å øke pågangen av pasienter med sammensatte plager og lidelser.

### *Forutsigbarhet*

Gode inntektsvilkår og forutsigbare kostnadsrammer er en forutsetning for utvikling. I desember i fjor sendte Oslo kommune som kjent ut på høring en foreslått endring med tidsbegrenset avtaleinngåelse med næringsdrivende fysioterapeuter. Forslaget innebærer en 6 års tildeling av driftshjemmel med mulighet til forlengelse til maks 10 år. Dette ifølge Oslo kommune for å sikre kvalitet i tjenesten.

NFF ser med stor bekymring på signalene fra Oslo kommune. Avtalefysioterapeutene må ha forutsigbarhet når det gjelder innretting av tjenesten. Dette er viktig for at avtalefysioterapeutene skal være villige til å gjøre økonomiske investeringer i virksomheten, som eksempelvis å oppgradere lokaler og utstyr.

### *Effektivisering og oppgavedeling*

NFF ser med bekymring på at fysioterapeutenes bidrag til effektivisering og hensiktsmessig pasientforløp, som bidrar til redusert belastning på andre deler av helsetjenesten, i liten grad har medført økte ressurser til fysioterapi. Eksempel på effektivitetstiltak er innføringen av direkte tilgang til fysioterapeuter 1. januar 2018. Legeforeningen publiserte data fra HUNT4- og Tromsø7-studiene som viser at muskel – og skjelettkonsultasjoner hos fastlege falt med 10 % etter at tiltaket med direkte tilgang til fysioterapeuter ble innført.

Avtalefysioterapeutene har et selvstendig utrednings- og vurderingsansvar knyttet til de plagene pasientene oppsøker dem med. Med direkte adgang til fysioterapeuter med kommunale driftsavtaler, kan pasienter oppsøke avtalefysioterapeut uten henvisning fra fastlege, og likevel få tilgang på refusjon fra HELFO. En større andel pasienter oppsøker avtalefysioterapeut med sine kroppslige plager uten å ha vært i kontakt med lege først. Dette fører til at avtalefysioterapeuten har et utrednings- og vurderingsansvar knyttet til de

---

<sup>5</sup> <https://www.legeforeningen.no/om-oss/fond-og-legater/allmennmedisinsk-forskningsfond/forskningsnytt/2025/10-prosent-farre-konsultasjoner-hos-fastlegene-etter-fjerning-av-henvisningskravet-til-fysioterapeut/>

plagene pasienten oppsøker dem med innen deres respektive kompetanseområder (bl.a. muskelskjelett, psykisk helse, nevrologi og kvinnehelse). Samarbeid med pasientens fastlege er svært viktig del av fysioterapeutenes arbeide.

Ifølge TBU har antall undersøkelser økt med 61% og antall samhandlinger med 55% fra 2017/18 til 2024/25. Samtidig som antall avtalefysioterapeuter er blitt redusert. NFFs kontaktpersoner og kommunale ledere rapporterer om lange ventelister og brudd på anbefalte tidsfrister innen alle pasientkategorier, dette til tross for at kommunen og fysioterapeutene har gjort effektiviseringstiltak i et forsøk på å redusere ventetiden for pasientene. Ifølge TBU er antall individuelle behandlinger (A3a, A8a, A9a) per undersøkelsestakst (A1a, A1d) halvert fra 2017/18 til 2024/25. Fysioterapeuter har i stor grad bidratt til effektivisering og oppgavedeling uten at dette har blitt kompensert.

Som følge av omstillingsarbeid og flere reformer, blant annet samhandlingsreformen, har kommunene også fått nye brukergrupper og mer faglig krevende oppgaver. Pasienter skrives tidligere ut fra spesialisthelsetjenesten for videre behandling og oppfølging i kommunen. Mange sykdommer og kirurgiske inngrep som tidligere krevde lang liggetid på sykehus, følges nå opp poliklinisk. Pasientene er dermed under kommunenes ansvar i en større andel av tiden; enten hjemme eller i en helse- og omsorgsinstitusjon<sup>6</sup>. Tilstrekkelig personell med riktig kompetanse er avgjørende for at brukere og pasienter skal få forsvarlig og god helsehjelp.

### **Inntekts- og kostnadsutvikling for fysio- og manuellterapeuter**

Avtalefysioterapeuter utgjør en vesentlig del av den offentlige kommunale helsetjenesten. Fysioterapi er en lovpålagt tjeneste og kommunene kan velge om de vil ha fast ansatte fysioterapeuter eller avtalefysioterapeuter, eller en kombinasjon av disse.

