

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:	Folketingets sundhedsudvalg
Anledning:	Åbent samråd om vederlagsfri fysioterapi
Taletid:	Ca. 15 min.
Tid og sted:	Den 1. marts 2007, kl. 10.30-11.30 vær. S-092
Fil-navn:	i:\jalphys\Samråd-Å-vederlagsfri

Spørgsmål A:

Ministeren bedes redegøre for, hvordan sklerosepatienter og andre patientgrupper, der har mistet retten til vederlagsfri fysioterapibehandling omgående kan få genoprettet disse rettigheder, således at deres livskvalitet ikke forringes.

Svar:

Spørgsmålets formulering gør det nødvendigt for mig at præcisere, at hverken sclerosepatienter eller andre patienter har mistet retten til vederlagsfri fysioterapi.

Omkring 50.000 patienter benytter sig af denne mulighed årligt som individuel behandling og yderligere omkring 10.000 får fysioterapi vederlagsfrit som holdtræning.

Baggrund

Adgangen til at få fysioterapi vederlagsfrit er fastlagt i Sundhedsstyrelsens retningslinier om fysisk handikappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi. Retningslinjerne blev revideret i oktober 2005.

Jeg tror, der knytter sig nogle misforståelser til, hvad denne revision af retningslinierne gik ud på, og hvad den har ført til. Derfor vil jeg starte med lige at ridse forløbet op.

Der er ikke taget nogle patientgrupper ud af listen over de diagnoser, der giver adgang til vederlagsfri fysioterapi. Hverken sclerosepatienter, parkinsonpatienter eller andre. Ud over at have en diagnose fra listen skal patienten have et svært fysisk handicap for at få adgang til vederlagsfri fysioterapi. Sådan har det været hele tiden. Det er altså heller ikke nyt.

I de reviderede retningslinjer fra 2005 har Sundhedsstyrelsen synliggjort for alle, hvad det i denne sammenhæng vil sige at have et svært fysisk handicap. Der blev ikke ændret på det kriterium, som gennem mange år hav været anvendt, når diagnosekomiteen centralt har taget stilling til

tvivlstilfælde ved fortolkning af, om en patient har et svært fysisk handicap. I retningslinierne står nu: "En patient, som kan klare sig selv indendørs i døgnets 24 timer uden hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse, har ikke et svært fysisk handicap".

Formålet med at få denne afgrænsning skrevet tydeligt ind i retningslinierne er at bidrage til, at alle behandles ens, - uanset hvor de bor og uanset hvilken læge, de bliver henvist af.

Sclerosepatienter har - som den eneste gruppe - haft adgang til vederlagsfri fysioterapi, også selv om de ikke opfyldte kriteriet om et svært fysisk handicap. Denne særstatus opnåede de i 2001 på baggrund af en anbefaling af Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen genovervejede i maj 2006 denne anbefaling fra 2001 efter en henvendelse fra Scleroseforeningen.

Sundhedsstyrelsen konkluderede, at der fagligt set ikke kan argumenteres for at undtage en enkelt patientgruppe, sclerosepatienter, fra kriteriet om svært fysisk handicap. Det er en faglig vurdering, som jeg har noteret mig og henholdt mig til.

Den særlige adgang til vederlagsfri fysioterapi bortfaldt dermed fra maj 2006 for sclerosepatienter. Herefter er sclerosepatienter atter ligestillet med andre patienter i adgangen til vederlagsfri fysioterapi. Det vil sige, at de kan henvises til vederlagsfri fysioterapi, når de har et svært fysisk handicap.

Alle øvrige grupper på diagnoselisten har både før og efter 2005 skullet opfylde kriteriet om et svært fysisk handicap. Også parkinsonpatienter. Det er en misforståelse, når det i en artikel på Altinget fremstilles som om parkinsonpatienter, indtil Sundhedsstyrelsens nye retningslinjer blev udsendt, kunne få vederlagsfri fysioterapi allerede, når de fik diagnosen. Uanset om de havde et svært fysisk handicap eller ej.

Og lad mig for at undgå andre misforståelser gentage, at der heller ikke er tale om at ophæve sclerosepatienters adgang til vederlagsfri fysioterapi. Sclerosepatienter, som særligt er fremhævet i samrådsspørgsmålet, er i lighed med de øvrige patientgrupper på diagnoselisten berettiget til vederlagsfri fysioterapi, når henvisningskriteriet om et "svært fysisk handicap", er opfyldt.

Andre tilskudsmuligheder.

Jeg vil også gerne minde om, at patienter, som ikke opfylder kriterierne for at få fysioterapi vederlagsfrit, kan få fysioterapi efter lægehenviisning med tilskud på ca. 40 pct. Lige ved 340.000 patienter benyttede sig af denne mulighed i 2005 med et samlet tilskud på 270 mio. kr.

Og der er i den sociale lovgivning flere muligheder for at give vedligeholdelsestræning, genoptræning og fysioterapeutisk behandling til personer med nedsat funktionsevne efter en konkret, individuel vurdering.

Efter lov om aktiv socialpolitik kan der gives hjælp til dækning af egenbetalingen for fysioterapi for personer, som ikke selv har mulighed for at betale for udgiften.

Udgifter og behandlinger

Udgifterne til vederlagsfri fysioterapi er betydelige. I 2005 fik godt 53.000 patienter vederlagsfri fysioterapi til offentlige udgifter på knap ½ mia. kr. Udgifterne til området er vokset år for år. Ved starten i 1989 blev det anslået, at udgifterne ville blive ca. 30 mio.kr. årligt. I løbet af 10-årsperioden frem til 1999 var de vokset til 318 mio.kr. Altså omkring en tidobling. Og frem til 2005 steg de altså med yderligere mere end 50 pct. til knap ½ mia.kr.