Fast ansatte fysioterapeuter har en annen tilnærming til fysioterapitjenester i den kommunale helsetjenesten, med blant annet fokus på frisklivsarbeid og forebyggende folkehelsearbeid. Dette er oppgaver avtalefysioterapeuter ikke kan påta seg i sin avtaletid. Avtalefysioterapeuten skal med hjemmel i folketrygdloven § 5-8 bistå pasienten med undersøkelse og behandling.

Regelmessig har Staten, KS, fysioterapeutorganisasjonene med hjelp av SSB, fått utarbeidet en inntekts- og kostnadsundersøkelse (IKU). Hensikten med dette var å følge opp inntekts- og kostnadsutviklingen blant avtalefysioterapeutene som en del av avtalen knyttet til det

---

<sup>6</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utfordringsbildet-og-mulighetsrommet-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/behovet-for-rett-kompetanse-pa-rett-sted-til-rett-tid>

partssammensatte arbeidet i 2017 om ny beregningsmodell. Våren 2024 samarbeidet HOD, KS, NMF, PFF og NFF med SSB om bestilling av en ny IKU som skulle være klar til takstforhandlinger våren 2025. Arbeidet ble stanset, og SSBs oppdragsarbeid ble ikke igangsatt. Ettersom det i år ikke foreligger en ny IKU, må det brukes andre kilder for å dokumentere inntektsutviklingen blant avtalefysioterapeutene. Dette vil vi komme tilbake til i årets takstkrav.

## Krav innenfor rammen

NFF krever en ramme på T %, likt påslag driftstilskudd og takster, samt overføring til Fond for etter- og videreutdanning per 01.07.2025.

NFF krever i tillegg likt påslag på ridefysioterapibidraget, T99.

**NFF krever** at rammen som fremforhandles må sikre gode inntekstvilkår tilsvarende sammenlignbare aktører, og at det tas hensyn til de stadig økende kostnadene innen avtalefysioterapi.

## NFFs krav i ikke – prioritert rekkefølge

### Til kapittel I i stønadsforskriften

#### Endring i ordlyd i § 9 i stønadsforskriften<sup>7</sup>.

§ 9 lyder per i dag slik:

«Fullt driftstilskudd er fra 1. juli 2024 kroner 545 916 pr. år. Driftstilskuddet utbetales forholdsmessig etter antall driftstilskuddstimer fysioterapeuten har avtale om.»

NFF mener det må føyes til en setning som lyder slik: «*Fullt driftstilskudd utgjør 36 timer per uke*». Tilføyelsen er for å tydeliggjøre hvor mange timer et fullt driftstilskudd utgjør og for å utbetale forholdsmessig etter antall driftstilskuddstimer, må en vite hva som er ett fullt driftstilskudd i antall timer.

**NFF krever** § 9 får følgende tilføyelse: «*Fullt driftstilskudd utgjør 36 timer per uke*».

---

<sup>7</sup> <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2024-06-17-1184>

## Til kapittel II i stønadsforskriften

### F. Behandling i pasientens hjem

I merknad F1 beskrives vilkår for når fysioterapeuten kan utløse takst F1. Dette gjelder i de tilfeller der pasienten ikke kan møte i fysioterapeutens lokaler uten spesielt transportmiddel og eller ledsager. I Helfos kontrollrapport, publisert 9.4.2025 ser NFF at fysioterapeuter blir kontrollert blant annet i forhold til dette vilkåret. Det vil derfor ansees som hensiktsmessig å beskrive «spesielt transportmiddel».

**NFF krever** at «spesielt transportmiddel» må beskrives i merknadsteksten.

### Øke de individuelle behandlingstakstene A3, A8 og A9 med likt kronebeløp

Den kommunale fysioterapitjenesten består av kompetente fysioterapeuter med ulik kompetanse. Avtalefysioterapeutene kan deles i fysioterapeuter med bachelorkompetanse og fysioterapeuter/manuellterapeuter med masterkompetanse. Fra 01.01.25 har staten godkjenningsansvar for alle kompetansetakstene. Kompetansekravet (klinisk master) er nå det samme for å kunne utløse henholdsvis A2k, A8 og A9. Det er ingen formelle driftskrav som tilsier at utgiftene er større i en av gruppene enn i andre grupper. Basert på IKU 14-18 og IKU 18-21 bruker fysioterapeuter med bachelor-kompetanse en større andel av honoraret (refusjon + egenandel) til driftsutgifter sammenlignet med fysioterapeuter/manuellterapeuter med masterkompetanse.

Det er langt flest bachelorutdannende avtalefysioterapeuter. Forskjellen i honorering på de ulike tidstakstene er stor, både fra bachelor og opp til master og mellom de ulike mastergradene.. NFF mener denne forskjellen ikke kan økes ytterligere, og krever dermed likt kronepåslag på nevnte takster.

NFF mener alle kompetansegruppene må gis inntektsheving.

Dagens differanse på timeomsetning ved henholdsvis 30, 40 og 60 minutters behandling er fremstilt under:

|        | A3     | A8 | A9   | A2k    |
|--------|--------|----|------|--------|
| 30 min | -308   | 0  | -180 | -184   |
| 40 min | -286,5 | 0  | -159 | -196,5 |
| 60 min | -271   | 0  | -138 | -209   |

**NFF krever** likt kronepåslag på tidstakstene A3, A8 og A9.

## **Øke gruppetakster**

Gruppebehandling er både hensiktsmessig og et effektivt behandlingstilbud for en rekke ulike pasientgrupper. For å kunne gi et godt gruppebehandlings tilbud kreves det egnede lokaler. Det er viktig for NFF at gruppetakstene prioriteres i årets oppgjør for å kunne opprettholde dagens nivå på gruppebehandlinger uten at det skal gå ut over fysioterapeutenes økonomi.

**NFF krever** at b takstene prioriteres i årets oppgjør «Tillegg per pasient for gruppebehandling».

## **Øke samhandlingstakstene**

Som nevnt i innledningen vil et bedre samarbeid blant helsepersonell legge til rette for en mer personorientert tilnærming (McCormack, 2017). Samhandling og samarbeid gir også bedre utnyttelse av pasientens og helsevesenets ressurser (Gluyas, 2015). Videre kan godt samarbeid mellom fysioterapeut og fastlege gjøre at pasienten i større grad ser sammenhengen mellom sine helseplager og hvordan de kan påvirke hverandre (Berge, 2015).

NFF mener det er viktig å legge til rette for samhandling gjennom å prioritere samhandlingstakstene i årets oppgjør

**NFF krever** økning av E- takstene.

## **Takst for kompetansetillegg for både samhandling og gruppebehandling**

For alle fysioterapeuter/ manuellterapeuter med tilleggskompetanse, som er kvalifisert for å bruke A8, A9 og A2k, krever NFF at det innføres en ny kompetansetakst. I 2016 ble det en endring i stønadsforskriften, hvor det fremgår at det er fysioterapeutenes/manuellterapeutenes **kompetanse** som honoreres og ikke behandlingsmetoden. NFF mener det er uheldig når fysioterapeuter/manuellterapeuter må redusere sine inntekter for å kunne gi god og hensiktsmessig behandling. En manuellterapeut «taper» 67,- ved å delta på et dialogmøte sammenlignet med å gjennomføre en individuell konsultasjon og er avhengig av minimum 6 deltagere i en 60 min gruppe for å ikke «tape» sammenlignet med to individuelle behandlinger. Takstsystemet er bygget opp for å honorere behandlingen/tiltaket som gjennomføres. Kompetansetillegget må av den grunn knyttes til behandlingen/ tiltaket som faktisk gjennomføres.

**NFF krever** at det etableres en k-takst for alle samhandlingstakstene for eksempel E51ak, med følgende tekst:

*«Tillegg for fysioterapeuter/ manuellterapeuter med godkjent masterkompetanse.  
Fysioterapeuter som har rett til å utløse takst A8, A9 eller A2k kan benytte taksten»*

**NFF krever** at det etableres en k-takst for gruppebehandling for eksempel C20ak, til bruk i kombinasjon med C20a/C21a/C22a/C23a takstene. Denne kan ha følgende tekst:

*Tillegg for fysioterapeuter/ manuellterapeuter med godkjent masterkompetanse.  
Fysioterapeuter som har rett til å utløse takst A8, A9 eller A2k kan benytte taksten»*

### **Videreføring av EPJ- løftet**

EPJ-løftet er et viktig tiltak for å stimulere digital utvikling og innovasjon i den kommunale helsetjenesten. Spesielt i tiden som kommer hvor man kan se for seg at mulighetene til å effektivisere eksempelvis behandlingsforløp og samhandling med pasienter på en bedre og mer effektiv måte.

Integrasjon av Helsenorge og tilgang til Kjernejournal er gode eksempler som vil bidra til økt pasientsikkerhet gjennom tilgjengeliggjøring av viktig informasjon om pasientene.

**NFF krever** en videreføring av EPJ- løftet.

### **Krav utenfor rammen**

#### **Utjevning av kompetansetakster**

Det er i dag tre ulike kompetansetakster (A2k, A8 og A9), disse takstene har ulik honorering og til dels ulik innretning. Kravet for å utløse en kompetansetakst er klinisk master i fysioterapi. Slik det er i dag er det ulik honorering om man har en klinisk master i manuellterapi (autorisert manuellterapeut), klinisk master i psykomotorisk fysioterapi eller for eksempel en klinisk master i nevrologisk fysioterapi.