De første foreløbige tal for 2006 viser et fald i antal behandlede patienter i individuel behandling på ca. 4.400, sammenlignet med 2005. Et fald, som i øvrigt kun i mindre grad har berørt sclerosepatienter, hvor 136 færre patienter var i individuel behandling, mens 50 patienter flere fik holdtræning. Tilsammen et fald på under 100 sclerosepatienter. Altså langt fra de 2.000, som scleroseforeningen forudså.

Faldet på de godt 4.000 patienter fra 2005 til 2006 skal ses i sammenhæng med, at antallet af patienter alene fra 2003 til 2005 steg med 6.000.

En del af faldet kan formentlig tilskrives, at henvisende læger, som har været i tvivl, med Sundhedsstyrelsens præcisering af retningslinjerne har

fået afklaret hvilke kriterier, der rent faktisk gælder for adgang til vederlagsfri fysioterapi. Således som det også er formålet med retningslinjer.

Overvågning af udviklingen af vederlagsfri fysioterapi.

Som det fremgår, er vederlagsfri fysioterapi et område, der både aktivitetsmæssigt og udgiftsmæssigt har undergået en markant udvikling siden indførelsen i 1989.

Ud over de ændringer i retningslinjerne, som jeg har redegjort for, er der en række grunde til, at jeg har bedt følgegruppen om vederlagsfri fysioterapi om at følge området tæt i den kommende tid.

Jeg overvejer blandt andet, om der vil være nogle fordele ved at flytte myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi fra regionerne til kommunerne.

Jeg vil gerne have et bud på, om et ændret myndighedsansvar vil bidrage til at sikre en mere sammenhængende indsats på trænings- og fysioterapiområdet. Som jeg har nævnt, er der jo i den sociale lovgivning en række forpligtelser til at give træningstilbud til patienter med nedsat funktionsevne. Patienter, som for en dels vedkommende formentlig også ville kunne få vederlagsfri fysioterapi i praksissektoren – og omvendt. Og det er jo langt fra altid, at et delt myndighedsansvar er til fordel for borgerne - tværtimod.

Jeg er nemlig også her meget enig med De Samvirkende Invalideorganisationer i betydningen af en sammenhængende opgaveløsning. Så der sikres en praktisk arbejdsdeling, som er klar og gennemskuelig for borgeren.

Kommunernes har jo fået en større rolle og nye opgaver på forebyggelsesområdet, og deres ansvar for medfinansiering sundhedsvæsenet giver dem et styrket økonomisk incitament til at prioritere den forebyggende indsats.

Der er altså igangsat og planlagt nogle initiativer, der vil få betydning for fysioterapiområdet, herunder for den forebyggende træningsindsats og dermed også for den vederlagsfri fysioterapi.

Derfor har jeg som sagt bedt Den rådgivende følgegruppe om at overvåge udviklingen i den vederlagsfri fysioterapi tæt i den kommende tid.

Det første møde om en sådan intensiveret overvågning fandt sted i januar. Gruppen mødes igen til maj. Til den tid vil vi derfor kunne få en mere grundig status, end den jeg har mulighed for at give i dag på baggrund af nogle foreløbige tal for 2006.

Udredningsarbejde

Som det også er fremgået af nogle af mine besvarelser til Sundhedsudvalget om vederlagsfri fysioterapi, så har nogle sygdomme

et udviklingsforløb, der for mange patienter i løbet af få år fører til et tab af funktionsevner.

For flere af disse sygdomme kan det være vigtigt at indlede fysisk træning eller fysioterapeutisk behandling tidligt for at vedligeholde eller forhale en forringelse af funktionsevnen.

Det gælder ifølge Sundhedsstyrelsen f.eks. for patienter, der lider af sclerose, Parkinsons sygdom, leddegigt og Cystisk fibrose og måske også for andre af de sygdomme, som er optaget på diagnoselisten i retningslinierne for vederlagsfri fysioterapi.

Jeg vil i gerne have belyst, at det er muligt at afgrænse en gruppe patienter, som, uden at have et svært fysisk handikap, har behov for

fysioterapi tidligt i sygdomsforløbet for at vedligeholde eller forhale en forringelse af funktionsevnen. Det vil give et grundlag for at vurdere, om der er behov for nogle særlige initiativer for en sådan gruppe.

Jeg vil derfor iværksætte et udredningsarbejde, som skal afklare det spørgsmål. Det er et ret omfattende stykke fagligt arbejde. Men jeg regner med, at jeg i løbet af foråret vil kunne have et grundlag for at vurdere mulighederne og behovet for evt. at tage nogle nye initiativer.

Afsluttende bemærkninger

Som jeg har oplyst, så har ordningen om vederlagsfri fysioterapi helt fra starten været rettet mod personer med svært fysisk handicap. Det er ikke

noget, som er indført med Sundhedsstyrelsens seneste retningslinjer. Endsige i denne regerings periode.

Af flere grunde, som jeg har redegjort for, har vi nu intensiveret overvågningen af området, og vi får til maj et mere dækkende billede, end det vi kan danne os på baggrund af de foreløbige tal, vi har til rådighed i dag.

Jeg igangsætter som sagt også et udredningsarbejde, som skal belyse to ting:

Dels om en flytning af myndighedsansvaret for den vederlagsfri fysioterapi til kommunerne vil give en mere sammenhængende indsats på trænings- og fysioterapiområdet.

Dels om vi kan afgrænse en gruppe patienter, som, uden at have et svært fysisk handicap, har behov for fysioterapi tidligt i sygdomsforløbet.

Når det arbejde er færdigt, og vi har nogle resultater fra følgegruppen, vil vi have et bedre grundlag for at vurdere, om der er behov for at tage nye initiativer.