**NFF krever** at staten finansierer utjevning av kompetansetaksten med midler utenfor rammen

I Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi mm. fra 2016 ble det gjort presiseringer om at det var fysioterapeutens **kompetanse** som ble honorert og ikke

behandlingsformen. NFF kan ikke finne forklaringer på hvorfor en klinisk master innen manuellterapi skal gi betydelig bedre økonomisk uttelling enn klinisk master i for eksempel psykisk helse (psykomotorisk fysioterapi), eller bedre enn klinisk master innen nevrologi, eller bedre enn klinisk master i barnefysioterapi.

**NFF krever** at lik kompetanse honoreres likt og at det dermed innføres en felles takst for fysioterapeuter med klinisk master innen fysioterapi. Kompetansen godkjennes i dag av staten på lik linje med dagens A2k, A8 og A9.

Stønadsforskriften er utformet slik at den honorerer behandleres dokumenterte kompetanse, ikke den behandling de utfører.

Dagens nivåer på A8, A9 og A2k honoreres svært ulikt:

| Behandlingstid | pr uke (30t) |        |        | Pr mnd (4 uker) |         |        | Pr år (45 uker) |           |           |
|----------------|--------------|--------|--------|-----------------|---------|--------|-----------------|-----------|-----------|
|                | A2k          | A8     | A9     | A2k             | A8      | A9     | A2k             | A8        | A9        |
| 30 Min         | 22 200       | 27 720 | 22 320 | 88 800          | 110 880 | 89 280 | 999 000         | 1 247 400 | 1 004 400 |
| 40 Min         | 21 060       | 26 955 | 22 185 | 84 240          | 107 820 | 88 740 | 947 700         | 1 212 975 | 998 325   |
| 60 Min         | 19 920       | 26 190 | 22 050 | 79 680          | 104 760 | 88 200 | 896 400         | 1 178 550 | 992 250   |

Disse tre gruppene (A2k, A8 og A9) er alle kompetansetakster hvor bruk godkjennes av myndighetene, etter at A2k-godkjenning ble overtatt av Helsedirektoratet 01.01.25. Kravet for å oppnå kompetansen er lik, basert på en klinisk mastergrad. Honorarnivået er imidlertid svært ulikt, noe som gir ulik økonomisk uttelling.

### Inntektsutviklingen for fysioterapeuter og manuellterapeuter vs. sammenlignbare grupper

Tall fra SSB (<https://www.ssb.no/statbank/table/11417>) viser at avtaleterapeutenes samlede avtalte inntektsutvikling har vært lavere enn lønnsutviklingen i de fleste andre næringer.

I perioden 2019–2024 har *lønnsveksten for yrkene i helse- og sosialtjenestesektoren* vært på 26,37 %, mens avtaleterapeuter har hatt en inntektsvekst på 22,77 %.

Denne systematiske mindre utviklingen kan føre til lavere rekruttering og svekket økonomisk bærekraft for avtaleterapien.

Ved å likestille inntektsutviklingen med sammenlignbare helseyrker, sikrer man at sektoren forblir attraktiv. Det gir forutsigbarhet for de kommunale avtalene og innbyggerne.

|                              | 2019   | 2020   | 2021   | 2022   | 2023   | 2024   |        |        |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Helse- og sosialtjenester    | 3,70 % | 2,30 % | 3,30 % | 4,00 % | 5,30 % | 5,30 % |        |        |
| Fysioterapi og manuellterapi | 0,70 % | 1,34 % | 4,80 % | 4,48 % | 6,94 % | 2,74 % |        |        |
| Helse- og sosialtjenester    | 100,00 | 103,70 | 106,09 | 109,59 | 113,97 | 120,01 | 126,37 |        |
| Fysioterapi og manuellterapi | 100,00 | 100,70 | 102,05 | 106,95 | 111,74 | 119,49 | 122,77 | 3,60 % |

*Tabell 1. Lønnsutvikling 2017-2024 innen helse- og sosialtjenesteområde ifølge SSB (<https://www.ssb.no/statbank/table/11417/>), samt avtalt rammeøkning for fysioterapeuter og manuellterapeuter samme periode.*

3,60 % av 3 229 960 738 kroner utgjør 116,4 mill. kroner.

Fysioterapeuter og manuellterapeuter bør ha samme inntektsutvikling som ellers er vanlig i sektoren. Vi krever at dette kompenseres ved at årets ramme økes med 3,60 % eller 116,4 millioner kroner.

**NFF krever** at 116,4 millioner kroner legges til i årets ramme.

**NFF forbeholder seg retten til å komme med nye og/eller endrede krav**

